Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE, DELLA RICERCA
E DELLE EMERGENZE SANITARIE
Direzione generale della prevenzione
Ufficio 5

Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031

Sommario

1. Introduzione 1
1.1 Le prospettive del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2026–2031 alla luce del nuovo *National Health Prevention Hub* 2
1.2 Il PNP come strumento di attuazione dei LEA e il D.M. 77/2022 3
1.3 Il PNP e i Piani di settore 4
2. *Vision* e principi 5
2.1 Visione strategica *One Health* 5
2.2 Promozione della salute come fondamento della prevenzione 6
2.3 Salute in tutte le politiche ("*Health in All Policies*") 6
2.4 Centralità della persona e delle comunità 7
2.5 Approccio *life-course*, per *setting* e di genere 7
2.6 Efficacia ed efficienza 8
2.7 Equità come principio trasversale 8
3. Azioni trasversali 10
3.1 Intersettorialità 10
3.2 Formazione 10
3.3 Comunicazione 11
3.4 Equità 12
4. Pianificazione, monitoraggio e valutazione del PNP e dei Piani Regionali della Prevenzione (PRP) 14
4.1 Struttura e logica di pianificazione 14
4.2 Monitoraggio e valutazione 17
4.3 Criteri di certificazione 18
4.4 Strumenti a supporto della pianificazione e del monitoraggio 18
5. *Governance* del PNP e dei PRP 20
5.1 *Governance* nazionale 21
5.2 *Governance* regionale 22
5.3 *Governance* locale 23
6. Macro Obiettivi (MO) 25
6.1 MO1. Malattie croniche non trasmissibili 25
6.2 MO2. Dipendenze e problemi correlati 41
6.3 MO3. Incidenti domestici e stradali 51
6.4 MO4. Salute, sicurezza e benessere dei lavoratori 59
6.5 MO5. Ambiente, clima e salute 69
6.6 MO6. Malattie infettive prioritarie 80

6.7 MO7. Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria 89
7. Le schede dei Programmi Predefiniti (PP) 105
PP1 "Scuole che Promuovono Salute" 105
PP2 "Comunità attive" 113
PP3 "Luoghi di lavoro che promuovono salute" 120
PP4 "Dipendenze" 127
PP5 "Piano mirato di prevenzione (PMP) per la definizione di modello di monitoraggio della qualità e dell'efficacia della formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro" 138
PP6 "Prevenzione del rischio cancerogeno e reprotossico professionale, del sovraccarico biomeccanico e dei rischi psicosociali" 144
PP7 "Prevenzione in edilizia, agricoltura e nell'utilizzo sicuro di macchine e attrezzature di lavoro" 151
PP8 "Screening oncologici organizzati per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori" 160
PP9 "Ambiente, clima e salute" 170
PP10 "Sorveglianza e controllo delle malattie infettive in ambito umano" 179
PP11 "Prevenzione nella gestione integrata della cronicità" 188
PP12 "Promozione della salute nei primi mille giorni" 196
PP13 "Malattie trasmissibili con gli alimenti, tutela della salute dei consumatori e nutrizione" 205
PP14 "Problematiche sanitarie emergenti nell'ambito degli animali da compagnia" 216
8. Linee di supporto centrali 222
8.1 Elenco delle Linee di supporto centrali 222
8.2 Le schede delle Linee di supporto centrali 224
Allegato 1 - *Documento di traduzione operativa dell'approccio all'equità in salute nei Piani Regionali della Prevenzione* I
Finalità e criteri ispiratori II
Contesto II
Struttura del modello III
Indicatori per tutto il PRP III
Indicatori per ogni programma V
Tabelle sinottiche indicatori XI

1. Introduzione

Negli ultimi anni lo scenario epidemiologico e demografico del nostro Paese ha subito profonde trasformazioni, richiedendo un ripensamento complessivo delle strategie di prevenzione, in grado di rispondere efficacemente alle nuove sfide di salute della popolazione. Accanto alla necessità di consolidare gli interventi già avviati per il contrasto delle principali malattie croniche non trasmissibili, come le patologie cardio-cerebrovascolari, oncologiche, respiratorie e metaboliche, il contesto attuale richiede risposte sempre più mirate e tempestive per affrontare le sfide emergenti nel campo della salute pubblica. Tra queste, assumono crescente rilevanza gli effetti dei cambiamenti climatici e ambientali sulla salute, il riemergere di malattie infettive e l'esperienza della recente pandemia, l'invecchiamento della popolazione con l'aumento delle condizioni di fragilità e disabilità, oltre ai rischi legati alla salute mentale e al benessere psicologico.

Le strategie e le azioni definite nell'ambito dei precedenti Piani Nazionali della Prevenzione (PNP), in particolare quelli 2014-2018, prorogato al 2019, e 2020-2025, hanno consentito di rafforzare interventi ormai attestati e ritenuti essenziali per la tutela della salute della popolazione. Tra questi si annoverano i programmi di screening oncologici, la promozione di sani stili di vita (pratica regolare di un'adeguata attività fisica, alimentazione equilibrata, contrasto al tabagismo e al consumo rischioso di alcol), le campagne vaccinali per la prevenzione delle malattie infettive, nonché le azioni di prevenzione, promozione della salute e sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro. A questi si sono affiancati poi interventi mirati alla gestione e presa in carico di patologie croniche non trasmissibili, che rappresentano tuttora la principale causa di mortalità e di riduzione della qualità della vita nel nostro Paese. Il PNP 2020-2025 ha introdotto un approccio integrato e trasversale, basato sui principi del paradigma *One Health*, della prevenzione intersettoriale e dell'equità di accesso ai servizi e ha rappresentato una cornice strategica anche per l'integrazione con i principali Piani di settore, armonizzando obiettivi e azioni, promuovendo il coordinamento e favorendo la condivisione di strumenti di monitoraggio e valutazione.

Il nuovo PNP 2026-2031 è chiamato a rafforzare gli interventi tradizionali e i risultati ottenuti, aprendosi al tempo stesso a strategie innovative, inclusive e capaci di ridurre le disuguaglianze, promuovendo la salute in un'ottica integrata e orientata al futuro. Tali obiettivi si pongono in continuità con l'approccio *One Health*, già richiamato nelle precedenti programmazioni e oggi ancor più rilevante per affrontare in maniera sistemica e coordinata le connessioni tra salute umana, animale e ambientale.

La valorizzazione della rete territoriale prevista dal Decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 23 maggio 2022, n. 77, "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale*", rappresenta un presupposto fondamentale per garantire prossimità, accessibilità e continuità degli interventi di prevenzione. Il D.M. 77/2022 ha posto le basi per una profonda riorganizzazione della sanità territoriale, con l'obiettivo di superare la tradizionale frammentazione dei servizi e di creare una rete assistenziale più integrata, efficiente e vicina al cittadino.

Le opportunità offerte dall'innovazione tecnologica, dalla digitalizzazione e dall'impiego dei *big data*, unitamente allo sviluppo dell'Ecosistema Dati Sanitari (EDS) quale strumento di riferimento per l'integrazione e l'analisi dei dati sanitari, potranno, in un futuro prossimo, rendere le azioni di

prevenzione più mirate, tempestive ed efficaci grazie a una conoscenza più approfondita dello stato di salute della popolazione e all'individuazione dei fattori di rischio, in linea con le indicazioni del D.M. 77/2022 sulla sanità di iniziativa e sull'uso di strumenti digitali per garantire continuità assistenziale e interventi proattivi.
In questa prospettiva, appare utile richiamare l'esperienza delle Forze Armate, il cui approccio alla prevenzione può offrire spunti significativi anche per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In ambito militare, la prevenzione rappresenta infatti un elemento cardine per la tutela della salute del personale, la sicurezza degli ambienti e il mantenimento della capacità operativa. Il D.P.R. 90/2010, in coerenza con il D.Lgs. 81/2008, configura un sistema di prevenzione sanitaria che, in un'ottica *One Health*, considera in modo integrato il militare, le sue funzioni e l'ecosistema in cui lavora, avvalendosi di programmi e protocolli costantemente aggiornati in base alle più recenti evidenze scientifiche e andando oltre la sola valutazione di idoneità medico-legale. In tale contesto si inserisce il Poliambulatorio Montezemolo, struttura sanitaria militare della Difesa istituita presso la Corte dei Conti nel dicembre 2021. Unica struttura sanitaria militare autorizzata a livello regionale, accreditata al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e convenzionata con l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) territoriale, il Poliambulatorio rappresenta un esempio concreto di buona pratica organizzativa e di integrazione tra sanità militare e sistema sanitario pubblico civile. Tale sinergia ha consentito di ampliare l'accesso ai servizi, ridurre i tempi di attesa e rispondere in modo più efficace ai crescenti bisogni di prevenzione e assistenza sanitaria.

1.1 Le prospettive del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2026–2031 alla luce del nuovo *National Health Prevention Hub*

Il PNP 2026–2031 si inserisce in una cornice di rinnovamento digitale e gestionale che potrà segnare un cambio di paradigma nella salute pubblica italiana. Una delle principali novità in questo contesto è rappresentata dall'istituzione del *National Health Prevention Hub* (NHPH), progetto chiave nell'ambito delle strategie italiane di innovazione e digitalizzazione della prevenzione, ideato per garantire accesso, integrazione e innovazione.
Finanziato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), all'interno della Missione 6 "Salute" – Componente 2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale", il *Prevention Hub* nasce come piattaforma nazionale interistituzionale per il rafforzamento della *governance* e della capacità progettuale nel campo della prevenzione, promuovendo approcci integrati e partecipativi fondati su dati, evidenze scientifiche e bisogni di salute. Incardinato all'interno del Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie del Ministero della Salute, individuato quale soggetto attuatore dell'investimento, il NHPH si configura come una piattaforma nazionale di coordinamento, concepita per integrare, in un'ottica *One Health*, dati sanitari, ambientali, animali e sociali provenienti da ospedali, laboratori veterinari, enti ambientali, stazioni meteorologiche e strutture sociali. L'obiettivo è, attraverso la raccolta, l'analisi e la produzione di flussi e dati sanitari strategici, dotare il SSN di strumenti tecnologico-organizzativi in grado di supportare la pianificazione e il monitoraggio delle attività di prevenzione, offrendo al contempo una visione olistica e dinamica dei determinanti di salute per orientare le scelte di sanità pubblica, anche in collaborazione con le Regioni e le Province Autonome, l'ISS e Agenas. Inoltre, tale approccio potrà favorire lo sviluppo di modelli di simulazione e previsione a medio e lungo termine, in grado di potenziare la capacità

programmatoria, l'identificazione precoce dei bisogni emergenti della popolazione, il raggiungimento di una *governance* più efficace dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), e lo sviluppo di modelli analitici per la valutazione d'impatto delle politiche di prevenzione.
Le direttrici principali del progetto sono:

- la costruzione e il consolidamento delle reti nazionali e regionali per l'attuazione di politiche intersettoriali e programmi di prevenzione orientati alla promozione della salute e del benessere, in una prospettiva inclusiva, equa e sostenibile;
- l'integrazione sinergica delle iniziative del SSN, con un focus prioritario sulla prevenzione delle malattie cronico-degenerative e la promozione di corretti stili di vita, favorendo le attività di sorveglianza, profilassi e risposta rapida alle emergenze epidemiologiche e la diffusione di buone pratiche e strumenti innovativi di prevenzione con il sostegno della ricerca scientifica;
- lo sviluppo di strumenti per la raccolta, l'analisi e la produzione di dati, conoscenze ed evidenze scientifiche, al fine di supportare la *governance* dei percorsi attuativi delle politiche e strategie di prevenzione, garantendo l'erogazione dei LEA, anche riducendo i divari territoriali.

1.2 Il PNP come strumento di attuazione dei LEA e il D.M. 77/2022

Con il PNP 2020-2025 l'Italia ha rafforzato il quadro strategico per la prevenzione e la promozione della salute pubblica.
In particolare, il PNP 2020-2025 ha rappresentato uno strumento operativo per l'attuazione dei LEA dell'area "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" (Allegato 1 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 recante "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*"), contribuendo al potenziamento di interventi fondamentali quali gli screening oncologici, le vaccinazioni, la promozione di stili di vita salutari e altre azioni di sanità pubblica in coerenza con il "*Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*" (Decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 12 marzo 2019).
Il percorso di consolidamento dei LEA trova ulteriore impulso con l'adozione del D.M. 77/2022, che ha introdotto nuovi standard organizzativi, qualitativi e tecnologici per l'assistenza territoriale, con l'obiettivo, tra gli altri, di rafforzare la prevenzione, migliorare l'accesso ai servizi, aumentare la qualità e l'efficienza delle prestazioni e garantire la sostenibilità del sistema sanitario. Questa nuova architettura organizzativa rappresenta un presupposto indispensabile per rendere effettiva l'erogazione delle prestazioni di prevenzione incluse nei LEA, ridurre i divari territoriali e favorire una maggiore equità di accesso.
In questo quadro, il nuovo PNP 2026-2031 sarà chiamato non solo a consolidare i risultati raggiunti dal PNP 2020-2025, ma anche a rafforzare l'integrazione con i LEA e a valorizzare pienamente gli strumenti organizzativi introdotti dal D.M. 77/2022, con la prospettiva una prevenzione più capillare e proattiva, sostenuta dall'innovazione digitale, in grado di potenziare il monitoraggio, il coinvolgimento attivo dei cittadini e la tempestività degli interventi.
A tal fine, la definizione degli standard organizzativi, qualitativi e tecnologici per la prevenzione potrà contribuire a migliorare ulteriormente l'erogazione delle prestazioni di prevenzione previste dai LEA, il livello e l'efficacia dei servizi offerti nonché l'equità nell'accesso.

1.3 Il PNP e i Piani di settore

Il PNP 2026-2031 si configura come cornice strategica che integra e orienta i principali Piani di settore favorendone il collegamento e l'integrazione. La sua funzione è quella di armonizzare e dare coerenza a strategie che, pur con specificità proprie, condividono principi trasversali quali l'approccio di genere, la visione *One Health* e l'intersettorialità. L'intento è quello di diffondere processi efficaci ed efficienti di promozione della salute e prevenzione, in coerenza con i Piani di settore e le normative vigenti favorendo coordinamento e sinergia tra istituzioni centrali, Regioni, Aziende sanitarie e professionisti. La condivisione di obiettivi e linguaggi comuni è sostenuta da strumenti di monitoraggio e valutazione centrali, in coerenza con il Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA.

Le principali aree di integrazione riguardano:

- la prevenzione delle malattie infettive (sia prevenibili con immunizzazione che non);
- promozione della salute in gravidanza e nei primi 1000 giorni;
- 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 e animali;
- 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 dell'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;
- integrazione delle tematiche ambientali con quelle relative alla promozione della salute, in particolare per l'attuazione degli indirizzi adottati nella Settima Conferenza ministeriale della Regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), svoltasi a Budapest nel 2023, del Green Deal Europeo (2019) e del Piano d'Azione UE per l'Inquinamento Zero del 2021, anche al fine di contribuire al raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile;
- relazione e integrazione a livello nazionale e territoriale, con le altre istituzioni deputate alla *governance* delle attività in materia di sicurezza sul lavoro, anche nell'ambito degli organismi delineati dal D.lgs. 81/2008 e s.m.i.

È da evidenziare che l'attuazione dei Piani di settore e del PNP varia significativamente tra Regioni, con conseguenti possibili disuguaglianze nell'accesso ai servizi e nella qualità degli interventi. Superare tali disparità rimane una sfida prioritaria per garantire equità e omogeneità su scala nazionale. Solo un approccio realmente integrato, sostenuto da dati e innovazione digitale, potrà garantire una prevenzione più capillare, equa e sostenibile, in linea con i principi dei LEA e con la prospettiva *One Health*.

2. *Vision* e principi

Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2026–2031, pur collocandosi nel solco di un percorso già tracciato e consolidato dai precedenti Piani, introduce nuove prospettive e innovazioni per rispondere alle sfide emergenti. I suoi pilastri – *One Health*, *Health in All Policies*, centralità della persona e delle comunità, approccio *life-course* e per *setting*, attenzione all'equità, uso sistematico delle evidenze scientifiche – delineano una strategia lungimirante che punta a rafforzare la resilienza del Servizio Sanitario Nazionale, a prevenire le malattie e a promuovere la salute come bene comune, all'interno di un quadro più ampio di sviluppo sostenibile e solidarietà sociale.

L'obiettivo è duplice: da un lato, consolidare e mettere a sistema gli interventi già realizzati, favorendone l'implementazione e l'ampliamento a livello territoriale anche al fine di garantire un accesso più equo e omogeneo; dall'altro, rispondere con maggiore efficacia ai mutamenti epidemiologici, sociali, demografici e ambientali che caratterizzano l'attuale fase storica.

Il Piano intende contribuire alla costruzione di un sistema salute più resiliente e sostenibile, in grado di agire sui determinanti della salute – socioeconomici, culturali, ambientali e comportamentali – per rispondere in modo coordinato ai bisogni di salute della popolazione, attraverso la valorizzazione integrata del Servizio Sanitario Nazionale, delle Istituzioni e della società, al fine di garantire pari opportunità e benessere per tutti.

2.1 Visione strategica *One Health*

La visione del nuovo Piano, in continuità con il precedente, si fonda sull'approccio *One Health*, che riconosce la profonda interconnessione tra salute umana, animale ed ecosistemi. Non si tratta di un concetto teorico, ma di un approccio pragmatico che consente di comprendere come la salute di ciascun individuo sia strettamente legata al contesto ambientale e sociale in cui vive. Questo orientamento è pienamente coerente con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (*Sustainable Development Goals* - SDGs) dell'Agenda 2030, che richiedono azioni integrate, intersettoriali e partecipate, orientate a coniugare crescita economica, inclusione sociale e sostenibilità ambientale.

L'approccio *One Health* assume un ruolo ancor più centrale rispetto al passato, in quanto si propone di affrontare in maniera rinnovata alcune delle sfide globali più rilevanti per la salute pubblica, quali il cambiamento climatico, la perdita di biodiversità e la crescente minaccia dell'antimicrobico-resistenza. Inoltre, fornisce strumenti essenziali per prevenire nuove epidemie e pandemie, soprattutto quelle derivanti da zoonosi o da squilibri ambientali.

La pandemia da COVID-19 ha rappresentato una lezione fondamentale mostrando in modo chiaro che le risorse del pianeta non sono infinite e che la salute umana è strettamente dipendente dall'equilibrio ambientale e sociale. Allo stesso tempo, ha evidenziato come le disuguaglianze preesistenti abbiano colpito con forza maggiore i gruppi più fragili – anziani, persone con malattie croniche, soggetti a basso reddito – amplificando così la vulnerabilità complessiva del sistema.

Alla luce di queste considerazioni, il PNP 2026–2031 si configura come uno strumento strategico volto a rafforzare la prevenzione, intesa come leva fondamentale per la tutela non solo della salute, ma anche dell'ambiente e della biodiversità, adottando una prospettiva che integra la dimensione locale, nazionale e globale e promuovendo un approccio coerente e coordinato alle sfide di salute pubblica e di sostenibilità.

Il Piano si inserisce in un contesto di riferimenti internazionali e nazionali già consolidati, che ne costituiscono la cornice di senso e di orientamento, quali:

- l'Agenda 2030 delle Nazioni Unite per lo sviluppo sostenibile (2015), che invita a integrare aspetti economici, sociali e ambientali nelle politiche di sviluppo, orientando gli Stati Membri verso una visione di crescita sostenibile e inclusiva;
- l'Accordo di Parigi sul clima (2015), che rappresenta un punto di svolta nella strategia mondiale di tutela della salute attraverso il contenimento del riscaldamento globale;
- la Dichiarazione di Ostrava (2017), che ha impegnato i Paesi europei a considerare ambiente e salute come temi centrali delle strategie nazionali;
- il Green Deal europeo (2019), che integra la sostenibilità e la salute in modo trasversale in tutte le politiche europee, con l'obiettivo di rendere l'Europa il primo continente a impatto climatico zero entro il 2050;
- la Strategia Nazionale per lo Sviluppo Sostenibile (SNSvS) e i principali strumenti programmatici (DEF, indicatori BES), che garantiscono coerenza e raccordo con le politiche regionali;
- il Piano di azione dell'Unione Europea (UE) per l'inquinamento zero (2021), che si basa sulla Dichiarazione di Ostrava, ma con obiettivi più specifici e rafforzati, in particolare per ridurre l'inquinamento atmosferico, delle acque e del suolo;
- il Quadro strategico dell'Unione Europea 2021-2027 che definisce le priorità e le azioni chiave per migliorare la salute e la sicurezza dei lavoratori, affrontando i rapidi cambiamenti economici, demografici e nei modelli di lavoro;
- la Strategia nazionale per la salute e sicurezza sul lavoro (SSL), in corso di adozione, che, partendo dalle indicazioni europee, tiene conto dello specifico contesto nazionale nonché del ruolo delle singole istituzioni e parti sociali coinvolte in un approccio integrato e partecipato alla realizzazione di una reale promozione e tutela di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

2.2 Promozione della salute come fondamento della prevenzione

La promozione della salute resta uno dei pilastri principali del Piano, in continuità con le fondamenta poste dalla Carta di Ottawa (1986) e dalla Dichiarazione di Alma Ata (1978). Essa si traduce nella capacità di costruire politiche favorevoli alla salute, creare ambienti che la sostengano, rafforzare le azioni di comunità, sviluppare abilità personali e riorientare i servizi sanitari.

In continuità con i precedenti PNP, il nuovo Piano consolida il riorientamento complessivo del sistema della prevenzione verso strategie e interventi di promozione della salute che abbiano come obiettivo non solo l'*empowerment* e la *capacity building* dei cittadini, ma anche il rafforzamento delle competenze degli operatori sanitari. Un tale approccio integrato rappresenta la chiave per affrontare in modo efficace sia le emergenze infettive, che richiedono prontezza e resilienza dei sistemi sanitari, sia le sfide di lungo periodo legate all'aumento delle patologie croniche e all'invecchiamento della popolazione.

2.3 Salute in tutte le politiche ("*Health in All Policies*")

La salute rappresenta il risultato di una molteplicità di determinanti, complessi e profondamente interconnessi, che vanno ben oltre il solo ambito sanitario. Fattori sociali, ambientali, economici

e culturali contribuiscono, infatti, in modo significativo al benessere complessivo degli individui e delle comunità. Per questa ragione, il nuovo Piano sottolinea con forza l'importanza di affrontare trasversalmente i determinanti di salute favorendo l'integrazione e il coordinamento di interventi provenienti da diversi settori — quali istituzioni, scuola, trasporti, urbanistica, ambiente e lavoro — affinché le azioni intraprese possano generare un impatto sistemico e duraturo sulla salute pubblica. Viene quindi confermato l'approccio di "Salute in tutte le politiche" ("*Health in All Policies*" – HiAP) che mira a costruire convergenze programmatiche, favorire il coinvolgimento del maggior numero di *stakeholder*, creare spazi di confronto e promuovere la cooperazione scientifica, sostenuta, in particolare, da una sistematica condivisione dei dati.
L'approccio di *"Salute in tutte le politiche"* richiede dunque un forte impegno che tuttavia non è privo di criticità, legate essenzialmente alle differenze di priorità tra i settori, alla frammentazione istituzionale e alla mancanza di strumenti comuni. Per rendere effettiva questa prospettiva è necessario rafforzare la *governance* condivisa, investire in sistemi integrati di monitoraggio e formazione, valorizzare e promuovere la partecipazione delle comunità e degli *stakeholder*, rafforzando il senso di corresponsabilità. Solo così il principio di HiAP potrà tradursi in un piano d'azione realmente efficace, capace di guidare la sanità pubblica verso equità, resilienza e sostenibilità.

2.4 Centralità della persona e delle comunità

Il Piano ribadisce la centralità della persona e delle comunità, in continuità con la Strategia europea *Salute 2020* e in coerenza con il Programma europeo di lavoro 2020–2025 (EPW). Come sottolineato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la salute non può essere intesa come semplice assenza di malattia, ma come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, che è pertanto il risultato di una complessa rete di fattori biologici, sociali ed economici.
Per questo motivo le comunità devono diventare attori protagonisti nei processi di promozione della salute e prevenzione. Promuovere l'*health literacy*, l'*empowerment* e l'*engagement* dei cittadini è fondamentale per migliorare la capacità collettiva di affrontare i rischi e adottare comportamenti salutari, ma è altresì indispensabile rafforzare la formazione e la capacità comunicativa degli operatori sanitari. Il nuovo Piano mira a consolidare e ampliare questa prospettiva, riconoscendo che la prevenzione non può limitarsi a interventi calati dall'alto, ma deve coinvolgere attivamente le persone e i territori, considerandoli protagonisti nella costruzione della salute. Ciò significa potenziare le reti territoriali di prossimità, favorire l'ascolto e la co-progettazione con le comunità, sostenere la collaborazione tra istituzioni, associazioni e cittadini e investire nell'educazione alla salute.
In questo percorso, i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS) continuano a svolgere un ruolo strategico, grazie alla loro prossimità alla popolazione e alla possibilità di ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi.

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

Analogamente ai precedenti PNP 2014-2019 e 2020-2025, il Piano adotta una prospettiva *life-course*, che mira a ottenere risultati di salute che migliorino sia l'aspettativa che la qualità di vita, promuovendo interventi preventivi e protettivi fin dalla primissima fase dell'esistenza per favorire il mantenimento di uno stato di salute ottimale lungo tutto il corso della vita. Il Piano

affronta, inoltre, la sfida dell'invecchiamento attivo come un'opportunità per migliorare il benessere delle persone anziane, favorendo uno stile di vita sano, la loro indipendenza e partecipazione attiva alla vita sociale.
Dal punto di vista della sanità pubblica, ciò comporta:

- lo sviluppo di programmi integrati di prevenzione primaria e secondaria, con screening mirati, vaccinazioni e promozione di stili di vita salutari;
- l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, per garantire la continuità assistenziale e la presa in carico multidimensionale degli anziani;
- l'implementazione di sistemi di sorveglianza e monitoraggio dei determinanti di salute lungo tutto l'arco della vita, utili per pianificare interventi basati su evidenze;
- la promozione di politiche intersettoriali (ambiente, istruzione, lavoro, mobilità urbana, ecc.) che creino contesti favorevoli alla salute e all'inclusione sociale;
- la valutazione continua dell'impatto delle politiche pubbliche sulla salute della popolazione, anche attraverso indicatori di salute, disuguaglianze e qualità della vita.

L'adozione sistematica di un approccio *life course* e di strategie per l'invecchiamento attivo consente quindi di orientare le politiche sanitarie verso la prevenzione sostenibile, la riduzione delle disuguaglianze, l'ottimizzazione delle risorse e il rafforzamento della resilienza del sistema sanitario di fronte alle sfide demografiche e epidemiologiche.
Si conferma, altresì, l'approccio per *setting*, che riconosce i luoghi della vita quotidiana – scuole, comunità, luoghi di lavoro e servizi sanitari – come spazi privilegiati per la promozione della salute.
Accanto a questi, il Piano valorizza l'approccio di genere, volto a garantire che le differenze biologiche e sociali tra uomini e donne siano tenute in considerazione in tutte le strategie e azioni di prevenzione, evitando che esse diventino motivo di ulteriori disuguaglianze.

2.6 Efficacia ed efficienza

Dal punto di vista organizzativo, il PNP 2026–2031 punta a rafforzare l'efficacia e l'efficienza delle strategie e degli interventi di prevenzione, in particolare attraverso l'adozione dell'*Evidence-Based Prevention* (EBP), la valorizzazione delle buone pratiche raccomandate e il consolidamento dei programmi nazionali di prevenzione collettiva, come vaccinazioni e *screening* oncologici, mirando, inoltre, a garantire l'ottimizzazione dei processi d'integrazione tra i servizi di prevenzione, cure primarie, assistenza sul territorio, ospedale e riabilitazione anche attraverso la definizione di Percorsi (Preventivo)-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali - (P)PDTA.
Parallelamente, il Piano sostiene l'importanza dell'utilizzo dei sistemi informativi e dei registri di sorveglianza e di patologia quali strumenti di supporto alla valutazione della performance e degli esiti.

2.7 Equità come principio trasversale

L'equità costituisce il filo conduttore che attraversa tutto il Piano. È ormai consolidato il dato secondo cui le persone appartenenti a classi sociali svantaggiate si ammalano di più, guariscono di meno e hanno una minore aspettativa di vita. A ciò si aggiungono le differenze geografiche, con il divario tra Nord e Sud e tra centri urbani e aree periferiche, rurali o montane che rendono più difficoltoso l'accesso ai servizi, rappresentando un ulteriore fattore di disuguaglianza.

Il PNP 2026–2031 si propone, pertanto, di proseguire e rafforzare le iniziative già avviate nel PNP 2020-2025, adottando misure mirate per ridurre le disuguaglianze evitabili.

3. Azioni trasversali

Il nuovo Piano, in coerenza con i precedenti indirizzi programmatori, afferma la centralità della prevenzione quale componente essenziale e trasversale delle politiche sanitarie, capace di orientare in modo strutturale le scelte di programmazione e di *governance* del sistema sanitario, con l'obiettivo di tutelare e promuovere la salute della popolazione.
In questa prospettiva, assumono un ruolo determinante le azioni trasversali, che costituiscono un fondamento strategico del Piano poiché garantiscono coerenza, equità e integrazione intersettoriale delle politiche di prevenzione, creano capacità di sistema e promuovono sostenibilità e continuità degli interventi nel lungo periodo.
Intersettorialità, formazione, comunicazione ed equità dovranno, pertanto, essere ulteriormente consolidate e integrate in maniera sistematica attraverso meccanismi di *governance* condivisa, al fine di rafforzare la capacità del nuovo Piano di incidere sulla salute della popolazione e di garantire risultati duraturi e coerenti con i bisogni emergenti.

3.1 Intersettorialità

L'intersettorialità rappresenta un presupposto imprescindibile della sanità pubblica e della prevenzione, in quanto consente di affrontare in modo integrato i determinanti sociali, ambientali ed economici della salute e di assicurare coerenza tra le diverse politiche.
In linea con il principio della "*Health in All Policies*", il Piano, riconoscendo che promozione della salute e prevenzione richiedono strategie condivise e sinergiche, mira a rafforzare l'approccio intersettoriale, promuovendone una governance condivisa mediante strumenti stabili di coordinamento e la diffusione di una cultura collaborativa tra i settori.
Il Piano evidenzia che per consolidare l'approccio intersettoriale è necessario dotarsi di strumenti di *governance* e di operatività che ne garantiscano la piena integrazione nelle politiche pubbliche.
In questa prospettiva, assumono rilievo i tavoli intersettoriali permanenti e gli accordi quadro tra istituzioni, che consentono il coordinamento stabile tra settori diversi, così come i piani e strategie nazionali e regionali integrati, in cui la salute viene assunta come obiettivo trasversale. A livello tecnico, risultano fondamentali strumenti di valutazione quali l'*Health Impact Assessment* e le valutazioni integrate di impatto, che permettono di analizzare in modo sistematico le conseguenze delle politiche non sanitarie sulla salute e di definire indicatori condivisi e sistemi informativi interoperabili. Ulteriore valore deriva dal rafforzamento delle forme di partecipazione – comunità, terzo settore, partenariati pubblico-privato – che contribuiscono a garantire coerenza e inclusione nelle strategie. Solo la combinazione di strumenti normativi, valutativi, di programmazione e di partecipazione rende effettivo l'approccio intersettoriale.

3.2 Formazione

La formazione è da tempo riconosciuta come una parte integrante e imprescindibile di tutte le strategie di prevenzione, un intervento sistemico in grado di orientare obiettivi, programmi e comportamenti professionali. Svolge un ruolo cruciale per aumentare le competenze degli operatori sanitari e non, favorire lo sviluppo di sinergie multidisciplinari e rafforzare la collaborazione e l'efficacia dei team multidisciplinari.

L'acquisizione e il consolidamento delle competenze costituiscono, infatti, la condizione imprescindibile per promuovere il cambiamento culturale necessario per rendere la prevenzione e la promozione della salute componenti centrali e integrate delle politiche sanitarie.
Il Piano sottolinea l'importanza di una formazione che vada oltre la semplice trasmissione di conoscenze teoriche, ma che sia configurata come strumento di *capacity building*, con approcci pratici, contestualizzati e orientati all'azione, che inseriscano i percorsi formativi all'interno di contesti operativi reali, promuovendo il *life-long learning* (apprendimento permanente lungo tutto l'arco della vita) quale leva strategica per garantire la trasferibilità delle competenze e la loro concreta applicazione nell'implementazione degli interventi di prevenzione. Ciò significa progettare corsi e programmi formativi che tengano conto delle esigenze territoriali, delle risorse disponibili e delle caratteristiche socio-culturali dei destinatari.
Nel nuovo Piano la formazione mira, pertanto, a implementare e favorire l'acquisizione di competenze anche innovative, che abbracciano temi che vanno dalle pratiche di prevenzione nei contesti urbani (*urban health*) e dalle sfide emergenti legate al cambiamento climatico, fino alle nuove tecnologie digitali e al *counseling* individuale.
I Dipartimenti di prevenzione restano i principali destinatari di questi percorsi, ma non gli unici. L'azione formativa si rivolge infatti a un ampio spettro di professionisti – sanitari e non – che, a livello regionale e locale, contribuiscono alla realizzazione concreta delle strategie di prevenzione e promozione della salute. In questo senso, la formazione diventa anche un luogo di incontro e di dialogo: un'occasione per costruire linguaggi comuni, per definire obiettivi condivisi e per creare le condizioni di una collaborazione intersettoriale realmente efficace.
Un ruolo centrale in questo processo spetta ai medici di medicina generale (MMG) e ai pediatri di libera scelta (PLS). Essi rappresentano i professionisti più vicini ai cittadini, capaci di cogliere i bisogni reali delle persone e di influenzare i loro comportamenti di salute. Il Piano riconosce la necessità di valorizzarli come partner fondamentali nella promozione della salute e nel contrasto alle disuguaglianze, inserendoli al centro delle strategie formative.
La formazione costituisce, inoltre, un prerequisito strategico per rendere concretamente applicabile il principio *One Health*, poiché lo sviluppo di competenze trasversali e intersettoriali è indispensabile per promuovere l'integrazione e il coordinamento tra i diversi ambiti – sanitario, ambientale, veterinario e sociale - superando barriere organizzative e culturali. Solo un personale adeguatamente formato può dare sostanza a questa visione, trasformandola da principio astratto in pratica quotidiana e garantendone l'efficacia nell'affrontare le sfide emergenti di salute pubblica globale.

3.3 Comunicazione

Accanto alla formazione, in linea con il precedente, anche il nuovo Piano attribuisce un ruolo centrale alla comunicazione, riconosciuta come strumento strategico e irrinunciabile delle politiche di prevenzione. Comunicare significa aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei cittadini, promuovere atteggiamenti favorevoli alla salute, stimolare l'adesione ai programmi di prevenzione e di cura, favorire il dialogo tra istituzioni e popolazione e, soprattutto, rafforzare la fiducia nei confronti del sistema sanitario. Premessa indispensabile alla consapevolezza e, quindi, a una partecipazione reale è proprio la conoscenza, che negli scenari di Sanità Pubblica deve affiancare all'informazione taylorizzata per gli individui e i piccoli gruppi un'informazione di

portata più ampia che valorizzi in forma concretamente fruibile i risultati degli studi epidemiologici, particolarmente nella forma del referto epidemiologico istituito dall'art. 4 della Legge 22 marzo 2019, n. 29 ("*... il dato aggregato o macrodato corrispondente alla valutazione dello stato di salute complessivo di una comunità che si ottiene da un esame epidemiologico delle principali informazioni relative a tutti i malati e a tutti gli eventi sanitari di una popolazione in uno specifico ambito temporale e in un ambito territoriale circoscritto o a livello nazionale...*").
Una comunicazione ben pianificata contribuisce in modo determinante alla sostenibilità del sistema salute, in quanto migliora gli esiti di salute riducendo gli ostacoli all'accesso, rendendo più umani i percorsi preventivi – spesso rivolti a persone sane e dunque più difficili da accettare – e accrescendo la trasparenza e la responsabilità (*accountability*) delle istituzioni sanitarie.
Il processo comunicativo deve, tuttavia, essere strutturato e valutato con la stessa attenzione che si dedica a qualunque altra azione di sanità pubblica. Ciò implica:

- la definizione chiara degli obiettivi e dei bisogni informativi della popolazione;
- l'identificazione dei target a cui rivolgersi, distinguendo ad esempio tra popolazione generale, fasce vulnerabili, professionisti o decisori politici;
- la scelta degli strumenti e dei canali più efficaci (dai media tradizionali alle piattaforme digitali, dalle campagne nazionali alle iniziative comunitarie);
- il monitoraggio dell'implementazione;
- la valutazione dell'impatto reale delle azioni comunicative.

Un elemento sottolineato dal Piano è l'importanza del *marketing* sociale per stimolare comportamenti volontari orientati al bene collettivo. Esempi concreti possono essere le campagne per promuovere stili di vita sani (come una sana alimentazione e la pratica regolare di un'attività fisica adeguata), per ridurre i comportamenti a rischio (come il tabagismo o il consumo rischioso e dannoso di alcol), oppure per favorire pratiche socialmente sostenibili come la raccolta differenziata dei rifiuti, la mobilità sostenibile o il risparmio energetico.
La comunicazione non deve rivolgersi soltanto ai cittadini, ma anche agli operatori sanitari e ad altre figure professionali coinvolte nella tutela della salute, nonché ai decisori politici, e diventare un mezzo per contrastare le disuguaglianze, raggiungendo le fasce più fragili e vulnerabili, spesso più difficili da intercettare con i canali tradizionali.
Il Piano richiama infine l'esigenza di elaborare una strategia di comunicazione efficace, basata sulla collaborazione sinergica tra tutti i partner, sanitari e non, coinvolti nei processi di prevenzione. Tale strategia deve prevedere piani strutturati con ruoli e responsabilità chiaramente definiti, oltre a momenti dedicati alla documentazione, alla trasparenza e alla diffusione dei risultati.

3.4 Equità

Un ulteriore elemento trasversale che attraversa l'intero Piano è l'equità, che per essere garantita in una prospettiva coerente con l'approccio di "*Salute in tutte le politiche*" richiede un'analisi puntuale delle variabili sociodemografiche e l'identificazione dei gruppi più esposti al rischio di disuguaglianze attraverso strumenti disponibili e validati.
Lo svantaggio sociale rappresenta uno dei principali determinanti sfavorevoli alla salute e alla qualità della vita; le persone, le famiglie, i gruppi sociali e i territori più poveri di risorse e capacità sono maggiormente esposti ai fattori di rischio affrontati dal Piano e più vulnerabili agli stress che

compromettono la resilienza individuale e collettiva, in particolare durante le fasi di vita più sensibili per lo sviluppo, come l'infanzia e l'adolescenza.
Il PNP 2026–2031 prevede, pertanto, azioni mirate all'integrazione sistematica dei criteri di equità nella *governance*, nonché nella progettazione, attuazione e valutazione degli interventi, con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza sugli effetti delle pratiche in termini di contrasto alle disuguaglianze sociali in salute. Uno degli obiettivi è quello di superare la visione strettamente legata all'applicazione della procedura di *Health Equity Audit* utilizzata nel PNP 2020-2025, riconoscendo che l'equità può essere perseguita in molti modi, anche attraverso il rafforzamento delle condizioni organizzative e delle pratiche trasversali che ne rendono possibile l'integrazione.
Il profilo di salute ed equità della comunità rappresenta il punto di partenza per la condivisione con la comunità stessa e l'identificazione di obiettivi, priorità e azioni sui quali attivare le risorse della prevenzione e al contempo misurare i cambiamenti del contesto e dello stato di salute, confrontare l'offerta dei servizi con i bisogni della popolazione, monitorando e valutando lo stato di avanzamento nonché l'efficacia delle azioni messe in campo.
Nell'accezione proposta dal Livello Essenziale di Assistenza (LEA) "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" (Allegato 1 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 recante "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*"), 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 anche di orientare la programmazione all'equità, all'intersettorialità e all'*accountability*.
Con il "*Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*", previsto dal D.M. 12 marzo 2019 e operativo dal 1° gennaio 2020, sono stati introdotti specifici indicatori relativi all'equità, al bisogno e al contesto per il monitoraggio delle disuguaglianze, con l'obiettivo di garantire una maggiore omogeneità sia a livello geografico, intra e inter-regionale, che a livello sociale. Il sistema consente inoltre di analizzare le disuguaglianze all'interno di tutti gli altri indicatori dei LEA, grazie all'integrazione dei dati sanitari con fonti statistiche esterne che includono almeno una variabile di tipo sociale.

4. Pianificazione, monitoraggio e valutazione del PNP e dei Piani Regionali della Prevenzione (PRP)

4.1 Struttura e logica di pianificazione

Quadro Logico centrale e regionale

La pianificazione della prevenzione e della promozione della salute in Italia prevede un coordinamento tra il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), che definisce la strategia complessiva del Paese stabilendo priorità e indirizzi a livello nazionale, e i Piani Regionali della Prevenzione (PRP), attraverso cui le Regioni e Province Autonome implementano la strategia nazionale adattandola alle esigenze e alle specificità del proprio territorio. La coerenza e la continuità tra il PNP e i PRP sono assicurate da un Quadro Logico di riferimento, che organizza la pianificazione sui due livelli (Tabella 1):

1. *Quadro Logico centrale (QLc)*, che costituisce l'architettura del PNP, attraverso cui viene definita la strategia nazionale condivisa tra Stato e Regioni in materia di prevenzione e promozione della salute, orientando la programmazione regionale;

2. *Quadro Logico Regionale (QLr)*, che costituisce la struttura dei PRP, mediante la quale la strategia nazionale viene tradotta in operatività sul territorio regionale.

Nello specifico, il QLc declina le priorità di salute ed equità che il Paese intende perseguire in:

- **Macro-obiettivi (MO)**, che identificano le aree di intervento prioritarie per la salute pubblica. Il PNP 2026-2031 individua i seguenti sette MO:
  - MO1 Malattie croniche non trasmissibili
  - MO2 Dipendenze e problemi correlati
  - MO3 Incidenti domestici e stradali
  - MO4 Salute, sicurezza e benessere dei lavoratori
  - MO5 Ambiente, clima e salute
  - MO6 Malattie infettive prioritarie
  - MO7 Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria
- **Obiettivi strategici**, che individuano i traguardi operativi misurabili da perseguire all'interno di ciascun Macro-obiettivo
- **Linee strategiche**, che specificano le direttrici di azione strumentali al raggiungimento degli Obiettivi strategici
- **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017), che costituiscono la cornice di garanzia del sistema di prevenzione
- **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. In alcuni casi le fonti consentono di consultare i dati stratificati per caratteristiche sociodemografiche (es. livello di istruzione) permettendo un'analisi più approfondita delle disuguaglianze di salute.

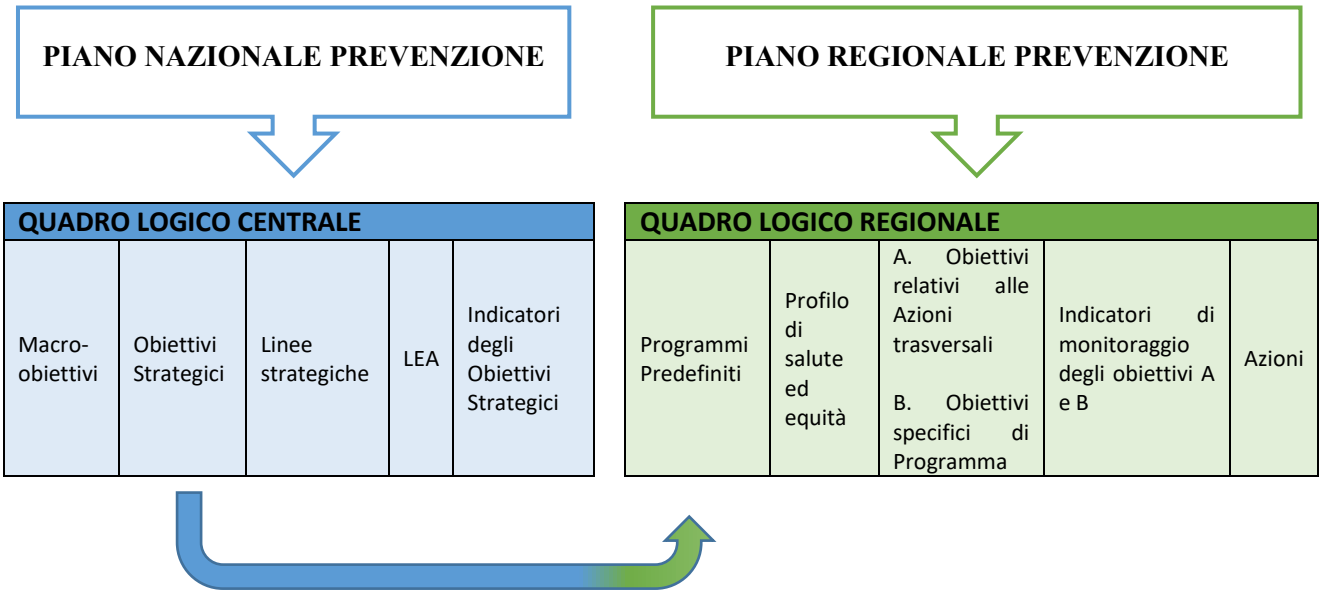
A partire da questi elementi, le Regioni costruiscono il QLr, su cui si sviluppano i PRP, e, a cascata, i Piani attuativi locali. Il QLr si articola in:

- **Profilo di salute ed equità**, che rappresenta un'analisi dettagliata delle condizioni di salute della popolazione target, basata su dati epidemiologici e socio-sanitari;
- **Programmi Predefiniti (PP)**, che rappresentano l'unità operativa attraverso cui le Regioni attuano il PNP;
- **Obiettivi trasversali e specifici,** che definiscono i risultati concreti e misurabili che ciascun PP regionale si propone di raggiungere;
- **Indicatori di monitoraggio,** che misurano il progresso e l'efficacia dei PP regionali nel raggiungere i risultati attesi;
- **Azioni,** ovvero le attività operative pianificate da ogni Regione per raggiungere gli Obiettivi del PP in cui sono inserite.

L'architettura descritta garantisce coerenza interna e omogeneità di indirizzo tra i diversi livelli di pianificazione, consentendo al contempo alle Regioni di adattare le azioni al proprio contesto territoriale.

La Tabella 1 schematizza gli elementi del QLc e del QLr.

Tabella 1- Struttura del PNP e dei PRP



PRP: i Programmi Predefiniti

I PRP sono organizzati in Programmi Predefiniti (PP). Il PP, definito coerentemente alla specificità e all'analisi del contesto regionale, è l'elemento fondamentale di pianificazione nonché l'oggetto del monitoraggio dei PRP e deriva direttamente dagli orientamenti e dalle priorità nazionali.

I PP rispondono principalmente all'esigenza di garantire, su tutto il territorio nazionale, il raggiungimento uniforme di standard prioritari di prevenzione e promozione della salute, rendendo più facilmente esigibili e misurabili i programmi del LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", attraverso l'adozione diffusa di metodologie, modelli e azioni basati su evidenze di costo-efficacia, nonché su raccomandazioni e buone pratiche validate e documentate, con particolare attenzione all'equità.
I PP infatti:

- hanno caratteristiche uguali per tutte le Regioni (cfr. Capitolo 7 - Le schede dei Programmi Predefiniti);
- 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.

Ciascun PP include i seguenti elementi fondamentali:

- **Profilo di salute ed equità**, che costituisce il prerequisito per la programmazione.
- **Obiettivi predefiniti,** suddivisi in
  - **Obiettivi relativi alle Azioni trasversali**, che sviluppano in tutti i PP le azioni trasversali del PNP (Intersettorialità, Formazione, Comunicazione, Equità; cfr. Capitolo 3), monitorati con relativi indicatori, denominati "Indicatori di monitoraggio degli obiettivi relativi alle Azioni trasversali del PNP". In particolare, tali indicatori 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;
    - l'adozione dell'approccio all'equità in salute al fine di fornire elementi utili alla valutazione di processo e di impatto sulla riduzione delle disuguaglianze.
  - **Obiettivi specifici del PP**, che sviluppano la tematica specifica del Programma, monitorati con relativi indicatori, denominati "Indicatori di monitoraggio degli Obiettivi Specifici del Programma".
- **Correlazione con il QLc,** ovvero con i Macro-obiettivi e gli obiettivi strategici di riferimento. A questo proposito, i PP devono complessivamente coprire tutti i Macro obiettivi e tutti gli Obiettivi strategici del PNP, promuovendo un approccio il più possibile trasversale, in coerenza con principi fondanti del PNP (ottica *One Health*, approccio *life-course* e per *setting*,

trasversalità degli interventi rispetto ad obiettivi e *setting*) e favorendo un utilizzo efficace delle risorse.

Il PNP 2026-2031 prevede, inoltre, che per ogni PP siano individuati:

- almeno 1 obiettivo "tracciante", che costituisce la priorità individuata per ciascun PP, in ragione del suo impatto sui determinanti di salute o sul funzionamento del sistema della prevenzione;
- almeno 1 indicatore di copertura, che misura la quota di popolazione, strutture o operatori raggiunti dagli interventi, utili pertanto anche ai fini delle valutazioni di impatto (es. n. scuole coinvolte, n. operatori formati, n. soggetti presi in carico, % ASL con standard adottato, % soggetti fragili vaccinati).

Il PNP 2026-2031 individua i seguenti PP (cfr. schede dei PP, Capitolo 7):

- PP1: Scuole che Promuovono Salute
- PP2: Comunità attive
- PP3: Luoghi di lavoro che promuovono salute
- PP4: Dipendenze
- PP5: Piano mirato di prevenzione (PMP) per la definizione di modello di monitoraggio della qualità e dell'efficacia della formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- PP6: Prevenzione del rischio cancerogeno e reprotossico professionale, del sovraccarico biomeccanico e dei rischi psicosociali
- PP7: Prevenzione in edilizia, agricoltura e nell'utilizzo sicuro di macchine e attrezzature di lavoro
- PP8: Screening oncologici organizzati per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori
- PP9: Ambiente, clima e salute
- PP10: Sorveglianza e controllo delle malattie infettive in ambito umano
- PP11: Prevenzione nella gestione integrata della cronicità
- PP12: Promozione della salute nei primi mille giorni
- PP13: Malattie trasmissibili con gli alimenti, tutela della salute dei consumatori e nutrizione
- PP14: Problematiche sanitarie emergenti nell'ambito degli animali da compagnia

4.2 Monitoraggio e valutazione

Monitoraggio e valutazione hanno rappresentato in tutti i Piani della prevenzione, e in particolare nei PNP 2014-2019 e 2020-2025, un'azione di "accompagnamento" costante, partecipato e condiviso dei processi attivati e del perseguimento degli obiettivi, con il duplice intento di assicurare la funzione di *stewardship* e di contemperare esigenze centrali e regionali di valutazione e riprogrammazione.

Il PNP 2026-2031 intende confermare il sistema di monitoraggio adottato dal PNP 2020-2025, che si articola sul:

- monitoraggio dei PRP, attraverso la verifica annuale del livello di raggiungimento dei valori attesi degli indicatori di monitoraggio degli obiettivi relativi alle Azioni trasversali e degli obiettivi specifici dei PP;

- monitoraggio del PNP attraverso gli indicatori degli obiettivi strategici che documentano, nei modi e tempi stabiliti dai sistemi informativi e di sorveglianza disponibili, il cambiamento osservabile a livello nazionale e regionale nel raggiungimento degli Obiettivi strategici, rispetto al trend o al valore puntuale atteso;
- monitoraggio delle Linee di supporto centrali, attraverso il riscontro del loro stato di avanzamento.

Gli indicatori di monitoraggio dei PRP (sia quelli relativi alle Azioni trasversali, sia quelli relativi agli obiettivi specifici del Programma) e gli indicatori degli obiettivi strategici sono definiti secondo i criteri dell'approccio SMART, già richiamati e condivisi dai PNP 2014-2019 e 2020-2025, che prevede che essi siano:

- 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.

4.3 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".

Le regole e la tempistica della valutazione finalizzata alla certificazione del PNP 2026-2031, in relazione al suddetto Adempimento, sono definite nell'Intesa Stato-Regioni di adozione del presente Piano, cui si rimanda.

Tutti gli indicatori di monitoraggio dei PP — sia quelli relativi alle Azioni trasversali sia quelli degli obiettivi specifici — così come gli indicatori per tutto il PRP per l'Azione trasversale Equità, sono certificativi. Tra questi gli indicatori associati agli obiettivi "traccianti" misurano la capacità complessiva del sistema di conseguire risultati significativi e allineati alle priorità nazionali e garantiscono omogeneità di intervento e risposta a un obiettivo nazionale ritenuto strategico; pertanto, detti indicatori associati agli obiettivi "traccianti" vengono considerati ai fini certificativi sia come categoria di indicatori a sé stante che nel computo del totale degli indicatori.

4.4 Strumenti a supporto della pianificazione e del monitoraggio

Il Ministero, di concerto con le Regioni e le Province autonome, rende disponibili gli strumenti di seguito descritti, per l'avvio della pianificazione regionale ed il supporto alla predisposizione e al monitoraggio dei PRP.

1. Piattaforma *web-based*

La piattaforma *web-based* a supporto del PNP e dei PRP (PF), a partire dalla programmazione 2020-2025, è lo strumento di accompagnamento esclusivo, sostanziale e formale, e dunque vincolante, per la presentazione dei PRP. Essa è nata nel 2018 come strumento di supporto per il monitoraggio e la valutazione dei PRP 2014-2019 all'interno di una Azione Centrale del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del 2016. Le attività di progettazione, rilascio e gestione della PF-PRP 2020-2025 si inquadravano in una Azione Centrale

del CCM del 2018 e anche successivamente la sua implementazione e il suo funzionamento sono stati sostenuti da progetti finanziati da fondi del Ministero della salute e coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità. La PF-PRP sviluppata per il ciclo 2020-2025 ha gestito funzionalità quali:

- pianificazione: presentazione da parte di ciascuna Regione del PRP;
- monitoraggio: qualificazione degli interventi realizzati e quantificazione del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- interlocuzione tra Ministero e Regioni in fase di valutazione dei risultati
- valutazione e, dove previsto, certificazione dei risultati raggiunti;
- rimodulazione di contenuti e indicatori;
- stampa: produzione di output relativi alle funzioni di pianificazione, rendicontazione, rimodulazione, riepilogo contenuti, in versione adatta alla stampa e utilizzabile dalle Regioni per la redazione dei documenti tecnici allegati agli atti regionali di approvazione dei Piani Regionali;
- *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.

L'impostazione di una struttura modulare rende questo strumento particolarmente duttile e in grado di adattarsi prontamente all'evolversi delle esigenze dei diversi stakeholders. A tal riguardo, la nuova versione della PF-PRP, che accompagnerà il ciclo di programmazione 2026-31, prevede l'introduzione di un modulo dedicato ad accogliere anche la pianificazione nazionale 2026-31 accanto a quella regionale, oltre a prevedere il potenziamento delle funzionalità di interrogazione e reportistica, tramite l'introduzione di software basati sull'Intelligenza Artificiale. Il passaggio all'utilizzo sistematico ed esclusivo della PF per la presentazione dei PRP ha lo scopo di indirizzare le Regioni a seguire una metodologia unica e condivisa nel redigere i Piani, in grado di riflettere, ma anche di orientare in modo virtuoso, la logica di pianificazione. Da qui l'identificazione di un "format", per l'inserimento e la valutazione della pianificazione di Programma.

2. Documento di traduzione operativa dell'approccio all'equità in salute nei Piani Regionali della Prevenzione

È il documento che fornisce un supporto operativo a Regioni e Province autonome nell'attuazione del nuovo modello di azione trasversale Equità, costituendo uno strumento utile per la programmazione, l'implementazione e la rendicontazione delle azioni orientate all'equità (AOE) o *equity-oriented*. È riportato in allegato al presente Piano, di cui fa parte integrante (Allegato 1).

5. *Governance* del PNP e dei PRP

La *governance* in sanità pubblica, come definita da Rhodes (1996) e da Kickbusch & Gleicher (2012, World Health Organization, Governance for Health in the 21st Century), è un processo decisionale complesso, fondato su partecipazione, trasparenza e responsabilità condivisa.

Fin dal 2005, con l'avvio del primo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) e nei successivi cicli programmatori, la *governance* del PNP, dei Piani Regionali della Prevenzione (PRP) e dei Piani attuativi locali si è affermata come fattore decisivo per garantire efficacia, equità e integrazione nelle azioni di sanità pubblica su tutto il territorio nazionale. Essa si fonda su un modello multilivello, che attribuisce ruoli distinti ma complementari ai diversi livelli istituzionali – centrale, regionale e locale – e che promuove una gestione intersettoriale e partecipata delle politiche di salute pubblica nell'ambito della prevenzione.

Il livello centrale, rappresentato dal Ministero della salute, ha la responsabilità della definizione di strategie e obiettivi di salute pubblica, in coerenza con le strategie nazionali e gli orientamenti internazionali ed europei e, di conseguenza, di assicurare la predisposizione del PNP e il coordinamento delle attività per la sua gestione; supporta, pertanto, le Regioni e le Province Autonome nell'elaborazione e attuazione dei PRP, assicurandone l'allineamento con le priorità e gli obiettivi del PNP; coordina il monitoraggio dello stato di attuazione del PNP e dei PRP, nonché le procedure correlate alla valutazione dei risultati raggiunti, anche in funzione della verifica degli adempimenti relativi ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); provvede alla definizione e all'attuazione delle Linee di supporto centrali del PNP.

Le Regioni e le Province Autonome, dal canto loro, sono chiamate a tradurre gli indirizzi nazionali in strategie e programmi territoriali attraverso i PRP. Questi ultimi non sono semplici piani operativi, ma rappresentano strumenti di *governance* multilivello che consentono di declinare i macro-obiettivi del PNP tenendo conto delle specificità epidemiologiche, sociali e ambientali di ciascun contesto regionale. I PRP, quindi, da un lato garantiscono coerenza con gli obiettivi nazionali e con i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), dall'altro promuovono l'innovazione e l'adattamento locale delle strategie, perseguendo l'obiettivo prioritario di equità e di riduzione delle disuguaglianze. Attraverso il monitoraggio degli obiettivi e la valutazione dei risultati, le Regioni rendicontano le proprie attività al livello centrale, in un sistema che lega strettamente performance, programmazione e allocazione delle risorse.

Il livello locale rappresenta l'anello operativo del sistema di *governance*, con i Dipartimenti di prevenzione e le altre strutture Aziendali che traducono i programmi regionali in azioni concrete, erogando servizi di prossimità e promuovendo interventi di prevenzione e promozione della salute nei diversi setting di vita della popolazione: scuole, luoghi di lavoro, comunità e servizi sanitari. L'azione locale va oltre la semplice erogazione di prestazioni sanitarie in senso stretto, come le vaccinazioni, e si estende alla promozione di stili di vita salutari, alla prevenzione delle malattie croniche, alla gestione integrata delle fragilità e alla costruzione di alleanze con attori non sanitari. I Comuni assumono un ruolo strategico, riconosciuti come *setting* capaci di coordinare interventi e politiche sui determinanti sociali e ambientali della salute, in sinergia con i servizi sanitari e le comunità.

Un elemento cardine della *governance* del PNP e dei PRP è il sistema di monitoraggio e valutazione, che deve essere costantemente orientato alla misurazione degli esiti di salute e all'*accountability*. Strumenti come i sistemi di sorveglianza epidemiologica e il Nuovo Sistema di

Garanzia dei LEA consentono di raccogliere dati omogenei e affidabili, di verificare i livelli di equità nell'accesso ai servizi e di orientare le scelte politiche e allocative. Accanto alla dimensione tecnica, la *governance* attribuisce un ruolo fondamentale alla tutela dell'equità in salute, che richiede il rafforzamento dell'utilizzo di strumenti specifici di valutazione per analizzare e correggere le disuguaglianze nell'esposizione ai rischi e nella fruizione dei servizi.
Altro elemento rilevante per la *governance* del PNP è la Piattaforma *web-based* a supporto del PNP e dei PRP, la cui implementazione è assicurata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con il sostegno tecnico e finanziario del Ministero della salute. Già nel PNP 2020-2025 questa piattaforma ha rappresentato lo strumento di accompagnamento esclusivo, sostanziale e formale, e dunque vincolante, per la presentazione, il monitoraggio, la valutazione, la certificazione e la rimodulazione dei PRP e il suo progressivo ampliamento può offrire un efficace e oramai insostituibile supporto digitale alla pianificazione regionale relativa al PNP 2026-2031, nonché alle sopra citate attività dei prossimi PRP.
Nel ciclo 2026–2031 la *governance* del PNP e dei PRP si caratterizzerà per un approccio istituzionale forte e integrato, capace di coniugare indirizzo centrale, responsabilità regionale e operatività locale in un quadro di corresponsabilità. Grazie al rafforzamento degli strumenti di monitoraggio, alla centralità dell'equità, all'utilizzo delle evidenze scientifiche e alla valorizzazione del ruolo delle comunità, la *governance* si pone come elemento cardine per garantire l'efficacia complessiva del Piano e per rafforzare la resilienza del Servizio Sanitario Nazionale. Essa diventa così non solo un meccanismo tecnico-organizzativo, ma un vero e proprio motore di innovazione e coesione, in grado di sostenere lo sviluppo di politiche di prevenzione integrate, eque e sostenibili per l'intera popolazione.

5.1 *Governance* nazionale

Le funzioni di predisposizione, gestione e coordinamento del PNP sono assicurate dalla Direzione generale della prevenzione (DGPRE) del Ministero della salute, che si avvale della collaborazione delle altre Direzioni generali competenti in materia di stili di vita, malattie trasmissibili, igiene e sicurezza alimentare, salute animale. La DGPRE fornisce, inoltre, alla Direzione generale competente per la programmazione sanitaria gli esiti istruttori relativi al sistema di verifica degli adempimenti dei LEA, sulla base della valutazione dei risultati raggiunti dalle Regioni nelle varie fasi del processo di realizzazione del PNP e dei PRP, contribuendo alle attività del Nuovo Sistema di Garanzia (Intesa Stato-Regioni 12 marzo 2019). Tutti i Dipartimenti e le Direzioni generali ministeriali coinvolti partecipano all'elaborazione e al monitoraggio del PNP e dei PRP, con referenti designati per ciascuna delle aree tematiche di competenza.
Per potenziare la *governance* centrale, un Gruppo di coordinamento istituito presso la Direzione generale della prevenzione e composto da rappresentanti delle Direzioni generali del Ministero della salute coinvolte nel PNP, del Coordinamento Interregionale Area Prevenzione e Sanità Pubblica (CIP) e dell'Istituto Superiore di Sanità referenti per la Piattaforma *web-based* a supporto del PNP e dei PRP, avrà il compito di:

- valutare annualmente lo stato di attuazione delle strategie del PNP e dei PRP, verificando al contempo l'allineamento con gli aggiornamenti tecnico-scientifici disponibili;
- analizzare, anche attraverso iniziative progettuali finanziate dal Ministero della salute, le ricadute economiche degli interventi di prevenzione sia a livello nazionale che regionale in

termini di risparmio di risorse, evidenziando come la prevenzione costituisca un elemento chiave per la sostenibilità del sistema sanitario.

Saranno, inoltre, previsti momenti di confronto tra il Ministero della salute e tutte le Regioni e le Province Autonome con l'obiettivo di favorire una condivisione più efficace di esperienze, criticità e buone pratiche, al fine di rafforzare la capacità del sistema di orientare in modo efficace le politiche di prevenzione e consolidare la *governance* complessiva delle azioni previste nell'ambito del PNP e dei PRP.

In coerenza con l'approccio della "*Salute in tutte le politiche*" e del Programma "*Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari*" (DPCM 4 maggio 2007), si prevede un Tavolo interistituzionale a supporto delle azioni centrali e regionali del PNP, costituito da rappresentanti del Ministero della salute, delle Regioni nonché di altri Ministeri ed Enti coinvolti negli obiettivi del PNP e dei PRP.

5.2 *Governance* regionale

Per favorire una *governance* integrata e partecipata, ogni Regione è chiamata ad adottare un Piano Regionale della Prevenzione (PRP) e a definire una Cabina di regia regionale, dotata di strumenti e funzioni mirati a garantire un coordinamento efficace e una gestione integrata, calibrati sulle caratteristiche territoriali e demografiche e sulle esigenze di programmazione regionale. La Cabina di regia, formalmente istituita e coordinata dalla Direzione regionale competente, che designa il Coordinatore operativo del PRP, assicura la programmazione integrata nell'ambito del Piano, con funzioni di indirizzo e di supporto alle azioni trasversali in materia di intersettorialità, formazione, comunicazione, equità e monitoraggio. La Cabina di regia include, preferibilmente:

- Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle aziende sanitarie territoriali;
- Coordinatori di Piano a livello aziendale e rappresentanti delle Direzioni delle Aziende sanitarie;
- Referenti tematici dei Programmi Predefiniti e delle Azioni trasversali;
- Rappresentanti di altre Direzioni regionali coinvolte (Istruzione, Ambiente, Lavoro, Politiche sociali, ecc.);
- Rappresentanti di Enti tecnico-scientifici di supporto (ad es. Osservatorio epidemiologico, Agenzia sanitaria e sociale regionale o struttura equivalente) per la definizione dei profili di salute ed equità, il monitoraggio e l'analisi dei dati, nonché il supporto metodologico all'individuazione di priorità e azioni regionali;
- Rappresentanti di Università ed Enti di ricerca per il supporto scientifico e la valutazione;
- Comuni o Associazioni che li rappresentano (ad es. ANCI, Rete Italiana Città Sane OMS, ecc.).

Inoltre, si suggerisce di definire, preferibilmente entro il primo anno dall'adozione del PRP, i seguenti elementi:

- protocolli di intesa, accordi regionali e azioni a sostegno dell'intersettorialità, così come previsti dai programmi del PRP, volti a rafforzare il raccordo con Istituzioni, Enti ed organizzazioni a valenza regionale (ad es. Ufficio scolastico regionale, INAIL, ARPA, ANCI, Terzo settore), in coerenza con le azioni centrali di supporto che operano a livello nazionale. Gli accordi formalizzati e le azioni a sostegno dell'intersettorialità mirano a favorire la programmazione condivisa, assicurando che le azioni del PRP siano integrate con le strategie regionali e con quelle dei diversi Enti extra-sanitari;

- l'integrazione verticale e i Piani Locali o Aziendali di Prevenzione (PLP o PAP), da prevedere qualora le dimensioni territoriali e demografiche lo richiedano, sulla base del modello organizzativo regionale e delle specifiche esigenze di programmazione locale. I Piani Locali, elaborati dalle Aziende Sanitarie territoriali in coerenza con il PRP, assicurano il raccordo operativo con la Cabina di regia regionale e con i Dipartimenti di Prevenzione, favorendo la piena attuazione dei Programmi Predefiniti e garantendo continuità tra livello regionale e aziendale;
- la formazione continua, in linea con le indicazioni del PNP e del PRP, affidata a una struttura regionale formalmente delegata (ad esempio Azienda sanitaria, Università o altro ente accreditato) e rivolta a operatori sanitari e *stakeholder* quali amministratori locali e terzo settore. Si raccomanda di prevedere iniziative di formazione congiunta e spazi partecipativi permanenti per favorire la *governance* condivisa, la co-progettazione degli interventi e la valutazione dei risultati, coinvolgendo attivamente cittadini, associazioni e istituzioni (es. Community Lab dell'Emilia-Romagna), in raccordo con le iniziative di co-progettazione previste dal DM 77/2022;
- il Piano di comunicazione multicanale, coerente con le indicazioni del PNP, affidato a una struttura regionale o aziendale formalmente delegata (ad esempio servizio comunicazione regionale o ufficio aziendale) e articolato su media tradizionali e digitali. Il Piano deve informare e coinvolgere cittadini e *stakeholder*, anche attraverso iniziative di *marketing* sociale, per sostenere la *governance* partecipata dei programmi del PRP;
- la *governance* per l'equità, con la nomina di referenti regionali dedicati e/o gruppi di lavoro regionali – eventualmente integrati con altri tavoli di programmazione – per assicurare che il tema dell'equità, trasversale a tutti i Programmi Predefiniti, sia pienamente integrato e attuato, anche tramite un costante raccordo tra livelli istituzionali e s*takeholder* territoriali;
- le indicazioni regionali per la realizzazione dei Programmi e delle azioni del PRP in raccordo con le Case della Comunità, quali spazi dedicati alla medicina di iniziativa e alla prevenzione primaria, sostenendo interventi di *community engagement* e la partecipazione comunitaria;
- il sistema di monitoraggio regionale/aziendale, che consenta anche la rilevazione delle coperture degli interventi e di altri indicatori non previsti dalla piattaforma nazionale di monitoraggio e rendicontazione dei PRP. Tale sistema, alimentato dai dati delle Aziende sanitarie, deve permettere la verifica periodica delle azioni dei Programmi Predefiniti, il confronto tra Aziende sanitarie territoriali e il supporto alla programmazione regionale, prevedendo reportistiche tarate su esigenze locali.

5.3 *Governance* locale

Per favorire una *governance* integrata e partecipata, ogni Azienda sanitaria territoriale – denominata ASL o con altra sigla a seconda della Regione – è chiamata ad adottare strumenti e funzioni volti a garantire un efficace coordinamento e una gestione integrata, calibrati sulle caratteristiche territoriali e demografiche e sulle esigenze di programmazione locale, anche attraverso accordi quadro con Enti e Istituzioni di altri settori operanti sul territorio di competenza, al fine di assicurare integrazione e continuità degli interventi.
Nel dettaglio, si suggerisce di prevedere:

- una Cabina di regia aziendale o un Gruppo di coordinamento aziendale, formalmente istituito e coordinato dalla Direzione aziendale, che designa il coordinatore operativo del Piano aziendale o locale di prevenzione e assicura la programmazione integrata in ambito sanitario, territoriale e ospedaliero. Tale organismo/struttura svolge funzioni di indirizzo e supporto alle azioni trasversali di intersettorialità, formazione, comunicazione, equità e monitoraggio. Il coordinatore operativo del Piano aziendale o locale assicura il collegamento con il livello regionale;
- il profilo di salute aziendale, elaborato e aggiornato con dati epidemiologici, socio-economici e ambientali, utile a evidenziare le disuguaglianze di salute, individuare le priorità di intervento e orientare le azioni dei Programmi a livello locale;
- l'equità come criterio trasversale, con la nomina di un referente aziendale dedicato che partecipi ai tavoli di programmazione aziendale, garantendo la piena integrazione di tale principio nella pianificazione e attuazione degli interventi;
- la partecipazione comunitaria, attraverso il coinvolgimento strutturato di Comuni, Uffici Scolastici provinciali, scuole, Terzo Settore e cittadini, mediante forum permanenti e altri strumenti partecipativi, per la co-progettazione di interventi. Tali azioni devono essere coerenti con le indicazioni regionali e in linea con quanto previsto dal DM 77/2022;
- l'attuazione dei percorsi e interventi di promozione della salute e prevenzione all'interno delle Case della Comunità, in coerenza con il PRP e con le indicazioni regionali, sostenendo la medicina di iniziativa, la prevenzione primaria e gli interventi di *community engagement* e la partecipazione comunitaria;
- il monitoraggio e la rendicontazione, attraverso indicatori aziendali relativi alla copertura degli interventi e analisi periodiche dei risultati, finalizzati a riorientare le risorse e garantire il raggiungimento degli obiettivi regionali e l'attuazione delle azioni previste dai Programmi Predefiniti.

6. Macro Obiettivi (MO)

6.1 MO1. Malattie croniche non trasmissibili

Razionale

Le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) – tra cui rientrano le malattie cardio-cerebrovascolari, i tumori, le malattie respiratorie croniche e il diabete mellito – sono la principale causa di morte, responsabili del 70% dei decessi globali. In Europa circa il 60% del carico di malattia deriva da fattori comportamentali combinati con determinanti ambientali, sociali ed economici. L'Organizzazione Mondiale della Sanità' (OMS) le definisce "nuova epidemia urbana" a causa di urbanizzazione e relativi stili di vita, con forte impatto su qualità della vita e sostenibilità delle città. In Italia l'invecchiamento ha aumentato l'aspettativa di vita (81,4 anni uomini, 85,5 donne nel 2024, dati ISTAT), ma circa 20 anni sono vissuti con fragilità, disabilità o patologie croniche. Inoltre, la partecipazione agli screening oncologici resta sotto gli standard.
Particolare attenzione meritano demenza e salute mentale. La demenza colpisce 50 milioni di persone nel mondo, con 10 milioni di nuovi casi l'anno e una previsione di 152 milioni entro il 2050. Secondo l'OMS, 1 persona su 8 soffre di disturbi mentali, soprattutto ansia e depressione. Chi ha gravi patologie psichiatriche, come depressione e schizofrenia, presenta più disabilità e mortalità prematura, con rischio di morte superiore del 40-60% per comorbidità non trattate. La depressione da sola pesa per il 4,3% del carico globale ed è tra le principali cause di disabilità, soprattutto femminile.

Fattori di rischio/Determinanti

I fattori di rischio comportamentali delle MCNT sono modificabili, ma se non gestiti adeguatamente possono favorire ipertensione arteriosa, obesità, dislipidemie, iperglicemia e lesioni precancerose. Queste condizioni richiedono diagnosi e trattamento tempestivi per garantirne reversibilità, controllo e prevenzione delle complicanze. Il fumo di tabacco resta la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile in Italia. La diffusione di sigarette elettroniche e prodotti a tabacco riscaldato ha attratto soprattutto le fasce giovanili, ponendo nuove sfide per la prevenzione. Sedentarietà e scarsa attività fisica aumentano il carico di MCNT e ostacolano un invecchiamento sano. Le Linee di indirizzo (Accordi Stato-Regioni 7/03/19, 3/11/21, 7/11/24) raccomandano di promuovere l'attività fisica lungo tutto il corso della vita, riducendo la sedentarietà con approccio equo e inclusivo. L'attività fisica ha un ruolo terapeutico per le MCNT e condizioni complesse (obesità, neoplasie, trapianto), per le quali sono valorizzati l'attività fisica adattata (AFA) e l'esercizio fisico strutturato (EFS), definiti dal D.Lgs. 36/2021, da svolgere con professionisti qualificati anche nelle Palestre della Salute. In Italia diminuisce il consumo tradizionale di vino ai pasti, mentre aumentano alcolici fuori pasto e *binge drinking*, soprattutto tra i giovani. Le abitudini alimentari risentono di fattori socioeconomici e culturali: reddito, istruzione, costo degli alimenti e marketing influenzano la qualità della dieta. L'obesità è una patologia cronica multifattoriale, legata a fattori genetici, ambientali, comportamentali e socioeconomici, spesso associata a diabete di tipo 2, ipertensione, cardiopatie e disturbi muscolo-

scheletrici. In età pediatrica è una priorità di sanità pubblica per prevalenza e conseguenze a lungo termine. La prevenzione e gestione richiedono un approccio integrato, come indicato dalle "Linee di indirizzo" (Accordo Stato-Regioni 27/07/22), che prevedono un Percorso Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PPDTA) condiviso tra ambiti preventivi e clinico-nutrizionali. Tale modello favorisce diagnosi precoce e coordinamento tra assistenza territoriale, Dipartimenti di Prevenzione e setting specialistici. La Legge 3 ottobre 2025, n. 149 ("*Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'obesità*") ha introdotto misure specifiche e previsto l'inclusione delle cure nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
Relativamente alla demenza, agendo su 14 fattori di rischio modificabili (scarsa istruzione, ipertensione, ipercolesterolemia, fumo, obesità, depressione, inattività fisica, diabete, deficit visivi/uditivi, isolamento, consumo eccessivo di alcol, traumi cranici e inquinamento) si può prevenire fino al 45% dei casi (Lancet Commission 2024). La salute mentale è influenzata da determinanti socioeconomici, culturali, ambientali e politici. Avversità in età infantile (povertà, maltrattamenti, violenze) aumentano il rischio di disturbi mentali. Il suicidio, secondo l'OMS, dipende sia da fattori genetici, sia da fattori sociali ed economici, come consumo rischioso e dannoso di alcol, disoccupazione e disuguaglianze. È quindi essenziale considerare la salute mentale un determinante trasversale nelle politiche di prevenzione delle MCNT.
Particolare attenzione va dedicata ai primi 1000 giorni e all'adolescenza, momenti cruciali per interventi di promozione della salute e prevenzione.
L'inquinamento atmosferico, indoor e outdoor, è un rilevante fattore di rischio per le MCNT e, nonostante le politiche dell'Unione Europea (UE), i livelli restano sopra i limiti raccomandati.

Strategie

La promozione della salute per prevenire le MCNT richiede una visione integrata, in linea con i cambiamenti demografici e sociali, con il coinvolgimento di istituzioni e società civile e strategie mirate ai bisogni, anche dei più vulnerabili, lungo tutta la vita. Occorre superare la frammentazione tra prevenzione, diagnosi e cura con un approccio multidisciplinare che unisca azioni comportamentali, cliniche e di comunità. Tale approccio deve combinare strategie universali con interventi centrati sulla persona, come il *counseling* sugli stili di vita, in coerenza con piani strategici nazionali e internazionali. È inoltre fondamentale monitorare costantemente l'andamento epidemiologico delle MCNT e dei fattori di rischio tramite sorveglianze e indagini periodiche di salute che includano misurazioni dirette sulla popolazione (*health examination survey*), secondo le raccomandazioni OMS.

Strategie di comunità

La prevenzione delle MCNT richiede il coinvolgimento coordinato della società civile per rispondere ai bisogni anche dei soggetti vulnerabili e in tutte le fasi della vita. Gli interventi devono basarsi su approcci integrati — intersettoriale, *life-course*, di genere e per *setting* — per garantire coerenza, efficacia ed equità.
Approccio intersettoriale: La creazione di reti e alleanze pone al centro delle strategie salute e contrasto alle disuguaglianze, valorizzando la persona, i suoi diritti e le sue scelte. L'approccio "Salute in tutte le politiche" è doppiamente vantaggioso perché integra obiettivi sanitari nei

diversi settori, migliorando benessere e sviluppo. Investire in politiche trasversali sui determinanti sociali e ambientali favorisce l'invecchiamento sano, riduce le malattie e promuove l'inclusione degli anziani, contrastando isolamento e depressione.
Approccio life-course e di genere: Adottare un approccio basato sul ciclo di vita, dai primi 1000 giorni, è essenziale per ridurre i fattori di rischio, favorire stili di vita salutari e prevenire le MCNT. Interventi precoci come allattamento e supporto alla genitorialità sono cruciali per salute fisica e mentale. Promuovere la salute in tutte le età migliora la qualità della vita, sostiene autosufficienza e produttività. Occorre rafforzare le reti di supporto, valorizzare anziani e *caregiver* per aumentare l'inclusività e adottare interventi di genere per migliorare equità e appropriatezza. L'OMS, con il Piano d'azione globale 2013-2020, esteso al 2030, promuove l'approccio *life-course* per favorire il benessere mentale, con particolare attenzione all'infanzia e all'adolescenza, poiché fino al 50% dei disturbi mentali insorge prima dei 14 anni.
Approccio per setting: La promozione della salute e di stili di vita salutari richiede un approccio basato sui *setting*, che valorizzi partecipazione, responsabilizzazione ed equità, coinvolgendo più attori. La scuola è un contesto strategico per integrare l'educazione alla salute lungo il percorso formativo, in linea con l'Accordo Stato-Regioni del 2019 "*Indirizzi di policy integrate per la scuola che promuove salute*", sviluppando competenze e prevenendo bullismo, uso di sostanze, disagio psichico e suicidio. Comunità e luoghi di lavoro sono anch'essi centrali, con azioni informative, ambienti favorevoli alla salute e rafforzamento dell'*empowerment* personale e collettivo. La *Workplace Health Promotion*, riconosciuta dall'OMS, è efficace per la prevenzione delle malattie e il mantenimento della capacità lavorativa, introdotta nella Pubblica Amministrazione con il "*Documento di indirizzo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro della Pubblica Amministrazione*" (Accordo Stato-Regioni del 13/02/25). L'*empowerment* comunitario favorisce equità e inclusione, sensibilizzando sul disagio mentale, superando stigma e promuovendo consapevolezza su comportamenti autolesivi e suicidari.
Il Piano d'azione globale OMS sulla demenza 2017-2031 raccomanda interventi multisettoriali di sanità pubblica per ridurre i fattori di rischio. All'interno del Programma EU4Health dell'UE è stata avviata nel 2025 la "*Joint action addressing Dementia and Health*" (JADE Health), con l'obiettivo di ridurre l'impatto della demenza e di altre malattie neurologiche, anche attraverso strategie di prevenzione e promozione armonizzate e sostenibili. Il Piano nazionale demenze 2014 prevedeva azioni di prevenzione primaria e secondaria, da rafforzare oggi considerando che il 39,5% dei casi in Italia è attribuibile a 11 fattori di rischio modificabili individuati dalla Lancet Commission (Fonte "Progetto Fondo per l'Alzheimer e le demenze - Le attività dell'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore Di Sanità (Anni 2021-2023) Report Nazionale").
Ispirato ai modelli biopsicosociale e *One Health/One Mental Health*, che pongono attenzione non solo ai determinanti biologici e psicologici, ma anche agli aspetti sociali, ambientali e culturali del contesto dove la persona vive, il Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM) 2025-2030 (Accordo Stato-Regioni del 29/12/25) prevede, accanto al rafforzamento dei servizi territoriali e all'integrazione multisettoriale, l'aumento degli interventi di prevenzione primaria e promozione del benessere psicologico, la continuità di cura e la gestione dei percorsi assistenziali verso modelli più flessibili focalizzati su autonomia, reinserimento sociale, inclusione abitativa, lavorativa e relazionale delle persone con disturbi mentali. La prevenzione del suicidio è una priorità globale di salute pubblica per la quale occorrono una migliore conoscenza dei profili di rischio e politiche multisettoriali ed *evidence based* che coinvolgano

sanità, scuola e famiglia, con progetti mirati agli adolescenti per l'intercettazione precoce di ideazione suicidaria e comportamenti autolesivi.
Negli ultimi anni si è diffuso il concetto di *Urban Health*, che promuove la salute negli ambienti urbani, sia *indoor* che *outdoor*. Migliorare la qualità degli spazi è obiettivo dell'Agenda 2030 per città sicure e sostenibili, riducendo l'impatto delle MCNT. Una pianificazione urbana orientata alla salute pubblica, come nel "*Documento di indirizzo per la pianificazione urbana in un'ottica di Salute Pubblica - Urban Health*" (Accordo Stato-Regioni del 22/09/21), è essenziale per benessere e riduzione delle disuguaglianze.

Strategie basate sull'individuo

Gli interventi per individuare le condizioni di rischio per le MCNT e garantire la presa in carico sono previsti dai LEA nell'Area F "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", che include il *counseling* breve per responsabilizzare individui e comunità e promuovere stili di vita sani durante i contatti sanitari opportunistici. L'approccio assicura continuità e si integra con interventi comunitari (gruppi di cammino, pedibus) e trattamenti specifici (cura del tabagismo, consulenza nutrizionale, prescrizione di esercizio fisico) che consentono percorsi personalizzati in base al livello di rischio. I Dipartimenti di Prevenzione programmano, attuano e coordinano azioni in collaborazione con i Distretti sanitari, i Dipartimenti Materno-Infantili, i Dipartimenti di Salute Mentale, i Servizi per le Dipendenze e l'assistenza primaria, al fine di sviluppare percorsi integrati e multidisciplinari per individuare le condizioni di rischio e garantire una presa in carico adeguata. Il PNP 2026-2031, in linea con il Piano Nazionale Cronicità, punta a rafforzare l'identificazione precoce e la presa in carico dei soggetti con fattori di rischio (tabagismo, sedentarietà, consumo rischio e dannoso di alcol, scorretta alimentazione, obesità), ottimizzando l'integrazione tra servizi di prevenzione, cure primarie, ospedale e riabilitazione, attraverso la definizione di Percorsi (Preventivo)-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali - (P)PDTA.
Per la prevenzione cardio-cerebrovascolare, in coerenza con le Conclusioni del Consiglio Europeo sul miglioramento della salute cardiovascolare del dicembre 2024 e con il Piano per la salute cardiovascolare dell'UE (*Safe Hearts Plan*) adottato nel dicembre 2025, è fondamentale promuovere screening, valutazione del rischio e diagnosi precoce.
L'implementazione dei programmi organizzati di screening oncologico ha rappresentato un obiettivo di tutti i PNP a partire da quello 2005-2007. Il DPCM 12 gennaio 2017 ha confermato tra i LEA i seguenti programmi di screening oncologici organizzati: tumore della cervice uterina (donne 25-64 anni, con cadenza triennale in caso di Pap test o quinquennale con test HPV-DNA); tumore della mammella (donne 50-69 anni, con mammografia biennale); tumore del colon-retto (uomini e donne tra 50 e 69 anni, mediante ricerca del sangue occulto nelle feci, con cadenza biennale). Negli ultimi anni, in attuazione degli indirizzi del PNP 2020-2025, del Piano europeo contro il cancro (*Europe's Beating Cancer Plan, 2021*), delle Raccomandazioni del Consiglio dell'UE del 2022 e del Piano Oncologico Nazionale (PON) 2023-2027, alcune Regioni hanno iniziato ad estendere l'offerta dello screening mammografico alle fasce di età 45-49 e 70-74 anni e dello screening colorettale alla fascia 70-74 anni. Il PON 2023-2027, in coerenza con il Piano Europeo contro il cancro, ha previsto l'implementazione del test HPV-DNA primario su tutto il territorio nazionale, l'introduzione di interventi basati sul rischio individuale e di nuovi protocolli tecnico-organizzativi per ulteriori ambiti di patologia (es. prostata e polmone).

Il PNP 2026-2031, in linea con le Raccomandazioni europee sugli screening oncologici e con le Joint Action già avviate (PERCH, EUCanScreen e SHIELD), intende consolidare i programmi di screening oncologico già attivi e favorire l'implementazione/introduzione di interventi stratificati in base al rischio individuale e la valutazione di nuovi programmi di screening per tumori emergenti (es. polmone, prostata), con attenzione all'efficacia clinica, al rapporto beneficio/danno, alla costo-efficacia, nonché a equità, accettabilità, etica e scelta informata dei cittadini.
È necessario implementare interventi per ridurre le disuguaglianze nell'accesso agli screening oncologici, con particolare attenzione allee Regioni del Sud Italia in coerenza con il Programma Operativo Nazionale "Equità nella Salute" 2021-2027. Le linee di intervento dovranno privilegiare l'accesso universale e l'equità territoriale, la qualità dei percorsi diagnostico-terapeutici, l'integrazione tra prevenzione primaria e secondaria e la continuità assistenziale tramite il rafforzamento della *governance* a livello nazionale e locale, il supporto dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS), l'uso di piattaforme informatiche integrate e la formazione continua degli operatori. Particolare rilevanza assume la partecipazione dei cittadini, anche attraverso campagne informative e strumenti di sensibilizzazione.
Il DM 77/2022, con lo sviluppo delle Case della Comunità, rafforza i programmi di screening oncologici, garantendone prossimità, equità e integrazione. Le nuove strutture territoriali, grazie a équipe multiprofessionali e a sistemi informativi avanzati, potranno migliorare l'adesione ai programmi, assicurare la continuità assistenziale e ridurre le disuguaglianze di accesso, soprattutto nelle aree più fragili del Paese. Anche le farmacie dei servizi rappresentano veicoli di informazione ed erogazione di interventi di screening in una logica di prevenzione di prossimità.
La ricerca applicata, i network di confronto e le sperimentazioni pilota, inclusi strumenti informativi, comunicativi e di rendicontazione quali quelli di *decision aid* (aiuto alla decisione) e il bilancio sociale, sono centrali per l'innovazione, la definizione di percorsi mirati a sottogruppi di popolazione (sia con interventi basati sul rischio che applicando modelli per la presa in carico dei gruppi vulnerabili) e il miglioramento continuo dei programmi di screening oncologico. Il *self-sampling* (auto-prelievo) nello screening cervicale rappresenta un esempio di ricerca applicata per ampliare l'adesione ai programmi e ridurre le disuguaglianze di accesso.

MO1. Malattie croniche non trasmissibili – Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
1.1 Aumentare la consapevolezza nella popolazione sull'importanza della salute riproduttiva e pre-concezionale 1.2 Promuovere la salute riproduttiva e pre-concezionale della donna, della coppia, dei genitori 1.3 Promuovere la salute nei primi 1000 giorni 1.4 Promuovere interventi volti a favorire l'allattamento 1.5 Individuare precocemente i segni indicativi di un disturbo dello sviluppo del bambino da 0 a 36 mesi 1.6 Individuare precocemente i fattori di rischio e i segnali di disagio infantile	a. Sviluppo di programmi di promozione della salute riproduttiva e pre-concezionale e di prevenzione nei primi 1000 giorni, al fine di garantire le migliori condizioni di "partenza" ai nuovi nati b. Attivazione di percorsi di promozione della salute e sani stili di vita familiari per genitori di bambini 0-36 mesi	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica** Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: • F7 Promozione, protezione e sostegno dell'allattamento e di una corretta alimentazione complementare	1.1 Percentuale di donne che hanno assunto acido folico in maniera appropriata in epoca periconcezionale (fonte: ISS - Sorveglianza Bambine e Bambini 0-2 anni) 1.2 Percentuale di bambine e bambini a cui sono stati letti libri almeno 1 giorno nella settimana precedente l'intervista nelle fasce: a) 2-5 mesi b) 11-15 mesi (fonte: ISS - Sorveglianza Bambine e Bambini 0-2 anni) 1.3 Percentuale di madri che posizionano correttamente (pancia in su) bambini e bambine di 4 -5 mesi in culla (fonte: ISS - Sorveglianza Bambine e Bambini 0-2 anni) 1.4 Percentuale di bambine e bambini allattati in modo esclusivo nelle fasce: a) 2-3 mesi b) 4-5 mesi (fonti: ISS - Sorveglianza Bambine e Bambini 0-2 anni) 1.5 Percentuale di fumatrici fra le donne in gravidanza/allattamento: a) Gravidanza b) Allattamento (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI- Sorveglianza Bambine e Bambini 0-2 anni)

MO1. Malattie croniche non trasmissibili – Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
			1.6 Percentuale di donne che consumano alcol fra le donne in gravidanza/allattamento: a) Gravidanza b) Allattamento (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI-Sorveglianza Bambine e Bambini 0-2 anni)
1.7 Supportare la promozione della salute e la prevenzione delle MCNT nel setting scolastico, favorendo lo sviluppo di competenze individuali e capacità d'azione (life skills), il miglioramento dell'ambiente fisico, organizzativo e sociale, e la collaborazione con la comunità locale	c. Adozione e implementazione di un approccio globale e sistemico, articolato in azioni di documentata efficacia, continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico (a partire dalla scuola dell'infanzia), per la promozione della salute fisica e mentale	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica** Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: • F1 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" • F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione • F3 Programmazione, attivazione e valutazione di interventi di sanità pubblica finalizzati alla prevenzione delle MCNT • F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol • F5. Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica • F6 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari • F9 Prevenzione delle dipendenze	1.7 Percentuale di ragazzi 11-15 anni che dichiarano di aver fumato sigarette almeno un giorno negli ultimi 30 giorni (fonti: ISS -Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC); ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana; CNR – ESPAD Italia) 1.8 Prevalenza di ragazzi 11-15 anni per *Binge drinking* per genere ed età (fonti: ISS - Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC); ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana; CNR – ESPAD Italia) 1.9 Prevalenza di bambini di 8-9 anni che consumano almeno 2 volte al giorno frutta e/o verdura (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza Okkio alla salute; ISTAT-Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana) 1.10 Prevalenza di ragazzi 11-15 anni per consumo "almeno 1 volta al giorno di frutta e verdura" (fonti: ISS -Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC); ISTAT- Indagine Multiscopo sulle

MO1. Malattie croniche non trasmissibili – Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
			Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana; CNR – ESPAD Italia) 1.11 Prevalenza di ragazzi 11-15 anni per consumo "almeno 1 volta al giorno di dolci/bevande zuccherate" (fonti: ISS - Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC); ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana; CNR – ESPAD Italia) 1.12 Prevalenza sovrappeso e obesità nei bambini 8-9 anni (BMI misurato) (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza Okkio alla salute) (Indicatore SDG 2.2.2; Indicatore del Nuovo Sistema di Garanzia – NSG) 1.13 Prevalenza sovrappeso e obesità nei ragazzi di 11-15 anni (BMI autodichiarato) (fonti: ISS -Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC); ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana; CNR – ESPAD Italia) (Indicatore SDG 2.2.2) 1.14 Prevalenza di ragazzi 11-15 anni che non praticano mai attività fisica nell'ultima settimana (fonti: ISS -Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC); ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana; CNR – ESPAD Italia) 1.15 Prevalenza di bambini di 8-9 anni che non hanno svolto attività fisica il giorno precedente (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza Okkio alla salute)

MO1. Malattie croniche non trasmissibili – Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
			1.16 Prevalenza di bambini di 8-9 anni che si reca a scuola a piedi o in bicicletta (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza Okkio alla salute; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)
1.8 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale 1.9 Promuovere la salute orale attraverso il contrasto ai fattori di rischio comuni alle MCNT 1.10 Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia	d. Sviluppo di programmi di promozione della salute, anche trasversali ai principali fattori di rischio, condivisi tra Servizi sanitari e sociosanitari, istituzioni educative e datori di lavoro, e con l'eventuale coinvolgimento di reti e comunità locali, finalizzati: ➢ al contrasto al consumo di prodotti del tabacco e con nicotina ➢ al contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol ➢ alla riduzione dell'inattività fisica e della sedentarietà ➢ al contrasto all'obesità/sovrappeso, in particolare quella infantile ➢ al contrasto delle abitudini alimentari scorrette favorendo un'alimentazione varia ed equilibrata, anche mediante la riduzione del consumo eccessivo di sale, l'impiego del sale iodato e l'aumento del consumo di frutta e verdura ➢ alla prevenzione delle principali patologie orali (in	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica** Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: • F1 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" • F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione • F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol • F5 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica • F6 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari Area C: Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: • C5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani	1.17 Indicatore composito sugli stili di vita (fumo, stato ponderale, alcol e attività fisica 18-69 anni) (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana) (Indicatore del Nuovo Sistema di Garanzia- NSG) 1.18 Prevalenza di fumatori nella popolazione 18-69 anni (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana) (Indicatore SDG 3.a.1) 1.19 Prevalenza di utilizzatori di sigarette elettroniche nella popolazione 18-69 anni (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana) 1.20 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto è sempre rispettato (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI) 1.21 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) che riferiscono che nella propria abitazione non è concesso fumare in nessuna stanza (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI)

MO1. Malattie croniche non trasmissibili – Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
	particolare carie e tumori del cavo orale)		1.22 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) che dichiarano che nella loro abitazione, in cui vivono minori di età fino a 14 anni (compresi), non è consentito fumare in alcuna stanza (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI) 1.23 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) in sovrappeso o obesi (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana) (Indicatore SDG 2.2.2) 1.24 Prevalenza di persone a maggio rischio di consumo di alcol (abituale elevato e/o binge drinking e/o prevalente fuori pasto) nella popolazione 18-69 anni (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana) 1.25 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) che negli ultimi 12 mesi hanno tentato almeno una volta di smettere di fumare (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI) 1.26 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) sedentari (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana) 1.27 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) che consumano almeno tre porzioni di frutta e/o verdura al giorno (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)

MO1. Malattie croniche non trasmissibili – Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
			1.28 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) che dichiarano di prestare attenzione all'uso del sale o stanno cercando di ridurlo (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana) 1.29 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) che dichiarano di fare uso di sale arricchito con iodio (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana) 1.30 Prevalenza di persone (età 65 e più anni) sedentari (fonti: ISS - Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana) 1.31 Prevalenza di persone (età 65 anni e più) a maggior rischio di consumo di alcol (>1 unità alcolica al giorno) (fonti: ISS - Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana). 1.32 Prevalenza di persone (età 65 e più anni) in sovrappeso o obesi (fonti: ISS - Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana) 1.33 Prevalenza di persone (età 65 e più anni) sottopeso (fonti: ISS - Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)

MO1. Malattie croniche non trasmissibili – Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
			1.34 Prevalenza di persone (età 65 e più anni) che almeno tre porzioni di frutta e/o verdura al giorno (fonti: ISS - Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)
1.11 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità	e. Sviluppo di programmi finalizzati alla riduzione del rischio per MCNT e alla presa in carico delle persone affette da patologia, per una gestione integrata e sistemica della cronicità, attraverso: • interventi volti a promuovere competenze e comportamenti salutari nelle persone sane e malate e loro *caregiver* (*health literacy, empowerment ed engagement*) • offerta di *counseling* individuale anche in contesti opportunistici, per il contrasto del tabagismo e del consumo rischioso e dannoso di alcol, nonché per la promozione di sana alimentazione e attività fisica • attivazione di interventi di attività fisica adattata (AFA) e di esercizio fisico strutturato (EFS) • attivazione di procedure e percorsi preventivi e	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica** Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: • F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione • F3 Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale • F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol • F5. Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica • F6 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari	1.35 Prevalenza di persone (età 18 anni e più) con almeno una malattia cronica (fonte: ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana) 1.36 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) affetti da diabete consigliati dal medico/operatore sanitario di fare qualche tipo di attività fisica (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI) 1.37 Prevalenza di persone a maggio rischio di consumo di alcol (età 18-69 anni) che hanno ricevuto da un medico/operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI) 1.38 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un medico/operatore sanitario il consiglio di perdere peso (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI) 1.39 Prevalenza di fumatori (età 18-69 anni) che hanno ricevuto da un medico/operatore sanitario il consiglio di

MO1. Malattie croniche non trasmissibili – Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
	terapeutico-assistenziali integrati (P-PDTA), finalizzati a garantire interventi appropriati e continuativi per le persone affette da patologie, anche in presenza di condizioni di multipatologia, nell'ambito di un approccio sistemico e coordinato tra prevenzione e cura f. Promozione e consolidamento delle attività di screening, valutazione del rischio e diagnosi precoce delle malattie cardiovascolari.		smettere (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI) 1.40 Prevalenza di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un medico/operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI) 1.41 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) ipertese che hanno ricevuto da un medico/operatore sanitario il suggerimento di ridurre il consumo di sale nel cibo (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI)
1.12 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane	g. Sviluppo di programmi intersettoriali per ottimizzare le politiche di pianificazione urbanistica in un'ottica di salute pubblica	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica** Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: • F1 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" • F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione • F5. Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica	1.42 Prevalenza persone (età 18-69 anni) che per andare a scuola/lavoro vanno a piedi o in bicicletta (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana)

MO1. Malattie croniche non trasmissibili – Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
		Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati: • B3 Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica	
1.13 Promuovere l'invecchiamento attivo e in salute e ridurre la fragilità per la popolazione 65 +, favorendo il mantenimento della capacità fisiche, cognitive e sociali, la riduzione delle disuguaglianze e la partecipazione attiva nella comunità	h. Implementazione di programmi trasversali che impattino sui fattori di protezione per un invecchiamento attivo e in buona salute, con ridotto carico di malattia e disabilità (empowerment individuale e dei caregiver, stili e ambienti di vita, condizioni e risorse sociali, rete di sostegno e di assistenza, etc.)	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica** Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: • F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione • F5 Promozione dell'attività fisica e tutela sanitaria dell'attività fisica Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati • B5 Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni	1.43 Prevalenza di persone (età 65 anni e più) non autonome in 2 o più attività strumentali della vita quotidiana (IADL) ma con completa autonomia nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana (Fonti: ISS - Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento) (Indicatore del Nuovo Sistema di Garanzia – NSG) 1.44 Prevalenza di persone (età 65 e più anni) che dichiarano di aver accudito e/o aiutato persone conviventi o non conviventi e/o svolto attività di volontariato, ossia attività prestate gratuitamente a favore di anziani, bambini, persone con disabilità o presso ospedali, parrocchie, scuole o altro (fonti: ISS - Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento) 1.45 Prevalenza di persone (età 65 e più anni) che dichiarano di aver partecipato ad attività sociali e corsi di formazione e/o a

MO1. Malattie croniche non trasmissibili – Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
			gite o soggiorni organizzati con altre persone (fonti: ISS - Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento) 1.46 Prevalenza di persone (età 65 e più anni) che dichiarano di non aver chiacchierato al telefono o di persona con qualcuno e di non aver partecipato ad attività con altre persone, per esempio al centro anziani, al circolo, in parrocchia o presso le sedi di partiti politici e di associazioni, in una settimana normale (fonti: ISS - Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento)
1.14 Raggiungere/mantenere l'estensione ottimale degli inviti dei programmi di screening oncologico alla popolazione target, favorendo l'accessibilità a gruppi vulnerabili o *hard to reac*h. 1.15 Aumentare l'adesione ai programmi di screening oncologico e in particolare allo screening del colon retto. 1.16 Garantire la graduale estensione alle fasce di età 45-49 anni e 70-74 anni per lo screening mammografico e alla fascia 70-74 anni per lo screening del colon retto. 1.17 Migliorare il monitoraggio e la valutazione dei programmi di screening oncologico assicurando	i. Miglioramento della governance dei coordinamenti regionali screening oncologico j. Miglioramento della qualità clinica ed organizzativa dei percorsi di screening oncologico per garantire appropriatezza, efficacia ed equità. k. 'Allineamento del programma di screening oncologico regionale per la prevenzione dei tumori alle linee guida e raccomandazioni emanate dalle Autorità Regolatorie (Sistema Nazionale Linee Guida, ONS, Raccomandazioni Europee). l. Promozione della prevenzione sostenibile dei tumori oggetto di screening attraverso interventi multidisciplinari e multisettoriali che includano prevenzione primaria, secondaria e terziaria.	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica** Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: • F8 Screening oncologici definiti dall'Accordo Stato Regioni del 23 marzo 2005 e dal Piano nazionale della prevenzione 2014-2018	1.47 Proporzione di donne fra 45-49 anni e fra 70-74 anni che hanno effettuato test di screening mammografico, in un programma organizzato (Fonte: Osservatorio Nazionale Screening) 1.48 Proporzione di persone fra 70-74 anni che hanno effettuato test di screening colorettale in un programma organizzato (Fonte: Osservatorio Nazionale Screening) 1.49 Proporzione di donne 25-64 anni che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina (Fonte: Osservatorio Nazionale Screening) (Indicatore del Nuovo Sistema di Garanzia) 1.50 Proporzione di donne 50-69 anni che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella (Fonte: Osservatorio Nazionale

MO1. Malattie croniche non trasmissibili – Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
l'assolvimento dei debiti informativi nazionali. 1.18 Sostenere l'aggiornamento e l'innovazione evidence based dei programmi di screening considerando in particolare: - l'introduzione di strategie modulate in base alla stratificazione del rischio; - l'implementazione di progetti pilota anche in nuovi ambiti di patologia nel setting di screening organizzato aderendo a modelli e linee di indirizzo coordinati a livello nazionale (i.e. prostata e polmone).			Screening) (Indicatore del Nuovo Sistema di Garanzia - NSG) 1.51 Proporzione di persone 50-69 anni che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto (Fonte: Osservatorio Nazionale Screening. Nuovo Sistema di Garanzia) (Indicatore del Nuovo sistema di Garanzia) 1.52 Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri *screen-detected*) ai round successivi a quello di prevalenza (ONS)

6.2 MO2. Dipendenze e problemi correlati

Razionale

Le dipendenze da sostanze e da comportamenti: quadro d'insieme
Il panorama delle dipendenze riflette profondi mutamenti sociali, politici ed economici, ponendo sfide cruciali alla sanità pubblica. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (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*", includendo anche forme di dipendenza come gioco d'azzardo e videogiochi. Le scienze neurofisiologiche e neuropsicologiche propongono, da tempo, una visione unitaria delle dipendenze patologiche relativamente ai meccanismi di neurotrasmissione. Questi fenomeni hanno un impatto rilevante sulla salute, sull'ordine pubblico e sulla spesa sociale. In Italia si registra un abbassamento dell'età di primo consumo, favorito da un mercato ampio e accessibile, che offre sostanze tradizionali e nuove (*New Psychoattive Substance* - NPS), spesso legali e reperibili online. Ciò comporta rischi già prima dell'instaurarsi della dipendenza. Le conseguenze possono essere dirette, legate agli effetti farmacologici e alle modalità di assunzione, o indirette, come infezioni da epatite e HIV, disturbi neurologici e psichiatrici, problemi cardiovascolari e tumori, oltre a ricadute sociali come violenze, illegalità e incidenti.

Prodotti del tabacco e a base di nicotina
Il fumo di tabacco è la seconda causa evitabile di malattia e morte, con gravi costi sanitari e sociali. La dipendenza da nicotina, riconosciuta dal 1994 come patologia, è classificata nella versione più recente dell'*International Classification of Diseases* (ICD-11) con il codice 6C4A- "*Disorders due to use of nicotine*". In Italia esistono centri di cura specialistici pubblici, ma solo pochi fumatori vi si rivolgono (dati del sistema di sorveglianza PASSI), nonostante incrementino al 35% le probabilità di astinenza fino ad un anno rispetto all'1-3% di chi smette da solo.
È quindi fondamentale un approccio globale che promuova ambienti liberi dal fumo e affronti anche i nuovi prodotti a base di nicotina, spesso veicolo di iniziazione al tabacco e ad altre sostanze. L'OMS raccomanda la strategia MPOWER, basata su sei azioni: monitoraggio del consumo di tabacco e politiche di prevenzione, protezione della popolazione dal fumo, aiuto ai fumatori a smettere di fumare, avvertenze sui pericoli del tabacco, rafforzamento dei divieti di pubblicità, promozione e sponsorizzazioni del tabacco, politiche fiscali e dei prezzi.
Negli ultimi anni è cresciuto l'uso di sigarette elettroniche, tabacco riscaldato e sacchetti di nicotina, soprattutto tra i giovani. Circa il 20% dei giovani tra i 13 e i 15 anni consuma prodotti a base di tabacco o sigarette elettroniche (GYTS 2022). I nuovi prodotti, percepiti erroneamente come meno dannosi, comportano rischi cardiovascolari e respiratori e favoriscono la dipendenza. I sacchetti di nicotina, utilizzati nel 2024 dal 6,8% dei giovani italiani tra 15 e 19

anni, sono resi attraenti da aromi, discrezione d'uso e facile reperibilità, alimentano la falsa percezione di minore nocività, ma provocano dipendenza e possono comportare effetti negativi sul sistema cardiovascolare e sul cavo orale. Il quadro mostra un passaggio dalla sigaretta tradizionale a un policonsumo di nicotina, con prevalenze in aumento tra le ragazze, segnalando un cambiamento nei modelli giovanili che minaccia i progressi ottenuti contro il tabagismo.

Disturbo da uso di alcol

In Italia si registra una riduzione del consumo quotidiano di alcol, ma cresce quello occasionale e fuori pasto, considerato a rischio. Nel 2023 (stime dell'Istituto Superiore di Sanità) i consumatori a rischio erano il 21,2% degli uomini e il 9,2% delle donne, pari a circa 8 milioni di persone. Le fasce più vulnerabili risultano i 16-17enni, gli anziani maschi e le giovani donne tra i 18 e i 24 anni. Negli ultimi dieci anni è aumentata la quota di donne in età fertile con consumi rischiosi, con implicazioni sulla sindrome feto-alcolica. Nei minorenni non emergono differenze significative tra i sessi, mentre negli adulti i maschi restano più esposti.

L'alcol dipendenza è un disturbo caratterizzato da orientamento compulsivo nei confronti del consumo di alcol (*craving*) e sottovalutazione delle conseguenze, spesso associato a depressione, ansia e danni multiorgano, principalmente a livello epatico e del sistema nervoso. Nel 2023 i servizi per le dipendenze hanno preso in carico 64.856 soggetti, con un rapporto M/F di 3,1. Nello stesso anno si sono registrati oltre 40.000 accessi in pronto soccorso e quasi 48.000 dimissioni ospedaliere legate all'alcol, in aumento del 3,4% rispetto al 2022.

Il consumo rischioso resta una criticità europea e nazionale, spingendo i Paesi a rafforzare la prevenzione, soprattutto verso i più fragili (giovani, donne e anziani). Fondamentale è individuare contesti di intervento efficaci e segnali precoci predittivi di alcoldipendenza. Per i minori, famiglia e scuola hanno un ruolo strategico nel trasmettere consapevolezza e promuovere stili di vita salutari.

Sostanze psicotrope illegali

Quadro europeo – Un quarto della popolazione adulta ha fatto uso di sostanze illecite e la sperimentazione tra adolescenti è sempre più diffusa. Il mercato della droga appare resiliente e in evoluzione, con ampia disponibilità di sostanze ad alta potenza, spesso con rischi poco conosciuti. La cannabis, che è la sostanza illecita più consumata in Europa come supportato dai dati dell'EDR-EUDA 2025, è offerta in molte varianti (olio o foglie di cannabis, infiorescenze, hashish e cannabinoidi sintetici), mentre i sequestri di cocaina crescono ogni anno. La produzione di droghe sintetiche come amfetamine, MDMA e catinoni è in aumento. Gli oppiacei e gli oppiodi sintetici restano i più implicati nei decessi, spesso associati ad alcol e benzodiazepine. Nuovi oppioidi sintetici, come i nitazeni (unici nuovi oppioidi segnalati al Sistema di Allerta Precoce dell'UE nel 2023), estremamente potenti, sono entrati nel mercato europeo, aumentando i rischi di overdose fatali.

Italia – La Relazione al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze del 2025 segnala in Italia un lieve calo dei consumi giovanili, ma cocaina, oppiacei sintetici, NPS e derivati della cannabis restano diffusi. In particolare, la cannabis rimane la sostanza più diffusa, soprattutto tra i giovani, e richiede specifici interventi di prevenzione. Nel 2024 sono state identificate 79 nuove sostanze, soprattutto catinoni, cannabinoidi sintetici, fenetilamine e oppioidi sintetici.

Nel 2024 è stato avviato il "*Piano nazionale di prevenzione contro l'uso improprio di Fentanyl e di altri oppioidi sintetici*". Nello stesso anno i SerD hanno assistito oltre 134.000 persone, con un progressivo innalzamento dell'età media degli utenti. L'alcol è motivo di trattamento per circa il 20% dei casi, più frequente tra le donne. Nel 2024, i tossicodipendenti entrati in carcere sono stati 16.890, pari al 39% degli ingressi totali.

Farmaci senza prescrizione

Cresce l'uso di psicofarmaci senza prescrizione tra gli studenti: il 20% li ha provati almeno una volta nella vita, il 12% li ha usati nell'ultimo anno e il 2% li consuma di frequente. Dal 2021 il fenomeno è in costante aumento, con prevalenza doppia tra le ragazze rispetto ai coetanei. I farmaci più usati sono quelli per dormire e rilassarsi, seguiti da quelli per l'umore, l'attenzione e il controllo del peso.

Disturbo da gioco d'azzardo

Il disturbo da gioco d'azzardo (DGA) è riconosciuto dal *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition* (DSM-5 TR) e dall'ICD-11 come dipendenza comportamentale, caratterizzata da un comportamento persistente di gioco mal adattativo che genera problemi psicosociali, finanziari e talvolta antisociali, e può attuarsi sia online che offline. Negli ultimi anni la patologia è cresciuta rapidamente, favorita dalla crisi economica e dall'espansione dell'offerta. Nel 2024 il mercato regolamentato ha raccolto 157 miliardi di euro, il doppio rispetto al 2013, con una spesa effettiva di oltre 21 miliardi (Fonte Dati NOMISMA 2025).
Dallo studio campionario IPSAD® (CNR – IFC) condotto nel 2022, si stima che circa 30 milioni di italiani abbiano giocato almeno una volta nella vita, 20 milioni nel 2022 e 10 milioni nell'ultimo mese. Il gioco onsite resta prevalente (42%), mentre quello online coinvolge il 7,3% dei soggetti, soprattutto giovani che lo utilizzano per le scommesse sportive. Attraverso il test di screening *Problem Gambling Severity Index* (PGSI), si stima che il 13% dei giocatori (oltre 2,5 milioni) presenti comportamenti a rischio, come spese eccessive, debiti o sensi di colpa.
Tra i giovani il fenomeno è in forte crescita: nel 2024 (ESPAD®) oltre il 62% degli studenti ha riferito di aver giocato almeno una volta nella vita, e il 57% nell'ultimo anno. I giochi più diffusi sono Gratta&Vinci, scommesse calcistiche, poker e slot machine. Il gioco online coinvolge 320mila ragazzi (13%). I profili "a rischio" (6,3%) e "problematici" (4,7%) restano stabili, ma questi studenti mostrano maggiore propensione a comportamenti devianti, come furti, vandalismo, conflitti con le autorità e consumo di sostanze.

Dipendenza digitali da dispositivi tecnologici

L'ICD-11 riconosce la dipendenza da videogiochi come categoria diagnostica, descrivendola come un modello di comportamento di gioco digitale (online o offline) persistente e/o ricorrente, che è caratterizzato da una incapacità di controllare l'avvio, la frequenza, l'intensità, la durata e la conclusione del gioco. Nei giochi rivolti ai minori sono diffuse microtransazioni per l'acquisto di "*loot boxes*" (scatole di cui non si conoscono i contenuti), con meccanismi simili al gioco d'azzardo. Nel DSM-5 TR la condizione è inserita tra i disturbi che richiedono ulteriori studi.

Secondo l'OMS, il Gaming disorder compromette la vita sociale, lavorativa e affettiva, con effetti negativi anche sulla salute fisica. I soggetti passano giornate e notti intere in rete, con compromissione di tutte le attività della vita familiare, lavorativa e sociale e sviluppo di sintomi quali perdita di controllo degli impulsi, alterazioni dell'umore, assuefazione, privazione di sonno e riduzione dell'attività fisica. Possono manifestarsi ansia, pensiero ossessivo, sindrome astinenziale e disturbi fisici come tunnel carpale, dolori muscolari e problemi visivi.
Le fasi preadolescenziali e adolescenziali sono particolarmente delicate: è qui che occorre intervenire con politiche di prevenzione e promozione della salute, per favorire valori positivi e stili di vita sani, riducendo i comportamenti a rischio che spesso si consolidano in questa età.
Altri comportamenti legati all'uso eccessivo e incontrollato delle tecnologie digitali e social media, sebbene non dispongano ancora di un riconoscimento nosografico ufficiale, sono oggetto di crescente attenzione da parte della Comunità scientifica e delle Istituzioni, impegnate nella individuazione delle misure più idonee per promuovere iniziative volte alla diffusione della cultura improntata all'adozione di sani stili di vita.
Infatti, dal Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali-*Next Revision* (DSM 5TR) si evince che: " Accanto alle dipendenze ufficialmente riconosciute, la ricerca scientifica si sta concentrando su alcune dipendenze comportamentali non ancora formalmente incluse, tra cui la Internet *Addiction*, che comprende diversi sottotipi: Dipendenza da relazioni virtuali, come social network e chat online; *Information overload*, ovvero la ricerca compulsiva di informazioni; *Cybersexual addiction*, legata all'uso compulsivo di pornografia online" .

Fattori di rischio/Determinanti

La dipendenza ha un'eziologia multifattoriale, la cui insorgenza è legata presumibilmente all'interazione sfavorevole di tre ordini di fattori:
• neurobiologici (riconducibili a caratteristiche genetiche o ad anomalie della disponibilità di alcuni neurotrasmettitori che regolano il tono dell'umore);
• individuali (correlati alle esperienze di vita, nonché a caratteristiche specifiche di personalità - ricerca di sensazioni forti, propensione al rischio, desiderio esasperato di successo, bassa autostima);
• socio-ambientali (relativi alle caratteristiche del contesto familiare, socio-culturale ed economico della comunità in cui il soggetto vive, alle abitudini del gruppo di appartenenza, alle reti di sostegno sociale, ai livelli di tolleranza sociale e di contrasto dei comportamenti di dipendenza, alle caratteristiche delle sostanze e alla loro accessibilità).
I rischi aumentano in presenza di disturbi mentali, famiglie conflittuali o segnate da uso di droghe e alcol, e tra giovani vulnerabili come senzatetto, minori che hanno abbandonato la scuola o vissuto istituzionalizzazione o affidamento. Questi elementi si intrecciano in una rete complessa di cause ed effetti. In tale contesto, l'uso di sostanze in adolescenza, soprattutto la cannabis, può configurarsi come fattore di rischio per la comorbilità psichiatrica, rafforzando quindi il ruolo strategico della prevenzione mirata particolarmente ai giovani.
La promozione della cultura di stili di vita sani dovrebbe incidere sugli ambienti che favoriscono il gioco d'azzardo e il consumo di sostanze e alcol, influenzati da disponibilità, costi, pubblicità, moda e cultura che ne normalizzano l'uso. Per l'alcol, la facile reperibilità, i prezzi bassi e la

vendita anche a minori o persone in ebbrezza aggravano il problema. Per essere efficace, la prevenzione deve adattarsi alle specificità socio-culturali, rendendo gli interventi sostenibili e realmente incisivi.

Strategie

La prevenzione è la principale azione per ridurre rischi e danni legati all'uso di sostanze psicoattive e ai disturbi comportamentali. Le strategie internazionali promuovono approcci multicomponente:

- regolazione dell'accesso per ridurre l'offerta;
- interventi sugli atteggiamenti per ridurre la domanda;
- coordinamento intersettoriale fra le diverse politiche messe in atto.

Le azioni si rivolgono all'intera popolazione e ai suoi contesti (prevenzione ambientale e universale), ai gruppi vulnerabili (prevenzione selettiva) e a chi consuma in modo problematico ma non ha ancora sviluppato dipendenza (prevenzione indicata).
La *European Union Drugs Agency* (EUDA) ha pubblicato il manuale EUPC (*European Prevention Curriculum*), che raccoglie evidenze e strumenti formativi per i decisori in ambito preventivo. L'impegno istituzionale deve coinvolgere non solo il sistema socio-sanitario, ma anche risorse culturali e sociali, con i Dipartimenti di Prevenzione e Dipendenze in ruoli di coordinamento. Fondamentali sono formazione degli operatori, strategie basate su evidenze e interventi integrati che potenzino le life-skill individuali e migliorino l'ambiente di vita.
Famiglia, comunità e scuola sono interlocutori privilegiati: la scuola, per il suo ruolo educativo e capillare, è un setting centrale, rafforzato dall'Accordo Stato-Regioni 2019 (*Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute).* La prevenzione ambientale, infatti, è caratterizzata da un "*approccio in grado di intervenire 'a monte', creando ambienti che rendano la scelta più salutare la più semplice e condivisa. Le evidenze internazionali convergono su un principio chiave: prevenire il rischio di iniziare a consumare una sostanza significa prevenire l'insieme dei comportamenti dannosi, secondo un approccio sistemico e incentrato sul rischio*" (VII Conferenza Nazionale sulle Dipendenze). Da qui l'importanza della prevenzione ambientale, che favorisce l'adozione di comportamenti protettivi nella comunità e il rafforzamento delle competenze di vita, delle relazioni educative e della capacità delle comunità di prendersi cura dei propri giovani.
Occorre, inoltre, estendere gli interventi di prevenzione ambientale, universale, selettiva e indicata anche a luoghi di lavoro e di aggregazione, al fine di consentire l'orientamento della persona verso percorsi di cura e riabilitazione, incluso il reinserimento sociale e lavorativo, che vadano oltre la riduzione del danno e la limitazione dei rischi.
Per l'alcol è cruciale l'identificazione precoce della dipendenza e il *counseling* breve nei contesti della medicina generale e in quelli lavorativi, insieme a sostegni alle famiglie e alla collaborazione tra servizi sociali, servizi alcologici territoriali e associazioni di auto-mutuo aiuto. È necessario un coordinamento tra sanità, polizia e commercianti, con formazione del personale e applicazione delle leggi sulla vendita. La prevenzione del consumo minorile, soprattutto del *binge drinking*, è una priorità, da affrontare con azioni mirate nei luoghi di socializzazione, sport e scuola.

MO2. Dipendenze e problemi correlati – Quadro Logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
2.1 Rafforzare la prevenzione delle dipendenze da sostanze e delle dipendenze comportamentali negli adolescenti e nei giovani, promuovendo l'empowerment e lo sviluppo di competenze individuali e collettive, intervenendo sia nelle scuole che nei contesti extrascolastici, potenziando la collaborazione con la comunità locale	a. Diffusione di Programmi preventivi in materia di dipendenze da sostanze e comportamentali sia in ambiente scolastico, nell'ambito di Scuole che Promuovono Salute, che nel contesto extrascolastico	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica"** Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: - F1 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" - F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol - F9 Prevenzione delle dipendenze	2.1 Percentuale di ragazzi 11-17 anni che dichiarano di aver fumato sigarette almeno un giorno negli ultimi 30 giorni (fonti: ISS -Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC); ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana; CNR – ESPAD Italia) 2.2 Prevalenza di ragazzi 11-17 anni per *Binge drinking* (fonti: ISS -Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC); ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana; CNR – ESPAD Italia) 2.3 Prevalenza di ragazzi 11-17 anni che consumano di cannabis negli ultimi 30 giorni (fonti: ISS -Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC); CNR – ESPAD Italia) 2.4 Prevalenza di ragazzi 11-17 anni che hanno fatto uso di psicofarmaci fuori prescrizione medica nell'ultimo anno (fonte: CNR – ESPAD Italia) 2.5 Prevalenza di ragazzi 11-17 anni che dichiarano un gioco d'azzardo problematico e a rischio (fonti: ISS - Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC); CNR – ESPAD Italia) 2.6 Prevalenza di ragazzi 11-17 anni che passano più di due ore al giorno a giocare su dispositivi elettronici (fonti: ISS -

MO2. Dipendenze e problemi correlati – Quadro Logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
			Sistema sui rischi comportamentali in età 11-17 anni (HBSC)
2.2 Aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui sul tema della prevenzione di tutte le dipendenze, ponendo anche attenzione prospettica alle forme emergenti oggetto ancora di caratterizzazione nosologica ma attenzionate dalla comunità scientifica e dalle istituzioni (es. da tecnologie digitali, social e smartphone) 2.3 Aumentare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti sul tema della prevenzione delle dipendenze	b. Sviluppo di programmi intersettoriali sul tema delle dipendenze volti ad accrescere le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza degli individui, nei contesti di vita e di lavoro, con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili c. Sviluppo di iniziative da attivare nei luoghi di vita (come palestre e impianti sportivi, parchi, luoghi di aggregazione e di divertimento), mirate ad accrescere la consapevolezza sui rischi correlati al consumo di alcol, altre sostanze psicoattive e comportamenti additivi, supportando le capacità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza dei giovani, con particolare riguardo ai minorenni. d. Miglioramento dell'integrazione e del coordinamento intersettoriale tra programmi e azioni per la riduzione della domanda e dell'offerta di sostanze psicotrope e. Attivazione di interventi intersettoriali e coordinati tra le diverse istituzioni (Servizi sanitari, Forze dell'Ordine, Autorità per il rilascio delle licenze commerciali) per garantire il rispetto della	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica"** Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: - F1 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" - F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol - F9 Prevenzione delle dipendenze Area C: Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: - C5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani	2.7 Prevalenza di fumatori nella popolazione 18-69 anni (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT-Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana) 2.8 Prevalenza di persone a maggio rischio di consumo di alcol (abituale elevato e/o *binge drinking* e/o prevalente fuori pasto) nella popolazione 18-69 anni (fonti: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI; ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana) 2.9 Prevalenza di consumatori di oppiacei nell'ultimo anno nella popolazione generale di 15-64 anni (Fonte: CNR - Indagine IPSAD) 2.10 Prevalenza di consumatori d cocaina nell'ultimo anno nella popolazione generale di 15-64 anni (Fonte: CNR - Indagine IPSAD) 2.11 Prevalenza giocatori d'azzardo problematici e a rischio nella popolazione generale di 15-74 anni (Fonte: CNR - Indagine IPSAD) 2.12 Prevalenza di fumatori (età 18-69 anni) che hanno ricevuto da un medico/operatore sanitario il consiglio di smettere (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI) Prevalenza di persone a maggior rischio di consumo di

MO2. Dipendenze e problemi correlati – Quadro Logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
	normativa vigente in materia di dipendenze f. Offerta di programmi finalizzati alla formazione del personale addetto alla vendita e somministrazione degli alcolici g. Sviluppo di collaborazioni con i gestori dei locali e gli organizzatori degli eventi finalizzate alla riduzione dei rischi legati all'abuso di alcol e altre sostanze psicoattive e al miglioramento ambientale (es. regolazione rumori, disponibilità acqua, disponibilità di informazioni) nonché alla prevenzione del Disturbo da Gioco d'azzardo (microambiente)		alcol (età 18-69 anni) che hanno ricevuto da un medico/operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI)
2.4 Migliorare la qualità dei programmi di prevenzione in ambito dipendenze patologiche (dipendenza da sostanze psicotrope, da alcol e dipendenze comportamentali)	h. Adozione di standard minimi di qualità nell'area della prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope, della riduzione del rischio, del trattamento, della riabilitazione e dell'integrazione sociale anche in ordine al Disturbo da gioco d'azzardo. i. Diffusione tra i professionisti degli strumenti per applicare interventi efficaci di prevenzione delle dipendenze	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica"** Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: • F9 Prevenzione delle Dipendenze	
2.5 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per dipendenze	j. Sviluppo di programmi volti al coordinamento tra servizi sanitari, servizi sociali, scuola e associazioni al fine di attivare percorsi di	**Art. 28 Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche**	2.13 Tempo intercorso tra il primo uso di sostanze e l'accesso ai servizi di cura (fonte: Flusso SIND – Ministero della Salute)

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
	identificazione precoce dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per dipendenze k. Sviluppo di protocolli operativi di prevenzione indicata con orientamento ai servizi e coinvolgimento del territorio per soggetti all'esordio di problemi di abuso e dipendenza (per es. adolescenti e famiglie) o in particolari condizioni di vita (per es. gravidanza)	**Allegato 1 Prevenzione collettiva e sanità Pubblica:** Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: • F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol • F9 Prevenzione delle dipendenze	
2.6 Offrire programmi finalizzati alla prevenzione selettiva e indicata al fine di consentire l'orientamento della persona verso percorsi di cura e riabilitazione, incluso il reinserimento sociale e lavorativo, che vadano oltre la riduzione del danno e la limitazione dei rischi in ambito dipendenze	l. Potenziamento dell'offerta, da parte dei Servizi per le Dipendenze Patologiche, di interventi di prevenzione selettiva e indicata al fine di consentire l'orientamento della persona verso percorsi di cura e riabilitazione, incluso il reinserimento sociale e lavorativo, che vadano oltre la riduzione del danno e la limitazione dei rischi, in collaborazione con altri Servizi sanitari, Enti locali e Terzo settore m. Potenziamento dell'offerta di interventi di counseling breve per l'identificazione precoce dei segnali predittivi di addiction e dei segni e sintomi di disagio psichico nei contesti della medicina di base e in quelli lavorativi e in altri contesti adeguati	**Art. 28 Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche** **Allegato 1 Prevenzione collettiva e sanità Pubblica:** Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: • F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol • F9 Prevenzione delle dipendenze	

MO2. Dipendenze e problemi correlati – Quadro Logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
2.7 Sensibilizzare sui rischi, i problemi e le patologie correlate all'uso/abuso di sostanze psicotrope e a comportamenti additivi	n. Potenziamento di Programmi integrati e intersettoriali volti a rafforzare la collaborazione tra i Servizi per le dipendenze, gli altri Servizi sanitari, i Servizi sociali, il Terzo settore, le Associazioni di auto mutuo aiuto sul tema della sensibilizzazione in ambito dipendenze	**Art. 28 Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche** **Allegato 1 Prevenzione collettiva e sanità Pubblica:** Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale • F4 Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol • F9 Prevenzione delle dipendenze	

6.3 MO3. Incidenti domestici e stradali

Razionale

Incidenti domestici

Prevenire gli incidenti domestici significa non solo evitare danni fisici, ma anche migliorare la qualità della vita, ridurre i costi sociali ed economici e promuovere una cultura della sicurezza, soprattutto per le fasce più vulnerabili. La casa può diventare un ambiente rischioso a causa di disattenzioni, strutture inadeguate o scarsa manutenzione. Gli infortuni domestici hanno un impatto rilevante: sul piano sanitario aumentano gli accessi in pronto soccorso e i ricoveri, talvolta con lunghe degenze e riabilitazioni. Ciò comporta costi elevati per il Sistema Sanitario Nazionale e una riduzione della produttività. Anche le conseguenze psicologiche sono significative: ansia, stress e traumi colpiscono sia le vittime sia chi le assiste. È quindi fondamentale analizzare il fenomeno, comprenderne le cause e attuare misure preventive. Tuttavia, l'incidenza reale è difficile da stimare, poiché manca un sistema di rilevazione aggiornato. Molti incidenti lievi non vengono registrati, pur rappresentando la causa principale di accesso al pronto soccorso. L'Istituto nazionale di Statistica (ISTAT), nell'ambito della "Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana", definisce l'infortunio domestico come un evento dannoso che presenta le seguenti caratteristiche:

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

Sulla base dei dati dell'Indagine Multiscopo dell'ISTAT pubblicati nel 2025, nei precedenti due anni, si stimano circa 2 milioni e mezzo di incidenti domestici. Di questi, quelli mortali sono circa seimila.

Il numero di incidenti domestici è sceso rispetto al passato, ma rimane alto. Le categorie di persone più soggette a infortuni domestici sono le donne (con una percentuale intorno al 65%) e gli anziani: le prime perché sono ancora quelle che svolgono la maggior parte dei lavori domestici, i secondi a causa della loro fragilità e delle limitazioni motorie che spesso li caratterizzano. Circa il 20% degli infortuni riguardano persone che lavorano alla cura della casa a tempo pieno. Le pertinenze esterne della casa, come il giardino o il garage, sono luoghi dove si verificano molti incidenti, spesso legati al fai-da-te.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) gli incidenti domestici sono la prima causa di morte per i bambini e l'età del bambino incide molto sulla tipologia del rischio. Ogni anno nel nostro Paese si registrano, infatti, oltre 600 mila accessi al pronto soccorso pediatrico conseguenti a infortuni domestici; un ricovero su cinque in età pediatrica è dovuto a un incidente, e il 60% di incidenti dei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni avviene in ambiente domestico. La fascia d'età 0-1 anno è quella che presenta il più alto rischio di gravità essendo più esposta al soffocamento dovuto a ingestione impropria di oggetti estranei. I bambini di età tra 1 e 4 anni, che hanno la capacità di raggiungere da soli prodotti e sostanze, sono particolarmente a rischio di intossicazione dovuta a ingestione o contatto

con sostanze dannose. Andando avanti con l'età aumentano anche i rischi legati alle cadute, con possibilità di traumatismi talvolta severi. Nonostante i significativi progressi compiuti negli ultimi anni sul fronte della prevenzione, gli incidenti domestici rappresentano ancora oggi, anche in Italia, la principale causa di morte tra i bambini e possono provocare disabilità gravi e permanenti.
Un maggior numero di incidenti si registra, inoltre, in famiglie con basso reddito, basso grado di istruzione o che vivono in case particolarmente affollate. La cucina rappresenta, per donne e bambini, il luogo della casa con più alto tasso di incidenti (il 40% del totale).

Incidenti stradali
Gli incidenti stradali sono un grande problema di sanità pubblica a livello mondiale dato il loro notevole impatto sulla salute delle persone. Secondo i dati del Global status report on road safety 2023 dell'OMS, circa 1,19 milioni di persone muoiono ogni anno a causa di incidenti stradali. Essi sono la principale causa di morte per bambini e giovani adulti di età compresa tra 5 e 29 anni. Il 92% dei decessi sulle strade nel mondo si verifica nei Paesi a basso e medio reddito, che ospitano circa il 60% dei veicoli mondiali. Oltre la metà di tutti i decessi per incidenti stradali si verificano tra utenti vulnerabili della strada, inclusi pedoni, ciclisti e motociclisti.
In base ai dati Automobile Club d'Italia (ACI)-Istat, nel 2023, sulle strade italiane, si sono registrati 166.525 incidenti con lesioni a persone (165.889 nel 2022, +0,4%; 172.183 nel 2019, -3,3%), che hanno causato 3.039 decessi (3.159 nel 2022, -3,8%; 3.173 nel 2019, -4,2%) e 224.634 feriti (223.475 nel 2022, +0,5%; 241.384 nel 2019, -6,9%). In media, rispettivamente, 456 incidenti, 8,3 morti e 615 feriti ogni giorno.
Le statistiche provinciali – elaborate da ACI e Istat – mostrano, nel 2023, una lieve riduzione del numero delle vittime. Aumentano, invece, seppure in misura contenuta, incidenti e feriti. Rispetto al 2019 – anno scelto come riferimento per l'obiettivo 2030 fissato dalla Commissione Europea con il programma "Road safety policy framework 2021-2030" (riduzione del 50% del numero di vittime e feriti gravi) – in 42 Province su 107 si è registrato un aumento del numero dei morti sulle strade, in 56 una diminuzione, mentre in 9 il numero dei morti è rimasto invariato. In 8 province, inoltre, è stato già raggiunto l'obiettivo del dimezzamento delle vittime rispetto al 2019. In Italia, infine, nel 2023, la riduzione delle vittime rispetto all'anno di benchmark è ancora molto contenuta ed è pari al 4,2%. In 13 Province, l'indice di mortalità (morti per 100 incidenti) è risultato almeno doppio rispetto al valore medio nazionale (1,82).
La stima delle conseguenze economiche degli incidenti stradali è molto alta, calcolata tra l'1% e il 3% del prodotto interno lordo di ciascun Paese.
Le violazioni al Codice della Strada più sanzionate risultano l'eccesso di velocità, il mancato utilizzo di dispositivi di sicurezza e l'uso di telefono cellulare alla guida.

Fattori di rischio/Determinanti
La prima causa degli incidenti domestici va ricercata nella bassa percezione del pericolo e del rischio in un ambiente come la casa, ritenuto sicuro, nonché nella vulnerabilità di alcune categorie di persone, come bambini, anziani o persone con disabilità.

I fattori di rischio possono essere distinti in individuali e ambientali. I fattori individuali riguardano lo sviluppo psicomotorio nei primi anni di vita (per i bambini), le attività lavorative in ambito domestico (per le donne) e le condizioni di comorbidità, deficit neuro-motori e cognitivi, fragilità o scarsa attività fisica (per gli anziani). I fattori ambientali sono relativi alle caratteristiche strutturali della casa, degli arredi, degli impianti e delle pertinenze, alla presenza e conservazione di farmaci e prodotti di uso comune che possono contenere sostanze chimiche tossiche. In tale ultimo caso, i principali fattori di rischio comprendono le caratteristiche di pericolosità del prodotto, le modalità di confezionamento, etichettatura, conservazione ed uso, cui si aggiunge la frequente bassa percezione del pericolo e del rischio.
Le cause più frequenti di incidenti sono:

- le cadute, che rappresentano circa il 50% degli incidenti domestici, con le scale, i pavimenti scivolosi e i tappeti non fissati come principali cause;
- le ferite da taglio (circa il 17%), che si verificano soprattutto in cucina per l'uso di coltelli;
- gli urti e gli schiacciamenti (14%), causati dagli arredi o da elementi strutturali della casa;
- le ustioni termiche o chimiche (7%), spesso causate da pentole, fornelli o dal ferro da stiro.

Altre cause sono di origine elettrica o relative a intossicazioni e avvelenamenti che possono verificarsi a causa di contatto o ingestione di sostanze chimiche presenti nei prodotti per la pulizia o per errori nell'assunzione di farmaci, soprattutto tra gli anziani, e annegamenti, specie per i bambini.
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'equilibrio e i riflessi. Altri fattori di rischio sono riconducibili a stili di vita che comportano consumo rischioso e dannoso di alcol e consumo di sostanze psicotrope. Inoltre, bisogna considerare alcuni comportamenti alla guida errati, tra cui i più frequenti sono la distrazione, il mancato rispetto della precedenza, la velocità troppo elevata (nel complesso il 40,8% dei casi), l'utilizzo dei cellulari, il mancato utilizzo dei sistemi di protezione. Al verificarsi dell'incidente concorrono, infine, altri determinanti attribuibili alla sicurezza delle strade e alla sicurezza dei veicoli.
Nel determinismo degli incidenti stradali incidono anche fattori sociali, quali condizioni socioeconomiche disagiate e/o stato di migrante, che di fatto determinano un minor accesso a formazione e informazione sulle misure di prevenzione e, più in generale, all'acquisizione della cultura della sicurezza sulle strade. Tali condizioni influenzano sia la percezione del rischio sia la possibilità di accedere a veicoli più moderni e con migliori dotazioni di sicurezza.

Strategie

La prevenzione degli incidenti domestici rientra nel concetto più ampio di "abitare consapevole", che invita a vivere la casa con attenzione, responsabilità e rispetto per l'ambiente, le persone e gli animali. Significa adottare scelte quotidiane che favoriscono benessere, sicurezza e sostenibilità, creando un ambiente sano e armonioso secondo

l'approccio One Health. I principi includono l'uso di materiali ecologici, il risparmio energetico e idrico, il riciclo e il riutilizzo per ridurre l'impatto ambientale. È importante mantenere la casa pulita e ventilata, evitando sostanze tossiche, e organizzare gli spazi in modo accessibile per il benessere di tutti. Fondamentale è anche la consapevolezza sociale, promuovendo la collaborazione con il vicinato e la cura degli spazi comuni. L'abitare consapevole non è solo pratico, ma anche culturale ed etico, spingendo a riflettere sulle proprie scelte e sul loro impatto su società e pianeta. Per contrastare gli infortuni in ambito domestico si conferma la necessità di una strategia multilivello che coinvolga in modo trasversale tutti i servizi sanitari di interesse per il contrasto del fenomeno nella comunità, attraverso azioni di prevenzione integrate ed interventi *evidence based*, finalizzati a:

- garantire la conoscenza del fenomeno attraverso l'utilizzo e la diffusione dei dati delle sorveglianze di popolazione e di flussi informativi come quelli dei Centri anti Veleni;
- monitorare la percezione e sensibilizzare la popolazione sui rischi in ambiente domestico;
- promuovere la sicurezza con particolare attenzione per i neogenitori e le categorie a maggior rischio (bambini, donne e anziani);
- promuovere stili vita salutari, con particolare riguardo all'attività fisica e al corretto utilizzo dei farmaci nell'anziano.

È necessario consolidare le azioni di promozione della sicurezza all'interno delle comunità, coinvolgendo con attività di advocacy tutte le realtà attive territoriali, dai Dipartimenti di Prevenzione ai Comuni e ai servizi sociali, dalla scuola, ai circoli anziani, alle farmacie, alle associazioni sportive, ecc.

Per gli anziani è molto importante anche la collaborazione con i medici di medicina generale (MMG) per favorire la corretta assunzione dei farmaci, anche attraverso la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva. Attenzione particolare va posta alla prevenzione delle cadute, agendo su tutti i determinanti (ambiente domestico, spazi pubblici, attività fisica, ecc.), in correlazione quindi con altri programmi che mirano alla promozione di stili di vita sani e attivi.

Per la prevenzione degli incidenti domestici, pertanto, è altresì essenziale la formazione per gli operatori sanitari (inclusi i MMG e i pediatri di libera scelta - PLS) e sociosanitari, finalizzata allo sviluppo della cultura della sicurezza in casa, alla crescita delle competenze genitoriali connesse alla prevenzione, alla consapevolezza di collaboratori familiari e *caregiver.*

La comunicazione è ugualmente uno strumento strategico per diffondere la cultura della sicurezza negli ambienti di vita. Può facilitare la creazione di reti inter-istituzionali e la collaborazione tra le organizzazioni sanitarie e non sanitarie.

Il ruolo dei Dipartimenti di prevenzione, in collaborazione con i servizi territoriali, è richiamato anche dalla Legge 3 dicembre 1999, n. 493 *"Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici"* che ha istituito presso l'INAIL il "fondo infortuni domestici". La Legge 493/99, infatti, attribuisce ai Dipartimenti di prevenzione compiti di valutazione e prevenzione dei rischi e di educazione sanitaria in materia di incidenti domestici.

Il fondo, più comunemente noto come assicurazione casalinghe, è un'assicurazione obbligatoria che protegge le persone, di età compresa tra i 18 e i 67 anni, che abbiano

riportato un infortunio in occasione di lavoro in casa, senza vincoli di subordinazione, da cui consegue una inabilità permanente uguale o superiore al 6% (prestazione una tantum) o pari o superiore al 16% (rendita).

Anche la sicurezza stradale è un bene di tutti e va promossa con un'azione integrata e trasversale tra i diversi attori coinvolti (Enti locali, istituzioni, associazioni di categoria, privato sociale, ecc.).
L'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha fissato l'ambizioso obiettivo di dimezzare il numero di morti e feriti causati da incidenti stradali entro il 2030 (A/RES/74/299). L'Italia aderisce a questo impegno che mira a ridurre anche il numero dei feriti gravi. Al raggiungimento di questo obiettivo contribuiscono le riforme del Codice della strada, che ha introdotto misure utili a ridurre numero e gravità degli incidenti, migliorando la sicurezza di tutti gli utenti. È fondamentale adottare un piano d'intervento a lungo termine, basato sulla stabilizzazione delle misure già attuate e sull'implementazione di nuove strategie mirate, secondo un approccio integrato e multisettoriale con il coinvolgimento di Istituzioni centrali e territoriali. Per quanto riguarda la sanità pubblica, è importante ricordare che il DPCM 12 gennaio 2017, all'area B.6 dell'Allegato 1, riconosce la promozione della sicurezza stradale come Livello Essenziale di Assistenza (LEA). Pertanto, gli interventi di promozione della salute, le campagne di prevenzione e informazione rivolte a diversi segmenti della popolazione non sono solo efficaci, ma costituiscono anche prestazioni sanitarie che devono essere garantite a tutta la collettività.
Considerata l'etiologia multifattoriale degli incidenti stradali, è fondamentale intervenire in modo integrato sui tre fattori principali che ne determinano l'occorrenza: l'uomo, il veicolo e l'ambiente.

Fattore umano
È necessario promuovere stili di vita corretti e una cultura della sicurezza fin dalla scuola, sensibilizzando i giovani e la popolazione generale sui rischi legati alla guida sotto l'effetto di alcol, sostanze psicotrope e farmaci. È cruciale sviluppare una mentalità orientata al corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (cinture, caschi, seggiolini) e informare sui pericoli di comportamenti imprudenti, specialmente i giovani e i professionisti che trascorrono molte ore alla guida, come gli autotrasportatori. Tra i 704 casi di infortuni mortali accertati nel 2018 da Inail, 421 (circa il 60%) si sono verificati "fuori dell'azienda", quindi in itinere o in occasione di lavoro. Le campagne di sensibilizzazione devono rafforzare la percezione del rischio, anche in relazione alla presenza di patologie, quali ad esempio la Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS), all'utilizzo di farmaci e al loro impatto sulla performance alla guida. Informare inoltre sulle sanzioni previste dal Nuovo Codice della strada può contribuire a una maggiore consapevolezza e responsabilità.

Fattore veicolo
È importante favorire la circolazione di veicoli sicuri, in condizioni ottimali e dotati di dispositivi di sicurezza avanzati, implementando controlli periodici dei veicoli e della qualificazione dei conducenti, specialmente per i mezzi che trasportano merci pericolose.

La verifica dell'attuazione e delle normative vigenti, e l'eventuale loro rafforzamento, favorisce la riduzione dei rischi legati alla meccanica e alla tecnologia dei veicoli.
Particolare attenzione dovrebbe essere riservata all'offerta di corsi avanzati di guida sicura, per automobilisti e motociclisti, mirati a migliorare la padronanza del mezzo, specie in condizioni critiche, e all'apprendimento di tecniche di guida in situazioni di pericolo.

Fattore ambientale

La promozione del trasporto pubblico, la pianificazione urbana e la progettazione delle infrastrutture devono integrare i dispositivi di sicurezza stradale, favorendo la realizzazione di strade più sicure e di percorsi pedonali e ciclabili adeguati. La progettazione di strade e intersezioni deve considerare i principi di sicurezza, riducendo i punti critici e migliorando la visibilità.
Per attuare azioni sempre più mirate è necessario, infine, 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.

MO3. Incidenti domestici e stradali – Quadro logico centrale

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

MO3. Incidenti domestici e stradali – Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
			3.9 Tasso standardizzato di mortalità per avvelenamento accidentale (Fonte: ISTAT -Indagine sulle cause di morte) (Indicatore SDG 3.9.3) 3.10 Prevalenza di persone (età 65 anni e più) che dichiarano di aver ricevuto il consiglio dal medico o da un operatore sanitario su come evitare le cadute (Fonte: ISS – Sistema di sorveglianza Passi d'Argento) 3.11 Prevalenza di persone (età 65 anni e più) che dichiarano di usare almeno un presidio anticaduta in bagno (Fonte: ISS – Sistema di sorveglianza Passi d'Argento)
3.4 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente	e. Sviluppo di programmi per la promozione di stili di vita orientati alla sicurezza stradale con particolare attenzione alle fasce più deboli e più svantaggiate f. Promozione di azioni di prevenzione orientate alla sicurezza stradale tra i guidatori professionisti g. Implementazione di interventi di informazione/comunicazione sul rischio di incidente stradale correlato a comportamenti a rischio h. Supporto alla formazione di formatori sull' apprendimento delle tecniche necessarie alla guida sicura su due e quattro ruote i. Implementazione di formazione e informazione rivolta a tutti gli utenti della strada	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica** Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati: - B6 Promozione della sicurezza stradale - F9 Prevenzione delle dipendenze Area C: Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: - C5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani	3.12 Tasso di mortalità (*100.000) per incidente stradale (Fonte: ACI – ISTAT) (indicatore SDG 3.6.1) 3.13 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) che viaggiano in auto che utilizzano sempre le cinture quando stanno sui sedili posteriori (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI) 3.14 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) non astemie che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI) 3.15 Prevalenza di persone (età 18-69 anni) che non usano o fanno uso inadeguato dei dispositivi di sicurezza per i bambini da 0 a 6 anni (fonte: ISS – Sistema di sorveglianza PASSI)

6.4 MO4. Salute, sicurezza e benessere dei lavoratori

Razionale

L'articolo 2, comma 1, lettera n) del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 definisce la «prevenzione» come il complesso delle disposizioni o misure necessarie anche secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, per evitare o diminuire i rischi professionali nel rispetto della salute della popolazione e dell'integrità dell'ambiente esterno. La lettera p) definisce, invece, il «sistema di promozione della salute e sicurezza» come il complesso dei soggetti istituzionali che concorrono, con la partecipazione delle parti sociali, alla realizzazione dei programmi di intervento finalizzati a migliorare le condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori. Pertanto, in coerenza con il dettato costituzionale e con la giurisprudenza, la tutela del diritto alla salute e sicurezza del lavoratore si configura come diritto sia all'incolumità fisica che ad un ambiente salubre.

Nel 2025, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato un nuovo rapporto globale sui determinanti sociali dell'equità sanitaria, individuando il lavoro tra i determinanti di salute[1.] Negli ultimi 50 anni l'invecchiamento della popolazione italiana è stato tra i più rapidi dei Paesi sviluppati: nel 2024 la vita media era di 83,4 anni (81,4 uomini; 85,5 donne), ma la speranza di vita in buona salute si fermava a 59,8 anni per gli uomini e 56,6 per le donne[2]. Le malattie croniche e invalidanti possono insorgere nel pieno della vita lavorativa e colpiscono soprattutto tra i 45 e i 64 anni, quando i cambiamenti delle capacità funzionali aumentano il rischio di inidoneità. Diventa quindi prioritario integrare la prevenzione dei rischi lavorativi con la promozione di stili di vita salutari nei luoghi di lavoro, assicurando la sostenibilità organizzativa, in particolare nei settori essenziali.

Il sistema produttivo italiano è caratterizzato dalla predominanza di microimprese fino a 10 addetti[3], che raggiungono la quota di 4,1 milioni e rappresentano il 95,1% delle imprese attive e impiegano il 43,1 % della forza lavoro totale[4].

Nonostante l'occupazione abbia raggiunto il massimo storico di quasi 23,9 milioni di occupati (+352mila occupati, +1,5% dal 2023 al 2024), l'Italia presenta ancora tassi di occupazione tra i più bassi d'Europa (62,2%), in particolare per giovani e donne. Rispetto all'obiettivo fissato dal Piano d'Azione sull'attuazione del pilastro europeo dei diritti sociali 2021, di almeno il 78% entro il 2030 della popolazione UE di età compresa tra i 20 e i 64 anni, l'Italia si pone sottosoglia con il 61,5% per la fascia 15-64 anni[5]._La crescita dell'ultimo anno è dovuta in più di otto casi su dieci all'aumento degli occupati con 50 anni e oltre (il 40,6% del totale degli occupati, in incremento del 12% dal 2019) e agli occupati stranieri (il 10,5% del totale degli occupati)[1]. Peraltro, la vulnerabilità lavorativa è più alta fra gli stranieri, occupando i segmenti meno qualificati del mercato del lavoro, con condizioni contrattuali più svantaggiose; infatti, in valori

[1] OMS World report on social determinants of health equity … *The social determinants of health equity - that is, the conditions in which people are born, grow, live, work, and age, and people's access to power, money, and resources—have a powerful influence on these avoidable and unjust health gaps …*

[2] https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-annuale-2025-la-situazione-del-paese-il-volume/

[3] La micro impresa rispetta due requisiti: meno di 10 occupati; un fatturato annuo oppure un totale di bilancio annuo non superiore a 2 milioni di euro.

[4] https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/12/ASI_2024.pdf

5https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,POP,1.0/POP_POPULATION/DCIS_INDDEMOG1/IT1,22_293_DF_DCIS_INDDEMOG1_1,1.0

assoluti, a fronte di un calo del 2,9% degli infortuni degli italiani, gli stranieri registrano un +1,5% e un incremento del 9,1% dei casi mortali[6]. Sebbene la qualità dell'occupazione sia migliorata con l'aumento dei contratti a tempo indeterminato, oltre un terzo dei giovani e quasi un quarto delle donne sperimenta forme di lavoro precario o part-time involontario[1].
Lo stato di salute dei lavoratori presenta criticità: tra il 2019 e il 2024 le patologie denunciate sono cresciute del 44% (da 61.196 a 88.384), soprattutto in edilizia, metalmeccanica, agricoltura/agroalimentare, trasporti/commercio, rifiuti e sociosanitario. L'83% riguarda malattie a etiologia multifattoriale (muscolo-scheletriche, tunnel carpale), in aumento rispetto al 78% del 2019. Le neoplasie maligne, già sottostimate (2-3%), calano da 2.646 a 2.351; le patologie psicosociali restano anch'esse sottostimate per difficoltà di diagnosi e riconoscimento. Solo il 46% delle malattie denunciate nel 2020-2024 è stato riconosciuto da INAIL. L'incremento del 22% nel 2024 rispetto al 2023 riflette maggiore sensibilizzazione, invecchiamento della forza lavoro e diffusione di patologie croniche.[7]
Sul fronte infortuni, tra il 2019 e il 2024 si registra un calo complessivo (-8%, da 644.550 a 592.882), con diminuzioni anche per quelli con esito positivo (-6,8%), con menomazione (-20%) e mortali (-20%). Nel confronto 2024/2023 emerge invece stabilità: denunce +0,4%, ma ancora cali per infortuni riconosciuti (-2%), con menomazione (-16%) e mortali (-13%)[4].

Focus edilizia
Nel 2022 (ultimo dato disponibile nell'Archivio Statistico delle Imprese Attive - Asia) l'Istat ha rilevato 537.886 imprese attive nel settore costruzioni (quasi il 95% con meno di 10 addetti) e 1.572.885 addetti medi annui[8]. L'aumento dell'occupazione verificatosi dopo l'evento pandemico ha determinato un progressivo incremento in valori assoluti degli eventi infortunistici, in particolare gravi e mortali. Nel 2024 gli infortuni in occasione di lavoro definiti positivamente sono stati 31.882 (pari al 9,6% del totale degli infortuni) con un incremento rispetto al 2019 del 15%; analogamente per gli infortuni mortali, pari a 119 nel 2024 (il 28% del totale), si è registrato un incremento rispetto al 2019 del 29%[4]. La modalità di accadimento più comune degli infortuni mortali nelle costruzioni è ancora la caduta dell'alto, legata a fattori di tipo gestionale-organizzativo (errori di procedura, uso errato o improprio di attrezzature), spesso unite a criticità nelle attrezzature (es. protezioni mancanti o inadeguate).[9]

Focus agricoltura.
Dal censimento ISTAT 2020 risultano 1.133.023 aziende agricole, di cui solo 170.000 con operai dipendenti (820.000 occupati). Al Sud oltre il 50% delle aziende con dipendenti ricorre a manodopera stagionale. Gli infortuni restano stabili al 5,6% del totale. La principale causa mortale è il ribaltamento del trattore, seguita da cadute dall'alto o in profondità, caduta di gravi e contatto con mezzi in movimento. La componente straniera incide per circa il 17% ed è in crescita, legata a contratti precari, barriere linguistiche e scarsa formazione. Il comparto mostra un forte dualismo: da un lato aziende moderne con buoni standard di sicurezza e dall'altro

[6] https://www.inail.it/content/dam/inail-hub-site/documenti/rapporti-e-relazioni-inail/2025/07/relazione-annuale-inail-2024.pdf
[7] https://dati.inail.it/portale/it.html - Open data INAIL
[8] Rivista Dati INAIL Novembre 2024 – n. 11
[9] https://www.inail.it/portale/it/inail-comunica/pubblicazioni/catalogo-generale/catalogo-generale-dettaglio.2025.09.inform-mo-rapporto-inail---regioni-sulle-cause-degli-infortuni-mortali-e-gravi.html

realtà marginali o irregolari. Le criticità riguardano la fragilità dei migranti e la persistenza di incidenti gravi anche in contesti evoluti. Nel 2024 gli infortuni in occasione di lavoro definiti positivamente sono stati 18.863 (pari al 6% del totale degli infortuni) con una riduzione rispetto al 2019 del 23%; analogamente per gli infortuni mortali, pari a 62 nel 2024 (il 14% del totale), si è registrata una riduzione rispetto al 2019 del 27%.[4]

Focus macchine

Secondo dati INAIL, nel 2023 il 9% degli infortuni riconosciuti in occasione di lavoro (esclusi quelli in itinere) ha coinvolto macchine o attrezzature, soprattutto carrelli elevatori (causa di 64 infortuni gravissimi o mortali) e mezzi di movimentazione. Nel 15% dei casi di infortuni gravissimi l'agente causale è una macchina; un ulteriore 5% riguarda veicoli in occasione di lavoro. I settori interessati vanno dal manifatturiero a logistica e trasporti.

Total Worker Health (TWH) quale strategia per il futuro

Alla luce dei dati, diventa indispensabile investire in salute e sicurezza sul lavoro, per proteggere i lavoratori e sostenere uno sviluppo equo e sostenibile. È necessaria un'azione integrata che combini controlli, assistenza, formazione e cultura della prevenzione, calibrata sulle specificità settoriali. Il "Quadro strategico in materia di salute e sicurezza sul lavoro 2021-2027", adottato dalla Commissione Europea nel giugno del 2021, sottolinea che il diritto a un luogo di lavoro sano e sicuro è fondamentale per conseguire gli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite e che condizioni di lavoro sane e sicure sono indispensabili per una forza lavoro sana e produttiva, in un contesto in continuo divenire. È necessario garantire l'applicazione e l'aggiornamento delle norme, ma anche rafforzare la cultura della prevenzione, sia all'interno delle organizzazioni sia tra i singoli lavoratori, aumentando la consapevolezza con azioni di formazione, informazione, aggiornamento alle figure chiave, risorse. L'approccio olistico della Prevenzione nei luoghi di lavoro, che considera il lavoro determinante di salute, è proprio del modello di Total Worker Health (TWH)[10], in cui trovano posto anche le azioni volte a promuovere stili di vita salutari negli ambienti di lavoro, secondo i principi della *Workplace Health Promotion (WHP)*, attraverso la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche e degenerative e la promozione dell'invecchiamento attivo e in buona salute mediante cambiamenti organizzativi che sostengano l'adozione di stili di vita salutari.

Fattori di rischio/Determinanti

Numerosi fattori di rischio e determinanti influenzano la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali. Sui fenomeni infortunistici e tecnopatici intervengono dinamiche politiche, economiche e sociali che ne condizionano distribuzione, tipologia e gravità. Ciò rende necessaria un'analisi epidemiologica del contesto socio-occupazionale e territoriale, sia a livello regionale che locale, al fine di individuare le priorità di intervento.

Tra i fattori di rischio trasversali a tutte le attività produttive, oltre all'invecchiamento della popolazione lavorativa e alla precarietà del lavoro, si confermano:

[10] Il *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) come un "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'inadeguata formazione dei lavoratori, tema su cui è intervenuto l'Accordo in Conferenza Stato-Regioni (ASCSR) n. 59 del 17 aprile 2025, che, pur non definendone i criteri né di valutazione di efficacia, né di monitoraggio nazionali, ha avuto il merito di individuare i principi di una corretta progettazione ed erogazione dei percorsi formativi;
- lo scarso benessere organizzativo: nel periodo 2020-2023 (ultimo disponibile), il numero di malattie professionali e infortuni riferibili all'esposizione a rischi psicosociali è molto contenuto, sebbene si sia osservato un incremento. I dati riportati dall'ultima indagine dell'Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA), tuttavia, evidenziano che circa il 30% dei lavoratori soffre di disturbi da stress causati o peggiorati dal lavoro. Inoltre, la letteratura ha sottolineato che l'esposizione ai rischi psicosociali sul luogo di lavoro ha un impatto negativo sulla salute fisica, psicologica e sociale dei lavoratori; e, conseguentemente, sulla efficienza e la resilienza delle organizzazioni.

Si aggiungono le aggressioni e le violenze sul luogo di lavoro, comprese quelle di genere e le molestie. Gli infortuni attribuiti ad eventi aggressivi o ad episodi di violenza sono passati da 7.945 nel 2020 a 12.823 nel 2023; i settori interessati sono in particolare quello sociosanitario, dell'istruzione e dei trasporti.

Pertanto, sono necessari interventi di prevenzione volti a sensibilizzare e a fornire strumenti semplici e pratici per gestire i rischi psicosociali e migliorare il benessere organizzativo per prevenire fenomeni direttamente connessi quali: malattie professionali della sfera psichica, molestie e infortuni da violenze/aggressioni; ma anche per migliorare la gestione della sicurezza e prevenire infortuni e malattie professionali nel complesso e in tutti i settori, in particolare, per le micro e piccole imprese nelle quali l'indagine europea ha evidenziato una tendenza alla sottostima dei rischi psicosociali e la carenza di misure preventive adeguate[11,12,13].

Per la prevenzione degli infortuni, in particolare quelli gravi e mortali, il comparto edile resta prioritario, soprattutto per la mancata adozione di sistemi di protezione nei lavori in prossimità degli scavi e nei lavori in quota. In agricoltura permangono gli incidenti mortali per ribaltamento del trattore e per aggancio ad organi di lavoro non protetti. In altri settori manufatturieri, le dinamiche maggiormente rappresentate vedono coinvolto l'utilizzo di macchine e attrezzature, in particolare nelle operazioni di movimentazione e immagazzinaggio di gravi.

L'utilizzo di macchine e attrezzature non conformi ai requisiti essenziali di sicurezza costituisce un rischio rilevante in molti settori, rendendo necessaria l'integrazione tra la regolamentazione di prodotto, di competenza del MIMIT, e la regolamentazione sociale, affinché gli accertamenti delle ASL e le istruttorie ministeriali siano concluse senza ritardi e garantiscano il ritiro o l'adeguamento degli esemplari non conformi.

Anche le verifiche periodiche di sicurezza su macchine e impianti sono fondamentali per assicurarne l'efficienza e la sicurezza, come previsto dall'art. 71 del d.lgs. 81/08.

Inoltre, negli ultimi anni si è evidenziata la necessità di affrontare un nuovo rischio, legato al surriscaldamento globale e agli eventi meteorologici estremi, che interessa in particolare le attività outdoor. Si rende necessaria un'azione di prevenzione volta a diffondere le conoscenze

[11] https://osha.europa.eu/it/themes/psychosocial-risks-and-mental-health
[12] https://oshwiki.osha.europa.eu/en/themes/psychosocial-risks-and-workers-health
[13] https://visualisation.osha.europa.eu/esener/it

sullo stress da calore e sull'esposizione a radiazioni rivolta in particolare a tutela dei lavoratori che svolgono attività outdoor.
Per quanto riguarda le malattie professionali, il sovraccarico biomeccanico è uno dei rischi principali. In particolare, si evidenzia che la maggior parte delle patologie denunciate sono a carico dei dischi intervertebrali e della spalla; altresì, si rileva il rischio da movimentazione manuale dei carichi anche associato alle posture incongrue, presente in molte attività produttive.
L'esposizione a sostanze chimiche e cancerogene continua a causare tumori professionali ad alta e bassa frazione eziologica. Il recepimento delle norme di tutela all'esposizione a sostanze reprotossiche (d.lgs. 135 del 4 settembre 2024) necessita di indirizzi per l'attuazione della sorveglianza sanitaria e dell'implementazione del registro, ferma restando l'attuazione di quanto disposto all'art. 244 comma 5 d.lgs. 81/08 relativamente a tutti i registri nazionali e al rispetto dei principi in tema di trattamento dati.
La diffusione di zoonosi e malattie infettive emergenti, infine, impone l'individuazione di orientamenti trasversali per prevenirne la rapida diffusione, nonché per l'attuazione e il monitoraggio delle misure preventive in potenziali crisi sanitarie future, in collaborazione con gli operatori della sanità pubblica.
Nel comune obiettivo della prevenzione infortuni e malattie professionali è di fondamentale importanza potenziare la rete di collaborazione tra professionisti sanitari del SSN, medici del lavoro dei servizi territoriali, ospedalieri, MMG e aziendali, tecnici della prevenzione, chimici, ingegneri, RSPP e Coordinatori della sicurezza.

Strategie
Il Quadro strategico UE 2021-2027 sulla salute e sicurezza sul lavoro si concentra su tre obiettivi:
- anticipare i cambiamenti legati a transizioni verde, digitale e demografica;
- migliorare la prevenzione di infortuni e malattie professionali;
- rafforzare la preparazione a potenziali crisi sanitarie.

In linea con il Quadro strategico UE, il "Comitato per l'indirizzo e il coordinamento della vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro" (art. 5 d.lgs. 81/08) ha approvato la "Strategia Nazionale in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro 2026-2030" che definisce un percorso chiaro per affrontare le sfide di un mondo del lavoro in rapida evoluzione.
La Strategia nazionale si fonda su cinque Assi Strategici: affrontare i cambiamenti del lavoro, rafforzare la resilienza del sistema istituzionale, potenziare le tutele, supportare le MPMI e diffondere la cultura della prevenzione fin dalle scuole.
Il PNP 2026-2031, in coerenza con la Strategia nazionale, definisce i propri obiettivi nel contesto normativo nazionale consolidato. Il d.lgs. 81/08 realizza, su base tripartita, la *governance* della prevenzione, consentendo a Regioni, Ministeri e INAIL di condividere con le parti sociali indirizzi per controllo e assistenza.
A tal fine è di primaria importanza rafforzare il coordinamento tra istituzioni e partenariato economico-sociale e tecnico-scientifico tramite il Comitato per l'indirizzo e la valutazione delle politiche attive e per il coordinamento nazionale delle attività di vigilanza (art. 5 d.lgs. 81/08).
Nelle politiche di prevenzione si confermano gli obiettivi di:

- realizzare un confronto costante nell'ambito del Comitato art. 5 e della Commissione Consultiva permanente (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 d.lgs. 81/08) ai fini della corretta attuazione delle politiche di prevenzione e del corretto feedback dal territorio.

Il PNP 2026-2031 promuove un controllo più efficace dei rischi, considerando i cambiamenti socioeconomici, demografici tecnologici e organizzativi del mondo lavorativo, nonché le trasformazioni ambientali, e quelle demografiche legate all'invecchiamento della popolazione. La programmazione degli interventi si basa sui dati epidemiologici evidenziati dai sistemi informativi attivi a livello nazionale e/o regionale.

Restano fondamentali i confermati Programmi Predefiniti su Edilizia e Agricoltura e per la prevenzione dell'esposizione a cancerogeni professionali, stress lavoro-correlato e patologie muscolo-scheletriche. Questi piani si rinnovano grazie alla ricerca scientifica, con il PP *"Prevenzione in Edilizia, Agricoltura e nell'utilizzo sicuro di macchine e attrezzature di lavoro"* che si può avvalere dell'algoritmo "Calcolo Rischio Cantieri" validato dall'OCSE ed il PP *"Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, del sovraccarico biomeccanico delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro"* che integra studi universitari per indirizzi a tutela dell'esposizione a sostanze tossiche per la riproduzione.

Il Piano Mirato di Prevenzione rimane strumento strategico per assistere le imprese nell'eliminazione o riduzione di rischi specifici, garantendo azioni di controllo mirate e diffondendo la cultura della prevenzione. Nel contesto interregionale, si ritiene che specifici Piani Mirati debbano riguardare i due comparti storicamente a maggior rischio di infortuni gravi, edilizia e agricoltura, e l'uso di macchine e impianti non marcati CE, assicurando il raccordo con il Ministero delle Imprese e del Made in Italy (MIMIT) per le procedure istruttorie sulle non conformità. Il PNP rafforza il modello *Total Worker Health* (TWH), che integra protezione dai rischi e promozione di stili di vita corretti, sostenendo l'invecchiamento attivo. Le azioni di WHP si presentano sotto l'insegna del programma "Luoghi di lavoro che promuovono salute", per le quali risultano centrali la collaborazione tra professionisti del SSN, medici del lavoro, medici aziendali, RSPP e Coordinatori della sicurezza.

La formazione resta pilastro strategico: l'Accordo in Conferenza tra lo stato e le Regioni e le Province autonome n. 59/2025 sulla formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro garantisce sviluppo del capitale umano e crescita delle competenze. La qualità della formazione è monitorata dagli organi di vigilanza con un Piano Mirato dedicato che ambisce ad una valenza interregionale.

Il PNP consolida il legame con la Scuola, secondo gli indirizzi "Scuole che promuovono salute", integrando competenze di salute e sicurezza nei curricula, nei Percorsi per le competenze trasversali e per l'orientamento (PCTO), garantendo agli studenti le tutele dei lavoratori (art. 2 lettera a, d.lgs. 81/08) e diffondendo la cultura della sicurezza sin dalla scuola primaria. Infine, il PNP integra e supporta il Piano Nazionale Oncologico e il Piano d'Azione Radon, anche per le esposizioni professionali.

MO4. Salute, sicurezza e benessere dei lavoratori – Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
4.1. Programmare interventi di prevenzione per i lavoratori in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale 4.2. Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori	a. Perfezionamento dei sistemi e degli strumenti di conoscenza dei rischi e dei danni da lavoro, anche attraverso lo sviluppo del Sistema informativo nazionale per la prevenzione (SINP) di cui all'art. 8 del D.lgs. 81/08 b. Incremento del grado di utilizzo dei sistemi informativi per la pianificazione degli interventi di prevenzione c. Sviluppo, in raccordo con INAIL e INL, dell'interoperabilità dei sistemi informativi esistenti per favorire lo scambio trans-istituzionale di informazioni a livello azionale e territoriale, in attuazione delle previsioni dell'art. 8 comma 6 lett. e) del d.lgs. 81/08	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica** Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: • C.1 Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro	4.1. Percentuale denunce infortuni sul lavoro (fonte: INAIL. Nuovo Sistema di Garanzia) 4.2. Numero di infortuni sul lavoro per gestione (Industria e Servizi, Agricoltura, Conto Stato) in complesso o mortali (fonte: INAIL) 4.3. Numero di malattie professionali per gestione (Industria e Servizi, Agricoltura, Conto Stato) (fonte: INAIL)
4.3. Supportare la ricognizione ed eventuale redazione di linee di indirizzo per la salute e sicurezza dei lavoratori (ex art. 2, lettera z - "linee guida", D.lgs. 81/2008) da approvare in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le PA Trento e Bolzano	d. Operatività dei Comitati Regionali di Coordinamento di cui all'art. 7 del d.lgs. 81/08 e. Sostegno al ruolo del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza Territoriale/Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLST/RLS) di sito produttivo e della bilateralità f. Promozione della responsabilità sociale di impresa per il miglioramento della salute globale del lavoratore	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica** Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: • C.2 Cooperazione del sistema sanitario con altre istituzioni e con le rappresentanze sindacali e datoriali, per la realizzazione di programmi intersettoriali	

MO4. Salute, sicurezza e benessere dei lavoratori – Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
4.4. Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medie e grandi aziende attività di controllo per la salute e sicurezza dei lavoratori modulate secondo approcci distinti 4.5. Applicare alle attività di controllo per la salute e sicurezza dei lavoratori i principi dell'assistenza, dell'empowerment e dell'informazione, e adottare azioni di enforcement in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa	g. Promozione del coordinamento e della programmazione dell'attività di vigilanza e prevenzione dei rischi/danni da lavoro. h. Definizione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) fondate sull'analisi di contesti produttivi, socio-economici ed epidemiologici, mirati a fattori di rischio e/o comparti e/o circostanze di rischio ed esposizione prioritari i. Diffusione e utilizzo delle evidenze sulle modalità di accadimento degli infortuni e sulle azioni efficaci di prevenzione delle medesime, in particolar modo in settori in cui ricorre l'utilizzo di macchine a maggior rischio di infortuni gravi e mortali, ad esempio edilizia e agricoltura j. Diffusione e utilizzo le evidenze sull'esposizione a vari fattori correlati alle malattie professionali, sulle azioni efficaci di prevenzione k. Promozione della capacità di migliorare le valutazioni delle linee di indirizzo riguardo gli agenti cancerogeni, lo stress lavoro correlato e muscoloscheletrico l. Realizzazione di un controllo efficace sui soggetti formatori da parte della PA in coerenza con l'accordo SR n. 59/2025	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica** Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: • C.3 Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro Area B Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati: • B.13 Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP)	4.4 Proporzione di Unità locali oggetto di controllo (fonte: Ministero della Salute – Regioni)
4.6. Favorire nei giovani l'acquisizione di competenze specifiche in materia di Sicurezza sui Luoghi di Lavoro	m. Rafforzamento della collaborazione scuola/aziende/istituzioni soprattutto finalizzate alla gestione dello studente PCTO (Percorsi per le Competenze Trasversali e per l'Orientamento)		

MO4. Salute, sicurezza e benessere dei lavoratori – Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
4.7. Implementare un modello di tutela del lavoratore che sia evoluzione della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali verso la "conservazione attiva" della salute, ovvero verso la Total worker health	n. Sviluppo di programmi in coerenza con l'approccio TWH o. Adozione da parte delle imprese di buone prassi ex art. 2, comma 1 lettera v) - d.lgs. 81/08 p. Adozione delle misure di prevenzione primaria con le varie modalità di intervento, tra cui le attività di vigilanza e controllo dei rischi/danni da lavoro	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica** Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: • C.4 Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro • C.5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani	
4.8. Potenziare la rete di collaborazione tra tutti i professionisti sanitari, in particolare fra medici del lavoro (dei servizi territoriali, ospedalieri, universitari e liberi professionisti), medici specialisti delle diverse discipline e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total Worker Health	q. Sviluppo di percorsi di formazione sulla SSL per l'acquisizione di nuove competenze disciplinari per il contrasto del fenomeno tecnopatico	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica** Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: • C.5 Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani	
4.9. Incentivare, orientare e monitorare le azioni per la tutela della salute più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore integrando gli approcci *Occupational Safety and Health* (OSH) *e Health Promotion* (HP)	r. Promozione della qualità, appropriatezza e efficacia della sorveglianza sanitaria svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 del d.lgs. 81/08) s. Promozione del ruolo strategico del medico competente nella progettazione, attuazione e monitoraggio delle azioni di Total Worker Health e di promozione della salute		

MO4. Salute, sicurezza e benessere dei lavoratori – Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
4.10. Assicurare, ove richiesta, la sorveglianza sanitaria degli ex esposti a cancerogeni occupazionali 4.11. Perseguire le disponibilità dei dati sanitari negli archivi regionali con le storie lavorative INPS 4.12. Attuare il comma 5 dell'articolo 244 del d.lgs. 81/08 in merito alla registrazione dei tumori attribuibili ad esposizioni lavorative e degli effetti nocivi sulla funzione sessuale e sulla fertilità", nel rispetto delle norme per il trattamento dei dati. 4.13. Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti a rischi lavoro correlati e i Sistemi MALPROF e MAREL	s. Implementazione, coordinamento e valutazione dei sistemi e degli interventi di sorveglianza sanitaria degli ex esposti a cancerogeni occupazionali t. Offerta di interventi di *counseling* per i lavoratori (gruppi di esposti ed ex esposti) u. Integrazione delle attività di controllo dei rischi/danni da lavoro in ispezioni, verifiche documentali, assistenza v. Produzione di report periodici e sistematici relativi al monitoraggio dei rischi/danni da lavoro con diffusione di documentazioni relative alle azioni di prevenzione efficaci già realizzate	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e Sanità Pubblica** Area C Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro: • C.6 Sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine • C.1 Sorveglianza epidemiologica dei rischi e dei danni correlati al lavoro	

6.5 MO5. Ambiente, clima e salute

Razionale

L'ambiente, nelle sue dimensioni fisiche, sociali ed economiche, costituisce un determinante essenziale della salute.
Molte patologie riconoscono un'origine ambientale, come dimostrano anche le recenti evidenze epigenetiche.
La 7ª Conferenza Ministeriale OMS su Ambiente e Salute (Budapest, 2023) ha stimato 1,4 milioni di decessi annui nei 53 Paesi europei legati a rischi ambientali, 77 milioni di persone senza accesso ad acqua potabile sicura e più di 20.000 decessi nel 2022 causati da ondate di calore. La "tripla emergenza" - cambiamento climatico, inquinamento e perdita di biodiversità - che minaccia ecosistemi e salute umana, si riflette nell'Agenda 2030, nel *Green Deal* europeo, nelle Strategie UE per la Biodiversità e per i *chemicals* sostenibili, nel Piano per l'Inquinamento Zero e nella Direttiva Quadro sulle Acque.
In Italia, con l'art. 27 del decreto legge 30 aprile 2022, n. 36 convertito con modificazioni dalla legge 29 giugno 2022, n. 79, è stato istituito il Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS), ponendo le basi per la realizzazione di una nuova *governance* del settore, allo scopo di migliorare e armonizzare le politiche e le strategie messe in atto dal SSN per la prevenzione, il controllo e la cura delle malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali e climatici.
Considerata l'autonomia delle regioni e delle province autonome, la normativa nazionale prevede che le autorità decentrate istituiscano i collegati Sistemi Regionali Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS) concorrendo al perseguimento delle finalità di SNPS.
Attraverso la Cabina di Regia (D.P.C.M. 29 marzo 2025) vengono definite le modalità di interazione del SNPS con il SNPA ed assicurato il raccordo strategico e funzionale tra le Amministrazioni statali e locali, per garantire efficacia, efficienza e omogeneità nelle iniziative sul territorio nazionale.
La Cabina di Regia ha approvato nel 2025 il primo Programma triennale Salute Ambiente Biodiversità e Clima, che mira a un consolidamento delle funzioni degli SRPS e del SNPS, nonché al rafforzamento della collaborazione con il SNPA, per la cui realizzazione ci si avvarrà anche delle più proficue esperienze e dei risultati dei progetti finanziati dal Piano Nazionale degli investimenti Complementari (PNC) al PNRR, attualmente in fieri, che ne costituiscono una "sperimentazione sul campo". Già nel corso del 2026 occorrerà definire come recepire i risultati delle sperimentazioni, garantendo il consolidamento, nonché l'estensione e il trasferimento degli approcci metodologici, delle ricadute operative e delle infrastrutture messe a punto. In questo modo, verranno supportati anche alcuni degli interventi richiamati nella strategia attuativa del presente M.O. del PNP.
Il PNP 2026-2031, in continuità con il PNP 2020-2025, in linea con le politiche europee ed internazionali, e tenendo conto delle indicazioni del Programma triennale Salute Ambiente Biodiversità e Clima, nonché dei LEA, propone una strategia intersettoriale e integrata, finalizzata a rafforzare la capacità del Paese di fronteggiare l'impatto sulla salute causato dai fattori ambientali e climatici, attraverso il potenziamento del ruolo e delle capacità di *advocacy* del SSN nelle azioni intersettoriali (approccio "salute in tutte le politiche") con particolare

attenzione ai co-benefici per la salute delle azioni per il clima e al supporto dello sviluppo sostenibile. L'obiettivo generale è ridurre le malattie e le morti premature evitabili correlate all'impatto ambientale per tutelare la salute e il benessere delle persone e degli animali, ed ottenere una sanità più sicura, equa, e vicina alle persone, utilizzando un approccio *Planetary Health* ed evidence-based.

Fattori di rischio/Determinanti

Si individuano i seguenti fattori di rischio:

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

La completa attuazione ed operatività del SNPS e delle sue declinazioni territoriali (SRPS) in proficua interazione con il sistema SNPA, contribuirà a rendere più efficaci le attività di prevenzione e riduzione dei fattori di rischio, anche attraverso il superamento della frammentazione delle competenze e della non completa integrazione tra attività di prevenzione e promozione della salute e attività di tutela ambientale. Questa sinergia tra SNPS e SNPA potrà favorire anche il superamento della settorialità di norme e competenze nelle attività di sorveglianza sanitaria e monitoraggio ambientale.

La Piattaforma di rete digitale nazionale SNPS-SNPA (Investimento 1.5 PNC) contribuirà a rendere più facile per le amministrazioni l'applicazione degli strumenti per la valutazione e gestione degli impatti sulla salute di problematiche ambientali.

Occorre, inoltre, rafforzare la presenza delle tematiche ambiente e salute nelle politiche di settori diversi dalla sanità: trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, rifiuti, istruzione.

Strategie

Per promuovere il superamento delle criticità tecnico-scientifiche e di *governance* a livello nazionale e regionale, per la prevenzione, valutazione e gestione dei rischi derivanti da fattori ambientali, antropici e naturali, il PNP 2026-2031 si propone di mettere in atto indirizzi e azioni indicati dalla Dichiarazione di Budapest, prevedendo due linee strategiche:

1. Promuovere l'applicazione di un approccio *One Health* in una visione intersettoriale che potenzi l'integrazione tra SNPS e SNPA e promuova interventi di *advocacy* nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione);
2. Adottare interventi per la prevenzione e riduzione delle esposizioni ambientali, naturali e antropiche, dannose per la salute, compresi gli effetti dei cambiamenti climatici.

Gli obiettivi e gli interventi connessi alle Linee strategiche saranno realizzati in una stretta integrazione con le altre pianificazioni che affrontano determinanti ambientali evitando ridondanze e la replicazione di azioni già previste in questi piani.

<u>Obiettivi della Linea strategica 1</u>

Promuovere un approccio *One Health* in una visione intersettoriale che promuova l'integrazione tra SNPS e SNPA e interventi di *advocacy* nelle politiche di altri settori

In coerenza con le iniziative promosse dalla Cabina di regia SNPS è fondamentale agevolare l'interazione e l'integrazione dei Sistemi regionali SRPS con le Agenzie regionali per la

protezione ambientale. Ai Sistemi regionali SRPS è chiesto dal DM 9 giugno 2022 di definire e attuare a livello regionale le politiche di prevenzione primaria includendo la salute nei processi decisionali territoriali, nonché di individuare una *task force* a garanzia dell'intersettorialità, coinvolgendo quegli ambiti le cui politiche a vario titolo hanno impatto sulla relazione ambiente-salute-clima nei processi riguardanti le funzioni dell'SRPS.

Promuovere lo sviluppo di conoscenze e l'integrazione delle competenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente

Gli indirizzi internazionali indicano come particolarmente rilevante la formazione orientata allo sviluppo di competenze con approccio orientato ai risultati e focalizzato sulla capacità di raggiungere obiettivi di apprendimento in relazione al contesto lavorativo.

La formazione deve rendere possibile una lettura ed interpretazione dei dati per guidare gli interventi di salute pubblica, nonché ottimizzare e riorientare i servizi sanitari, così da poter affrontare le complesse tematiche ambiente, clima e salute, in una collaborazione interdisciplinare che preveda anche la comunicazione del rischio.

Va promosso lo sviluppo di conoscenze per favorire l'approccio *One Health* e promuovere interventi di *advocacy* nelle politiche di settori extra sanitari, nonché l'adozione di interventi per la prevenzione e riduzione delle esposizioni ambientali e degli effetti dei cambiamenti climatici.

Destinatari di questa formazione sono in senso ampio gli operatori della salute, quindi, tutte/i quelle/i professioniste/i, sanitarie/i e non, che contribuiscono alla salute individuale e collettiva migliorando la capacità di risposta nei diversi settori, ciascuna/o secondo le proprie specifiche competenze, con un approccio trans- e inter-disciplinare.

<u>Obiettivi della Linea strategica 2</u>

Rafforzare capacità adattive e risposta ai rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici con interventi intersettoriali

Eventi estremi come ondate di calore, siccità, incendi e alluvioni, sempre più intensi nell'area mediterranea, stanno raggiungendo livelli critici, mentre le politiche di adattamento restano insufficienti. Le sinergie tra mitigazione e adattamento generano co-benefici per la salute: una strategia integrata su alimentazione, mobilità, difesa del territorio e pianificazione urbana può ridurre malattie croniche e diffusione di agenti infettivi.

Oltre metà della popolazione vive in città, pertanto è necessario includere la salute negli strumenti di pianificazione urbana. Le norme ambientali già considerano aria, rumore e rifiuti, ma le scelte di pianificazione vanno integrate con azioni sui determinanti socio-economici, relazionali e ambientali, che incidono sul benessere fisico e mentale. Le città, responsabili della produzione di due terzi dei gas serra, sono anche *hotspot* climatici in cui gli impatti diretti degli eventi estremi e indiretti dei cambiamenti climatici in atto, si verificano in modo più rapido e amplificato.

La prevenzione acquisisce quindi un ruolo di primo piano nella gestione delle criticità in corso e nella preparazione alle future emergenze legate ai cambiamenti climatici. SRPS deve favorire e promuovere l'implementazione di misure ed azioni di adattamento evidenziandone anche i

benefici, formare il personale, aumentare la consapevolezza dei rischi e della risposta nella popolazione, in particolare tra le popolazioni più vulnerabili o maggiormente esposte.
Il SSN deve favorire comunità inclusive e resilienti, ma anche avanzare in una traiettoria che implica il passaggio dal concetto di resilienza a quello di anti-fragilità delle strutture sanitarie, formando e informando il personale in chiave di sostenibilità ambientale, potenziando la collaborazione intersettoriale, contribuendo a ridurre le emissioni di gas clima alteranti e migliorare la qualità dell'aria, favorendo filiere di approvvigionamento *green* e riducendo i rifiuti sanitari.
L'aumento delle temperature e degli eventi estremi altera le acque di balneazione, favorendo la proliferazione di microrganismi patogeni: è necessario riconoscere e prevenire precocemente tali rischi, ancor più quando questi sono di importazione ed il pericolo è poco noto.
Il cambiamento climatico favorisce condizioni ambientali ideali per la proliferazione di zanzare ed altri artropodi, tra cui quelli vettore di patologie, rendendo necessaria la completa attuazione di tutte le misure previste dal Piano nazionale arbovirosi a cui si rimanda.

Miglioramento della qualità dell'aria *indoor*
Il miglioramento della qualità dell'aria *indoor* incide positivamente sulla salute respiratoria, cardiovascolare e neurologica, oltre che su benessere e *performance* scolastiche e lavorative. Poiché oltre il 90% del tempo viene trascorso in ambienti chiusi, le scuole rappresentano un contesto prioritario per la protezione dei bambini. Oltre al Radon, già regolato dal Piano di settore, restano poco normati altri contaminanti chimici (VOC, formaldeide, particolato), biologici (muffe, allergeni) e microclimatici, con effetti rilevanti sulla salute. La pandemia ha evidenziato l'importanza della ventilazione e della qualità dell'aria come misura di prevenzione delle infezioni respiratorie, richiedendo strategie strutturali e organizzative.
Il PNP mira quindi a rafforzare la capacità del servizio sanitario e del sistema scolastico tramite formazione, metodologie condivise e buone pratiche tecnologiche, in coerenza con l'approccio *One Health* e garantendo equità territoriale. Il lavoro si avvarrà dei progetti PNC MISSION e necessARIA.

Sicurezza chimica e sostenibilità dei prodotti
In attuazione del Quadro Globale sui prodotti chimici (GFC) e della normativa europea sulla sicurezza chimica, in continuità con i precedenti PNP, è necessario:
a) promuovere l'aggiornamento delle competenze degli operatori dei SSR per rafforzare la capacità di valutazione e gestione del rischio chimico, anche nelle valutazioni di impatto sanitario e nei pareri a tutela della salute pubblica;
b) favorire lo sviluppo e il riesame periodico della valutazione del rischio chimico, a livello nazionale e territoriale, per migliorare la pianificazione dei controlli su prodotti, imprese e ambiti trasversali (salute e sicurezza sul lavoro, igiene ambientale, sicurezza alimentare) e per sostenere azioni regolatorie europee, anche tramite sistemi informativi integrati di raccolta dati;
c) integrare i piani di controllo sulla sicurezza chimica con quelli settoriali (biocidi, fitosanitari, cosmetici, detergenti) e con le attività connesse alla cessazione della qualifica di rifiuto (*end of waste*) e all'immissione nel mercato;

d) promuovere la cooperazione tra Enti di controllo per garantire un'azione efficace su produzione, commercio, distribuzione e uso.

Radiazioni ionizzanti e non ionizzanti

Nel contesto del PNP, la gestione del rischio radiazioni ionizzanti si concentra sulla protezione della salute dei soggetti sottoposti ad indagini diagnostiche che le impiegano. È necessaria la piena attuazione del sistema di valutazione della dose alla popolazione previsto dal DM 3.11.2023, che affida il compito di monitorare esposizioni e variabilità dei dati dosimetrici agli esercenti e alle Regioni, che possono stabilire orientamenti comuni per un impiego sicuro e di qualità delle radiazioni ionizzanti in ambito medico.

Vanno promosse campagne informative rivolte ai professionisti sanitari per favorire l'appropriatezza delle indagini radiodiagnostiche, in coerenza con le iniziative HERCA.

Per le radiazioni naturali è prioritario attuare le azioni del Piano Nazionale Radon (PNAR) a cui si rimanda.

Per le radiazioni non ionizzanti, l'aumento dei tumori cutanei associato all'eccessiva esposizione al sole e a fonti artificiali di raggi UV, richiede interventi informativi e controlli sull'uso dei lettini solari (DM 206/2015), vietati ai minori e alle donne in gravidanza, e formazione dei lavoratori dei centri estetici.

È infine necessario potenziare e promuovere comunicazione, informazione e sensibilizzazione per aumentare la consapevolezza di corretti stili di vita a protezione dalle radiazioni ionizzanti e non.

Valutazione preventiva degli impatti integrati ambiente-salute (VIS)

La VIS è uno strumento chiave di prevenzione primaria e promozione della salute che sostiene l'integrazione operativa tra politiche, sanitarie e non, e consente di misurare in via preventiva le potenziali conseguenze sanitarie di piani, programmi e progetti, rafforzando il principio di equità e l'approccio *One Health*.

A SNPS compete (lett. e) comma 3 dell'art. 27 D.L 36/2022) il supporto alle autorità competenti nel settore ambientale per l'implementazione della VIS nell'ambito della valutazione ambientale strategica (VAS), della valutazione di impatto ambientale (VIA) e dell'autorizzazione integrata ambientale (AIA).

Sono necessari criteri condivisi per la conduzione di VIS in ambiti VIA diversi da quelli per cui sussiste un obbligo e, a seguito della Sentenza della Corte di Giustizia Europea del 25/06/ 2024, anche in ambito AIA.

I procedimenti di VAS rappresentano un'opportunità per incorporare valutazioni preventive di impatto ambiente e salute in piani e programmi: codificare in modo più stringente il ruolo della sanità pubblica favorisce un avanzamento verso l'auspicata *advocacy* nella formulazione di scelte e decisioni a livello nazionale, regionale e locale (ad esempio Piani strategici sulla qualità dell'aria outdoor).

Il consolidamento della VIS come strumento tecnico e partecipativo di valutazione delle politiche, in senso preventivo ma anche di monitoraggio dei benefici nel tempo, richiede una *governance* multilivello che eviti frammentazioni e disomogeneità tra realtà regionali, a garanzia di standard uniformi di protezione della salute della popolazione sull'intero territorio nazionale e che valorizzi il contributo dei progetti di ricerca applicata finanziati con il PNC che

stanno sviluppando metodi, strumenti e piattaforme a supporto della VIS in procedimenti autorizzativi e pianificazione strategica di area.
Si propone un rafforzamento metodologico e organizzativo per la conduzione delle VIS attraverso l'istituzione di una rete nazionale di referenti esperti SNPS-SNPA che condivida:
• Definizione di criteri nazionali minimi per l'applicazione della VIS nei diversi contesti autorizzativi (VIA, AIA, VAS) e delle procedure di gestione del rischio (soglie di accettabilità);
• Standardizzazione dei dati ambientali e sanitari necessari, con regole di accesso, trattamento e condivisione dei dati;
• Sviluppo e consolidamento dei metodi per la costruzione di scenari controfattuali, per la valutazione economica degli impatti integrati ambiente e salute e la gestione del rischio nelle piccole aree.

Sicurezza dell'acqua destinata al consumo umano

La tutela della risorsa idrica è prioritaria in un contesto di crisi climatica e crescente pressione sulle infrastrutture.
I Piani di Sicurezza dell'Acqua (PSA) garantiscono un approccio preventivo integrato sugli ambiti sanitario e ambientale.
In coerenza con il Dlgs 18/2023 e ss.mm.ii, si propone di rafforzare l'intersettorialità ed ampliare le competenze degli operatori coinvolti nel controllo dell'acqua potabile attraverso:

- elaborazione e adozione in ambito SRPS di:
  - un protocollo per la gestione dell'accesso all'acqua in situazioni critiche ed emergenziali;
  - un documento di indirizzo per standardizzare a livello territoriale il ruolo delle strutture ambientali e sanitarie nei team multidisciplinari dei PSA;
- attuazione di un programma di formazione sui PSA, con attenzione ai soggetti gestori idrici interni e agli edifici prioritari;
- avvio di campagne di informazione rivolte ai cittadini sulla qualità dell'acqua destinata al consumo umano, con riferimento specifico agli approvvigionamenti da pozzo autonomo.

MO5. Ambiente, Clima e Salute – Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
5.1 Promuovere l'applicazione di un approccio *One Health* in una visione intersettoriale che potenzi l'integrazione tra SNPS e SNPA e promuova interventi di *advocacy* nelle politiche di altri settori	a. Promozione e realizzazione di interventi di *advocacy* e di integrazione nelle politiche di altri settori (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) b. Promozione dell'Integrazione tra SRPS e Agenzie regionali SNPA	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":** Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati • B3: Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica • B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato Area F: Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale • F1: Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)	
5.2 Promuovere lo sviluppo di conoscenze e l'integrazione delle competenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente sulla sorveglianza epidemiologica, la valutazione dell'impatto sulla salute dell'esposizione a determinanti di rischio ambientali, compreso la comunicazione e la gestione integrata dei rischi	c. Sviluppo e integrazione di conoscenze e competenze, tra gli operatori della salute e dell'ambiente, sulla sorveglianza epidemiologica, la valutazione di impatto sanitario da esposizione a fattori ambientali antropici e naturali, la comunicazione e la gestione sistematica, integrata e strutturata dei rischi d. Realizzazione di interventi di formazione sul tema dell'integrazione SRPS-SNPA (Linea strategica b del presente M.O) con target: operatori interni ed esterni al SSN (con particolare riferimento ai MMG, PLS) e operatori di SNPA, anche attraverso modalità innovative via web (FAD) e. Realizzazione di interventi di formazione per lo sviluppo di competenze sulla comunicazione del	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":** Area F: Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale • F2: Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati: • B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato	

MO5. Ambiente, Clima e Salute – Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
	rischio in tema ambiente e salute anche in raccordo con i Progetti Investimento 1.4 PNC		
5.3 Rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici attraverso interventi intersettoriali	f. Implementazione di sistemi integrati di previsione del rischio per la salute associato ad eventi climatici estremi e sistemi di allarme e risposta rapida (*Early warming system*) g. Rafforzamento della sorveglianza e prevenzione degli effetti legati a eventi climatici estremi (es. ondate di calore), con focus sui sottogruppi a maggior rischio, preventivamente individuati h. Supporto alla formazione del personale sanitario, in particolare MMG e PLS, riguardo i rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici e le misure di prevenzione, in linea con l'approccio *One Health* i. Sviluppo di interventi di informazione e sensibilizzazione rivolti agli operatori sanitari ed al pubblico per promuovere stili di vita ecosostenibili e ridurre gli impatti diretti e indiretti dei cambiamenti climatici sulla salute j. Sviluppo di interventi volti a migliorare la capacità del sistema sanitario, in particolare dei servizi di prevenzione e ospedalieri, di rispondere ai cambiamenti e alla variabilità del clima k. Applicazione di linee guida per la sostenibilità in sanità e nella pubblica amministrazione in generale	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":** Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati: • B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato • B14: Gestione delle emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici) Area F: Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: • F2: Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione	5.1 Numero di morti e persone disperse per alluvioni /allagamenti (Fonte: ISPRA - Annuario dei dati ambientali) (Indicatore SDG 13.1) 5.2 Percentuale di popolazione esposta al rischio di alluvioni (Fonte: ISPRA - Annuario dei dati ambientali) 5.3 Percentuale superficie boschiva percorsa dal fuoco (Fonte: ISTAT – elaborazione dati Comando Carabinieri Tutela forestale, Nucleo Informativo Antincendio Boschivo) (Indicatore SDG 13.3)
5.4 Migliorare la qualità dell'aria *indoor*: formazione, protocolli di monitoraggio e buone pratiche	l. Rafforzamento delle competenze di operatori sanitari e tecnici sulla gestione dei rischi *indoor* e sulla promozione di ambienti salubri nonché sulle modalità di riduzione del pericolo. m. Adozione e sperimentazione di protocolli operativi per il monitoraggio, la valutazione della qualità dell'aria *indoor*, sulla base dei	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":** Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati: • B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato	

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
	risultati dei progetti di ricerca applicata in corso (es. MISSION e necessARIA) anche su target diversi (sanitari, edilizia di comunità e residenziale) n. Adozione di soluzioni sostenibili - organizzative, gestionali o tecnologiche - per il ricambio e la salubrità dell'aria negli edifici, anche sulla base delle evidenze prodotte da progetti pilota (es.MISSION e necessARIA)	• B5: Tutela della salubrità e sicurezza delle civili abitazioni • B7: Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo • B8: Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza delle strutture destinate ad attività sanitaria e socio-sanitaria Area F: Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: • F2: Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione • F3: Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale	
5.5 Rafforzare la sicurezza chimica e la sostenibilità dei prodotti	o. Programmazione e realizzazione di interventi di controllo integrati in materia di sicurezza chimica negli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti chimici immessi sul mercato, anche come prodotti che hanno cessato la qualifica di rifiuto p. Sviluppo di iniziative per favorire una formazione specifica degli operatori appartenenti agli Enti che partecipano al SRPS sui temi della valutazione e gestione del rischio chimico, anche in raccordo con altre amministrazioni q. Promozione di attività di supporto alla valutazione e gestione del rischio chimico nell'ambito delle valutazioni di impatto sanitario r. Sviluppo di iniziative per favorire una formazione specifica degli operatori sul rischio	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":** Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati: • B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, non confinato • B1:1 Prevenzione e sicurezza nell'utilizzo dei gas tossici • B13: Tutela della salute dai rischi per la popolazione derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele ed articoli (REACH-CLP) Area C: Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro • C3: Prevenzione dei rischi per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro	5.4 Sicurezza dei prodotti chimici – controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP) (Fonte: Ministero della Salute) (Indicatore P08Z del Nuovo Sistema di Garanzia – NSG)

MO5. Ambiente, Clima e Salute – Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
	chimico in linea con gli indirizzi europei (es. progetti REF, *Pilot Project*, *Practical Issue,* nuove restrizioni, ecc.) s. Rafforzamento della capacità di analisi integrata di dati ambientali e sanitari al fine di individuare a livello territoriale o nazionale rischi non gestiti con l'attuale quadro regolatorio, per le successive azioni a livello europeo nell'ambito dell'approccio *One Substance One Assessment* (OSOA)	• C4: Promozione del miglioramento della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro • C5: Prevenzione delle malattie lavoro correlate e promozione degli stili di vita sani Area E: Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori • E5: Controllo sul ciclo di vita dei prodotti fitosanitari compreso il controllo dei residui	
5.6 Programmare, realizzare e documentare attività in tema di sicurezza e qualità nelle esposizioni mediche che impiegano radiazioni ionizzanti e promuovere interventi informativi nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, naturali e antropiche	t. Sviluppo di interventi di comunicazione, informazione e sensibilizzazione, anche orientati verso un approccio di tipo *citizen science* che mirino ad aumentare la consapevolezza nel perseguire corretti stili di vita in relazione alla protezione dalle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti u. Adempimento alle disposizioni del DM 3.11.2023 sulla valutazione dell'esposizione della popolazione a radiazioni ionizzanti da procedure medico-diagnostiche	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":** Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati: • B12: Prevenzione e sicurezza nell'uso di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti	
5.7 Valutare preventivamente gli impatti integrati ambiente e salute attraverso lo strumento della VIS	v. Partecipazione a Tavoli tecnici interistituzionali sulle tematiche dell'*Urban health* e delle pianificazioni di settore (PUMS, PAESC, ecc.) w. Collegamento con i progetti di ricerca applicata finanziati con le Linee di investimento 1.2 e 1.4 del PNC Ambiente Clima e salute per la condivisione di strumenti operativi	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":** Area B: Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati: • B3: Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica • B4: Tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita non confinato Area F: Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i	5.5 Percentuale media dell'area urbanizzata delle città che viene utilizzata come spazio pubblico, (fonte: ISTAT – Rilevazione dati ambientali nelle città) (Indicatore SDG 11.7.1) 5.6 Percentuale di popolazione ≥14 anni che ritiene che il paesaggio del luogo in cui vive è affetto da evidente degrado (edifici fatiscenti, ambiente degradato, panorama deteriorato) (Fonte: ISTAT- Indagine Multiscopo

MO5. Ambiente, Clima e Salute – Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
		programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: • F1: Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) • F2: Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione	sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana) 5.7 Percentuale di popolazione ≥14 anni che si ritiene soddisfatto della situazione ambientale (Inquinamento e rumore) della zona di residenza. (fonte: ISTAT- Indagine Multiscopo sulle Famiglie: Aspetti della Vita Quotidiana
5.8 Implementare azioni strategiche per la sicurezza dell'acqua destinata al consumo umano: *governance*, integrazione e formazione	x. Elaborazione e adozione all'interno dell'SRPS di un protocollo per la gestione dell'accesso all'acqua in situazioni critiche ed emergenziali y. Elaborazione e adozione all'interno dell'SRPS di un documento di indirizzo per standardizzare a livello territoriale il ruolo delle strutture ambientali e sanitarie nei team multidisciplinari dei PSA z. Attuazione di un programma di formazione sui PSA, preventivamente approvato dall'ISS con attenzione ai soggetti gestori idrici interni e agli edifici prioritari aa. Realizzazione di campagne informative rivolte ai cittadini sulla qualità dell'acqua destinata al consumo umano, con riferimento specifico agli approvvigionamenti autonomi	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica":** Area E: Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori • E13: Sorveglianza acque potabili	

6.6 MO6. Malattie infettive prioritarie

Razionale

La prevenzione e il controllo delle malattie infettive costituiscono un ambito strategico e strutturale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), rappresentando un elemento essenziale per la tutela della salute collettiva e uno dei pilastri dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nell'area della prevenzione. L'evoluzione del quadro epidemiologico, la globalizzazione dei flussi di persone e merci, i cambiamenti climatici e ambientali, la crescente interconnessione tra salute umana, animale e ambientale e l'emergere di nuovi agenti patogeni hanno evidenziato la necessità di un sistema di sorveglianza integrato, tempestivo, digitalizzato e pienamente interoperabile a livello nazionale ed europeo.

L'esperienza della pandemia da COVID-19 ha segnato un punto di svolta nella percezione del rischio infettivo e nella consapevolezza dell'importanza della *preparedness* sanitaria. L'emergenza ha dimostrato, da un lato, la capacità di risposta del SSN e delle Regioni/Province Autonome, e dall'altro, ha messo in luce criticità nella raccolta e gestione dei dati e nella disponibilità di risorse umane dedicate.

In questo contesto, acquisisce rilevanza un approccio coordinato, intersettoriale e fondato sull'evidenza, finalizzato a rafforzare la capacità del Paese di prevenire, individuare precocemente e controllare la diffusione delle malattie infettive. Tale approccio è pienamente coerente con il Decreto PREMAL del 7 marzo 2022, che disciplina la sorveglianza delle malattie infettive e la trasmissione dei dati, e con i principali strumenti nazionali di pianificazione: il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-2025 (PNPV), prorogato al 31 dicembre 2026, il Piano per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (PNEMoRc), il Piano Nazionale di Prevenzione, Sorveglianza e Risposta alle Arbovirosi 2020-2025 (PNA), prorogato al 31 dicembre 2026, il Piano Nazionale di Interventi contro HIV e AIDS, il Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza 2022-2025 (PNCAR), il Piano Strategico-Operativo per la preparazione e risposta a una pandemia influenzale 2021-2023, e le linee guida sulla prevenzione e controllo della legionellosi e sulla gestione del rischio per la sicurezza dell'acqua ai sensi della Direttiva (UE) 2020/2184.

L'allineamento con il quadro europeo e internazionale è garantito dai Regolamenti (UE) 2022/2370 e 2022/2371, che rafforzano rispettivamente il mandato dell'ECDC e le misure di preparazione e risposta alle minacce sanitarie transfrontaliere. In questa cornice, la definizione di strategie organiche di sorveglianza rappresenta uno strumento di sistema volto a garantire coerenza tra i diversi piani tematici, favorire la standardizzazione delle procedure, promuovere la condivisione dei dati e assicurare la diffusione tempestiva delle informazioni epidemiologiche utili alle decisioni di sanità pubblica.

Il razionale di tali strategie si articola lungo quattro direttrici principali:

- rafforzamento della sorveglianza epidemiologica e microbiologica, mediante sistemi informativi integrati e interoperabili, basati su standard condivisi e capaci di produrre informazioni tempestive, accurate e comparabili;
- potenziamento della capacità di preparedness e risposta rapida del sistema sanitario alle emergenze infettive, attraverso modelli organizzativi flessibili e protocolli operativi condivisi;

- valorizzazione dell'approccio One Health, che riconosce l'interdipendenza tra salute umana, animale e ambientale e promuove un coordinamento strutturato tra servizi sanitari, veterinari e ambientali;
- promozione della cultura della prevenzione e della formazione continua, con l'obiettivo di consolidare le competenze in epidemiologia applicata, analisi dei dati, comunicazione del rischio e utilizzo dei sistemi digitali di sorveglianza.

Nella seguente tabella di riportano gli ambiti di intervento prioritari sui quali concentrare le attività di prevenzione.

Tabella 2 – Ambiti di intervento prioritari e razionale d'azione

Ambito di intervento prioritario	**Razionale d'azione**
Preparazione e Risposta alle Pandemie da patogeni a trasmissione respiratoria	La pandemia da SARS-CoV-2 ha evidenziato la necessità di sistemi di sorveglianza integrati e digitali, in grado di individuare tempestivamente nuove minacce infettive e di attivare piani di risposta coordinati e aggiornati.
Morbillo e Rosolia	Nonostante i progressi, il morbillo permane endemico a causa delle coperture vaccinali non adeguate che comportano la selezione di contesti con alta prevalenza di soggetti suscettibili in alcuni territori. Gli obiettivi e le attività previste dal Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita (PNEMoRc) e la sorveglianza integrata morbillo-rosolia mirano a garantire coperture vaccinali ≥95%, recupero dei non immunizzati e protezione degli operatori sanitari, in coerenza con le strategie OMS e ECDC.
Malattie Prevenibili da Vaccino (MPV)	Le MPV mostrano un trend in riduzione grazie ai programmi vaccinali, ma persistono criticità per pertosse, varicella e malattie invasive batteriche (pneumococco, meningococco, Haemophilus influenzae). È prioritario garantire coperture elevate, potenziare la sorveglianza dei ceppi circolanti avvalendosi anche della biologia molecolare e integrare le anagrafi vaccinali con i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive.
HIV, Epatiti virali e Infezioni sessualmente trasmesse (IST)	I comportamenti sessuali a rischio costituiscono un importante fattore per la trasmissione di HIV e altre infezioni sessualmente trasmesse (IST) spesso asintomatiche. L'aumento dei casi di gonorrea, sifilide e condilomi richiede un rafforzamento della sorveglianza epidemiologica, la promozione dell'educazione sessuale e l'accesso facilitato al test HIV e ad altri test diagnostici nelle fasce a rischio. L'infezione da HIV, pur in calo, resta una priorità globale di salute pubblica. Il Piano Nazionale AIDS (PNAIDS) promuove la prevenzione combinata, la riduzione dello stigma, l'offerta gratuita e diffusa del test, la presa in carico integrata con i servizi IST e il coinvolgimento della società civile, in coerenza con l'Agenda 2030 e le strategie OMS ed

	ECDC per l'eliminazione dell'AIDS come minaccia entro il 2030. L'introduzione della vaccinazione anti-HBV e l'uso dei nuovi antivirali ad alta efficacia hanno ridotto significativamente incidenza e prevalenza dell'infezione da HCV. Tuttavia, rimane prioritario intensificare lo screening e la diagnosi precoce di HCV e HBV nelle popolazioni a rischio.
Tubercolosi (TB)	L'Italia è un Paese a bassa incidenza, il Paese mira a raggiungere gli obiettivi della strategia "End TB": meno di 10 casi per milione entro il 2035 (pre-eliminazione) e meno di 1 entro il 2050 (eliminazione), rafforzando la prevenzione, la diagnosi e il controllo, in particolare tra i gruppi a maggior rischio di progressione da infezione a malattia.
Zoonosi	Le zoonosi rappresentano circa il 75% delle malattie emergenti e richiedono un approccio One Health. Salmonellosi, listeriosi e infezioni da E. coli VTEC impongono il coordinamento strutturato tra servizi dei Dipartimenti di Prevenzione e i laboratori di riferimento per la sorveglianza integrata uomo–animale–ambiente, la rapida identificazione delle fonti di infezione e la tempestiva attivazione dei sistemi di allerta.
Malattie Trasmesse da Vettori	Le arbovirosi (West Nile virus, Usutu virus, Chikungunya, Dengue, Zika, encefalite virale da zecche, Toscana virus e altri arbovirus) rappresentano un rischio crescente in relazione ai cambiamenti climatici e alla diffusione dei vettori. Il Piano Nazionale Arbovirosi vigente, basato sull'approccio One Health, promuove misure di contrasto ai vettori, sorveglianza veterinaria, entomologica e virologica, formazione degli operatori, comunicazione del rischio e cooperazione intersettoriale a livello regionale e nazionale.
Poliomielite	Nonostante l'eradicazione della poliomielite nella Regione Europea OMS (2002), permane il rischio di reintroduzione del virus da aree endemiche o pericolose. È necessario mantenere coperture vaccinali ≥95%, sorvegliare le paralisi flaccide acute e attuare le azioni previste in conformità con il Piano Nazionale di Preparazione e Risposta alla Poliomielite.
Antimicrobico-Resistenza (AMR)	L'AMR costituisce una delle principali emergenze sanitarie globali, minacciando l'efficacia delle terapie e la sicurezza delle cure. L'Italia, con elevato consumo di antibiotici e la diffusione della resistenza antimicrobica, attua il Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR), basato sull'approccio One Health, per ridurre l'uso inappropriato di antibiotici, rafforzare la sorveglianza e promuovere la stewardship antimicrobica.
Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)	Le ICA rappresentano un problema rilevante per la sicurezza del paziente, con oltre 2 milioni di casi stimati a livello internazionale ogni anno e notevole impatto in termini di DALY e costi. Il PNCAR e le linee guida nazionali promuovono strategie di prevenzione e controllo,

	sorveglianza attiva, igiene delle mani, uso appropriato dei dispositivi medici e formazione continua del personale sanitario.
Legionellosi	Negli ultimi anni si è osservato un progressivo aumento dei casi di malattia dei legionari, sia in Italia che a livello internazionale. Diversi studi hanno evidenziato un'associazione tra aumento delle temperature ambientali e casi di legionellosi, sottolineando come il cambiamento climatico possa contribuire alla proliferazione di *Legionella* negli impianti idrici. Il trend osservato sottolinea l'importanza del rafforzamento dei sistemi di sorveglianza e dell'implementazione di adeguate misure di prevenzione e controllo.

Fattori di rischio e determinanti

L'andamento delle malattie infettive nel XXI secolo è determinato da un insieme complesso e interdipendente di fattori biologici, ambientali, sociali e comportamentali. La crescente mobilità internazionale, l'intensificazione dei commerci globali e dei flussi migratori, la progressiva urbanizzazione e la trasformazione degli ecosistemi contribuiscono a creare nuove opportunità di trasmissione e diffusione degli agenti patogeni.

Determinanti ambientali e climatici

I cambiamenti climatici stanno modificando in modo significativo la distribuzione geografica dei vettori e la stagionalità di molte malattie trasmesse da artropodi (arbovirosi). L'aumento delle temperature medie, l'alterazione dei regimi pluviometrici e la riduzione delle barriere ecologiche favoriscono l'introduzione e la stabilizzazione di nuove specie invasive (come *Aedes albopictus*, *Aedes aegypti* e *Anopheles stephensi*), con conseguente rischio di trasmissione autoctona di virus quali dengue, chikungunya e West Nile. Parallelamente, la qualità delle acque e la gestione degli impianti idrici continuano a rappresentare determinanti cruciali per la prevenzione della legionellosi.

Determinanti sociali e demografici

L'invecchiamento della popolazione, le disuguaglianze socioeconomiche, la presenza di popolazioni vulnerabili o difficili da raggiungere (migranti, persone senza dimora, detenuti, minoranze etniche) e la precarietà delle condizioni abitative e lavorative influenzano l'esposizione al rischio e la capacità di accesso ai servizi di prevenzione e cura. La promozione dell'equità in salute rappresenta pertanto una componente trasversale e imprescindibile di tutte le strategie di contrasto alle malattie infettive.

Determinanti comportamentali e sanitari

La riduzione della percezione del rischio infettivo, una diffusa perdita di fiducia nelle istituzioni sanitarie, l'uso inappropriato di antibiotici e la scarsa aderenza alle misure preventive individuali costituiscono fattori che minano l'efficacia delle strategie di controllo. La resistenza antimicrobica (AMR), in particolare, rappresenta una delle principali minacce globali, con impatti significativi in termini di morbosità, mortalità e costi sanitari.

Determinanti tecnologici e organizzativi
La frammentazione dei sistemi informativi sanitari e la mancata interoperabilità tra le piattaforme regionali limitano la tempestività e la qualità del dato epidemiologico. L'incompletezza delle anagrafi vaccinali e la difficoltà di integrazione con altre basi dati (sorveglianza delle malattie infettive, eventi avversi, residenti/assistiti) ostacolano la programmazione basata sull'evidenza. Analogamente, la carenza di personale sanitario dedicato limita la capacità del sistema di analizzare e interpretare i flussi informativi disponibili.
La conoscenza approfondita di tali determinanti è essenziale per la definizione di strategie efficaci e sostenibili, capaci di orientare le azioni del sistema di prevenzione verso la riduzione dell'incidenza, della trasmissione e delle conseguenze sociali ed economiche delle malattie infettive.

Strategie

Le strategie individuate costituiscono uno strumento di *governance* e innovazione del sistema di prevenzione, finalizzato a garantire una sorveglianza integrata, una risposta coordinata e una comunicazione efficace nell'ambito delle malattie infettive. Tali orientamenti si articolano lungo le seguenti principali linee di indirizzo:

- rafforzamento dei sistemi di sorveglianza;
- digitalizzazione e interoperabilità dei flussi informativi;
- *preparedness* e risposta alle emergenze infettive;
- approccio *One Health*;
- comunicazione e partecipazione;
- formazione e competenze;
- *governance* e intersettorialità.

La piena attuazione di tali strategie mira a rafforzare la capacità del Paese di prevenire e controllare le minacce infettive, ridurre le disuguaglianze territoriali e promuovere una cultura della salute pubblica fondata su conoscenza, partecipazione e responsabilità condivisa.

Rafforzamento dei sistemi di sorveglianza epidemiologica e microbiologica
L'indirizzo strategico prevede il consolidamento di un sistema di sorveglianza nazionale basato su dati di qualità, tempestivi e pienamente integrati. Le Regioni e le Province Autonome dovranno garantire la completezza e la puntualità delle notifiche obbligatorie, sviluppare sorveglianze tematiche nelle aree prioritarie (vaccinazioni, infezioni respiratorie emergenti, arbovirosi, zoonosi, HIV e altre infezioni sessualmente trasmesse, tubercolosi, legionellosi) e integrare i flussi clinici, laboratoristici e ambientali. Il Decreto PREMAL 2022 costituisce la base normativa per l'informatizzazione e la trasmissione strutturata dei dati.

Digitalizzazione e interoperabilità dei sistemi informativi
L'orientamento strategico promuove il completamento dell'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali e la loro interoperabilità reciproca e con altre basi di dati nazionali. Ciò

consentirà di monitorare in modo più accurato le coperture vaccinali, migliorare la programmazione delle campagne di immunizzazione e favorire l'integrazione con i programmi di screening, in particolare per HPV. L'allineamento con lo Spazio europeo dei dati sanitari (EHDS) e con i requisiti del Fascicolo Sanitario Elettronico garantirà flussi informativi omogenei e sicuri a supporto delle analisi epidemiologiche e delle decisioni strategiche.

***Preparedness* e risposta alle emergenze infettive**

In coerenza con il PANFLU 2021–2023 e con le raccomandazioni dell'ECDC e dell'OMS, è prevista la realizzazione periodica di esercitazioni di simulazione (SIMEX) e l'istituzione di tavoli multidisciplinari dedicati alla gestione dei focolai, inclusi team One Health per zoonosi e arbovirosi. Saranno inoltre definiti standard organizzativi regionali per la reperibilità e l'attivazione del personale dei Dipartimenti di Prevenzione anche nei periodi di chiusura ordinaria, al fine di garantire tempestività e continuità operativa.

Approccio *One Health*

L'impostazione strategica valorizza l'integrazione tra sorveglianza umana, veterinaria e ambientale. La cooperazione strutturata tra i diversi settori permette di individuare tempestivamente segnali di rischio e attivare risposte coordinate. Rientra in questa prospettiva anche il potenziamento della sorveglianza ambientale, come il monitoraggio dei punti di ingresso di specie aliene vettori, la valutazione della resistenza agli insetticidi e la sorveglianza delle acque reflue.

Comunicazione e partecipazione

La comunicazione del rischio rappresenta un elemento essenziale per l'efficacia delle politiche di prevenzione. Gli indirizzi strategici prevedono la definizione di linee regionali per la comunicazione in caso di focolai epidemici, la formazione degli operatori sanitari e l'attivazione di canali informativi coordinati e trasparenti verso cittadini e media. L'obiettivo è promuovere un'adesione consapevole alle vaccinazioni e alle misure di prevenzione, riconoscere l'importanza delle informazioni accurate e basate sull'evidenza e rafforzare la fiducia nelle istituzioni sanitarie.

Formazione e competenze

Il rafforzamento delle competenze professionali è un presupposto indispensabile per la sostenibilità del sistema di sorveglianza. Le Regioni dovranno includere nei propri programmi formativi moduli specifici di epidemiologia sul campo, utilizzo dei sistemi digitali di sorveglianza e comunicazione del rischio. Particolare attenzione è rivolta ai medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, laboratoristi e personale sanitario, al fine di migliorare la qualità delle segnalazioni e la gestione dei casi.

***Governance* e intersettorialità**

Gli orientamenti strategici promuovono la creazione di tavoli interistituzionali e intersettoriali per la sorveglianza e la gestione delle malattie infettive, al fine di garantire coerenza, sinergia e coordinamento tra i diversi livelli di governo. La partecipazione attiva

delle istituzioni locali, del mondo accademico e della società civile è considerata essenziale per l'attuazione di interventi efficaci e sostenibili.

MO6. Malattie infettive prioritarie - Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
6.1. Rafforzare il processo di eliminazione di morbillo e rosolia congenita 6.2. Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)	a. Promozione della immunizzazione attiva	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica"** Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali • A1 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive • A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive • A3 Vaccinazioni	6.1. Coperture vaccinali a 24 mesi per morbillo 6.2. Coperture vaccinali a 24 mesi per rosolia 6.3. Coperture vaccinali per vaccinazioni eseguite a 5-6 anni (morbillo) 6.4. Coperture vaccinali per vaccinazioni eseguite a 5-6 anni (rosolia) 6.5. Coperture vaccinali per vaccinazioni dell'adolescente (morbillo) 6.6. Coperture vaccinali per vaccinazioni dell'adolescente (rosolia) 6.7. Copertura vaccinale per influenza nelle donne in gravidanza (Fonte: Ministero della Salute – Anagrafe Nazionale Vaccini) 6.8. Copertura vaccinale per influenza negli operatori sanitari dipendenti del SSN, con funzioni assistenziali, nell'ultima stagione anti-influenzale (Fonte: Ministero della Salute – Anagrafe Nazionale Vaccini)

MO6. Malattie infettive prioritarie - Quadro logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
6.3. Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile	b. Consolidamento della sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica"** Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali: • A1 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive	6.9. Proporzione delle notifiche inviate al sistema informativo nazionale del Ministero della Salute nei tempi previsti dalla normativa nazionale (Fonte: Ministero della Salute)
6.4. Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive	c. Rafforzamento della capacità di risposta alle emergenze infettive	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica"** Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali: • A5 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva	6.10. Proporzione di Regioni che hanno adottato formalmente un Piano di risposta alle emergenze o le azioni di preparedness previste dai piani nazionali (Fonte: Ministero della Salute – Regioni)
6.5. Consolidare i sistemi di sorveglianza della Paralisi Flaccida Acuta (PFA): • sorveglianza della PFA • sorveglianza ambientale	d. Consolidamento della sorveglianza PFA epidemiologica e di laboratorio e integrazione delle fonti	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica"** Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali: • A1 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive	6.11. Numero di casi di Paralisi Flaccida Acuta segnalati (Fonte: Ministero della Salute – Regioni)

6.7 MO7. Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

Il contrasto alle Malattie Trasmesse dagli Alimenti (MTA) rappresenta un obiettivo prioritario della politica sanitaria nazionale e del Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031. Le MTA sono distinte in base al meccanismo patogeno:

1. Intossicazioni Alimentari: Causate dall'ingestione di tossine preformate nell'alimento da microrganismi moltiplicatisi prima del consumo (es. *Clostridium botulinum*, *Staphylococcus aureus*).
2. Infezioni Alimentari: Derivanti dall'ingestione di patogeni vivi che superano la barriera gastrica e si insediano nell'intestino (es. *Listeria monocytogenes*, *Salmonella spp.*, *Campylobacter spp.*).
3. Tossinfezioni Alimentari: Malattie determinate dal consumo di alimenti contenenti sia batteri che tossine, con produzione di ulteriori tossine all'interno del tratto gastroenterico (es. *Clostridium perfringens*, *Yersinia enterocolitica*).

La contaminazione può avvenire in ogni fase della filiera, dalla produzione primaria al consumo, con quadri clinici variabili per gravità. Le infezioni batteriche più note sono causate da *Campylobacter jejuni, coli e lari*, spesso associati al consumo di carni di pollame poco cotte e latte non pastorizzato. *Salmonella spp.* è un altro agente importante, presente in molluschi, pollame, uova, latticini e vegetali.

Particolare rilevanza clinica hanno i ceppi di Escherichia coli produttori di Shiga tossine (STEC), i quali, principalmente attraverso alimenti contaminati (soprattutto carni bovine non cotte), causano infezioni umane che possono portare a patologie letali come la Sindrome Emolitico Uremica (SEU), che colpisce prevalentemente i bambini sotto i 5 anni. *Listeria monocytogenes* è un contaminante persistente capace di causare epidemie su larga scala e patologie gravi, con mortalità elevata soprattutto tra i gruppi fragili (donne in gravidanza, anziani, pazienti cronici). Meno frequenti ma presenti sono le infezioni da *Shigella* e *Yersinia*. Tra i virus, sono significativi i Norovirus, causa di gastroenteriti acute, e i virus dell'Epatite A ed E.

In Italia l'impatto delle MTA è sottostimato a causa di sintomi spesso lievi, la mancata prescrizione di esami coprologici, la disomogeneità nei protocolli diagnostici di laboratorio e, infine, la sotto notifica da parte delle strutture sanitarie per via del carico di lavoro. Le nuove tecnologie rendono necessario rafforzare la collaborazione tra autorità competenti, laboratori di riferimento ed epidemiologia, garantendo interoperabilità delle piattaforme (soprattutto per i dati genomici) e procedure armonizzate, così da migliorare la rapidità ed estensione delle allerte epidemiche a livello regionale, nazionale e transnazionale.

La governance e il controllo delle MTA esigono l'adozione di un Sistema Organizzato complesso e funzionalmente integrato, fondato sulla collaborazione di tutte le componenti coinvolte. I pilastri di questo sistema sono:

1. Basi Legislative e Normative (come la Decisione 2119/98/CE, il D. Lgs. 191/2006 e il D.M. PREMAL).
2. Sistema di controllo degli alimenti integrato tra i Servizi deputati al Controllo Ufficiale.
3. Formazione e aggiornamento continuo del personale.
4. Sorveglianza e monitoraggio epidemiologico avanzato.

5. Adeguata capacità di laboratorio.
6. Educazione e comunicazione efficace con il consumatore.

L'esperienza nei Dipartimenti di Prevenzione mostra che la principale criticità nella gestione di episodi e focolai di MTA è legata alle difficoltà operative, che spesso impediscono un adeguato coordinamento tra i Servizi. Le attività di sorveglianza e controllo richiedono competenze integrate in clinica, epidemiologia, laboratorio, microbiologia, chimica degli alimenti, sicurezza alimentare e gestione del rischio. La mancanza di tali competenze e di un coordinamento efficace porta a indagini insufficienti e alla mancata rilevazione di numerosi focolai.

Un Sistema di gestione delle MTA deve:
• Valutare incidenza e costi delle malattie.
• Identificare gli agenti eziologici e ricostruire l'epidemiologia.
• Individuare pratiche scorrette che causano contaminazioni.
• Definire e attuare interventi prioritari, anche in emergenza.
• Promuovere formazione e aggiornamento degli operatori.

È essenziale un Gruppo Multidisciplinare incaricato di:
• Identificare i casi e condurre interviste.
• Organizzare campionamenti clinici e ambientali uniformi.
• Eseguire indagini nei luoghi di trattamento degli alimenti.
• Applicare rapidamente misure di controllo (sequestri, chiusure, ecc.).
• Collaborare con MMG e PLS.
• Gestire in modo efficace comunicazioni interne ed esterne.
• Redigere rapporti finali con le "*lessons learned*".

L'integrazione di medici, veterinari, biologi, tecnologi alimentari, chimici e altre professionalità è fondamentale e rappresenta un'applicazione concreta del paradigma One Health, migliorando l'identificazione delle fonti alimentari e rafforzando la sorveglianza e la prevenzione nel lungo periodo.

Negli ultimi dieci anni in Italia è aumentata l'attenzione verso gli animali da compagnia, oggi sempre più centrali nella vita familiare. Il Rapporto Eurispes 2025 indica che il 40,5% degli italiani possiede un animale domestico, +3,2% rispetto al 2024. Il legame uomo–animale porta numerosi benefici psicologici, sociali e fisici. Accanto agli aspetti positivi emergono però criticità: la stretta convivenza può favorire la trasmissione di zoonosi non coperte da specifici piani di prevenzione, come leishmaniosi e leptospirosi. La crescente presenza di animali, soprattutto in città, richiede ai proprietari una gestione attenta negli spazi pubblici per evitare aggressioni interspecifiche e intraspecifiche, con rischi per la sicurezza di persone e altri animali. Tali episodi necessitano interventi efficaci dei servizi veterinari per prevenire recidive, migliorare il benessere animale e ridurre abbandoni o rinunce di proprietà. La convivenza stretta comporta anche la condivisione di ambienti e contaminanti presenti in aria, acqua e alimenti. Molti agenti tossici ambientali sono fattori di rischio per malattie croniche e tumori, una delle principali emergenze di sanità pubblica. In ottica One Health, l'oncologia veterinaria contribuisce all'oncologia comparata: i tumori spontanei di

cani e gatti presentano caratteristiche simili a quelli umani e rappresentano un "sistema sentinella" utile per studiare esposizioni comuni, anche perché negli animali l'insorgenza e la progressione delle malattie sono più rapide.

Razionale

L'EFSA e l'ECDC monitorano le zoonosi in Europa: campilobatteriosi **e** salmonellosi risultano le più segnalate e in aumento. Pur diminuendo i focolai totali, sono cresciuti i casi umani e le ospedalizzazioni**.** *Salmonella Enteritidis* resta l'agente più frequente, con uova e prodotti a base di uova come principale fonte. L'infezione da STEC è la terza zoonosi più notificata, mentre *Listeria monocytogenes* **e** *West Nile virus* mostrano i tassi più elevati di ospedalizzazione e mortalità.
La scarsa o inadeguata denuncia delle MTA e le diagnosi incerte ostacolano l'indagine epidemiologica, causando perdita di informazioni e difficoltà nell'identificare agente eziologico e fonte di contaminazione, nonostante sistemi come D.M. PREMAL e RASFF. È quindi fondamentale un costante impegno di Regioni e ASL nella raccolta dati e nelle indagini.
Negli ultimi dieci anni è aumentata in Italia la sensibilità verso gli animali domestici, sempre più centrali nelle famiglie. Il rapporto uomo–animale porta benefici psico-fisici, ma anche criticità: rischio di malattie trasmissibili, problemi di convivenza negli spazi pubblici (aggressività) ed esposizione condivisa a contaminanti ambientali. Queste situazioni richiedono una gestione veterinaria efficace per prevenire episodi problematici, migliorare la convivenza e ridurre il rischio di abbandono.

Fattori di rischio/Determinanti

La maggior parte delle MTA è legata a comportamenti scorretti degli Operatori del Settore Alimentare (OSA), soprattutto per contaminazione secondaria. La prevenzione richiede un sistema di controllo integrato che coinvolga OSA, Organi di controllo e consumatori. Gli OSA devono applicare un adeguato autocontrollo, mentre le Autorità Competenti devono garantire Controlli Ufficiali (CU) efficaci. La formazione degli OSA, soprattutto nella ristorazione, è essenziale per promuovere comportamenti igienici corretti, così come la qualificazione del personale addetto ai CU.
La riduzione delle MTA necessita della collaborazione di MMG, PLS, strutture ospedaliere e SIAN/SIAV B, per un sistema di sorveglianza continuo e integrato.
Gli interventi di sicurezza alimentare e nutrizionale agiscono su due fronti.
1. Promozione di corretti stili di vita: valorizzazione della dieta mediterranea, aumento di frutta, verdura, legumi, pesce e riduzione di alimenti ultra-processati. Le azioni riguardano popolazione generale e gruppi a rischio (anziani, gravidanza, bambini, soggetti allergici/intolleranti, famiglie, OSA, ristorazione collettiva, personale scolastico e sanitario).
2. Controllo dei rischi nella filiera alimentare: prioritaria la gestione degli allergeni, con rischio di cross-contaminazione. È necessario un Piano di Controllo Ufficiale per la ricerca di allergeni non dichiarati (Reg. CE 1169/2011) negli alimenti confezionati e nella ristorazione collettiva. Nel campo della sicurezza nutrizionale proseguono le attività di iodio profilassi, con verifiche sull'uso del sale iodato, soprattutto nella ristorazione scolastica. L'efficacia di

questi interventi richiede sia la promozione di abitudini salutari sia controlli rigorosi lungo tutta la filiera.
L'aumento degli animali da compagnia e la stretta convivenza domestica/urbana determinano benefici ma anche un potenziale rischio di esposizione alle patologie a carattere zoonosico che colpiscono questi animali. I mutamenti climatici degli ultimi anni hanno ampliato l'estensione di patologie a trasmissione vettoriale quali la leishmaniosi. La diffusione capillare dei social media ha mutato le modalità di adozione degli animali da compagnia, riducendo progressivamente la funzione dei rifugi che si ritrovano spesso impossibilitati ad accogliere altri animali mentre quelli già presenti permangono a lungo, a volte per tutta la vita. Adozioni non sufficientemente consapevoli e incapacità di gestione di alcune tipologie di cani, anche a seguito di episodi di aggressività/morsicature, determinano numerose rinunce di proprietà da parte di cittadini. La condivisione degli ambienti espone uomini e animali agli stessi contaminanti ambientali, fattori di rischio per malattie croniche e tumori, una delle principali emergenze di sanità pubblica. L'oncologia veterinaria assume un ruolo chiave nell'oncologia comparata (approccio One Health) poiché tumori di cane e gatto presentano caratteristiche simili a quelli umani. Esistono solo alcuni registri tumori locali (Genova, Ivrea, Verona-Vicenza, Umbria, Marche), mentre dal 2013 è attivo il sistema nazionale NILOV, coordinato dal Centro di Referenza Nazionale per l'Oncologia Veterinaria e Comparata (CEROVEC) e dal Ministero della Salute, basato sui referti istologici degli IIZZSS e di alcuni Dipartimenti di Medicina Veterinaria. Tuttavia, la copertura territoriale è parziale e i dati sono incompleti.
Leishmaniosi: sottostima della prevalenza; mancato inserimento in SINAC/SIMAN; cambiamento climatico; sovraffollamento; assenza di copertura antivettoriale. **Leptospirosi:** sottostima; mancato inserimento in SINAC/SIMAN; assenza di procedure integrate veterinaria/medicina umana; carenze vaccinali; scarse condizioni igieniche; sovraffollamento; gestione infestanti inadeguata. **Morsicature:** sottostima; assenza di procedure integrate e uniformi; carente formazione pre/post adozione; cattiva gestione dei proprietari; inosservanza delle norme. **Oncologia:** esposizione a contaminanti ambientali; dati epidemiologici incompleti; sottostima della prevalenza; mancata registrazione in SINAC e/o NILOV; controlli sanitari insufficienti; aumento dell'aspettativa di vita.

Strategie

La sorveglianza delle MTA deve definire il *burden of illness* e individuare, tramite *source attribution*, le principali fonti di contaminazione lungo la filiera agroalimentare, così da orientare interventi e policy secondo l'approccio "dai campi alla tavola". L'obiettivo centrale è l'identificazione e il controllo dei focolai epidemici. L'introduzione delle tecniche di caratterizzazione molecolare, in particolare il sequenziamento genomico (WGS), ha migliorato la capacità di collegare epidemiologicamente casi apparentemente indipendenti, superando la distinzione tra casi "sporadici" ed "epidemici". Il *fingerprinting* genomico permette infatti di riconoscere l'esposizione a una stessa filiera contaminata e obbliga il SSN a fornire risposte rapide per confermare e gestire i focolai. Esempi rilevanti sono l'aumento dell'identificazione dei focolai di Listeriosi, grazie alla piattaforma genomica IRIDA-ARIES, e

la gestione dei focolai di *Salmonella Enteritidis* nei polli da carne tramite analisi integrate WGS umano–animale–alimenti.
Una gestione efficace richiede armonizzazione delle indagini epidemiologiche e flussi informativi più uniformi tra Autorità Competenti, Regioni, Ministero della Salute e ISS, così da garantire una risposta coordinata nazionale e sovranazionale.
È inoltre necessario attivare programmi armonizzati per:

- verifica degli allergeni in matrici specifiche,
- controllo dell'etichettatura (Reg. UE 1924/2006 e 1169/2011),
- uso del sale iodato (Legge 55/2005), assicurando uniformità operativa nei controlli del S.I.A.N.

Il controllo ufficiale (Reg. CE 178/2002) tutela sicurezza alimentare, interessi dei consumatori e correttezza delle procedure, con verifiche mirate soprattutto a:

1. comunità scolastica,
2. collettività assistenziale,
3. categorie associative,
4. punti vendita.

MO7. Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria – Quadro Logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
7.1 Favorire la formazione del personale addetto al controllo ufficiale (CU) concernente le principali zoonosi e rischi emergenti correlate alle MTA, al fine di assicurare controlli appropriati e coerenti nel settore della ristorazione collettiva	a. Realizzazione di programmi di formazione per personale addetto al controllo ufficiale degli alimenti	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica** Area A: Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali • A1 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive • A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive • A5 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva Area E: Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori: • E3 Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti riconosciuti; • E6 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04* (* abrogato e sostituito dal Regolamento UE 2017/625) • E10 Gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano e alimenti per animali e gestione emergenze • E12 Ispettorato micologico L. 352 del 23 Ago 1993 • E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari	7.1 Proporzione di Dipartimenti Aziendali che hanno realizzato interventi formativi (Fonte: Ministero della Salute – Regioni).
7.2 Aumentare le competenze degli operatori sanitari delle strutture sanitarie competenti sulla prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da	b. Promozione di interventi formativi per aumentare le competenze degli operatori sanitari sulla prevenzione e	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica**: Area A: Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali:	7.2 Proporzione di Dipartimenti Aziendali che hanno promosso iniziative di formazione sulle malattie trasmesse da alimenti (Fonte: Ministero della Salute – Regioni)

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
alimenti e delle strutture sanitarie coinvolte nella prevenzione e il controllo delle malattie trasmesse da alimenti e nelle intossicazioni da funghi	controllo delle malattie trasmesse da alimenti	• A1 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive • A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive • A5 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva Area E: Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori: • E6 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04* (* abrogato e sostituito dal Regolamento UE 2017/625) • E12 Ispettorato micologico L. 352 del 23 Ago 1993 • E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari	
7.3 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da alimenti e sul corretto riconoscimento dei funghi e sulle attività degli ispettorati micologici	c. Promozione di interventi di educazione e informazione per la comunità sulle malattie trasmesse da alimenti	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica"** Area A: Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali: • A1 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive • A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive • A0 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva • Area E: Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori: • E6 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE	

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
		882/04* (* abrogato e sostituito dal Regolamento UE 2017/625) • E12 Ispettorato micologico L. 352 del 23 Ago 1993 • E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari Area F: Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: • F1 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) • F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione • F6 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari. •	
7.4 Promuovere interventi formativi, campagne informative/educative per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA**)** sulle malattie trasmesse da alimenti	d. Promozione di interventi di informazione e formazione per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica"** Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali: • A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive • A5 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva	7.3 Proporzione di Dipartimenti di Prevenzione che hanno realizzato interventi formativi sulle malattie trasmesse da alimenti diretti agli OSA (Fonte: Ministero della Salute – Regioni)

MO7. Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria – Quadro Logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
		• Area E "Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori" • Area E: Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori: • E6 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04* (* abrogato e sostituito dal Regolamento UE 2017/625) • E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari E12 Ispettorato micologico L. 352 del 23 Ago 1993 • E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari	
7.5 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	e. Coordinamento tra strutture ospedaliere e Dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie per il rintraccio dell'alimento per l'attivazione del sistema di allerta	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica"** Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali: • A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive • A5 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva • Area E: Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori: • E3 Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti riconosciuti; • E6 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04* (* abrogato e sostituito dal Regolamento UE 2017/625)	7.4 Proporzione dei casi di malattia a trasmissione alimentare per le quali è stato individuato l'alimento pericoloso (Fonte: Ministero della Salute – Regioni)

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
		• E10 Gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano e alimenti per animali e gestione emergenze • E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari	
7.6 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da alimenti (MTA)	f. Adozione di protocolli interistituzionali e di procedure standardizzate per la gestione dei casi e focolai di MTA	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica"** Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali: • A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive • A5 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva Area E "Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori": • E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari • E3 Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti riconosciuti; • E6 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04* (* abrogato e sostituito dal Regolamento UE 2017/625) • E10 Gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano e alimenti per animali e gestione emergenze • E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari	
7.7 Rafforzare le capacità diagnostiche e laboratoristiche e	g. Istituzione di un laboratorio di riferimento	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica"**	7.5 Proporzione di Regioni che hanno istituito laboratori di riferimento regionali per le malattie

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
delle infrastrutture di supporto al controllo delle malattie trasmesse da alimenti	regionale per le MTA e rafforzamento delle capacità diagnostiche di sequenziamento e di tipizzazione dei patogeni da parte di più laboratori h. Attuazione delle disposizioni di cui all'art. 10 del D. LGS. 27/21	Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali: • A1 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive • A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive • A5 Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva Area E "Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori": • E3 Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti riconosciuti; • E6 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04* (* abrogato e sostituito dal Regolamento UE 2017/625) • E10 Gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano e alimenti per animali e gestione emergenze • E14 Infezioni, intossicazioni e tossinfezioni alimentari	trasmesse da alimenti in ambito umano in raccordo con i laboratori di riferimento per le malattie trasmesse da alimenti (Fonte: Ministero della Salute – Regioni)
7.8 Promuovere una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari ed interventi volti alla riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale per consumatori e operatori del settore alimentare tra cui gli operatori della ristorazione	i. Realizzazione di iniziative di promozione allo stile di vita attivo e di supporto al cambiamento degli stili di alimentazione anche con il supporto del TaNSiN j. Realizzazione di interventi di comunicazione e informazione per la lotta	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica** Area E: Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori: • E6 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04* (* abrogato e sostituito dal Regolamento UE 2017/625)	

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/ assistenziale)	agli sprechi per la loro riduzione	Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: • F1 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) • F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione • F3 Prevenzione delle malattie croniche • epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale • F5 Promozione dell'attività fisica e tutela • sanitaria dell'attività fisica • F6 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari.	
7.9 Migliorare la tutela della salute dei consumatori e dei soggetti allergici o intolleranti, assicurare il loro diritto all'informazione e garantire l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva	k. Implementazione ed esecuzione di programmi di controllo in materia di sicurezza nutrizionale e di vigilanza in materia di presenza di sale iodato l. Definizione di Piani di controllo in materia di intolleranze ed allergeni	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica"** Area E: Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori: • E3 Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti riconosciuti • E6 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE	7.6 Percentuale di controlli ufficiali che rilevano la presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva (Fonte: Ministero salute) 7.7 Percentuale di controlli ufficiali degli alimenti, con specifiche previsioni per la tutela dei soggetti allergici e intolleranti. (Fonte: Ministero salute)

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
		882/04* (* abrogato e sostituito dal Regolamento UE 2017/625) • E10 Gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano e alimenti per animali e gestione emergenze Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale: • F1 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) • F6 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari.	7.8 Percentuale di controllo ufficiale degli alimenti, con specifiche previsioni per la verifica delle indicazioni nutrizionali e salutistiche presenti sui prodotti alimentari. (Fonte: Ministero salute)
7.10 Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute	m. Realizzazione di interventi di formazione per il personale OSA su uso sale iodato, intolleranze ed allergeni e gestione dei pericoli, e indicazioni nutrizionali	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica"** Area E: Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori: • E6 Sorveglianza e controllo sulle attività connesse agli alimenti Regolamento CE 882/04* (* abrogato e sostituito dal Regolamento UE 2017/625) • E3 Sorveglianza sugli stabilimenti registrati, compresa la produzione primaria e sugli stabilimenti riconosciuti; • E10 Gestione stati di allerta alimenti destinati al consumo umano e alimenti per animali e gestione emergenze.	

MO7. Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria – Quadro Logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
7.11 Migliorare le conoscenze atte a documentare lo stato di nutrizione della popolazione	n. Adozione di un percorso preventivo, diagnostico, terapeutico ed assistenziale (PPDTA) per la prevenzione e il contrasto all'obesità pediatrica e degli adulti o. Attuazione di sorveglianza relative allo stato di nutrizione della popolazione anche con il supporto del TaNSiN	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica"** Area F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening: • F1 Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi intersettoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007) • F2 Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione • F3 Prevenzione delle malattie croniche • epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale • F6 Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari.	7.9 Percentuale di attivazione dei gruppi di coordinamento regionale e aziendale per il raccordo con le attività del TaNSiN (Tavolo Nazionale sulla sicurezza Nutrizionale), con funzione di osservatorio relativamente all'acquisizione di informazioni sullo stato di nutrizione della popolazione con particolare riferimento alla malnutrizione per eccesso e per difetto (Fonte: Ministero salute)
7.12 Prevenire le zoonosi degli animali da compagnia tramite piani di monitoraggio, procedure operative integrate, formazione degli operatori sanitari strutture sanitarie umane e veterinarie e attività di formazione/informazione dei portatori di interesse	p. Sviluppo di piani per il monitoraggio della leishmaniosi q. Sviluppo di procedure integrate per la gestione dei casi della leptospirosi r. Promozione/realizzazione di percorsi formativi in materia di zoonosi	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità pubblica"** Area D Salute animale e igiene urbana veterinaria: • D6 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffusive animali. • D9 Lotta al randagismo e controllo del benessere degli animali d'affezione.	7.10 Interventi di profilassi e di controllo sulle fonti e i veicoli/vettori di trasmissione (Fonte: Ministero della Salute – Regioni)

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
		• D10 Igiene urbana veterinaria Controllo delle popolazioni sinantrope. Controllo episodi di morsicatura da animali e aggressioni da cani. • D12 Prevenzione e controllo delle zoonosi. Controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente.	
7.13 Prevenire e ridurre aggressioni e morsicature da parte di cani tramite la definizione di procedure gestionali per i Servizi Veterinari, programmi di formazione per i detentori e proprietari di cani e campagne informative/educative per le comunità in materia di adozione consapevole degli animali e della loro corretta gestione	s. Sviluppo di procedure integrate per la gestione degli episodi di aggressioni/morsicature da parte di cani t. Promozione/realizzazione di percorsi formativi/informativi per i portatori di interesse sulla corretta gestione degli animali da compagnia	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica"** Area D Salute animale e igiene urbana veterinaria: • D6 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffusive animali. • D9 Lotta al randagismo e controllo del benessere degli animali d'affezione. • D10 Igiene urbana veterinaria Controllo delle popolazioni sinantrope. Controllo episodi di morsicatura da animali e aggressioni da cani. • D12 Prevenzione e controllo delle zoonosi. Controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente. Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali: • A1 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive. • A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive.	Controllo animali morsicatori Valutazione comportamentale dei cani morsicatori e aggressivi ai fini della tutela dell'incolumità pubblica (Fonte: Ministero della Salute – Regioni)
7.14 Accrescere la disponibilità di informazioni inerenti all'oncologia	u. Promozione/realizzazione di interventi per medici	**Allegato 1 "Prevenzione collettiva e sanità Pubblica"**	

MO7. Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria – Quadro Logico centrale

Obiettivi strategici del MO	Linee strategiche di intervento	LEA di riferimento (DPCM 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502)	Indicatori degli Obiettivi strategici
veterinaria per le finalità di sanità pubblica tramite la promozione dell'inserimento in SINAC da parte dei medici veterinari delle informazioni diagnostiche relative alle neoplasie degli animali da compagnia	veterinari finalizzati all'inserimento in SINAC delle diagnosi oncologiche degli animali da compagnia	Area D Salute animale e igiene urbana veterinaria: • D6 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive diffusive animali. • D9 Lotta al randagismo e controllo del benessere degli animali d'affezione. • D10 Igiene urbana veterinaria Controllo delle popolazioni sinantrope. Controllo episodi di morsicatura da animali e aggressioni da cani. • D12 Prevenzione e controllo delle zoonosi. Controllo delle popolazioni selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio fra uomo, animale e ambiente. Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali: • A1 Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive. • A2 Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive.	

7. Le schede dei Programmi Predefiniti (PP)

Programma Predefinito 1
PP1 "Scuole che Promuovono Salute"

TITOLO	**PP1 "Scuole che Promuovono Salute"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO1 Malattie croniche non trasmissibili**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	• 1.7 Supportare la promozione della salute e la prevenzione delle MCNT nel setting scolastico, favorendo lo sviluppo di competenze individuali e capacità d'azione (life skills), il miglioramento dell'ambiente fisico, organizzativo e sociale, e la collaborazione con la comunità locale • 1.8 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale • 1.9 Promuovere la salute orale attraverso il contrasto ai fattori di rischio comuni alle MCNT • 1.12 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane • 2.1 Rafforzare la prevenzione delle dipendenze da sostanze e delle dipendenze comportamentali negli adolescenti e nei giovani, promuovendo l'empowerment e lo sviluppo di competenze individuali e collettive, intervenendo sia nelle scuole che nei contesti extrascolastici, potenziando la collaborazione con la comunità locale • 2.2 Aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui sul tema della prevenzione di tutte le dipendenze, ponendo anche attenzione prospettica alle forme emergenti oggetto ancora di caratterizzazione nosologica ma attenzionate dalla comunità scientifica e dalle istituzioni (es. da tecnologie digitali, social e smartphone) • 2.3 Aumentare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti sul tema della prevenzione delle dipendenze • 2.5 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per dipendenze • 3.1 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani) • 3.2 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici • 3.4 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente • 4.6 Favorire nei giovani l'acquisizione di competenze specifiche in materia di Sicurezza sui Luoghi di Lavoro • 5.1 Promuovere l'applicazione di un approccio *One Health* in una visione intersettoriale che potenzi l'integrazione tra SNPS e SNPA e promuova interventi di *advocacy* nelle politiche di altri settori • 5.3 Rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici attraverso interventi intersettoriali

	• 5.4 Migliorare la qualità dell'aria *indoor*: formazione, protocolli di monitoraggio e buone pratiche • 5.5 Rafforzare la sicurezza chimica e la sostenibilità dei prodotti • 5.6 Programmare, realizzare e documentare attività in tema di sicurezza e qualità nelle esposizioni mediche che impiegano radiazioni ionizzanti e promuovere interventi informativi nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, naturali e antropiche • 7.8 Promuovere una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari ed interventi volti alla riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale per consumatori e operatori del settore alimentare tra cui gli operatori della ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/ assistenziale) • 7.9 Migliorare la tutela della salute dei consumatori e dei soggetti allergici o intolleranti, assicurare il loro diritto all'informazione e garantire l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva • 7.10 Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute
DESCRIZIONE	Il Programma intende consolidare la strutturazione tra "Scuola" e "Salute" di un percorso congiunto e continuativo che includa formalmente la promozione della salute all'interno del sistema educativo di istruzione e formazione, secondo i principi dell'azione intersettoriale e della pianificazione partecipata, in linea con le norme e i programmi nazionali Questa collaborazione tra sistemi si inserisce nel quadro metodologico dell'"Approccio globale salute", raccomandato dall'OMS e recepito dall'Accordo Stato Regioni del 17/01/2019 "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove salute", in base al quale le scuole si impegnano a migliorare sia l'apprendimento che il benessere degli studenti, gestendo fattivamente la propria specifica titolarità nel governo dei determinanti di salute riconducibili a: • Ambiente formativo (didattica, contenuti, sistemi di valutazione, etc.); • Ambiente sociale (relazioni interne ed esterne, clima organizzativo, etc.); • Ambiente fisico (ubicazione, struttura, aree verdi, etc.); • Ambiente organizzativo (mensa/merende, trasporti, accessibilità, fruibilità extrascolastica, etc.). In tale cornice, le Scuole che Promuovono Salute (SPS) inseriscono nella loro programmazione ordinaria iniziative finalizzate alla promozione della salute di tutti i membri della comunità scolastica (studenti, docenti, altro personale scolastico, famiglie, etc.) così che benessere e salute diventino "esperienza" reale e condivisa anche oltre l'ambiente scolastico, in particolare nelle le famiglie. Per facilitare l'adozione di stili di vita salutari e la prevenzione di fattori di rischio comportamentali e ambientali le SPS avviano, con il supporto tecnico scientifico dei Servizi sanitari regionali preposti, processi volti a supportare: • la promozione di competenze individuali e capacità d'azione (*life skills*); • il miglioramento dell'ambiente fisico, organizzativo e sociale; • la collaborazione con la comunità locale (Enti Locali, Associazioni, ecc.). Operativamente, Il Programma intende consolidare il modello organizzativo per le SPS basato su tre elementi chiave, ovvero la cultura del lavoro in rete, l'offerta di pratiche raccomandate di provata efficacia o "buone pratiche" validate, e il monitoraggio di quanto attuato. Inoltre, il Programma mira a garantire la sostenibilità a lungo termine di tale modello attraverso azioni di sistema che includono: I) il rafforzamento dell'intersettorialità, attraverso la formalizzazione di accordi inter-istituzionali, in primis tra Scuola e Salute, per sostenere la *governance* del modello SPS, fondata su partecipazione e responsabilità condivisa secondo il principio della "Salute in tutte le politiche" II) la formazione e la comunicazione, come opportunità di empowerment di tutta la comunità scolastica; III) il monitoraggio e la valutazione delle attività; IV) il perseguimento dell' equità.
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE	Le Scuole che Promuovono Salute (SPS)[1,2] mirano congiuntamente a risultati educativi e di salute agendo su sei componenti: 1. Competenze individuali (*life skills*);

PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI	2. Ambiente sociale; 3. Policy scolastica; 4. Ambiente fisico e organizzativo; 5. Collaborazione con la comunità: 6. Servizi per la salute. Le evidenze mostrano che[3,4,5,6]: • salute e rendimento scolastico sono fortemente connessi: i giovani in buona salute apprendono meglio e quelli che frequentano la scuola godono di migliore salute; • le azioni basate su molteplici determinanti di salute sono più efficaci sui risultati educativi e di salute; • le sei componenti SPS sono efficaci verso gli outcome sia educativi che di salute e sono direttamente legate alla riduzione delle disuguaglianze. In particolare, lo sviluppo di competenze (*life skills*) è considerato una delle strategie più efficaci per favorire sia i processi di apprendimento[7] sia l'adozione di stili di vita salutari[8]. Inoltre, vi sono chiare evidenze che l'ambiente scolastico influenzi fortemente la salute degli studenti[9]. Gli aspetti più importanti nell'influenzare l'innovazione nelle scuole, tra cui la realizzazione di SPS, sono[5]: • Equità; • preparazione degli insegnanti; • cultura della scuola; • partecipazione degli studenti; • collegamento tra promozione della salute e compiti centrali della scuola; • coinvolgimento dei genitori; • salute e benessere del personale scolastico. Infine, risulta cruciale il dialogo crescente e costante tra Scuola e Sanità[10,11,12]. 1. *WHO (2021). Making every school a health-promoting school – Global standards and indicators* 2. *SHE (2019). A Methodological Guidebook to become a health promoting school* 3. *Langford R et al. (2014). The WHO Health Promoting School framework for improving the health and well-being of students and their academic achievement. Cochrane Database Syste Rev* 4. *IUHPE (2010). Promoting Health in Schools: From evidence to Action* 5. *Young I et al. (2013). School health promotion: evidence for effective action. Background paper SHE Factsheet 2* 6. *SHE (2018). School health promotion – Evidence for effective action on inequalities. SHE Factsheet 4* 7. *Comunità Europea (2018). Raccomandazione del Consiglio relativa alle competenze chiave per l'apprendimento permanente. 2018/C 189/01* 8. *WHO (2003). Skills for health. Skills-based health education including life skills: an important component of a Child-Friendly/Health-Promoting School. Information Series on School Health* 9. *Bonell C et al. (2013). Systematic review of the effects of schools and school environment interventions on health: evidence mapping and synthesis. Public Health Res* 10. *IUHPE (2012). Facilitating Dialogue between the Health and Education Sectors to advance School Health Promotion and Education* 11. *Accordo Stato Regioni 17.01.2019 Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove salute. Ministero della Salute – MIUR*

	12. *Legge 3 ottobre 2025, n. 149. Disposizioni per la cura e la prevenzione dell'obesità. G.U. 9/10/2025 serie generale n. 235.*

PP1 “Scuole che Promuovono Salute”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Intersettorialità	Sviluppare/ consolidare i processi intersettoriali con MIM-USR e con altri stakeholder, finalizzati alla *governance* integrata delle azioni condotte nel *setting* scuola, valorizzando il ruolo e la responsabilità del Sistema Scolastico	Accordo intersettoriale Scuola-Salute	Presenza di un Accordo regionale valido nel periodo di vigenza del PNP, formalizzato tra Regione e MIM–USR, finalizzato alla *governance* integrata del Modello “Scuola che Promuove Salute” in coerenza con il documento nazionale “Indirizzi di *policy* integrate per la Scuola che Promuove Salute” (Accordo Stato-Regioni 17.01.2019), che preveda la stesura di un Documento di programmazione congiunta e il suo monitoraggio annuale tramite Report regionale	Presenza dell'Accordo	Presenza del Documento di programmazione congiunta	Report sull'attuazione della programmazione congiunta	Report sull'attuazione della programmazione congiunta	Report sull'attuazione della programmazione congiunta
		Accordi intersettoriali SPS	N. di accordi intersettoriali in corso di validità con soggetti esterni al sistema sanitario volti a sostenere a livello regionale e/o territoriale, lo sviluppo e il consolidamento della Rete SPS (es. ANCI, Provincia, Università, terzo settore etc.)			Presenza di almeno 1 Accordo		Presenza di almeno 1 ulteriore Accordo
Formazione	Promuovere la diffusione di conoscenze e competenze per l’adozione dell’approccio globale alla salute nelle istituzioni scolastiche, attraverso percorsi formativi integrati, anche congiunti, rivolti ai diversi *stakeholder*	Formazione SPS	Presenza di un percorso formativo regionale dedicato sia al modello SPS che agli interventi previsti dal Documento regionale di pratiche raccomandate orientati alle *life skills*, a carattere pluriennale e corredato da analisi del fabbisogno, rivolto a operatori sanitari, sociosanitari, dirigenti scolastici, insegnanti e altri *stakeholder* (anche formazione congiunta) e monitoraggio della sua attuazione tramite il Numero di corsi regionali attuati annualmente, documentati da report di monitoraggio	Presenza di un percorso formativo regionale con analisi del fabbisogno	Almeno 1 corso documentato da report di monitoraggio	Almeno 1 corso documentato da report di monitoraggio	Almeno 1 corso documentato da report di monitoraggio	Almeno 1 corso documentato da report di monitoraggio

PP1 “Scuole che Promuovono Salute”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Comunicazione	Rafforzare la comunicazione sulla Rete regionale SPS rivolta ai diversi stakeholder	Comunicazione SPS	Disponibilità di sito o pagina web su sito istituzionale della Regione o USR dedicata a SPS e Numero di ulteriori iniziative di comunicazione a carattere regionale realizzate annualmente sul tema SPS (struttura, funzionamento, risultati raggiunti) per diversi stakeholder (scuole, genitori, enti locali, associazioni, etc.), documentate da report di monitoraggio regionale che comprenda l’indicazione (o la stima) del tipo e del numero dei destinatari raggiunti	Presenza sito web/pagina	Almeno 1 iniziativa di comunicazione documentata da report di monitoraggio	Almeno 1 iniziativa di comunicazione documentata da report di monitoraggio	Almeno 1 iniziativa di comunicazione documentata da report di monitoraggio	Almeno 1 iniziativa di comunicazione documentata da report di monitoraggio
Equità	Integrare in modo sistematico e progressivo criteri di equità nella *governance* e nella progettazione, attuazione e valutazione degli interventi, favorendo la consapevolezza sugli effetti delle prassi in termini di disuguaglianze sociali in salute	Applicazione criterio di equità	Completamento degli indicatori previsti per ciascuna annualità come da documento di traduzione operativa dell’approccio all’equità in salute nei Piani regionali della prevenzione (allegato al Piano)	Presenza Gruppo di lavoro equità e definizione Strategia equità	Descrizione di obiettivi specifici, azioni e indicatori per la strategia equità			Elaborazione di una sintesi sulle azioni per la strategia equità

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

PP1 “Scuole che Promuovono Salute”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Promuovere la cultura del lavoro in rete tra Scuole, sviluppando e rafforzando la Rete regionale delle Scuole che Promuovono salute (SPS)	Rete regionale SPS	Presenza di una Rete regionale di “Scuole che Promuovono Salute” formalizzata tramite accordo di rete come da indicazioni MIM - USR (art. 1, comma 70 e successivi della Legge 13 luglio 2015, n. 107, e nota MIM 2151/2016 sulla costituzione di reti scolastiche)		Presenza accordo di Rete SPS			
Promuovere la coerenza e la qualità degli interventi di promozione della salute nelle scuole mediante la definizione e l'aggiornamento di pratiche raccomandate condivise a livello regionale	Documento pratiche raccomandate SPS	Presenza di un Documento regionale di pratiche raccomandate SPS, eventualmente comprensivo di buone pratiche territoriali, che illustri i programmi preventivi orientati alle life skills e gli interventi per facilitare l’adozione competente e consapevole di comportamenti e stili di vita sani, attraverso il cambiamento dell’ambiente scolastico sul piano sociale, fisico e organizzativo, da implementare sul territorio regionale	Disponibilità del Documento				
(*) Implementare il monitoraggio regionale di SPS, sia in termini di adesione degli Istituti scolastici alla rete regionale SPS che in termini di realizzazione da parte delle Scuola degli interventi di cui al Documento regionale di pratiche raccomandate	**Monitoraggio SPS**	Presenza e utilizzo di un sistema di monitoraggio regionale delle SPS, in grado di produrre report periodici con: elenco delle scuole aderenti alla Rete SPS; dati per il calcolo degli indicatori di copertura del PP; pratiche raccomandate realizzate, con numero di scuole/plessi coinvolti	Adeguamento del sistema di monitoraggio in uso per la produzione di report	Report di monitoraggio	Report di monitoraggio	Report di monitoraggio	Report di monitoraggio

PP1 “Scuole che Promuovono Salute”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Diffondere l’adozione dell’“Approccio globale alla salute” nelle Scuole, promuovendo contestualmente l'adesione delle scuole alla rete regionale SPS e l'attuazione delle pratiche raccomandate individuate dai Documenti regionali	Adesione alla rete SPS	(Numero Istituti scolastici* che aderiscono formalmente alla Rete regionale SPS) / (Numero Istituti scolastici presenti sul territorio regionale) x 100 Note: •Per Istituto si deve intendere la Direzione Scolastica, quindi nell’anagrafe MIM il codice meccanografico dell'Istituto Principale. • ai soli fini del calcolo dell’indicatore, le scuole paritarie dell’infanzia non devono essere ricomprese al numeratore e al denominatore. Tali scuole possono comunque aderire e contribuire attivamente alla Rete	Almeno il 30% degli Istituti	Almeno il 33% degli Istituti	Almeno il 36% degli Istituti	Almeno il 38% degli Istituti	Almeno il 40% degli Istituti
	Attuazione delle pratiche raccomandate SPS	(Numero Scuole che realizzano almeno 1 intervento di cui al Documento regionale di pratiche raccomandate) / (Numero Scuole presenti sul territorio regionale la cui Direzione Scolastica ha aderito alla Rete) x 100 Nota: Per Scuole si deve intendere il plesso/scuola, inclusa la tipologia di indirizzo (es. liceo scientifico, liceo tecnologico, istituto agrario, ecc.), quindi nell’anagrafe MIM i rispettivi codici meccanografici	Almeno il 50% delle Scuole/Plessi	Almeno il 50% delle Scuole/Plessi	Almeno il 55% delle Scuole/Plessi	Almeno il 55% delle Scuole/Plessi	Almeno il 60% delle Scuole/Plessi

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

Programma Predefinito 2

PP2 "Comunità attive"

TITOLO	**PP2 Comunità attive**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO1 Malattie croniche non trasmissibili**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	• 1.8 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale • 1.10 Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia • 1.11 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità • 1.12 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane • 1.13 Promuovere l'invecchiamento attivo e in salute e ridurre la fragilità per la popolazione 65 +, favorendo il mantenimento della capacità fisiche, cognitive e sociali, la riduzione delle disuguaglianze e la partecipazione attiva nella comunità • 3.1 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani) • 3.2 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici • 3.3 Coinvolgere in modo trasversale i servizi di interesse sanitari e sociali per il contrasto del fenomeno incidenti domestici nella comunità • 3.4 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente • 5.1 Promuovere l'applicazione di un approccio *One Health* in una visione intersettoriale che potenzi l'integrazione tra SNPS e SNPA e promuova interventi di *advocacy* nelle politiche di altri settori • 5.7 Valutare preventivamente gli impatti integrati ambiente e salute attraverso lo strumento della VIS
DESCRIZIONE	Il Programma mira a promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età per contribuire al controllo delle MCNT e ridurne le complicanze e per favorire la sicurezza e l'autonomia personale nell'anziano, con particolare attenzione al coinvolgimento delle persone che vivono in condizioni di svantaggio socio-economico, di fragilità o di isolamento sociale. In accordo con le *Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie (Accordo Stato-Regioni del 3 novembre 2021),* nell'ottica di ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT, il Programma prevede lo sviluppo di strategie multisettoriali volte a favorire l'integrazione delle politiche sanitarie con quelle sociali, sportive, turistiche, culturali, economiche, ambientali, sviluppando anche interventi per creare contesti ed opportunità favorevoli all'adozione di uno stile di vita attivo. Tali strategie sono finalizzate a: • coinvolgere il più ampio e qualificato numero di *stakeholder*, riconoscendo identità e ruoli diversi, con particolare riguardo agli enti locali (Comuni) quali *super-setting* in cui gli altri convergono; • favorire una programmazione condivisa dei processi; • rafforzare l'attenzione sulle disuguaglianze;

	• incentivare interventi di formazione comune rivolti ai professionisti di tutti i settori coinvolti, per favorire lo sviluppo trasversale di adeguate competenze; • sensibilizzare la popolazione sull'importanza di uno stile di vita attivo; • coinvolgere le persone e le comunità per favorire l'acquisizione di autonomia e proattività nella gestione della salute e del benessere (*engagement).* Il Programma si rivolge alle fasce di età Bambini e Adolescenti, Adulti e Anziani, così come individuate nelle Linee di indirizzo sopra citate e si articola quindi nello sviluppo di: • interventi strutturali e ambientali finalizzati alla creazione di contesti idonei a iniziative di promozione dell'attività fisica, anche con riferimento alle strategie di *urban health*; • interventi rivolti alla popolazione sana, sedentaria o non sufficientemente attiva, per promuovere l'adozione di uno stile di vita attivo; • interventi sulla popolazione di ogni fascia d'età, con presenza di uno o più fattori di rischio, patologie specifiche o condizioni di fragilità (anziani), anche attraverso programmi di esercizio fisico strutturato o di attività fisica adattata (AFA); • interventi volti a favorire la sicurezza e l'autonomia personale nell'anziano attraverso uno stile di vita attivo; • azioni di comunicazione, informazione e formazione, rivolti sia alla popolazione sia agli operatori dei settori sanitario, socio-assistenziale, del terzo settore e altri *stakeholder*. Il Programma adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA).
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI	Inattività fisica e sedentarietà contribuiscono al carico di malattie croniche ed impediscono un invecchiamento in buona salute, con un impatto maggiore nelle aree e nei gruppi di popolazione più svantaggiati. Attività ed esercizio fisico non solo contribuiscono in ogni età a migliorare la qualità della vita, ma influiscono positivamente sulla salute, sul benessere e sull'adozione di altri stili di vita salutari, anche attraverso processi di inclusione ed aggregazione nella società. Promuovere l'attività fisica è un'azione di sanità pubblica prioritaria che, tuttavia, necessita di strategie integrate che tengano conto del peso dei determinanti economici e politici di settori quali la pianificazione urbanistica e dei trasporti, l'istruzione, l'economia, lo sport e la cultura e coinvolgano, quindi, il più ampio numero di *stakeholder*, riconoscendo identità e ruoli. La promozione dell'attività fisica, secondo le raccomandazioni OMS, si propone di favorire uno stile di vita attivo che consenta di ottenere benefici significativi e diffusi nella popolazione. L'esercizio fisico permette di ottenere, infatti, risultati specifici a livello individuale, sia nei soggetti sani che in quelli affetti da patologie croniche, migliorando in entrambi il livello di efficienza fisica e benessere. 1. *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world- World Health Organization 2018 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf* 2. *Physical activity strategy for the WHO European Region 2016–2025 - OMS https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289051477* 3. *Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie; Accordo Stato-Regioni del 3 novembre 2021 www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5693_1_file.pdf* 4. *Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le persone con diabete mellito e per le persone sottoposte a trapianto e nuove raccomandazioni per le persone con patologie muscolo-scheletriche; Accordo Stato-Regioni del 7 novembre 2024 https://www.statoregioni.it/media/edkdskqq/p-15-csr-atto-rep-n-199-7nov2024.pdf* 5. *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age - OMS,2019* 6. *https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/60a1cbaa-2bef-4251-9557-e52ce22112b3/content* 7. *Guidelines on physical activity and sedentary behaviour - OMS, 2020 https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/faa83413-d89e-4be9-bb01-b24671aef7ca/content*

8. *Documento di indirizzo per la pianificazione urbana in un'ottica di Salute Pubblica. Accordo Stato-Regioni del 22 settembre 2021.*
9. *https://www.statoregioni.it/media/4026/p-11-cu-atto-rep-n-127-del-22-settembre-2021pdf*
10. *Avoidable mortality, risk factors and policies for tackling noncommunicable diseases – leveraging data for impact: monitoring commitments in the WHO European Region ahead of the Fourth United Nations High-Level Meeting. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2025. https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-12445-52219-80271*
11. *From loneliness to social connection: charting a path to healthier societies. Geneva, World Health Organization, 2025. https://www.who.int/groups/commission-on-social-connection/report/*
12. *Step safely: Strategies for preventing and managing falls across the life-course. Geneva, World Health Organization, 2021. https://www.who.int/publications/i/item/9789240021914*
13. *Falls: Key facts. Geneva, World Health Organization, 2024. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls*
14. *Legge 3 ottobre 2025, n. 149. Disposizioni per la cura e la prevenzione dell'obesità. G.U. 9/10/2025 serie generale n. 235.*

PP2 “Comunità attive”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Intersettorialità	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali per facilitare l’attuazione di iniziative favorenti l’adozione di uno stile di vita attivo nei vari ambienti di vita, il contrasto alla sedentarietà e la valorizzazione a tal fine degli spazi pubblici e privati	Accordi intersettoriali Comuni attivi	Presenza di accordi intersettoriali in corso di validità formalizzati a livello regionale con enti locali, istituzioni, terzo settore, associazioni sportive e altri *stakeholder*, finalizzati a favorire la creazione e lo sviluppo dei Comuni Attivi per la promozione di stili di vita salutari, che prevedano la stesura di un Documento di programmazione congiunta e il suo monitoraggio annuale tramite Report regionale		Presenza di almeno un accordo che rimandi ad un documento di programmazione congiunta	Report sull’attuazione della programmazione congiunta	Report sull’attuazione della programmazione congiunta	Report sull’attuazione della programmazione congiunta
Formazione	Promuovere tra i professionisti dei settori coinvolti lo sviluppo di conoscenze, competenze, consapevolezze e la condivisione di strumenti per la promozione di uno stile di vita sano e attivo	Formazione stile vita attivo	Presenza di un percorso formativo regionale per promuovere uno stile di vita sano e attivo, a carattere pluriennale e corredato da analisi del fabbisogno, rivolto a operatori del servizio sanitario e/o altri *stakeholder* e monitoraggio della sua attuazione tramite il Numero di corsi regionali attuati annualmente, documentati da report di monitoraggio	Presenza di un percorso formativo regionale con analisi del fabbisogno	Almeno 1 corso documentato da report di monitoraggio	Almeno 1 corso documentato da report di monitoraggio	Almeno 1 corso documentato da report di monitoraggio	Almeno 1 corso documentato da report di monitoraggio

PP2 “Comunità attive”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Formazione	Promuovere tra i professionisti dei settori coinvolti lo sviluppo di conoscenze, competenze, consapevolezze e la condivisione di strumenti per favorire la sicurezza e l’autonomia personale nell’anziano attraverso uno stile di vita attivo, anche in raccordo con il Piano per l’Invecchiamento Attivo	Formazione sicurezza anziano	Presenza di un percorso formativo regionale per promuovere la sicurezza e l’autonomia personale nell’anziano, a carattere pluriennale e corredato da analisi del fabbisogno, rivolto a operatori del servizio sanitario, degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali e del terzo settore, e monitoraggio della sua attuazione tramite il Numero di corsi regionali attuati annualmente, documentati da report di monitoraggio	Presenza di un percorso formativo regionale con analisi del fabbisogno	Almeno 1 corso documentato da report di monitoraggio	Almeno 1 corso documentato da report di monitoraggio		
Comunicazione	Promuovere interventi di informazione/ sensibilizzazione per favorire la sicurezza e l’autonomia personale nell’anziano attraverso uno stile di vita attivo, anche in raccordo con il Piano per l’Invecchiamento Attivo	Comunicazione sicurezza anziano	Numero di iniziative regionali di informazione e sensibilizzazione, rivolte alla popolazione anziana, ai collaboratori familiari e ai *caregiver*, realizzate annualmente per promuovere la sicurezza e l’autonomia personale dell’anziano				Almeno 1 iniziativa di informazione/ sensibilizzazione	Almeno 1 iniziativa di informazione/ sensibilizzazione

PP2 “Comunità attive”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Comunicazione	Rafforzare la comunicazione rivolta alla popolazione e ai diversi *stakeholder* per favorire uno stile di vita attivo	Comunicazione stile vita attivo	Disponibilità di sito o pagina web su sito istituzionale regionale dedicata alla promozione di uno stile di vita attivo (inclusa una mappa delle opportunità di movimento -es. gruppi di cammino, pedibus, palestre della salute, percorsi ciclabili, spazi verdi attrezzati-) e Numero di ulteriori iniziative di comunicazione a carattere regionale realizzate annualmente sul tema per diversi stakeholder, documentate da report di monitoraggio regionale che comprenda l’indicazione (o la stima) del tipo e del numero dei destinatari raggiunti	Presenza sito web/pagina	Almeno 1 iniziativa di comunicazione documentata da report di monitoraggio	Almeno 1 iniziativa di comunicazione documentata da report di monitoraggio	Almeno 1 iniziativa di comunicazione documentata da report di monitoraggio	Almeno 1 iniziativa di comunicazione documentata da report di monitoraggio
Equità	Integrare in modo sistematico e progressivo criteri di equità nella *governance* e nella progettazione, attuazione e valutazione degli interventi, favorendo la consapevolezza sugli effetti delle prassi in termini di disuguaglianze sociali in salute	Applicazione criterio di equità	Completamento degli indicatori previsti per ciascuna annualità come da documento di traduzione operativa dell’approccio all’equità in salute nei Piani regionali della prevenzione (allegato al Piano)	Presenza Gruppo di lavoro equità e definizione Strategia equità	Descrizione di obiettivi specifici, azioni e indicatori per la strategia equità			Elaborazione di una sintesi sulle azioni per la strategia equità

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

PP2 “Comunità attive”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Aumentare la presenza di ambienti e contesti favorevoli alla salute e a uno stile di vita attivo, con attenzione anche alle persone in condizioni di svantaggio socioeconomico, isolamento, fragilità	Monitoraggio Comuni attivi	Progettazione/adattamento di un sistema di monitoraggio regionale dei Comuni attivi e misurazione della Proporzione di Comuni attivi presenti sul territorio regionale e del loro aumento annuale attraverso la formula: (Numero di Comuni attivi) / (Numero totale di Comuni della Regione) x 100 Nota: Comuni attivi: Comuni (o altre entità sub-comunali amministrativamente identificate, ad esempio circoscrizioni di decentramento) che hanno almeno un progetto/ programma di attività fisica indoor/outdoor ripetuta nel tempo (non occasionale) rivolta ai cittadini e/o interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli all’adozione di uno stile di vita attivo	Progettazione o adattamento del sistema di monitoraggio	Almeno il 10% di Comuni attivi	Aumento dei Comuni attivi rispetto all’anno precedente	Aumento dei Comuni attivi rispetto all’anno precedente	Aumento dei Comuni attivi rispetto all’anno precedente
(*) Implementare programmi volti ad incrementare il livello di attività fisica della popolazione in tutte le fasce d’età, facilitando l’inclusione di soggetti in condizioni di svantaggio socioeconomico, isolamento, fragilità	**Promozione stile vita attivo**	Disponibilità di indicazioni regionali formalmente adottate per la promozione dell’attività fisica per tutte le fasce di età (Bambini e Adolescenti, Adulti, Anziani) e per gli interventi integrati finalizzati alla creazione e alla valorizzazione di contesti urbani favorevoli all’adozione di uno stile di vita attivo, comprensive di indicazioni per il monitoraggio, e Monitoraggio regionale annuale della loro attuazione Nota: Iniziative di promozione dell’attività fisica: attività indoor/outdoor ripetuta nel tempo (non occasionale) rivolta ai cittadini (con attenzione anche all’inclusione di persone con fattori di svantaggio socioeconomico, isolamento, fragilità) anche integrata con altre progettualità	Adozione delle indicazioni regionali	Report di monitoraggio	Report di monitoraggio	Report di monitoraggio	Report di monitoraggio

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

Programma Predefinito 3
PP3 "Luoghi di lavoro che promuovono salute"

TITOLO	**PP3 "Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO1 Malattie croniche non trasmissibili**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	• 1.7 Supportare la promozione della salute e la prevenzione delle MCNT nel setting scolastico, favorendo lo sviluppo di competenze individuali e capacità d'azione (life skills), il miglioramento dell'ambiente fisico, organizzativo e sociale, e la collaborazione con la comunità locale • 1.8 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale • 1.9 Promuovere la salute orale attraverso il contrasto ai fattori di rischio comuni alle MCNT • 1.10 Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia • 1.12 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane • 2.1 Rafforzare la prevenzione delle dipendenze da sostanze e delle dipendenze comportamentali negli adolescenti e nei giovani, promuovendo l'empowerment e lo sviluppo di competenze individuali e collettive, intervenendo sia nelle scuole che nei contesti extrascolastici, potenziando la collaborazione con la comunità locale • 2.2 Aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui sul tema della prevenzione di tutte le dipendenze, ponendo anche attenzione prospettica alle forme emergenti oggetto ancora di caratterizzazione nosologica ma attenzionate dalla comunità scientifica e dalle istituzioni (es. da tecnologie digitali, social e smartphone) • 2.3 Aumentare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti sul tema della prevenzione delle dipendenze • 2.5 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per dipendenze • 2.6 Offrire programmi finalizzati alla prevenzione selettiva e indicata al fine di consentire l'orientamento della persona verso percorsi di cura e riabilitazione, incluso il reinserimento sociale e lavorativo, che vadano oltre la riduzione del danno e la limitazione dei rischi in ambito dipendenze • 3.1 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani) • 3.2 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici • 3.4 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente • 4.1 Programmare interventi di prevenzione per i lavoratori in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale • 4.6 Favorire nei giovani l'acquisizione di competenze specifiche in materia di Sicurezza sui Luoghi di Lavoro • 4.7 Implementare un modello di tutela del lavoratore che sia evoluzione della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali verso la "conservazione attiva" della salute, ovvero verso la *Total worker health*

	• 5.1 Promuovere l'applicazione di un approccio *One Health* in una visione intersettoriale che potenzi l'integrazione tra SNPS e SNPA e promuova interventi di *advocacy* nelle politiche di altri settori • 5.4 Migliorare la qualità dell'aria *indoor*: formazione, protocolli di monitoraggio e buone pratiche • 5.5 Rafforzare la sicurezza chimica e la sostenibilità dei prodotti • 5.6 Programmare, realizzare e documentare attività in tema di sicurezza e qualità nelle esposizioni mediche che impiegano radiazioni ionizzanti e promuovere interventi informativi nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, naturali e antropiche • 7.8 Promuovere una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari ed interventi volti alla riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale per consumatori e operatori del settore alimentare tra cui gli operatori della ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/ assistenziale) • 7.9 Migliorare la tutela della salute dei consumatori e dei soggetti allergici o intolleranti, assicurare il loro diritto all'informazione e garantire l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva • 7.10 Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute
DESCRIZIONE	Il PP promuove la salute nei luoghi di lavoro basandosi su due modelli riconosciuti a livello internazionale: • Workplace Health Promotion (WHP) dell'OMS, che favorisce stili di vita salutari e invecchiamento attivo; • Total Worker Health (TWH) del National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), che integra protezione dai rischi e promozione di comportamenti sani. Il PP adotta i 4 elementi chiave della TWH, come nel progetto I-TWH sviluppato nel Piano nazionale per gli investimenti complementari del PNRR: • Salute e sicurezza: ridurre infortuni, malattie e disabilità controllando ambiente e processi di lavoro; • Salute e stili di vita: promuovere sani stili di vita; • Cultura organizzativa: creare un ambiente partecipativo che valorizzi autonomia e relazioni tra le persone; • Responsabilità sociale di impresa: contribuire al miglioramento di comunità e ambiente, favorire volontariato e iniziative sociali. Secondo il modello WHP, il PP affronta la prevenzione dei fattori di rischio comportamentali delle malattie cronico-degenerative e promuove l'invecchiamento attivo e in buona salute, anche tramite cambiamenti organizzativi che facilitino stili di vita salutari. Il PP integra gli approcci OSH (Occupational Safety and Health) e HP (Health Promotion), come sostenuto dal NIOSH sulla base delle seguenti evidenze: • l'esposizione a fattori di rischio occupazionali e comportamentali aumenta il rischio di malattia; • i lavoratori esposti a più elevati rischi occupazionali sono più esposti anche a comportamenti a rischio per la salute; • l'integrazione tra OSH e HP può aumentare l'efficacia dei programmi per i lavoratori ad alto rischio; • gli sforzi integrati di OSH e HP possono portare benefici all'organizzazione del lavoro e all'ambiente in generale. L'integrazione OSH e HP prevede l'attuazione di buone pratiche per la promozione del benessere individuale e collettivo da parte delle aziende e di interventi motivazionali da parte dei medici competenti (MC), anche in relazione ai rischi professionali. La promozione della salute nei luoghi di lavoro è essenziale per ridurre le disuguaglianze di salute, soprattutto tra i gruppi vulnerabili e i lavoratori anziani, più esposti al rischio di patologie.

	Il PP propone un percorso strutturato e partecipato rivolto ai lavoratori, che coinvolge le figure aziendali della prevenzione (RSPP, MC, RLS) e competenze interne attivate dal Datore di Lavoro (DL), con l'obiettivo di introdurre azioni efficaci e sostenibili per la promozione di sani stili di vita basate sulle Pratiche Raccomandate (PR) in tema di alimentazione, tabagismo, attività fisica, alcol e dipendenze sviluppate nel precedente PNP. Sono azioni semplici e attuabili da ogni azienda, in particolare PMI e Pubblica Amministrazione (PA), in riferimento all'Accordo Stato Regioni 13/02/2025 "Documento di indirizzo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro della PA", che orienta le ASL nella realizzazione di interventi validati e replicabili, anche su fattori non strettamente lavorativi, secondo il modello Comprehensive Workplace Health. Le aziende aderiscono al Programma a partire dall'impegno del DL all'adesione a WHP e l''adesione formale alla "Rete dei Luoghi di lavoro che promuovono salute" consegue all' attuazione nel luogo di lavoro delle PR sopracitate. L'attuazione del PP promuove il benessere individuale e collettivo e condizioni di lavoro favorevoli alla salute. Sono fattori chiave il rispetto del D.lgs. 81/08 e il riconoscimento del luogo di lavoro come contesto di sanità pubblica.
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI	Gli interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro sono stati validati anche nell'ambito di iniziative della Commissione Europea come *la Joint Action Chrodis* e la *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*, con particolare riferimento al Programma "Luoghi di lavoro che Promuovono salute – Rete WHP Lombardia" (PRP 2015 – 2019) Di seguito alcune principali evidenze a sostegno dei benefici sia in termini di salute, sia di diminuzione delle assenze dal lavoro degli interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro. 1. NIOSH [2024]. Impact Wellbeing™ Guide: Taking action to improve healthcare worker wellbeing. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health, DHHS (NIOSH) Publication 2024-109, (Revised 07/24). https://doi.org/10.26616/NIOSHPUB2024109revised072024 [cdc.gov] 2. World Health Organization. (2010). Healthy workplaces: a model for action – For employers, workers, policymakers and practitioners. Geneva: WHO. ISBN: 9789241599313. https://www.who.int/publications/i/item/9789241599313 [who.int] 3. World Health Organization. Regional Office for Europe. (2013). Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being (short version). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. ISBN: 9789289002783. Disponibile su: https://iris.who.int/handle/10665/131300 4. Sockoll I, Kramer I, Bödeker W. (2009). Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention. Summary of the scientific evidence 2000–2006. IGA Report 13e. Available from: www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projektberichte/iga-Report_13e_effectiveness_workplace_prevention.pdf 5. "Documento di indirizzo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro della Pubblica Amministrazione" Accordo Stato-Regioni del 13 febbraio 2025 (https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2025&codLeg=105118&parte=1%20&serie=null) 6. Luoghi di Lavoro che promuovono salute Lombardia https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/portal/site/promozione-salute/dettaglioredazionale/setting/luoghi-di-lavoro/programma-whp-lombardia 7. Workplace Health Promotion: the WHP Lombardy Network http://chrodis.eu/good-practice/lombardy-workplace-health-promotion-network-italy/ 8. European Commission https://ec.europa.eu/eip/ageing/repository/search/lombardia_en

PP3 “Luoghi di lavoro che promuovono salute”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Intersettorialità	Assicurare il confronto strutturato con Enti e Parti Sociali su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell’ambito del Comitato di Coordinamento di cui all’art. 7 del D.Lgs. 81/2008	Comitati di Coordinamento ex Art. 7 - ITWH	Numero di incontri annuali di confronto con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo e informazione, anche nell’ambito del Comitato ex art. 7 del D.Lgs.81/08, che comprenda una documentata condivisione degli obiettivi e dell’approccio ITWH	Almeno 2 incontri documentabili attraverso i relativi verbali	Almeno 2 incontri documentabili attraverso i relativi verbali	Almeno 2 incontri documentabili attraverso i relativi verbali	Almeno 2 incontri documentabili attraverso i relativi verbali	Almeno 2 incontri documentabili attraverso i relativi verbali
Intersettorialità	Stipulare Accordi intersettoriali finalizzati alla diffusione, allo sviluppo e alla sostenibilità di programmi WHP	Accordi intersettoriali WHP	Numero di Accordi intersettoriali a carattere regionale, debitamente formalizzati, volti ad attivare programmi che responsabilizzino i datori di lavoro in materia di WHP	Stipula di almeno 1 accordo della durata minima di tre anni			Presenza /stipula /aggiornamento di almeno 1 accordo	
Formazione	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezze che favoriscano la professionalizzazione degli operatori del SSN, dei medici competenti e delle Istituzioni coinvolte	Formazione ITWH	Numero di programmi formativi regionali accreditati ECM in tema ITWH e in tema di *counseling* motivazionale al cambiamento realizzati annualmente, destinati agli operatori del SSN, ai medici competenti e al personale delle istituzioni coinvolte	Almeno 1	Almeno 1	Almeno 1	Almeno 1	Almeno 1
Comunicazione	Promuovere presso i luoghi di lavoro la diffusione di conoscenze, competenze	Comunicazione ITWH	Numero di strumenti/materiali per iniziative di comunicazione regionali, anche attraverso il marketing sociale, realizzati			Almeno 1	Almeno 1	Almeno 1

PP3 “Luoghi di lavoro che promuovono salute”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
	e consapevolezze che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative/famigliari per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute		annualmente per lavoratori, famiglie, parti sociali e altri portatori di interesse volte a favorire cambiamenti sostenibili di prassi organizzative/familiari per rendere facilmente adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute					
Equità	Integrare in modo sistematico e progressivo criteri di equità nella *governance* e nella progettazione, attuazione e valutazione degli interventi, favorendo la consapevolezza sugli effetti delle prassi in termini di disuguaglianze sociali in salute	Applicazione criterio di equità	Completamento degli indicatori previsti per ciascuna annualità come da documento di traduzione operativa dell’approccio all’equità in salute nei Piani regionali della prevenzione (allegato al Piano)	Presenza Gruppo di lavoro equità e definizione Strategia equità	Descrizione di obiettivi specifici, azioni e indicatori per la strategia equità			Elaborazione di una sintesi sulle azioni per la strategia equità

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

PP3 “Luoghi di lavoro che promuovono salute”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
(*) Promuovere la coerenza e la qualità degli interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro mediante la definizione e l'aggiornamento di pratiche raccomandate condivise a livello regionale	**Documento pratiche raccomandate ITWH**	Realizzazione, revisione o aggiornamento del documento regionale che descrive le Pratiche raccomandate e sostenibili, integrando i principi di OSH e WHP, secondo l’approccio ITWH, che vengono proposte alle imprese, alle Pubbliche Amministrazioni e alle Aziende sanitarie e ospedaliere	Disponibilità del documento		Disponibilità del documento aggiornato		Disponibilità del documento aggiornato
(*) Promuovere presso i luoghi di lavoro (pubblici e privati) l’adozione di interventi finalizzati a rendere gli ambienti di lavoro favorevoli all’adozione competente e consapevole di stili di vita sani	**Luoghi di lavoro che Promuovono Salute**	(Numero di sedi di aziende private/amministrazioni pubbliche che partecipano al Programma “Luoghi di lavoro che Promuovono Salute” che realizzano almeno 1 intervento tra quelli previsti dal “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili”, per ciascuna area indicata nel Documento stesso) / (Numero di sedi di aziende private/amministrazioni pubbliche che partecipano al Programma “Luoghi di lavoro che Promuovono Salute”) x100		Almeno il 20%			Almeno il 50%
	Luoghi di lavoro sanitari che Promuovono Salute	(Numero di Aziende Sanitarie e Ospedaliere aderenti al Programma “Luoghi di lavoro che Promuovono Salute” che realizzano almeno un intervento tra quelli previsti dal “Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili” per ciascuna area indicata nel Documento stesso) /		Almeno il 30%			Almeno il 70%

PP3 “Luoghi di lavoro che promuovono salute”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
		(Numero di Aziende sanitarie e ospedaliere aderenti al Programma “Luoghi di lavoro che Promuovono Salute”) x 100					
Promuovere la cultura del lavoro in rete e lo scambio di buone prassi attivando un Gruppo di Lavoro regionale "Luoghi di lavoro che Promuovono salute”	Gruppo di Lavoro "Luoghi di lavoro che promuovono salute"	Costituzione di un Gruppo di Lavoro regionale dei “Luoghi di lavoro che Promuovono Salute”, coordinato a livello regionale, composto da referenti delle Aziende sanitarie territoriali del Programma "Luoghi di lavoro che promuovono salute" e da rappresentanti delle Imprese aderenti, e sua operatività tramite il Numero di incontri annuali	Costituzione del Gruppo di Lavoro	Almeno 1 incontro documentabile attraverso il relativo verbale	Almeno 1 incontro documentabile attraverso il relativo verbale	Almeno 1 incontro documentabile attraverso il relativo verbale	Almeno 1 incontro documentabile attraverso il relativo verbale

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

Programma Predefinito 4
PP4 "Dipendenze"

TITOLO	**PP4 "Dipendenze"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO2 Dipendenze e problemi correlati**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	• 2.1 Rafforzare la prevenzione delle dipendenze da sostanze e delle dipendenze comportamentali negli adolescenti e nei giovani, promuovendo l'empowerment e lo sviluppo di competenze individuali e collettive, intervenendo sia nelle scuole che nei contesti extrascolastici, potenziando la collaborazione con la comunità locale • 2.2 Aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui sul tema della prevenzione di tutte le dipendenze, ponendo anche attenzione prospettica alle forme emergenti oggetto ancora di caratterizzazione nosologica ma attenzionate dalla comunità scientifica e dalle istituzioni (es. da tecnologie digitali, social e smartphone) • 2.3 Aumentare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti sul tema della prevenzione delle dipendenze • 2.4 Migliorare la qualità dei programmi di prevenzione in ambito dipendenze patologiche (dipendenza da sostanze psicotrope, da alcol e dipendenze comportamentali) • 2.5 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per dipendenze • 2.6 Offrire programmi finalizzati alla prevenzione selettiva e indicata al fine di consentire l'orientamento della persona verso percorsi di cura e riabilitazione, incluso il reinserimento sociale e lavorativo, che vadano oltre la riduzione del danno e la limitazione dei rischi • 2.7 Sensibilizzare sui rischi, i problemi e le patologie correlate all'uso/abuso di sostanze psicotrope e a comportamenti additivi • 1.1 Aumentare la consapevolezza nella popolazione sull'importanza della salute riproduttiva e pre-concezionale • 1.3 Promuovere la salute nei primi 1000 giorni • 1.7 Supportare la promozione della salute e la prevenzione delle MCNT nel setting scolastico, favorendo lo sviluppo di competenze individuali e capacità d'azione (life skills), il miglioramento dell'ambiente fisico, organizzativo e sociale, e la collaborazione con la comunità locale • 1.8 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale • 1.11 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità • 1.12 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane • 3.4 Promuovere politiche intersettoriali mirate a migliorare la sicurezza delle strade e dei veicoli, integrando gli interventi che vanno ad agire sui comportamenti con quelli di miglioramento dell'ambiente

	• 4.1 Programmare interventi di prevenzione per i lavoratori in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale • 4.7 Implementare un modello di tutela del lavoratore che sia evoluzione della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali verso la "conservazione attiva" della salute, ovvero verso la *Total worker health* • 4.8 Potenziare la rete di collaborazione tra tutti i professionisti sanitari, in particolare fra medici del lavoro (dei servizi territoriali, ospedalieri, universitari e liberi professionisti), medici specialisti delle diverse discipline e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di *Total Worker Health* • 4.9 Incentivare, orientare e monitorare le azioni per la tutela della salute più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore integrando gli approcci *Occupational Safety and Health* (OSH) e *Health Promotion* (HP) • 5.1 Promuovere l'applicazione di un approccio *One Health* in una visione intersettoriale che potenzi l'integrazione tra SNPS e SNPA e promuova interventi di *advocacy* nelle politiche di altri settori
DESCRIZIONE	Il Programma sviluppa interventi di prevenzione delle dipendenze da sostanze e comportamenti, considerando fenomeni emergenti legati a nuove modalità di diffusione (eroina, cocaina, crack, nuove sostanze psicoattive come Fentanyl e Nitazeni). Include attenzione al gioco d'azzardo tra adolescenti e giovani adulti, azioni di sensibilizzazione sul gaming disorder e interventi sul consumo rischioso di alcol, soprattutto tra minori, giovani, donne e anziani. Il Programma declina pertanto una strategia regionale, orientata all'intersettorialità, che rinforzi appropriatezza, impatto e sostenibilità nella programmazione di azioni efficaci, sulla base di alcuni presupposti fondamentali, quali: • Il riconoscimento della dimensione culturale della prevenzione per contrastare fenomeni diversi nelle manifestazioni ma omogenei per vulnerabilità, fattori di rischio e contesto socioculturale, in relazione ai modelli sociali dominanti rispetto al "consumo" stesso; • Il raccordo costante delle energie istituzionali, culturali e sociali per garantire un intervento complessivo che integri risorse professionali, tecniche, organizzative, sociali e finanziarie, assicurando una prevenzione efficace non delegata solo al sistema socio-sanitario; • La partecipazione della comunità per responsabilizzare giovani e adulti sui comportamenti di consumo, abuso e dipendenze, nei propri contesti di vita e per la tutela della propria salute; • La promozione di programmi basati su evidenze, adattati ai contesti e destinatari, migliorando le competenze di programmatori, progettisti e operatori del settore. Più specificatamente, il Programma punta a: • Coordinare gli interventi degli attori del territorio con strumenti che garantiscano equità e uniformità degli interventi, creando partnership locali stabili e valorizzando la collaborazione tra Servizi per le Dipendenze, Dipartimenti di salute mentale, Dipartimenti di Prevenzione, titolari della governance multilivello; • qualificare le attività di prevenzione, coerentemente agli *European drug prevention quality standards*, aumentando la diffusione e l'adozione di iniziative Evidence-Based integrate con gli obiettivi dei Programmi Predefiniti di setting (es. "Scuola che Promuove Salute"); • Sviluppare la capacità del sistema nazionale e regionale di fornire ai decisori set informativi integrati per analizzare situazioni, trend e fattori di rischio modificabili, individuando i modelli preventivi più promettenti; • promuovere competenze aggiornate e consapevolezze di ruolo dei diversi soggetti attivi in campo preventivo a livello territoriale, con particolare riferimento agli ambiti sociali, educativi, culturali, istituzionali, associazionistici, ecc.; • realizzare interventi evidence based e/o raccomandati di prevenzione ambientale, selettiva e indicata, al fine di consentire l'orientamento della persona verso percorsi di cura e riabilitazione, incluso il reinserimento sociale e lavorativo, che vadano oltre la riduzione del danno e la limitazione dei rischi;

	• promuovere competenze e fornire supporto ai decisori in relazione a modifiche strutturali-ambientali delle comunità locali sostenute da processi partecipati e orientati ai principi dell'Urban Health (WHO).
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI	La prevenzione delle dipendenze ricade nell'ambito di competenza di più organizzazioni/enti e deve orientare tutte le politiche[1]. La letteratura indica i fattori che favoriscono il successo delle azioni preventive, quali[2]: • avere linee programmatorie comuni entro cui operano gruppi di lavoro locali supportati da un sistema organizzativo formale; • implementare programmi di provata efficacia;[3-4] • monitorare qualità e efficacia dei risultati;[5] • fornire aggiornamento e formazione ai gruppi di lavoro. L'efficacia di un approccio intersettoriale e multilivello è stata verificata da ampi studi[6-7]. Sono da preferire programmi di prevenzione che perseguano la costruzione di capacità individuali e collettive [8-9]. Nelle aree urbane, dove l'uso di sostanze si lega all'illegalità, le ricerche[10-11] indicano l'opportunità di interventi preventivi che attivino le risorse comunitarie per promuovere coesione sociale[12-13]. Si valorizza l'integrazione con programmi di *Outreach* nei luoghi di aggregazione notturna[14-15-16] per ridurre rischi legati al consumo di sostanze. Nei contesti a elevato rischio sociale è indicato l'approccio di riduzione del danno, mentre le linee guida europee e nazionali raccomandano interventi a "bassa soglia" per raggiungere popolazioni altrimenti nascoste[19-20-21-22]. 1. *David V. McQueen, Matthias Wismar, Vivian Lin, Catherine M. Jones, Maggie Davies, Intersectoral Governance for Health in All Policies, Structures, actions and experiences, World Health Organization 2012, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies* 2. *Spoth R, Greenberg M, Am J Community Psychol (2011) 48:106–119* 3. *https://www.euda.europa.eu/best-practice_en#level-1* 4. *https://www.euda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards_en 2011* 5. *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32159228/* 6. *https://ssir.org/articles/entry/collective_impact* 7. *Glenn Laverack "Health Promotion Practice. Building Empowered Communities". Ed. McGraw Hill, Berkshire England, 2007* 8. *Tavolo Tecnico Regionale prevenzione dipendenze di Regione Lombardia, Linee guida regionali popolazione generale, 2008* 9. *Aresi G., Marta E., Una ricerca-intervento in un quartiere ad alta concentrazione di locali notturni: attivare il territorio per attivare bisogni e risorse, Psicologia della Salute n. 3/2014, Franco Angeli.* 10. *Hayward K. and Hobbs D., Beyond the binge in "booze Britain": market-led liminalization and the spectacle of binge drinking, The British Journal of Sociology, 58 (3), 2007* 11. *Network conference on reducing youth drinking by law enforcement, Atti, Rotterdam, 27-28 Ottobre 2001. Link: http://www.stap.nl/nl/nieuws/conference-2011.html* 12. *http://www.yli.org 2026* 13. *Manual: Set of standards to improve the health and safety of recreational night life venues, IREFREA, European Union Project, Novembre 2011.* 14. *NEWIP (Nightlife Empowerment & Well-being Implementation Project) Standards European Project. Link: www.safernightlife.org (2011-2013)* 15. *G.Burkhart, EMCDDA, Evaluation Indicators for Prevention in Recreational Settings. Outcome and recommendations of an expert survey for the related meeting at the EMCDDA, 2003* 16. *EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) , Recreational drug use: a key EU challenge, Drugs in focus, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, 2002* 17. *EMCDDA, Outreach work among drug users in Europe: concepts, practice and terminology, Insights n.2, 2002* 18. *EMCDDA, Harm reduction: evidence, impact and challenges, Monography, 2010* 19. *https://www.euda.europa.eu/publications/manuals/european-prevention-curriculum_en*

2019

20. *https://www.euda.europa.eu/news/2025/new-espad-survey-results_en 2025*
21. *Relazione Annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze 2025 (dati 2024) – Dipartimento delle politiche contro la droga e le altre dipendenze – Presidenza del Consiglio dei Ministri*
22. *Adele Minutillo (a), Paolo Berretta (a), Pietro Canuzzi (b), Liliana La Sala (b), Roberta Pacifici – Le dipendenze da internet - (a) Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma (b) Direzione generale della Prevenzione sanitaria, Ministero della Salute, Roma - Istituto Superiore di Sanità – 2022, ii, 118 p. Rapporti ISTISAN 22/5*
23. *DSM - 5 - TR - Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Text Revision - Raffaello Cortina Editore, 2023*
24. *Protocollo per la presa in carico di pazienti a doppia diagnosi – Mission 51 – Italian Quarterly Journal of addiction (2002)*

PP4 “Dipendenze”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Intersettorialità	Sviluppare/consolidare processi intersettoriali con soggetti esterni al sistema sanitario, istituzionali e non, che possano sostenere le azioni del PP	Accordo intersettoriale dipendenze scuola	Presenza di un Accordo regionale valido per il periodo di vigenza del PNP, formalizzato con soggetti esterni al SSR (es. ANCI; Servizi sociali territoriali; Scuola; Prefetture e Forze dell’Ordine; altre istituzioni; Associazioni di Promozione sociale; Associazioni di categoria; espressioni della società civile; ecc.), che tenga conto del Protocollo d’Intesa del 22 maggio 2024 per la prevenzione delle dipendenze in ambiente scolastico	Presenza dell'accordo				
		Accordi intersettoriali dipendenze	(Numero di Aziende Sanitarie Territoriali che hanno sottoscritto almeno un accordo territoriale in corso di validità con soggetti esterni al sistema sanitario volto a sostenere le azioni del PP) / (Numero totale di Aziende sanitarie territoriali della Regione) x 100		Almeno il 50% delle Aziende sanitarie territoriali		Almeno l'80% delle Aziende sanitarie territoriali	
Formazione	Promuovere la diffusione di conoscenze e competenze che possano sostenere le azioni del PP attraverso percorsi formativi congiunti e intersettoriali a carattere regionale per gli operatori dei servizi interessati e per altri stakeholder coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal PP	Formazione progettazione partecipata dipendenze	Numero di percorsi formativi regionali realizzati ogni anno sul tema della progettazione partecipata, a carattere congiunto e intersettoriale, rivolti a operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS), operatori dei servizi sociali territoriali e altri stakeholder coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal PP	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo

PP4 “Dipendenze”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
		Formazione prevenzione dipendenze	Numero di percorsi formativi regionali realizzati ogni anno sul tema della prevenzione delle dipendenze, a carattere congiunto e intersettoriale, rivolti a operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e i PLS), operatori dei servizi sociali territoriali e altri stakeholder coinvolti nella realizzazione delle azioni previste dal PP	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo
Formazione	Promuovere l'offerta formativa basata su European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum rivolta agli attori regionali interessati	Formazione EUPC dipendenze	Numero di percorsi formativi regionali realizzati annualmente su European drug prevention quality standards e EUPC Curriculum rivolti agli attori regionali coinvolti nel programma EUPC e Numero di formatori regionali certificati secondo gli standard del programma EUPC	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 3 formatori certificati	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo
Formazione	Promuovere la formazione sul counseling breve rivolta agli operatori dei servizi interessati per l'identificazione precoce dei segnali predittivi di addiction e dei segni e sintomi predittivi di disagio psichico	Formazione counseling breve dipendenze	Numero di percorsi formativi regionali realizzati ogni anno sul counseling breve per l'identificazione precoce dei segnali predittivi di addiction e dei segni e sintomi predittivi di disagio psichico, rivolto a operatori dei servizi sanitari e socio sanitari (inclusi i MMG e PLS), operatori dei servizi sociali territoriali	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo

PP4 “Dipendenze”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Comunicazione	Rafforzare la comunicazione finalizzata alla prevenzione delle dipendenze	Comunicazione dipendenze	Numero di interventi regionali di informazione e di marketing sociale realizzati annualmente sul tema della prevenzione delle dipendenze da sostanze e comportamenti e della riduzione delle conseguenze, come gli incidenti stradali, mirati a target e contesti specifici (ad es. amministratori, opinion leader, scuole, educatori sociali, associazioni, ecc.) e report di monitoraggio finale degli interventi realizzati	Realizzazione di almeno 1 intervento	Realizzazione di almeno 1 intervento	Realizzazione di almeno 1 intervento	Realizzazione di almeno 1 intervento	Disponibilità del report di monitoraggio degli interventi realizzati
Equità	Integrare in modo sistematico e progressivo criteri di equità nella *governance* e nella progettazione, attuazione e valutazione degli interventi, favorendo la consapevolezza sugli effetti delle prassi in termini di disuguaglianze sociali in salute	Applicazione criterio di equità	Completamento degli indicatori previsti per ciascuna annualità come da documento di traduzione operativa dell’approccio all’equità in salute nei Piani regionali della prevenzione (allegato al Piano)	Presenza Gruppo di lavoro equità e definizione Strategia equità	Descrizione di obiettivi specifici, azioni e indicatori per la strategia equità			Elaborazione di una sintesi sulle azioni per la strategia equità

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

PP4 “Dipendenze”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
(*) Attivare un sistema di monitoraggio e valutazione dei modelli di intervento supportati da evidenze (riconosciuti in BDati/Registri) a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative	**Monitoraggio e valutazione interventi dipendenze**	Disponibilità e utilizzo di un sistema di monitoraggio e valutazione regionale dei programmi riferiti a modelli di intervento evidence based implementati nelle ASL, in grado di produrre reportistica per i decisori ai diversi livelli (politico, tecnico, organizzativo)	Costruzione del sistema di monitoraggio e valutazione Regionale	Attivazione del sistema di monitoraggio e valutazione	Produzione di 1 Report quali-quantitativo di monitoraggio e valutazione (applicato su almeno due obiettivi del PP) relativo all’offerta del 100% delle ASL integrato con piano di azioni di miglioramento	Produzione di 1 Report di monitoraggio e valutazione delle azioni di miglioramento previste (effettiva attivazione di almeno il 50% delle azioni di miglioramento previste in almeno il 50% delle ASL)	Produzione di 1 Report quali-quantitativo di monitoraggio e valutazione (applicato su tutti gli obiettivi del PP) relativo all’offerta del 100% delle ASL integrato con esiti del 100% delle azioni di miglioramento previste
Diffondere sul territorio regionale l'adozione di programmi evidence-based per la prevenzione ambientale, universale, selettiva e indicata delle dipendenze al fine di consentire l’orientamento della persona verso percorsi di cura e riabilitazione, incluso il reinserimento	Documento pratiche raccomandate dipendenze	Presenza di un Documento regionale di pratiche raccomandate e sostenibili, basate sulle evidenze scientifiche, per la realizzazione dei programmi di prevenzione ambientale, universale, selettiva e indicata, al fine di consentire l’orientamento della persona verso percorsi di cura e riabilitazione, incluso il reinserimento sociale e lavorativo, che vadano oltre la riduzione del danno e la limitazione dei rischi e che includa indicazioni per il monitoraggio degli interventi	Disponibilità del documento				

PP4 “Dipendenze”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	Formula	2027	2028	2029	2030	2031
sociale e lavorativo, che vadano oltre la riduzione del danno e la limitazione dei rischi							
Implementare l'offerta di programmi di prevenzione universale, selettiva, o indicata rivolti agli adolescenti e ai giovani, orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto alle dipendenze	Programmi prevenzione dipendenze giovani	(Numero di Aziende Sanitarie territoriali che implementano Programmi di prevenzione rivolti agli adolescenti e ai giovani) / (Numero totale di Aziende sanitarie territoriali della Regione) x 100 Nota: Programmi di prevenzione: programmi di prevenzione universale, selettiva o indicata rivolti agli adolescenti, ai giovani e agli altri attori coinvolti (adulti, comunità locali, esercenti), orientati allo sviluppo di empowerment e competenze personali rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'internet addiction e gaming, in contesti extrascolastici come i luoghi del divertimento, lo sport, l'associazionismo	Almeno l'80% delle Aziende sanitarie territoriali	Almeno l'80% delle Aziende sanitarie territoriali	Almeno l'80% delle Aziende sanitarie territoriali	Almeno l'80% delle Aziende sanitarie territoriali	Almeno l'80% delle Aziende sanitarie territoriali
Implementare l'offerta di programmi di prevenzione selettiva o indicata delle dipendenze**,** anche finalizzati all’intervento precoce, declinati per ulteriori specifici gruppi vulnerabili o a rischio aumentato	Programmi prevenzione dipendenze ulteriori gruppi a rischio	(Numero di Aziende Sanitarie territoriali che implementano Programmi di prevenzione selettiva o indicata per gruppi vulnerabili o a rischio aumentato) / (Numero totale di Aziende sanitarie territoriali della Regione) x 100 Nota: Programmi di prevenzione selettiva o indicata per gruppi vulnerabili o a rischi aumentato: programmi, anche finalizzati all’ intervento precoce, declinati per ulteriori specifici gruppi vulnerabili o a rischio aumentato (es. le donne in gravidanza, gli over 65, gli stranieri)	Almeno il 50% delle Aziende sanitarie territoriali	Almeno il 50% delle Aziende sanitarie territoriali	Almeno il 50% delle Aziende sanitarie territoriali	Almeno l'80% delle Aziende sanitarie territoriali	Almeno l'80% delle Aziende sanitarie territoriali

PP4 “Dipendenze”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Implementare l'offerta di programmi finalizzati alla prevenzione del rischio e alla riduzione del danno, orientando la persona verso percorsi di cura e riabilitazione, incluso il reinserimento sociale e lavorativo, sia nell’ambito delle attività dei servizi territoriali per le dipendenze sia attraverso servizi specifici, in coerenza con i LEA	Programmi di prevenzione del rischio e riduzione del danno orientando la persona verso percorsi di cura e riabilitazione, incluso il reinserimento sociale e lavorativo	(Numero di Aziende Sanitarie territoriali che implementano Programmi di prevenzione del rischio e riduzione del danno) / (Numero totale di Aziende sanitarie territoriali della Regione) x 100 Nota: Programmi di prevenzione del rischio e riduzione del danno: programmi finalizzati alla prevenzione del rischio e alla riduzione del danno, orientando la persona verso percorsi di cura e riabilitazione, incluso il reinserimento sociale e lavorativo, sia nell’ambito delle attività dei servizi territoriali per le dipendenze sia attraverso servizi specifici (unità di strada/presidi mobili/drop in) rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio non in contatto con i servizi	Almeno il 50% delle Aziende sanitarie territoriali	Almeno l’80% delle Aziende sanitarie territoriali	Almeno l’80% delle Aziende sanitarie territoriali	Almeno l’80% delle Aziende sanitarie territoriali	Almeno l’80% delle Aziende sanitarie territoriali
Implementare l'offerta di Programmi regionali di Cultura della Sicurezza finalizzati ad adottare comportamenti più sicuri sulla strada, rivolti alla popolazione generale e giovanile, con particolare attenzione alla sensibilizzazione e informazione sui rischi connessi alla	Programma Sicurezza stradale	Definizione del Programma regionale Cultura della Sicurezza sulla strada, che comprenda corsi di formazione e iniziative di sensibilizzazione e informazione sui rischi connessi alla guida sotto effetto di alcol e di sostanze psicotrope (inclusa cannabis), rivolti alla popolazione generale e giovanile, con particolare attenzione ai contesti scolastici, e sua attuazione mediante il Numero di iniziative regionali realizzate annualmente	Disponibilità del Programma	Almeno 1 iniziativa tra quelle previste dal Programma	Almeno 1 iniziativa tra quelle previste dal Programma	Almeno 1 iniziativa tra quelle previste dal Programma	Almeno 1 iniziativa tra quelle previste dal Programma

PP4 “Dipendenze”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
guida sotto effetto di alcol / sostanze psicotrope							

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

Programma Predefinito 5

PP5 "Piano mirato di prevenzione (PMP) per la definizione di modello di monitoraggio della qualità e dell'efficacia della formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro"

TITOLO	**PP5 "Piano mirato di prevenzione (PMP) per la definizione di modello di monitoraggio della qualità e dell'efficacia della formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO4 Salute, sicurezza e benessere dei lavoratori**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	• 4.1 Programmare interventi di prevenzione per i lavoratori in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale • 4.3 Supportare la ricognizione ed eventuale redazione di linee di indirizzo per la salute e sicurezza dei lavoratori (ex art. 2, lettera z - "linee guida", D.lgs. 81/2008) da approvare in sede di Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le regioni e le PA Trento e Bolzano • 4.4 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medie e grandi aziende attività di controllo per la salute e sicurezza dei lavoratori modulate secondo approcci distinti • 4.5 Applicare alle attività di controllo per la salute e sicurezza dei lavoratori i principi dell'assistenza, dell'*empowerment* e dell'informazione, e adottare azioni di *enforcement* in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa
DESCRIZIONE	La formazione rappresenta uno degli strumenti più efficaci per la prevenzione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. La sua corretta gestione, regolamentata a livello legislativo e tecnico-metodologico, si basa su elementi essenziali: corretta interpretazione e applicazione delle norme, progettazione e realizzazione di percorsi formativi adeguati al contesto, qualificazione dei formatori e produzione della documentazione necessaria in sede di controllo da parte degli organi di vigilanza. Con l'Accordo Stato-Regioni (ASR) n. 59 del 17 aprile 2025, adottato ai sensi dell'art. 37, comma 2, del D.lgs. 81/2008, viene attribuito alla formazione in materia di salute e sicurezza un ruolo strategico. L'accordo amplia significativamente gli obblighi formativi, definendo più nel dettaglio contenuti e durata dei percorsi formativi. Introduce inoltre una nuova sezione dedicata al "Controllo delle attività formative e monitoraggio dell'applicazione dell'accordo", con attenzione particolare al "Monitoraggio e valutazione delle attività formative", orientata non solo al rispetto formale delle disposizioni, ma anche alla misurazione dell'impatto della formazione sui comportamenti di sicurezza e sulla riduzione degli infortuni. L'ASR rimanda a un atto successivo la definizione delle modalità di monitoraggio e controllo per la vigilanza sulle attività formative e sul rispetto della normativa rivolta sia ai soggetti formatori che ai destinatari. Pertanto, per questi aspetti, le ASL potranno procedere nell'ambito delle proprie competenze di assistenza e supporto con le modalità del Piano Mirato di Prevenzione. Operativamente il Programma prevede un approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, orientato ad attività di assistenza e informazione/formazione secondo il PMP, rivolte sia ai soggetti formatori sia alle figure della prevenzione. In coerenza con la Linea Strategica "Svolgimento di un controllo efficace sui Soggetti Formatori da parte della Pubblica Amministrazione", già prevista dal PNP 2020-2025, il Programma offre indicazioni per rendere la formazione un processo partecipato, capace di incidere sull'organizzazione del lavoro e contribuire alla prevenzione primaria di infortuni e malattie professionali. La finalità è superare la percezione della formazione come obbligo burocratico, promuovendo la partecipazione attiva di datori di lavoro, lavoratori, Responsabili del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSSP), Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) e medici competenti.

	Il Programma prevede in primo luogo la formazione degli operatori ASL sui contenuti dell'ASR 59/2025 e sulla erogazione della formazione obbligatoria ai sensi del D.lgs. 81/08 secondo criteri di qualità. Prevede inoltre la condivisione con i diversi stakeholder, nel rispetto dell'intersettorialità del PNP, dell'esigenza di definire criteri di qualità della formazione erogata in ambito di salute e sicurezza lavoro e di predisporre liste di autovalutazione per rilevare modalità di erogazione e gestione dei corsi. Il modello elaborato sarà reso disponibile a operatori ASL e formatori. Un ulteriore valore aggiunto del Programma è la condivisione interregionale di principi, metodologia e contenuti di un modello per il monitoraggio della qualità ed efficacia della formazione, da attuare secondo il PMP e orientato al supporto dei soggetti formatori e delle aziende.
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI	Le evidenze disponibili confermano che il quadro normativo aggiornato in materia di formazione sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, definito dal D.lgs. 81/2008 (art. 37 e seguenti) e dall'Accordo Stato-Regioni n. 59 del 17 aprile 2025, ha introdotto un sistema formativo più strutturato, omogeneo e orientato alla qualità. L'Accordo, pubblicato in G.U. Serie Generale n. 119 del 24 maggio 2025, rafforza la definizione della durata e dei contenuti minimi dei percorsi formativi, ampliando gli obblighi per datori di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori e soggetti formatori. Ulteriori elementi emergono dai recepimenti regionali, che confermano l'impatto operativo del nuovo assetto. Il Coordinamento della Commissione Salute ha inoltre pubblicato una nota con le FAQ sull'ASR 59/2025, utile per chiarire obblighi, ruoli e responsabilità dei soggetti coinvolti. Le FAQ richiamano la centralità della qualificazione dei formatori, della tracciabilità delle attività, della corretta predisposizione della documentazione ai fini dei controlli e dell'integrazione tra formazione obbligatoria e misure organizzative di prevenzione. Nel complesso, le fonti evidenziano una convergenza istituzionale verso un modello formativo basato sulla qualità, sulla misurazione dell'efficacia e sul rafforzamento della vigilanza, con un ruolo determinante delle Regioni nella declinazione operativa e nel supporto ai soggetti formatori. 1. *D.lgs. 81/2008 articolo 37 e seguenti* 2. *Accordo Stato-Regioni n. 59 del 17/04/2025, Rep. atti 59/CSR (G.U. Serie Generale n. 119 del 24/05/2025)* 3. *Regione Piemonte – D.G.R. 23/07/2025, n. 10-1413. Recepimento dell'Accordo Stato-Regioni n. 59 del 17/04/2025 in materia di formazione alla salute e sicurezza sul lavoro* 4. *Regione Lombardia, D.G.R. 4515 del 09/06/2025 (G.U. n. 119/2025)* 5. *Regione Emilia-Romagna D.G.R. n. 1085 del 7 luglio 2025 "Accordo Stato-Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano 17 aprile 2025 relativo a percorsi formativi in materia di salute e sicurezza sul lavoro - art. 37, comma 2, D.lgs. 81/2008 e s.m.i. - Disposizioni attuative per la formazione* 6. *Coordinamento Commissione Salute nota prot. ad oggetto: Accordo n. 59 del 17 aprile 2025 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome, finalizzato alla individuazione della durata e dei contenuti minimi dei percorsi formativi in materia di salute e sicurezza, di cui al medesimo Decreto Legislativo n. 81/2008 – (FAQ).*

PP5 “Piano mirato di prevenzione (PMP) per la definizione di modello di monitoraggio della qualità e dell’efficacia della formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro”

Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		**Indicatori di monitoraggio e standard annuali**						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Intersettorialità	**(*)** Assicurare il confronto strutturato con Enti e Parti Sociali su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione nell’ambito del Comitato di Coordinamento di cui all’art. 7 del D.lgs. 81/2008, relativamente ai contenuti dell'ASR 59/2025	**Operatività dei Comitati di Coordinamento ex Art. 7 - ASR 59/2025**	Numero di incontri annuali di confronto con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo, informazione nell’ambito dei tavoli territoriali del Comitato regionale ex art. 7 del d. Lgs.81/08, che comprenda una documentata condivisione degli obiettivi e delle strategie dell'ASR 59/2025	Almeno 2 incontri documentabili attraverso i relativi verbali	Almeno 2 incontri documentabili attraverso i relativi verbali	Almeno 2 incontri documentabili attraverso i relativi verbali	Almeno 2 incontri documentabili attraverso i relativi verbali	Almeno 2 incontri documentabili attraverso i relativi verbali
Formazione	Promuovere la diffusione di conoscenze e competenze che favoriscano la professionalizzazione degli operatori delle ASL e delle Istituzioni coinvolte in merito ai contenuti dell'ASR 59/2025	Formazione operatori ASR 59/2025	Numero di eventi formativi a carattere regionale, secondo i criteri definiti in ambito interregionale, realizzati annualmente per gli operatori delle ASL e delle Istituzioni coinvolte sui contenuti dell’ASR 59/2025 e sulle caratteristiche di una formazione di qualità	Almeno 1 evento formativo				Almeno 1 evento formativo
Comunicazione	Realizzare iniziative di comunicazione rivolte agli *stakeholder* sui contenuti dell'ASR 59/2025	Comunicazione ASR 59/2025	Numero di campagne informative e di comunicazione a livello regionale realizzate			Almeno 1	Almeno 1	Almeno 1

PP5 “Piano mirato di prevenzione (PMP) per la definizione di modello di monitoraggio della qualità e dell’efficacia della formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro”

Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
			annualmente, anche tramite la diffusione di materiale documentale, sui contenuti dell’ASR 59/2025 e sulle caratteristiche di una formazione di qualità					
Equità	Integrare in modo sistematico e progressivo criteri di equità nella *governance* e nella progettazione, attuazione e valutazione degli interventi, favorendo la consapevolezza sugli effetti delle prassi in termini di disuguaglianze sociali in salute	Applicazione criterio di equità	Completamento degli indicatori previsti per ciascuna annualità come da documento di traduzione operativa dell’approccio all’equità in salute nei Piani regionali della prevenzione (allegato al Piano)	Presenza Gruppo di lavoro equità e definizione Strategia equità	Descrizione di obiettivi specifici, azioni e indicatori per la strategia equità			Elaborazione di una sintesi sulle azioni per la strategia equità

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

PP5 “Piano mirato di prevenzione (PMP) per la definizione di modello di monitoraggio della qualità e dell’efficacia della formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro”

Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Promuovere l’approccio proattivo dei Servizi ASL deputati alla tutela della salute e sicurezza del lavoratore, al fine di favorire un processo che migliori la qualità della formazione in tema di SSL, in accordo con i contenuti dell’ASR 59/2025, attraverso il supporto e l'assistenza ai soggetti formatori e alle aziende (ovvero ai datori di lavoro) sulla definizione di un modello di monitoraggio della qualità e dell’efficacia della formazione, da attuare secondo le modalità del Piano Mirato di Prevenzione	Progettazione attività volte all’attuazione dell’ASR 59/2025	Numero di atti regionali predisposti e adottati che diano evidenza della progettazione delle attività volte all’attuazione dell’ASR 59/2025, anche attraverso lo sviluppo di questionari di autovalutazione volti alla misurazione della qualità e dell’efficacia della formazione secondo le modalità del Piano Mirato di Prevenzione	Adozione di almeno 1 atto				
	Formazione sull'ASR 59/2025	Numero di eventi formativi realizzati annualmente a livello delle aziende sanitarie territoriali rivolti ai soggetti deputati alla formazione in materia di SSL sui contenuti dell’ASR 59/2025 e sulle caratteristiche di una formazione di qualità		Almeno 1	Almeno 1	Almeno 1	Almeno 1
	Implementazione dell’ASR 59/2025	(Numero di Aziende sanitarie territoriali che implementano, attraverso il supporto e l'assistenza ai soggetti formatori e alle aziende (ovvero ai datori di lavoro), un modello di monitoraggio della qualità e dell’efficacia della formazione, secondo le modalità del Piano Mirato di Prevenzione) / (Numero totale di Aziende sanitarie territoriali della regione) x 100			Almeno il 25% delle Aziende sanitarie territoriali	Almeno il 50 % delle Aziende sanitarie territoriali	Almeno il 75 % delle Aziende sanitarie territoriali

PP5 “Piano mirato di prevenzione (PMP) per la definizione di modello di monitoraggio della qualità e dell’efficacia della formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro”

Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
	Report sulle attività relative all'ASR 59/2025	Realizzazione di un report regionale annuale che, attraverso la valutazione dei risultati raggiunti rispetto ai risultati attesi, dia evidenza delle attività di vigilanza, controllo o assistenza prestate verso i soggetti deputati alla formazione dei lavoratori				Disponibilità del report	Disponibilità del report

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

Programma Predefinito 6

PP6 "Prevenzione del rischio cancerogeno e reprotossico professionale, del sovraccarico biomeccanico e dei rischi psicosociali"

TITOLO	**PP6 "Prevenzione del rischio cancerogeno e reprotossico professionale, del sovraccarico biomeccanico e dei rischi psicosociali"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO4 - Salute, sicurezza e benessere dei lavoratori**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	• 4.2 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori • 4.4 Assicurare alle micro e piccole aziende ed alle medie e grandi aziende attività di controllo per la salute e sicurezza dei lavoratori modulate secondo approcci distinti • 4.5 Applicare alle attività di controllo per la salute e sicurezza dei lavoratori i principi dell'assistenza, dell'*empowerment* e dell'informazione, e adottare azioni di *enforcement* in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa • 4.8 Potenziare la rete di collaborazione tra tutti i professionisti sanitari, in particolare fra medici del lavoro (dei servizi territoriali, ospedalieri, universitari e liberi professionisti), medici specialisti delle diverse discipline e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total Worker Health • 4.9 Incentivare, orientare e monitorare le azioni per la tutela della salute più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore integrando gli approcci *Occupational Safety and Health* (OSH) e *Health Promotion* (HP) • 4.10 Assicurare, ove richiesta, la sorveglianza sanitaria degli ex esposti a cancerogeni occupazionali • 4.11 Perseguire le disponibilità dei dati sanitari negli archivi regionali con le storie lavorative INPS • 4.12 Attuare il comma 5 dell'articolo 244 del d.lgs. 81/08 in merito alla registrazione dei tumori attribuibili ad esposizioni lavorative e degli effetti nocivi sulla funzione sessuale e sulla fertilità", nel rispetto delle norme per il trattamento dei dati. • 4.13 Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti a rischi lavoro correlati e i Sistemi MALPROF e MAREL • 1.11 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità • 5.5 Rafforzare la sicurezza chimica e la sostenibilità dei prodotti • 5.6 Programmare, realizzare e documentare attività in tema di sicurezza e qualità nelle esposizioni mediche che impiegano radiazioni ionizzanti e promuovere interventi informativi nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, naturali e antropiche
DESCRIZIONE	Il mondo del lavoro è caratterizzato da continui cambiamenti dovuti all'introduzione di nuove tecnologie, sostanze, processi produttivi e forme di occupazione. In questo contesto è necessario mantenere alta l'attenzione su tre aree di danno spesso sottostimate ma prioritarie: tumori di origine professionale, patologie muscolo-scheletriche e rischi psicosociali, considerando anche l'invecchiamento dei lavoratori e le differenze di genere. L'INAIL conferma un trend pressoché continuo di crescita delle malattie professionali dal 2000, con l'eccezione del 2020 per la pandemia da Covid-19: le 88.000 denunce del 2024 (+21,8% sul 2023) rappresentano il dato più elevato degli ultimi 50 anni. A livello globale, l'OIL (Organizzazione Internazionale del Lavoro) stima che i tumori causino il 32% dei decessi lavoro-correlati; in Europa la percentuale sale al 53%, pari a 60.000–100.000 morti l'anno. Nonostante l'aumento delle denunce, diminuisce la

	percentuale di riconoscimento INAIL, soprattutto per la difficoltà di stabilire il nesso causale tra esposizione lavorativa e molte neoplasie. Occorre quindi approfondire la conoscenza del fenomeno e favorire l'emersione dei casi di neoplasia di origine professionale (in particolare a bassa frazione eziologica), anche tramite studi epidemiologici e flussi informativi efficienti e conformi alla normativa sulla protezione dei dati (DPIA), che prevedano il concreto coinvolgimento dei COR regionali; ciò anche al fine di implementare i Registri Nazionali attualmente attivi. Le attività di controllo e i Piani Mirati di Prevenzione (PMP), coordinati dal gruppo interregionale, devono garantire la diffusione di linee di indirizzo e misure di prevenzione efficaci. Il Programma prevede inoltre l'uso dei PMP per i rischi da sostanze reprotossiche, recentemente introdotti nel quadro normativo modificato del D.lgs. 81/08. I. I danni da esposizione a sovraccarico biomeccanico restano quelli di gran lunga più frequenti nella casistica denunciata ad INAIL: si tratta fondamentalmente di patologie muscolo-scheletriche (con prevalenza di disturbi dei tessuti molli-epicondiliti, lesioni della spalla) e dorsopatie (ernie e degenerazioni dei dischi intervertebrali), oltre alle neuropatie periferiche (sindrome del tunnel carpale, etc..). Tra il 2020 e il 2024 le denunce per queste patologie sono cresciute da 36.068 a 73.214, un aumento legato a ritmi lavorativi intensificati, ripetitività dei movimenti, riduzione dei tempi di recupero, ma anche a maggior consapevolezza dei lavoratori e progressi diagnostici. Contribuiscono inoltre l'invecchiamento della forza lavoro e lo stress, che può alterare la risposta neuroendocrina al carico fisico. In continuità con il PNP 2020-2025, saranno rafforzate linee di indirizzo per la valutazione e gestione del rischio anche nel settore sanitario, con particolare attenzione all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), alla formazione degli operatori ASL, ai controlli in modalità PMP e alla promozione dei flussi tra ospedale e territorio per patologie come ernia discale lombare e tunnel carpale, allo scopo di favorire la ricerca attiva delle malattie professionali MSK. I rischi psicosociali, tra cui lo stress lavoro-correlato, restano un tema centrale. Secondo EU-OSHA, il 27% dei lavoratori riferisce stress, ansia o depressione legati al lavoro e il 16% (fino al 30% in sanità) segnala episodi di violenza o abusi verbali. La mancata gestione di questi rischi può portare a stress cronico e burnout, soprattutto se non si interviene su organizzazione del lavoro, uso delle tecnologie, lavoro da remoto e prevenzione di molestie interne o esterne. Le denunce di disturbi psichici restano basse e probabilmente sottostimate: tra il 2019 e il 2023 si sono ridotte del 48%. Il disturbo di adattamento cronico ha un tasso di riconoscimento inferiore all'8%, mentre il disturbo post-traumatico da stress supera il 50%. In linea con il precedente PNP, il Programma prevede azioni di rafforzamento per migliorare la gestione dei rischi psicosociali nelle organizzazioni di lavoro.
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI	Le evidenze disponibili delineano un quadro in cui i rischi emergenti nei luoghi di lavoro richiedono un rafforzamento sistematico delle misure di prevenzione. La digitalizzazione introduce nuove forme di rischio, mentre i dati europei confermano un aumento dei fattori psicosociali, inclusi stress e violenza, soprattutto nel settore sanitario. Persistono elevati livelli di esposizione a sovraccarico biomeccanico e movimenti ripetuti, con particolare impatto muscolo-scheletrico nei comparti socio-sanitari. Parallelamente, l'aggiornamento delle normative su agenti cancerogeni, mutageni e sostanze pericolose, insieme ai nuovi valori limite e alle evidenze scientifiche su rischi riproduttivi e interferenti endocrini, sottolinea la necessità di una gestione più rigorosa delle esposizioni chimiche. Il rafforzamento dei sistemi di sorveglianza, dei registri espositivi e delle strategie di biomonitoraggio rappresenta un elemento cruciale per garantire interventi tempestivi e una tutela più efficace dei lavoratori. 1. *EU-OSHA – Campagna "Ambienti di lavoro sani e sicuri" 2023-25: Salute e sicurezza nell'era digitale. Documento europeo chiave sui rischi emergenti legati alla digitalizzazione.* 2. *EU-OSHA – Flash Eurobarometer OSH-Pulse (2022). Indagine fondamentale sulle percezioni dei lavoratori europei in tema di rischi psicosociali.* 3. *ITWH – Sistema gestionale per il benessere e il Total Worker Health (Regione Lombardia). Riferimento nazionale per programmi integrati su salute e benessere organizzativo.*

	4. *Linee di indirizzo per la prevenzione e gestione della violenza sugli operatori sanitari – Regioni Toscana ed Emilia-Romagna. Documenti principali per la gestione del rischio di violenza in sanità.* 5. *Decreto 15 novembre 2023 – Aggiornamento dell'elenco delle malattie professionali. Atto normativo essenziale per l'inquadramento diagnostico e assicurativo.* 6. *Linee di indirizzo per la sorveglianza dei soggetti esposti a sovraccarico biomeccanico – GTI SSLL.* 7. *Linee di indirizzo per la prevenzione delle patologie muscolo-scheletriche da movimenti ripetuti – GTI SSLL + Manuale INAIL sul rischio stress lavoro-correlato. Documenti tecnici fondamentali per MSK e rischi psicosociali.* 8. *D.lgs. 4 settembre 2024, n. 135 – Recepimento direttiva UE 2022/431 su agenti cancerogeni e mutageni. Riferimento normativo centrale sull'aggiornamento delle tutele per esposizioni CMR.* 9. *INAIL DiMEILA – Sostanze pericolose: valori limite e di riferimento (Factsheet 28 luglio 2025). Fonte primaria per la valutazione delle esposizioni chimiche.* 10. *INAIL – Agenti cancerogeni e mutageni. Lavorare sicuri (20.03.2024).* 11. *INAIL – Linea guida/Monografia sulle sostanze reprotossiche. Documento cruciale dopo l'aggiornamento normativo del D.lgs. 81/08.* 12. *INAIL SIREP – Registri di esposizione (Analisi dati 1994-2021, pubbl. 2023).* 13. *Claessens T. et al., 2025 – Risk assessment and management of chemical hazards for pregnant workers. Revisione europea centrale per rischio riproduttivo e gravidanza.* 14. *Moghazy M. et al., 2025 – Review tossicologica sui ftalati (IJMS). Importante base scientifica sui principali interferenti endocrini.* 15. *OECD (2024) – Occupational biomonitoring: guidance document. Documento internazionale di riferimento per il biomonitoraggio occupazionale.* 16. *EU-OSHA (2025) – Disturbi muscolo-scheletrici nel settore socio-sanitario. Studio particolarmente rilevante per i settori ad alta prevalenza di MSK.*

PP6 "Prevenzione del rischio cancerogeno e reprotossico professionale, del sovraccarico biomeccanico e dei rischi psicosociali"
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Intersettorialità	**(*)** Assicurare il confronto strutturato con Enti e Parti Sociali su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell'ambito del Comitato di Coordinamento di cui all'art. 7 del D.lgs. 81/2008 sul tema dei rischi specifici	**Operatività Comitati regionali ex art. 7 - rischi cancerogeno, ergonomico e psicosociale**	Numero di incontri annuali di confronto con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo, informazione nell'ambito del Comitato regionale ex art. 7 del D.Lgs.81/08, che comprenda una documentata condivisione degli obiettivi e delle strategie dei PMP	Almeno 2 incontri documentabili attraverso i relativi verbali	Almeno 2 incontri documentabili attraverso i relativi verbali	Almeno 2 incontri documentabili attraverso i relativi verbali	Almeno 2 incontri documentabili attraverso i relativi verbali	Almeno 2 incontri documentabili attraverso i relativi verbali
Formazione	Formare gli operatori dei Servizi delle ASL e le figure aziendali della prevenzione su temi prioritari, al fine di rendere più efficaci e proattive le attività di controllo e assistenza sul tema dei rischi specifici	Formazione valutazione del rischio cancerogeno, ergonomico e psicosociale	Numero di eventi formativi specifici a carattere regionale realizzati annualmente su temi prioritari inerenti alle metodologie di valutazione e gestione del rischio (cancerogeno, ergonomico, psicosociale)	Almeno 1 evento formativo	Almeno 1 evento formativo	Almeno 1 evento formativo	Almeno 1 evento formativo	Almeno 1 evento formativo
Comunicazione	Realizzare iniziative di comunicazione relative alla prevenzione dei rischi (cancerogeno,	Campagne informative rischio cancerogeno,	Numero di campagne informative e di comunicazione a carattere regionale realizzate annualmente in tema di rischi (cancerogeno, ergonomico, psicosociale) per la		Almeno 1		Almeno 1	

PP6 "Prevenzione del rischio cancerogeno e reprotossico professionale, del sovraccarico biomeccanico e dei rischi psicosociali"
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
	ergonomico, psicosociale) rivolte a tutti gli attori della prevenzione aziendale (compresi consulenti, igienisti industriali)	ergonomico e psicosociale	salute e sicurezza nei luoghi di lavoro					
		Diffusione documentazione rischi cancerogeno, ergonomico e psicosociale	Diffusione nei portali web istituzionali e, qualora possibile, in quelli degli *stakeholder* dei documenti prodotti nell'ambito della realizzazione del presente PP	Disponibilità documenti aggiornati su siti web istituzionali		Disponibilità documenti aggiornati su siti web istituzionali		Disponibilità documenti aggiornati su siti web istituzionali
Equità	Integrare in modo sistematico e progressivo criteri di equità nella *governance* e nella progettazione, attuazione e valutazione degli interventi, favorendo la consapevolezza sugli effetti delle prassi in termini di disuguaglianze sociali in salute	Applicazione criterio di equità	Completamento degli indicatori previsti per ciascuna annualità come da documento di traduzione operativa dell'approccio all'equità in salute nei Piani regionali della prevenzione (allegato al Piano)	Presenza Gruppo di lavoro equità e definizione Strategia equità	Descrizione di obiettivi specifici, azioni e indicatori per la strategia equità			Elaborazione di una sintesi sulle azioni per la strategia equità

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

PP6 “Prevenzione del rischio cancerogeno e reprotossico professionale, del sovraccarico biomeccanico e dei rischi psicosociali”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Definire in maniera partecipata strategie di intervento (controllo e assistenza) mirate al contrasto dei rischi cancerogeno, ergonomico e psicosociale per favorire l’estensione, l’omogeneità sul territorio nazionale delle attività di controllo, di informazione e di assistenza avvalendosi di strumenti efficaci, quali il Piano Mirato di Prevenzione (PMP)	Buone pratiche rischi cancerogeno, ergonomico e psicosociale	Realizzazione, revisione o aggiornamento di un documento regionale di buone pratiche condivise e scheda di autovalutazione, strutturato secondo le specifiche del PMP, per lo specifico rischio, con assistenza alle imprese in merito ai documenti e monitoraggio dell’attuazione PMP nell’ambito dell’attività di vigilanza	Disponibilità del documento buone pratiche e relative schede				
	Formazione rischi cancerogeno, ergonomico e psicosociale	Numero di eventi formativi realizzati annualmente su base regionale rivolti agli operatori e ai referenti delle imprese in merito ai contenuti del documento		Almeno 1	Almeno 1		
	Monitoraggio rischi cancerogeno, ergonomico e psicosociale	Report regionale annuale che dia evidenza delle attività di vigilanza, controllo e assistenza per l'implementazione del documento regionale di buone pratiche condivise per lo specifico rischio, evidenziando eventuali criticità e ambiti di miglioramento				Disponibilità del report	Disponibilità del report
Promuovere qualità, appropriatezza ed efficacia della sorveglianza sanitaria svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 D.lgs. 81/08)	Buone pratiche Sorveglianza Sanitaria rischi cancerogeno, ergonomico e psicosociale	Realizzazione/aggiornamento di un documento regionale di buone pratiche condivise inerenti alla sorveglianza sanitaria in presenza dei rischi in questione e creazione di apposite liste di controllo valutative dei protocolli sanitari	Realizzazione /aggiornamento del documento di buone pratiche	Realizzazione liste di controllo per ciascuna tipologia di rischio			
	Monitoraggio Sorveglianza Sanitaria rischi cancerogeno, ergonomico e psicosociale	(N. di controlli nelle aziende in cui è stata verificata l'applicazione delle buone pratiche e della lista di controllo valutativa) / (N. di controlli effettuati nelle aziende aderenti allo specifico Piano mirato) x 100				Almeno il 30%	Almeno il 50%

PP6 "Prevenzione del rischio cancerogeno e reprotossico professionale, del sovraccarico biomeccanico e dei rischi psicosociali"

Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
	Report art. 40, allegato 3B	Realizzazione di un report annuale regionale delle informazioni acquisite ai sensi dell'articolo 40 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, secondo il modello definito dall'Allegato 3B del medesimo decreto.	Disponibilità del report	Disponibilità del report	Disponibilità del report	Disponibilità del report	Disponibilità del report
Favorire lo sviluppo di iniziative volte alla prevenzione e al contrasto del fenomeno della violenza sugli operatori sanitari, anche attraverso il coinvolgimento degli *stakeholder*	Prevenzione violenza operatori sanitari	Numero di iniziative regionali realizzate annualmente volte alla prevenzione e al contrasto del fenomeno della violenza sugli operatori sanitari	Almeno 1		Almeno 1		Almeno 1

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

Programma Predefinito 7

PP7 "Prevenzione in edilizia, agricoltura e nell'utilizzo sicuro di macchine e attrezzature di lavoro"

TITOLO	**PP7 "Prevenzione in Edilizia, Agricoltura e nell'utilizzo sicuro di macchine e attrezzature di lavoro"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO4 Salute, sicurezza e benessere dei lavoratori**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	• 4.1 Programmare interventi di prevenzione per i lavoratori in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale • 4.2 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori • 4.5 Applicare alle attività di controllo per la salute e sicurezza dei lavoratori i principi dell'assistenza, dell'*empowerment* e dell'informazione, e adottare azioni di *enforcement* in relazione alla capacità ed alla motivazione dell'impresa • 4.8 Potenziare la rete di collaborazione tra tutti i professionisti sanitari, in particolare fra medici del lavoro (dei servizi territoriali, ospedalieri, universitari e liberi professionisti), medici specialisti delle diverse discipline e MMG, per la tutela della salute del lavoratore in un'ottica di Total Worker Health • 4.9 Incentivare, orientare e monitorare le azioni per la tutela della salute più strettamente connesse alla salute globale del lavoratore integrando gli approcci *Occupational Safety and Health* (OSH) e *Health Promotion* (HP) • 4.11 Perseguire le disponibilità dei dati sanitari negli archivi regionali con le storie lavorative INPS • 4.13 Assicurare la fruibilità delle informazioni che compongono il Registro degli esposti a rischi lavoro correlati e i Sistemi MALPROF e MAREL • 1.11 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità • 5.5 Rafforzare la sicurezza chimica e la sostenibilità dei prodotti • 5.6 Programmare, realizzare e documentare attività in tema di sicurezza e qualità nelle esposizioni mediche che impiegano radiazioni ionizzanti e promuovere interventi informativi nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, naturali e antropiche
DESCRIZIONE	Agricoltura ed edilizia sono tra i settori con maggiore esposizione al rischio infortuni. In agricoltura, il tasso nazionale di incidenza mostra una progressiva riduzione nell'ultimo decennio, mentre nelle costruzioni permane relativamente stabile, sebbene in lieve diminuzione. I due comparti presentano criticità comuni: • un'elevata presenza di lavoratori stranieri, che richiede azioni di prevenzione sensibili alle differenze linguistiche e culturali; • una forte prevalenza di micro e piccole imprese, incluse molti lavoratori autonomi, con diversa capacità di partecipazione alle iniziative di prevenzione; • il rischio crescente legato a ondate di calore e radiazione solare; • la forte dinamicità e continua modificazione dell'ambiente di lavoro. Le modalità di accadimento più frequenti degli infortuni mortali comprendono le cadute dall'alto e la perdita di controllo dei mezzi, spesso con ribaltamento. L'invecchiamento della forza lavoro e il rientro in attività di pensionati possono peggiorare gli indici infortunistici. Ulteriori criticità

	derivano dall'ampio uso di macchine e attrezzature anche in altri comparti, con infortuni legati a uso scorretto, difetti di sicurezza o manutenzione inadeguata (trattori, carrelli elevatori, piattaforme di lavoro elevabili, apparecchi in pressione, ecc.). Nel quadro istituzionale del Titolo I, Capo II del D.lgs. 81/08, i cosiddetti Piani Nazionali hanno consolidato una strategia specifica di prevenzione dei rischi in agricoltura ed edilizia, rafforzando efficacia ed efficienza degli interventi delle ASL nelle aziende del comparto. In edilizia risulta prioritario orientare vigilanza e prevenzione verso i cantieri a più alto rischio, in particolare per lavori in prossimità di scavi, attività in quota e ambienti confinati. In tale ottica, alcune attività di intelligence, sviluppate a livello regionale, includono l'uso di algoritmi basati su banche dati per classificare i cantieri secondo fasce di rischio: esempio di riferimento è l'algoritmo Ca.Ri.Ca della Regione Lombardia (PL17, PRP 2020-2025). Il contrasto agli infortuni e alle patologie lavoro-correlate si sviluppa anche tramite i Piani Mirati di Prevenzione (PMP), strumenti partecipativi territoriali di assistenza e supporto alle imprese che integrano assistenza e vigilanza, coinvolgendo imprese accomunate dallo stesso rischio e diffondendo buone prassi e soluzioni tecniche. I PMP devono adattarsi alla forte mobilità delle imprese, dei lavoratori stagionali e alla rapida evoluzione dei lavori, includendo interventi mirati sull'uso sicuro delle macchine (verifiche RES anche in occasione fieristiche), sulla manutenzione e sulle verifiche periodiche, con estensione anche ad altri comparti caratterizzati da un uso intensivo di attrezzature. Il Programma prevede l'attuazione di un PMP congiunto che coinvolga edilizia, agricoltura e altri settori ad alto rischio infortunistico associato a diffuso utilizzo di macchine e attrezzature, attuando azioni basate su evidenze di efficacia e Buone Pratiche. È prevista inoltre la produzione e l'aggiornamento di materiale informativo e buone prassi, pubblicati sui portali istituzionali www.prevenzionecantieri.it e www.prevenzioneagricoltura.it. Le attività formative e di sensibilizzazione comprendono anche iniziative dedicate ai rischi da calore e radiazione solare, rivolte a gruppi specifici, inclusi gli studenti.
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI	Questa raccolta di documenti offre un quadro sistematico e aggiornato sulle strategie di prevenzione degli infortuni nei comparti agricolo ed edile. Il materiale comprende riferimenti normativi, linee guida tecniche e strumenti operativi che approfondiscono i principali rischi emergenti, le evoluzioni in materia di sorveglianza sanitaria, l'impiego sicuro delle attrezzature e le misure di tutela da adottare in presenza di condizioni climatiche avverse. Le diverse fonti, prodotte da istituzioni nazionali e regionali, enti tecnici, organismi professionali e strutture di monitoraggio, contribuiscono a delineare un impianto conoscitivo coerente e funzionale alle attività di prevenzione, vigilanza e formazione. Nel loro insieme costituiscono un supporto metodologico e operativo utile per orientare politiche e interventi volti a migliorare la sicurezza nei luoghi di lavoro e a rafforzare la capacità delle imprese di gestire efficacemente i fattori di rischio caratteristici dei due settori. 1. *www.prevenzioneagricoltura.it – Portale istituzionale di riferimento per la sicurezza in agricoltura.* 2. *Linee Guida Sorveglianza sanitaria in Agricoltura e Selvicoltura. La semplificazione per i lavoratori a tempo determinato e stagionali Buone pratiche organizzative ed operative – Rev. 2 – Aprile 2025.* 3. *Osservatorio infortuni gravi e mortali in Agricoltura – INAIL / GTI SSL (Settembre 2025) – Documento cruciale per la conoscenza epidemiologica del comparto.* 4. *Decreto 9 luglio 2025 – Misure per le emergenze climatiche – Rilevante per rischio calore e cambiamenti climatici.* 5. *Linee di indirizzo su calore e radiazione solare – Regioni (19 giugno 2025) – Testo essenziale per la tutela da calore e UV.* 6. *Circolare MLPS n. 2 del 13 febbraio 2025 – Lavori su alberi con funi – Riferimento tecnico specialistico.*

	7. *Attrezzature di lavoro in uso nel settore agricolo o forestale - I requisiti essenziali di sicurezza - GTI SSL 13 gennaio 2023.* 8. *Adeguamento dei trattori agricoli o forestali ai requisiti minimi di sicurezza per l'uso delle attrezzature di lavoro di cui all'allegato V del D.Lgs. 81/08 - INAIL edizione 2011.* 9. *www.prevenzionecantieri.it – Portale nazionale per la sicurezza nei cantieri edili.* 10. *Regione Lombardia – Linee guida sorveglianza sanitaria in edilizia (Decreto n. 1817, 13/02/2025) – Rilevante per il settore edile.* 11. *INAIL, Macchine per cantiere e costruzione – Collana ricerche (marzo 2024) – Riferimento di alto valore tecnico per la sicurezza delle macchine da cantiere.* 12. *Documento sulla documentazione di cantiere – CNI (circolare 209/2024) – Essenziale per il ruolo del Coordinatore della Sicurezza.* 13. *Linee di indirizzo per la vigilanza nei cantieri temporanei o mobili – GTI SSL – Linee guida fondamentali per l'attività ispettiva.* 14. *Liste di controllo nei cantieri edili – GTI SSL – Strumento operativo chiave.* 15. *Linee di indirizzo per la vigilanza nelle grandi opere – GTI SSL – Riferimento importante per cantieri complessi.* 16. *Linee guida per la valutazione del rischio da ordigni bellici inesplosi – CNI (2024) – Necessarie nei territori a rischio UXO.*

PP7 “Prevenzione in edilizia, agricoltura e nell’utilizzo sicuro di macchine e attrezzature di lavoro”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Intersettorialità	**(*)** Assicurare il confronto strutturato con Enti e Parti Sociali su obiettivi e strumenti per le attività di prevenzione, controllo e informazione, nell’ambito del Comitato di Coordinamento di cui all’art. 7 del D.lgs. 81/2008, con particolare attenzione ai rischi specifici connessi ai comparti edilizia, agricoltura e delle aziende in cui si utilizzano macchine e attrezzature	**Operatività dei Comitati di Coordinamento ex Art. 7 - edilizia, agricoltura, macchine**	Numero di incontri annuali di confronto con le parti sociali e datoriali su obiettivi e strumenti utilizzati per le attività di prevenzione, vigilanza e controllo, informazione nell’ambito dei tavoli territoriali del Comitato regionale ex art. 7 del DLgs.81/08, che comprenda una documentata condivisione degli obiettivi e delle strategie nei settori agricoltura, edilizia e delle aziende in cui si utilizzano macchine e attrezzature	Almeno 2 incontri documentabili attraverso i relativi verbali	Almeno 2 incontri documentabili attraverso i relativi verbali	Almeno 2 incontri documentabili attraverso i relativi verbali	Almeno 2 incontri documentabili attraverso i relativi verbali	Almeno 2 incontri documentabili attraverso i relativi verbali
Formazione	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano la professionalizzazione degli operatori delle ASL per il contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico	Formazione contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico	Numero di eventi formativi a carattere regionale, secondo i criteri definiti in ambito interregionale, realizzati annualmente per gli operatori delle ASL, sul contrasto del fenomeno infortunistico e tecnopatico, anche con riferimento alle buone prassi condivise inerenti alla sorveglianza sanitaria	Almeno 1 evento formativo	Almeno 1 evento formativo	Almeno 1 evento formativo	Almeno 1 evento formativo	Almeno 1 evento formativo

PP7 “Prevenzione in edilizia, agricoltura e nell’utilizzo sicuro di macchine e attrezzature di lavoro”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Comunicazione	Realizzare iniziative di comunicazione, tenendo conto delle differenze culturali e linguistiche dei lavoratori, nei settori edilizia e agricoltura e in eventuali altri settori accomunati da utilizzo di attrezzature e macchine.	Campagne informative edilizia, agricoltura, macchine	Numero di campagne informative e di comunicazione a carattere regionale realizzate annualmente in tema di rischi per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro nei settori edilizia e agricoltura e in altri settori accomunati da utilizzo di attrezzature e macchine, tenendo conto delle differenze culturali e linguistiche dei lavoratori	Almeno 1	Almeno 1	Almeno 1	Almeno 1	Almeno 1
Comunicazione	Favorire la diffusione, attraverso i portali web istituzionali, di documenti di indirizzo orientati all’evoluzione/miglioramento dell’approccio organizzativo delle aziende per la gestione dei rischi	Diffusione documentazione edilizia, agricoltura, macchine	Diffusione nei portali web istituzionali e, qualora possibile, in quelli degli stakeholder dei documenti prodotti, orientati all’evoluzione/miglioramento dell’approccio organizzativo delle aziende per la gestione dei rischi nei settori edilizia e agricoltura e nei settori accomunati da utilizzo di attrezzature e macchine	Disponibilità documenti aggiornati su siti web istituzionali		Disponibilità documenti aggiornati su siti web istituzionali		Disponibilità documenti aggiornati su siti web istituzionali
Equità	Integrare in modo sistematico e progressivo criteri di equità nella *governance* e nella progettazione, attuazione e	Applicazione criterio di equità	Completamento degli indicatori previsti per ciascuna annualità come da documento di traduzione operativa dell’approccio all’equità in	Presenza Gruppo di lavoro equità e definizione	Descrizione di obiettivi specifici, azioni e indicatori per			Elaborazione di una sintesi sulle azioni per la

PP7 “Prevenzione in edilizia, agricoltura e nell’utilizzo sicuro di macchine e attrezzature di lavoro”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
	valutazione degli interventi, favorendo la consapevolezza sugli effetti delle prassi in termini di disuguaglianze sociali in salute		salute nei Piani regionali della prevenzione (allegato al Piano)	Strategia equità	la strategia equità			strategia equità

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

PP7 “Prevenzione in edilizia, agricoltura e nell’utilizzo sicuro di macchine e attrezzature di lavoro”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Promuovere le attività di vigilanza, controllo e assistenza alle imprese, anche applicando alle attività di controllo i principi dell’assistenza, dell’*empowerment* e dell’informazione, e contrastare l’utilizzo di macchine e attrezzature da lavoro non conformi o prive dei Requisiti Essenziali di Sicurezza	Programmazione attività di vigilanza, controllo e assistenza	Numero di atti aziendali di recepimento della programmazione regionale annuale delle attività di vigilanza, controllo e assistenza in rapporto al numero di aziende agricole presenti sul territorio (privilegiando le micro-imprese) e di imprese edili presenti sul territorio, nonché delle attività di controllo e vigilanza di macchine e attrezzature di lavoro (artt. 70 e 71 D.lgs. 81/08) in rapporto al numero di aziende che utilizzano macchine e attrezzature di lavoro e di segnalazioni ex art. 70 c. 4	Almeno 1 in ciascuna azienda sanitaria territoriale	Almeno 1 in ciascuna azienda sanitaria territoriale	Almeno 1 in ciascuna azienda sanitaria territoriale	Almeno 1 in ciascuna azienda sanitaria territoriale	Almeno 1 in ciascuna azienda sanitaria territoriale
	Reportistica attività di vigilanza, controllo e assistenza	Report annuale aziendale che dia evidenza delle attività di vigilanza, controllo e assistenza in rapporto al numero di aziende agricole presenti sul territorio (privilegiando le micro-imprese) e di imprese edili presenti sul territorio, nonché delle attività di controllo e vigilanza di macchine e attrezzature di lavoro (artt. 70 e 71 D.lgs. 81/08) in rapporto al numero di sanzioni e di segnalazioni ex art. 70 c. 4 effettuate negli anni precedenti, evidenziando eventuali criticità e ambiti di miglioramento		Disponibilità del report in ciascuna azienda sanitaria territoriale	Disponibilità del report in ciascuna azienda sanitaria territoriale	Disponibilità del report in ciascuna azienda sanitaria territoriale	Disponibilità del report in ciascuna azienda sanitaria territoriale
Definire e applicare strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) mirate al contrasto di un rischio e/o di una esposizione tra quelli identificati come prioritari (ad esempio: caduta	Buone prassi secondo il Piano Mirato di Prevenzione	Realizzazione, revisione o aggiornamento del documento regionale di buone prassi condivise e della scheda di autovalutazione, strutturati secondo le specifiche del PMP, per ciascun comparto (edilizia e agricoltura) o ulteriori comparti ove è diffuso l’uso di macchine e attrezzature di lavoro, mirato alla definizione e all’applicazione di strategie di intervento (vigilanza e prevenzione) volte al contrasto di un rischio e/o di un’esposizione tra quelli prioritari	Disponibilità del documento				

PP7 “Prevenzione in edilizia, agricoltura e nell’utilizzo sicuro di macchine e attrezzature di lavoro”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
dall’alto/uso del trattore, uso di sostanze pericolose, contenimento dei rischi nei lavori stagionali, corretto e sicuro impiego di macchine) attraverso l’attivazione in ciascuna Regione (o in tutte le ASL della regione) di uno specifico Piano Mirato di Prevenzione (PMP) volto al contrasto a uno o più rischi specifici del settore edilizia o agricoltura o dei settori caratterizzati dal frequente impiego di macchine e attrezzature di lavoro, individuato sulla base delle specificità territoriali e conformemente alle risorse e competenze disponibili	Formazione buone prassi secondo il Piano Mirato di Prevenzione	Numero di eventi formativi realizzati annualmente su base regionale rivolti agli operatori e ai referenti delle imprese, in merito ai contenuti del documento di bune prassi		Almeno 1	Almeno 1		
	Monitoraggio buone prassi secondo il Piano Mirato di Prevenzione	Report annuale regionale delle attività di vigilanza, controllo e assistenza svolte presso le aziende che sono state coinvolte nel PMP, con particolare riferimento alla percentuale di aziende che sono state oggetto di attività di ispezione nell'ultima fase del processo alle quali è stata comminata una sanzione per mancato rispetto della "soluzione" veicolata, evidenziando eventuali criticità e ambiti di miglioramento				Disponibilità del report	Disponibilità del report

PP7 “Prevenzione in edilizia, agricoltura e nell’utilizzo sicuro di macchine e attrezzature di lavoro”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Promuovere qualità, appropriatezza ed efficacia della sorveglianza sanitaria svolta dai medici competenti (artt. 25, 40, 41 e 42 D.lgs. 81/08) nei comparti edilizia, agricoltura e delle aziende in cui si utilizzano macchine e attrezzature	Buone prassi Sorveglianza Sanitaria Piano Mirato di Prevenzione	Realizzazione di documenti regionali di buone prassi condivise inerenti alla sorveglianza sanitaria, coerenti con i rischi specifici dei comparti Edilizia e Agricoltura e delle aziende in cui si utilizzano macchine/attrezzature, e creazione di apposite liste di controllo valutative dei protocolli sanitari	Disponibilità documento di buone prassi e liste di controllo relativo ai comparti Edilizia e Agricoltura	Disponibilità documento di buone prassi e liste di controllo relativo alle aziende in cui si utilizzano macchine /attrezzature			
	Monitoraggio Sorveglianza Sanitaria Efficace Piano Mirato di Prevenzione	(Numero di controlli in aziende agricole, cantieri edili e aziende che utilizzano macchine/attrezzature comprovanti l'applicazione delle buone prassi e l'uso della lista di controllo valutativa) / (Numero di controlli effettuati nelle aziende agricole, cantieri edili e aziende che utilizzano macchine/attrezzature aderenti allo specifico Piano mirato) x 100				Almeno il 30% nell'anno di riferimento	Almeno il 50% nell'anno di riferimento

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

Programma Predefinito 8

PP8 "Screening oncologici organizzati per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori"

TITOLO	**Screening oncologici organizzati per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO1 Malattie croniche non trasmissibili**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	• 1.1 Aumentare la consapevolezza nella popolazione sull'importanza della salute riproduttiva e pre-concezionale • 1.2 Promuovere la salute riproduttiva e pre-concezionale della donna, della coppia, dei genitori • 1.8 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale • 1.11 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità • 1.14 Raggiungere/mantenere l'estensione ottimale degli inviti dei programmi di screening oncologico alla popolazione target, favorendo l'accessibilità a gruppi vulnerabili o *hard to reach*. • 1.15 Aumentare l'adesione ai programmi di screening oncologico e in particolare allo screening del colon retto. • 1.16 Garantire la graduale estensione alle fasce di età 45-49 anni e 70-74 anni per lo screening mammografico e alla fascia 70-74 anni per lo screening del colon retto. • 1.17 Migliorare il monitoraggio e la valutazione dei programmi di screening assicurando l'assolvimento dei debiti informativi nazionali. • 1.18 Sostenere l'aggiornamento e l'innovazione *evidence based* dei programmi di screening considerando in particolare: l'introduzione di strategie modulate in base alla stratificazione del rischio; l'implementazione di progetti pilota anche in nuovi ambiti di patologia nel setting di screening organizzato aderendo a modelli e linee di indirizzo coordinati a livello nazionale (i.e. prostata e polmone). • 2.2 Aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui sul tema della prevenzione di tutte le dipendenze, ponendo anche attenzione prospettica alle forme emergenti oggetto ancora di caratterizzazione nosologica ma attenzionate dalla comunità scientifica e dalle istituzioni (es. da tecnologie digitali, social e smartphone) • 6.2 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie)
DESCRIZIONE	I programmi di screening oncologici hanno l'obiettivo di ridurre la mortalità per i tumori di colon retto, mammella e cervice, diminuendo l'incidenza degli stadi avanzati e favorendo la diagnosi precoce di lesioni pretumorali. Mirano anche a garantire piena accessibilità ai percorsi di prevenzione per tutta la popolazione assistita, assicurando la gestione dell'intero iter diagnostico-terapeutico secondo criteri di appropriatezza. Questi programmi si distinguono per un percorso integrato multidisciplinare, gratuito, che accompagna il cittadino dal test di screening agli eventuali approfondimenti, ai trattamenti e, se necessario, alla sorveglianza dopo il riscontro di lesioni pretumorali.

	Un fattore decisivo per l'efficacia è l'adesione della popolazione target: l'invio regolare degli inviti aumenta la partecipazione. Gratuità e invito attivo sono elementi essenziali per garantire equità di accesso e costituiscono principi cardine dei programmi organizzati. Nel DPCM del 12 gennaio 20171 sono stati confermati quali Livelli essenziali di assistenza (LEA) i seguenti programmi di screening oncologici organizzati: • screening del tumore della cervice uterina: donne tra i 25 ed i 64 anni, con cadenza di invito differenziata a seconda del test impiegato (tre anni per il Pap test e cinque anni per il test HPV); • screening del tumore della mammella: donne tra i 50 e i 69 anni, con mammografia ogni 2 anni. • screening del tumore del colon retto: donne e uomini tra i 50 e i 69 anni, con test per la ricerca del sangue occulto nelle feci ogni 2 anni. Negli ultimi anni, in linea con il Piano Nazionale delle Prevenzione (PNP) 2020-2025, con il Piano europeo contro il cancro del 2021 e con le raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea del 2022 e più recentemente del Piano oncologico nazionale 2023-2027, alcune Regioni hanno esteso, con proprie risorse, l'invito allo screening mammografico (fasce di età 45-49 e 70-74 anni) e colorettale (fascia di età 70-74 anni). Il presente programma mira in particolare a: • rafforzare i coordinamenti regionali screening e la loro azione a livello nazionale e locale; • garantire il regolare invito alle fasce LEA 2017 dei 3 screening raggiungendo anche le fasce di popolazione più difficili da coinvolgere per barriere linguistiche, culturali o assistenziali; incrementare la copertura di popolazione bersaglio e sostenere l'adesione consapevole all'invito; • ampliare o mantenere l'ampliamento alle fasce 70-74 dello screening mammografico e colorettale e alla fascia 45-49 per lo screening mammografico; • migliorare o consolidare le azioni per garantire appropriatezza nelle prestazioni di screening, assicurando efficacia, sostenibilità, equità e monitoraggio costante dei percorsi; • promuovere l'aumento delle competenze e l'implementazione di processi integrati multiprofessionali e interdisciplinari tra gli operatori coinvolti nello screening; • sostenere l'innovazione e l'aggiornamento continuo dei protocolli e percorsi di screening, sulla base delle raccomandazioni delle Linee Guida Europee, della loro adozione attraverso le linee guida italiane e delle indicazioni dell'Osservatorio Nazionale Screening e delle società scientifiche di riferimento; • sviluppare e condividere strategie per valutare l'efficacia, la sicurezza e la fattibilità dello screening basato sulla stratificazione del rischio.
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI	Le raccomandazioni del Consiglio Europeo pubblicate nel 2022 definiscono gli indirizzi a cui gli Stati Membri sono tenuti ad attenersi. La Azione Congiunta EUCanScreen (https://www.dypede.gr/eucanscreen/) supporterà gli Stati Membri nella attuazione e implementazione delle raccomandazioni sia per quanto riguarda gli screening già oggetto di LEA sia per quanto riguarda gli screening emergenti e i nuovi approcci. **Colon-retto** Le evidenze di efficacia per lo screening del colon retto sono state riviste *dall'European Commission Initiative on Colorectal Cancer*; sono disponibili al sito https://cancer-screening-and-care.jrc.ec.europa.eu/en/ecicc **Cervice uterina**

Le evidenze di efficacia dello screening della cervice uterina sono state riviste dalla IARC (1) e dall'European Commission Initiative on *Cervical Cancer* (EC-CvC); sono disponibili al sito https://cancer-screening-and-care.jrc.ec.europa.eu/en/ec-cvc). In Italia, sono state introdotte raccomandazioni forti per lo screening delle donne vaccinate (2) e sull'uso dei biomarcatori (3).

Mammella

Le evidenze di efficacia sono state riviste dall'European Commission Initiative on *Breast Cancer* (disponibili al https://cancer-screening-and-care.jrc.ec.europa.eu/en/ecibc) e integrate, per il contesto italiano, dall'adattamento pubblicato sul sito del Sistema nazionale Linee Guida (https://www.iss.it/web/guest/-/snlg-homepage-consultazione) (4)

Prostata

Le evidenze riguardo lo screening della prostata sono disponibili nel report SAPEA (5). Il Consiglio Europeo raccomanda di valutare fattibilità e efficacia di programmi organizzati che utilizzino il test PSA, in combinazione con la stratificazione del rischio e la RM multi-parametrica come test di triage, con protocolli di sorveglianza attiva per i tumori a basso rischio (6). Viene anche raccomandata una drastica riduzione dell'uso del PSA a scopo di screening sopra i 70 anni.

Polmone

Le evidenze riguardo lo screening con TC spirale a bassa dose (LDCT) in forti fumatori ed ex- forti fumatori sono riportate nel report SAPEA (5). Il Consiglio Europeo raccomanda di condurre progetti pilota (6). In Italia, il progetto di HTA dello screening polmonare ha individuato come bisogni conoscitivi:

- strategie per invitare i soggetti e integrare con l'offerta di prevenzione primaria;
- modalità di stima del rischio individuale;
- gestione dei reperti extra-polmonari;
- scelta del miglior intervallo di screening, anche sulla base del rischio individuale.

In coerenza con le nuove raccomandazioni, è stata avviata, nei centri individuati quali componenti della Rete italiana screening polmonare, la sperimentazione di un programma di diagnosi precoce del tumore del polmone sulla base di un'analisi comparativa di strategie di utilizzo della LDCT su soggetti ad alto rischio, associato a interventi di prevenzione primaria per la disassuefazione tabagica.

Screening stratificato in base al rischio

Il Consiglio Europeo raccomanda, dove appropriato, di attivare progetti pilota di screening basati sulla stratificazione del rischio. Gli esempi citati nelle raccomandazioni e nel report SAPEA sono: uso del FIT come test quantitativo, stratificazione delle donne in base al rischio a partire dallo stato vaccinale e dai risultati del test HPV, stratificazione del rischio sulla base della storia di fumo per lo screening del polmone, uso dei risultati pregressi del PSA e della risonanza multiparametrica per la lo screening della prostata (5,6), e infine uso di informazioni genetiche, cliniche e radiologiche nella stratificazione del rischio per il tumore della mammella (5). In Italia sono in corso studi pilota sullo screening stratificato per rischio del colon retto, della prostata, del polmone e della mammella (7), mentre lo screening per la cervice stratificato in base al rischio è già pratica corrente (2,3).

1. *IARC (2022). Cervical cancer screening. IARC Handb Cancer Prev. 18:1–456.*
2. *Gori S, et al. Br J Cancer. 2025 Sep 11. doi: 10.1038/s41416-025-03161-8.*
3. *Giorgi Rossi P, et al. Prev Med. 2017; 98:21-30.*
4. *Deandrea S, et al. Radiol Med. 2024; 129:1778-1789.*
5. *Report SAPEA (https://cancer-screening-and-care.jrc.ec.europa.eu/en/ecicc/european-colorectal-cancer-guidelines?topic=345&usertype=282)*

	6. *2022/0290 Raccomandazione del Consiglio relativa al rafforzamento della prevenzione attraverso l'individuazione precoce: un nuovo approccio dell'UE allo screening dei tumori.* 7. *Roux A, et al. BMC Cancer. 2025; 25:483.*

P8 “Screening oncologici organizzati per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Intersettorialità	Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con strutture ospedaliere, aziende sanitarie, Terzo Settore, Enti, Istituzioni e altri stakeholder, finalizzati al raggiungimento degli obiettivi strategici	Tavoli tecnici/Accordi intersettoriali screening oncologici	Numero di tavoli tecnici Regionali o Accordi con soggetti interni e esterni al sistema sanitario che possano contribuire alle azioni predisposte		Almeno 1 tavolo tecnico regionale o un Accordo			Almeno 1 ulteriore tavolo tecnico regionale o Accordo
Formazione	Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze, confronti che favoriscano il miglioramento della qualità nelle fasi del percorso del programma di screening, la valutazione di efficienza ed efficacia dello stesso, il potenziamento delle capacità in ambito comunicativo, l’introduzione di nuove strategie	Formazione operatori screening oncologici	Numero di eventi formativi annui a carattere regionale, volti anche favorire la conoscenza e la valutazione sull’andamento dei programmi organizzati di screening nel contesto regionale, rivolti agli operatori dello screening	Almeno 1 evento formativo	Almeno 1 evento formativo	Almeno 1 evento formativo	Almeno 1 evento formativo	Almeno 1 evento formativo

P8 “Screening oncologici organizzati per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Comunicazione	Costruire strumenti di comunicazione e informazione e organizzare interventi di comunicazione, relativamente ai programmi di screening, rivolti ai diversi stakeholder, con particolare attenzione ad incrementare la consapevolezza e l’adesione al programma di screening colorettale	Comunicazione screening oncologici	Predisposizione e adozione formale e monitoraggio di un piano di comunicazione a livello regionale e realizzazione di strumenti o interventi finalizzati a far conoscere gli screening oncologici, a favorire l’accesso e la partecipazione consapevole dei cittadini, con particolare riferimento allo screening del colon retto, promuovendo e/o rafforzando sistemi di comunicazione multicanale digitale	Predisposizione e adozione di un piano di comunicazione		Rendicontazione stato di attuazione del piano di comunicazione ed eventuali aggiornamenti integrazioni		Rendicontazione attuazione piano di comunicazione regionale
Equità	Integrare in modo sistematico e progressivo criteri di equità nella *governance* e nella progettazione, attuazione e valutazione degli interventi, favorendo la consapevolezza sugli effetti delle prassi in termini di disuguaglianze sociali in salute	Applicazione criterio di equità	Completamento degli indicatori previsti per ciascuna annualità come da documento di traduzione operativa dell’approccio all’equità in salute nei Piani regionali della prevenzione (allegato al Piano)	Presenza Gruppo di lavoro equità e definizione Strategia equità	Descrizione di obiettivi specifici, azioni e indicatori per la strategia equità			Elaborazione di una sintesi sulle azioni per la strategia equità

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

P8 “Screening oncologici organizzati per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Garantire la strutturazione e/o il potenziamento dei coordinamenti regionali screening oncologici e la loro partecipazione alla rete ONS, favorendo il coinvolgimento degli operatori di screening alle attività delle società scientifiche di riferimento	Modello organizzativo governo screening oncologici	Presenza di un atto regionale che descriva il modello organizzativo e di *governance* regionale dei programmi organizzati di screening oncologici, comprensivo della formalizzazione del coordinamento regionale screening oncologici, e Numero di riunioni annuali del coordinamento regionale screening	Presenza di atto regionale	Almeno 2 riunioni del coordinamento regionale	Almeno 2 riunioni del coordinamento regionale	Almeno 2 riunioni del coordinamento regionale	Almeno 2 riunioni del coordinamento regionale
	Collaborazione con ONS	Presenza di un atto regionale indicativo delle modalità di collaborazione con ONS che preveda la programmazione e il monitoraggio delle attività e degli incontri in coerenza con accordo S/R Fonte: Regioni/PA per 2027, ONS dal 2028	Presenza di atto regionale	Relazione stato di attuazione dell’accordo	Relazione stato di attuazione dell’accordo	Relazione stato di attuazione dell’accordo	Relazione stato di attuazione dell’accordo
Garantire la produzione di linee di indirizzo regionali finalizzate anche al miglioramento della qualità clinica e organizzativa dei percorsi di screening da parte dei coordinamenti regionali e la loro implementazione uniforme su tutto il territorio	Linee di indirizzo screening oncologici	Adozione formale di linee di indirizzo regionali, anche finalizzate al miglioramento della qualità clinica e organizzativa, su diversi temi in materia di screening oncologici con documentata implementazione nelle Aziende Sanitarie e reportistica sullo stato di implementazione delle stesse			Adozione regionale formale di almeno 1 linea di indirizzo		Reportistica sullo stato di implementazione della linea indirizzo adottata nel 2029 e sullo stato di attuazione di ulteriori linee
(*) Raggiungere e/o mantenere l’estensione ottimale degli inviti e aumentare e/o mantenere la copertura di screening rispetto al *baseline*	**Estensione screening mammografico**	Estensione corretta (%) screening mammografico: (Persone invitate – inviti inesitati) / (Popolazione target annuale – persone escluse prima dell’invito) x 100 Fonte: ONS riferita all’anno precedente	Almeno 70%	Almeno 80%	Almeno 90%	Almeno 90%	Almeno 90%
	Estensione screening cervice	Estensione corretta screening cervice (%): (Persone invitate HPV*5+Persone invitate Pap*3) / (Popolazione target annuale) x 100 Fonte: ONS riferita all’anno precedente	Almeno 70%	Almeno 80%	Almeno 90%	Almeno 90%	Almeno 90%

P8 “Screening oncologici organizzati per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
	Estensione screening colon retto	Estensione corretta screening colon retto (%): (Persone invitate – inviti inesitati) / (Popolazione target annuale – persone escluse prima dell’invito) x 100 Fonte: ONS riferita all’anno precedente	Almeno 70%	Almeno 80%	Almeno 90%	Almeno 90%	Almeno 90%
Ampliamento graduale dello screening colorettale alla fascia di età 70-74 anni e dello screening mammografico alle fasce di età 45-49 e 70-74 anni.	Ampliamento fasce screening oncologici	Evidenza predisposizioni per ampliamento (Atto/Nota formale della Regione o del coordinamento regionale con sintesi delle predisposizioni per l’ampliamento) (2027); Estensione grezza (2028) calcolata come (Totale inviti inviati per fascia ampliata) / (Popolazione target) x 100; Estensione corretta degli inviti (%) (dal 2029 in poi) calcolata come <u>Numeratore:</u> (Numero di persone di età compresa nella fascia di ampliamento (es 70-74), invitate al test di screening nell’anno - inviti inesitati) <u>Denominatore:</u> (Popolazione target annuale (ISTAT) della fascia di ampliamento considerata (es 70-74) – esclusi prima dell’invito) x 100 Fonte: regionale per 2027 e 2028; ONS dal 2029, attività riferita all’anno precedente Definizione gruppi Regioni al a seconda del baseline al 2025: A): nessun ampliamento avviato B): almeno una fascia con ampliamento già avviato (estensioni inviti almeno 20%)	Evidenza predisposizioni per ampliamento	Disponibilità dato estensione grezza	Almeno 2 fasce con estensione >15%	Almeno 2 fasce con estensione> 30%	Per baseline al 2025 A) almeno 2 fasce con estensione > 50% Per baseline al 2025 B) almeno 2 fasce con estensione > 50% e la terza almeno 15%
Assicurare il programma di screening con test HPV primario su tutto il	Programmi screening test HPV primario	(Numero di programmi, in transizione o a regime, con HPV test primario) / (Numero totale programmi) x 100			100% dei programmi in		100% dei programmi a regime

P8 “Screening oncologici organizzati per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
territorio nazionale e l’attivazione di percorsi differenziati per le persone vaccinate conformemente alle linee guida europee					transizione o a regime		
	Percorsi differenziati persone vaccinate HPV	(Numero donne 25-29enni vaccinate contro HPV con due dosi entro i 15 anni a cui è stata inviata lettera informativa sul posticipo del primo invito a 30 anni) / (Numero totale donne 25-29enni vaccinate contro HPV con due dosi entro i 15 anni da posticipare nell’anno) x 100	Almeno 20%	Almeno 40%	Almeno 60%	Almeno 80%	Almeno 90%
Garantire la realizzazione di sistemi informativi integrati per assicurare flussi informativi, supporto al governo e al monitoraggio continuo dell'andamento dei programmi organizzati con diffusione dei risultati agli stakeholder	Sistemi informativi integrati screening oncologici	Progettazione di un sistema informativo integrato a supporto della *governance* dei programmi di screening che consenta la gestione di flussi informativi e di funzionalità di monitoraggio, mediante realizzazione di sistema unico regionale o mediante integrazione di sistemi informativi aziendali, con realizzazione delle integrazioni con gli altri sistemi di sanità digitale (ANA, FSE, CCE, etc.) sulla base di linea di indirizzo nazionale emanata da ONS e/o Ministero della Salute. Reportistica sullo stato di realizzazione/avanzamento	Predisposizione del progetto	Approvazione formale del progetto	30% di realizzazione del progetto	50% di realizzazione del progetto	90% di realizzazione del progetto
Introdurre strategie *evidence-based* modulate in base alla stratificazione del rischio e/o implementare progetti pilota e iniziative di appropriatezza, anche in nuovi ambiti di patologia nel setting di screening organizzato, aderendo a modelli e linee di indirizzo definite e condivise in	Strategie *evidence-based*/progetti pilota screening oncologico organizzato	Valutazione di impatto e sostenibilità dell'implementazione di almeno un intervento di stratificazione del rischio in screening e/o di un progetto pilota per una nuova sede (es. polmone, prostata) basati su evidenze scientifiche e pianificati in accordo con le linee di indirizzo e ONS. Reportistica relativa all'individuazione, valutazione di impatto e sostenibilità, alla costituzione del gruppo di lavoro, alla definizione del protocollo organizzativo e operativo, alla predisposizione, all'avvio, al	Individuazione, valutazione di impatto e sostenibilità dell’intervento regionale e/o del progetto pilota	Costituzione formale del gruppo di lavoro	Protocollo e predisposizione delle azioni locali	Evidenza avvio dell’intervento /progetto pilota	Evidenza consolidamento e prima valutazione qualitativa/quantitativa dell’intervento e/o progetto pilota

P8 “Screening oncologici organizzati per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
ambito di Osservatorio Nazionale Screening		consolidamento e valutazione dell'intervento/progetto pilota					

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

Programma Predefinito 9
PP9 "Ambiente, clima e salute"

TITOLO	**PP9 "Ambiente, clima e salute"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO 5 Ambiente, clima e salute**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	• 5.1 Promuovere l'applicazione di un approccio *One Health* in una visione intersettoriale che potenzi l'integrazione tra SNPS e SNPA e promuova interventi di *advocacy* nelle politiche di altri settori • 5.2 Promuovere lo sviluppo di conoscenze e l'integrazione delle competenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente sulla sorveglianza epidemiologica, la valutazione dell'impatto sulla salute dell'esposizione a determinanti di rischio ambientali, compreso la comunicazione e la gestione integrata dei rischi • 5.3 Rafforzare le capacità adattive e la risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici attraverso interventi intersettoriali • 5.4 Migliorare la qualità dell'aria *indoor*: formazione, protocolli di monitoraggio e buone pratiche • 5.5 Rafforzare la sicurezza chimica e la sostenibilità dei prodotti • 5.6 Programmare, realizzare e documentare attività in tema di sicurezza e qualità nelle esposizioni mediche che impiegano radiazioni ionizzanti e promuovere interventi informativi nel settore delle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, naturali e antropiche • 5.7 Valutare preventivamente gli impatti integrati ambiente e salute attraverso lo strumento della VIS • 5.8 Implementare azioni strategiche per la sicurezza dell'acqua destinata al consumo umano: *governance*, integrazione e formazione • 1.12 Favorire nelle città la creazione di contesti favorevoli alla salute anche attraverso lo sviluppo di forme di mobilità sostenibile e la creazione di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane • 4.1 Programmare interventi di prevenzione per i lavoratori in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale • 4.2 Perfezionare la conoscenza delle storie lavorative ed espositive dei lavoratori
DESCRIZIONE	Il Programma prevede che le Regioni e le Province autonome integrino le indicazioni delle politiche internazionali e nazionali in materia di Ambiente, Clima e Salute adottando l'approccio *One Health* nella programmazione e nelle azioni. Questo approccio è fondamentale per riconoscere la complessa interconnessione tra la salute umana, la salute animale e la salute ambientale, garantendo così l'attuazione di programmi sostenibili di protezione ambientale e di promozione della salute. Il Programma mira a consolidare un processo che, partendo da un'analisi di contesto, definisce piani di miglioramento focalizzati su quattro aree principali: • Integrazione e Sinergia tra i Servizi: si punta a rafforzare gli strumenti per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) e le agenzie del SNPA (Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente), migliorando l'operatività del SNPS-SRPS; • Valutazione e Gestione degli Impatti sulla Salute: prevede l'applicazione di strumenti a supporto delle amministrazioni per la valutazione e la gestione degli impatti sulla salute correlati agli interventi antropici;

	• Interventi per il monitoraggio, l'adattamento e la mitigazione degli effetti dei cambiamenti climatici, per la riduzione delle esposizioni ambientali indoor e outdoor e antropiche dannose per la salute e per la creazione di contesti urbani favorevoli alla salute. • Attività di comunicazione per migliorare la conoscenza sui rischi per la salute derivanti da fattori ambientali antropici e naturali e per orientare i cittadini verso scelte più salutari ed ecosostenibili. **Obiettivo Strategico e Strumenti** L'obiettivo generale del Programma è rafforzare l'*advocacy* del sistema sanitario nelle politiche di altri settori chiave (ambiente, trasporti, edilizia, urbanistica, agricoltura, energia, istruzione) per coniugare gli obiettivi di salute pubblica con quelli di tutela ambientale, promuovendo nel contempo il rafforzamento di competenze e consapevolezza di tutti gli attori della comunità sugli obiettivi di sostenibilità definiti dall'Agenda 2030. Il Programma è sostenuto attraverso diversi strumenti: • Accordi/Programmi di attività intra- e inter-istituzionali e progetti multi- e inter-disciplinari/settoriali su ambiente e salute (come previsto dal Dlgs 502/92, art. 7-quinquies, comma 2); • Accordi inter-istituzionali per rafforzare la sorveglianza epidemiologica della popolazione residente nelle aree ad alta criticità e pressione ambientale; • Tavoli tecnici regionali inter-istituzionali/settoriali/disciplinari e reti regionali integrate per definire percorsi e procedure basate sull'approccio *One Health*; • *Empowerment* individuale e di comunità; • Formazione e aggiornamento degli Operatori Sanitari e Sociosanitari; • Attività di monitoraggio e *governance*.

SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI	Secondo quanto emerso in numerosi rapporti dell'OMS, è necessaria un'azione coraggiosa e tempestiva per prevenire malattie e morti premature causate dall'inquinamento e contribuire a raggiungere gli obiettivi dell'Agenda 2030, nonché gli indirizzi della 7^ Conferenza di Budapest (2023), del *Green Deal* Europeo, della strategia UE per la Biodiversità 2030 e del Piano d'Azione per l'Inquinamento Zero del 2021, attraverso la *vision* della *Planetary health*, che si riflette negli obiettivi strategicamente concepiti per integrare la salute con la sostenibilità in chiave economica, sociale e ambientale 1. *WMO. 2025. State of the Global Climate 2024. Geneva, https://library.wmo.int/records/item/69455-state-of-the-global-climate-2024* 2. *WMO. 2025. WMO Global Annual to Decadal Climate Update 2025–2029. Geneva, https://wmo.int/publication-series/wmo-global-annual-decadal-climate-update-20252029* 3. *Documento di indirizzo per la pianificazione urbana in un'ottica di Salute Pubblica, Accordo Conferenza Stato-Regioni Rep. Atti n. 127/CU del 22 settembre 2021* 4. *Household air pollution 16 ott. 2024: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health* 5. *GBD 2021 Risk Factors Collaborators. Global burden and strength of evidence for 88 risk factors in 204 countries and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet. 2024 Jul 20;404(10449):244. doi: 10.1016/S0140-6736(24)01458-2* 6. *WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide, https://www.who.int/publications/i/item/9789240034228* 7. *Estimating the morbidity from air pollution and its economic cost, https://www.who.int/activities/estimating-the-morbidity-from-air-pollution-and-its-economic-costs* 8. *WHO Regional Office for Europe. Heat and health in the WHO European Region: updated evidence for effective prevention. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2021, https://iris. who.int/bitstream/handle/10665/339462/9789289055406-eng.pdf* 9. *Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems, https://www.who.int/publications/i/item/9789240081888* 10. *Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) 2023. Climate change 2023: Synthesis report. Contribution of working groups I, II and III to the sixth assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change (Core Writing Team, H. Lee & J. Romero [eds.]). IPCC. https://doi.org/10.59327/IPCC/AR6-9789291691647* 11. *WHO. Strengthening climate resilience in the drinking-water and sanitation sector through the Protocol on Water and Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024.* 12. *EEA. Healthy Environment, Healthy Lives: how the environment influences health and wellbeing in Europe. Lussemburgo, Publications Office of the European Union - EEA Report, 2019; 21, https://www.eea.europa.eu/publications/healthy-environment-healthylives* 13. *The Lancet Oncology 2009; 10:751-752*

PP9 “Ambiente, clima e salute”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Intersettorialità	Sviluppare/ consolidare i processi intersettoriali con i portatori di interesse istituzionali e non, finalizzati alla governance integrata delle azioni in materia di ambiente, clima e salute in tutti i setting	Attività intersettoriali ambiente, clima, salute	Numero di programmi di attività intra e interistituzionali e di progetti multi ed inter disciplinari, intersettoriali e integrati su ambiente e salute, anche attuativi di accordi di programma/convenzioni previsti dal comma 2 dell’art. 7-quinquies D.lgs. 502/92, elaborati e Monitoraggio della loro attuazione tramite report		Disponibilità di Almeno 1 programma			Report sull'attuazione e risultati del programma
Intersettorialità	Attivare la Task Force SRPS prevista dal D.M. 09/06/2022 a garanzia dell’intersettorialità coinvolgendo quegli ambiti le cui politiche a vario titolo hanno impatto sulla relazione ambiente-salute-clima nei processi riguardanti le funzioni dell’SRPS	Task Force SRPS	Monitoraggio annuale delle attività della Task Force SRPS (D.M. 09/06/2022) per la definizione e la condivisione di percorsi e procedure integrate, basate sull’approccio One Health anche coinvolgendo soggetti SNPA	Report sulle attività della Task force	Report sulle attività della Task force	Report sulle attività della Task force	Report sulle attività della Task force	Report sulle attività della Task force
Formazione	Organizzare eventi di formazione rivolta agli operatori in ambito sanitario ed ambientale per promuovere lo sviluppo di	Formazione rischi ambiente, clima, salute	Numero di percorsi formativi regionali realizzati annualmente per Operatori Sanitari e Sociosanitari, operatori SRPS e SNPA, ed Operatori esterni al SSN sulla gestione dei rischi declinati negli obiettivi specifici, come da piano formativo regionale	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo

PP9 “Ambiente, clima e salute”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
	competenze per gestire i rischi declinati negli obiettivi specifici	Formazione acque di balneazione	Numero di percorsi formativi regionali per operatori del SSN realizzati sul tema della gestione e la prevenzione delle infezioni emergenti legate all’esposizione alle acque di balneazione in un contesto di cambiamenti climatici			Almeno 1 percorso formativo		
Formazione	Potenziare le competenze degli operatori su VIS	Formazione VIS	Disponibilità di un programma regionale annuale di interventi di formazione e/o aggiornamento sul tema della VIS per Operatori SRPS e SNPA ed Operatori esterni al SSN coinvolti nelle procedure autorizzative VIA, VAS e AIA, alla luce anche dei risultati dei progetti finanziati dagli investimenti 1.2, 1.3 e 1.4 del PNC Salute Ambiente Clima e monitoraggio della sua attuazione tramite la Proporzione di operatori formati annualmente calcolata come: (Numero di operatori formati/aggiornati)/(Numero di operatori target definito al primo anno) x 100	Disponibilità del programma formativo con ricognizione operatori target	Almeno il 25% degli operatori target formati	Almeno il 50% degli operatori target formati	Almeno il 75% degli operatori target formati	Almeno il 90% degli operatori target formati
Comunicazione	Organizzare interventi e/o campagne di comunicazione, sensibilizzazione, informazione, rivolti alla popolazione e/o ai diversi *stakeholder*, con particolare riferimento ai rischi	Comunicazione rischi ambiente, clima, salute	Numero di interventi e/o campagne regionali di informazione e sensibilizzazione, rivolte alla comunità, agli operatori sanitari e agli stakeholder esterni al SSN, realizzate annualmente su temi coerenti con gli obiettivi specifici del PP, come previsto dal programma regionale annuale di comunicazione	Almeno 2 Interventi/campagne	Almeno 2 Interventi/campagne	Almeno 2 Interventi/campagne	Almeno 2 Interventi/campagne	Almeno 2 Interventi/campagne

PP9 “Ambiente, clima e salute”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
	declinati negli obiettivi specifici	Comunicazione acque di balneazione	Numero di iniziative informative regionali realizzate per sensibilizzare agli operatori SSN sul tema delle infezioni emergenti legate all’esposizione alle acque di balneazione in un contesto di cambiamenti climatici		Almeno 1 iniziativa informativa			
Equità	Integrare in modo sistematico e progressivo criteri di equità nella *governance* e nella progettazione, attuazione e valutazione degli interventi, favorendo la consapevolezza sugli effetti delle prassi in termini di disuguaglianze sociali in salute	Applicazione criterio di equità	Completamento degli indicatori previsti per ciascuna annualità come da documento di traduzione operativa dell’approccio all’equità in salute nei Piani regionali della prevenzione (allegato al Piano)	Presenza Gruppo di lavoro equità e definizione Strategia equità	Descrizione di obiettivi specifici, azioni e indicatori per la strategia equità			Elaborazione di una sintesi sulle azioni per la strategia equità

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

PP9 “Ambiente, clima e salute”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
(*)Rafforzare le capacità adattive e di risposta della popolazione e del sistema sanitario nei confronti dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici attraverso interventi intersettoriali relativi a ondate di calore ed esposizioni climatiche, urban health, acque di balneazione	**Piano operativo ondate di calore**	Adozione annuale, con atto formale (atto Regione o Provincia autonoma) del “Piano operativo nazionale prevenzione degli effetti sulla salute delle ondate di calore” del Ministero della Salute, al fine di orientare l’azione (definire le misure da adottare e i servizi disponibili, informare la popolazione, implementare la sorveglianza attiva da parte dei servizi sanitari verso le popolazioni maggiormente vulnerabili agli effetti del caldo, valutare le misure di adattamento implementate)	Adozione con atto formale	Adozione con atto formale	Adozione con atto formale	Adozione con atto formale	Adozione con atto formale
	Identificazione aree vulnerabilità ambientale	Disponibilità e implementazione di una metodologia di identificazione regionale delle aree di vulnerabilità ambientale, climatica e socio-economica, per fornire agli stakeholder regionali evidenze utili a una migliore comprensione dell’impatto sulla salute dei fattori di rischio climatici e ambientali locali	Disponibilità del documento metodologico	Pubblicazione report annuale di attività	Pubblicazione report annuale di attività	Pubblicazione report annuale di attività, comprensivo di riesame e aggiornamento della metodologia	Pubblicazione report su applicazione del metodo e l'identificazione delle aree
Rafforzare la sicurezza chimica e la sostenibilità dei prodotti	Controllo sicurezza chimica	Adozione e realizzazione del Programma annuale regionale di controllo in materia di sicurezza chimica (REACH/CLP/BPR e/o Cosmetici e/o Fitosanitari, e/o Detergenti, ecc.), trasversale agli ambienti di vita e di lavoro, e su prodotti immessi sul mercato inclusi quelli che hanno cessato la qualifica di rifiuto (*End of Waste* - EoW)	Elaborazione e trasmissione al Ministero della Salute della rendicontazione prevista dall'Accordo n. 181/CSR/2009 sulle attività di controllo effettuate l'anno precedente	Elaborazione e trasmissione al Ministero della Salute della rendicontazione prevista dall'Accordo n. 181/CSR/2009 sulle attività di controllo effettuate l'anno precedente	Elaborazione e trasmissione al Ministero della Salute della rendicontazione prevista dall'Accordo n. 181/CSR/2009 sulle attività di controllo effettuate l'anno precedente	Elaborazione e trasmissione al Ministero della Salute della rendicontazione prevista dall'Accordo n. 181/CSR/2009 sulle attività di controllo effettuate l'anno precedente	Elaborazione e trasmissione al Ministero della Salute della rendicontazione prevista dall'Accordo n. 181/CSR/2009 sulle attività di controllo effettuate l'anno precedente

PP9 “Ambiente, clima e salute”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
	Controlli coordinati SSN e SNPA	Adozione o riesame, tramite tavolo di lavoro dedicato, di un documento regionale riguardante l’integrazione delle attività tra SSN e SNPA volto al potenziamento di controlli coordinati (ad es. EoW)	Istituzione tavolo per la definizione dei controlli coordinati	Approvazione studio fattibilità controlli coordinati	Approvazione o riesame del documento regionale		Riesame del documento regionale
(*) Favorire l'applicazione della Valutazione preventiva degli impatti integrati ambiente e salute (VIS)	**VIS qualità aria**	Definizione e applicazione metodologia VIS sul Piano Regionale Qualità dell'Aria secondo indicazioni metodologiche regionali, documentata tramite rapporto regionale					Disponibilità rapporto VIS sul Piano Regionale Qualità dell'Aria
Sostenere la Promozione della sicurezza nell' esposizione a radiazioni ionizzanti e non	Assolvimento adempimenti DM 3/11/23	(Numero di strutture sanitarie pubbliche che hanno assolto agli adempimenti previsti dal DM 3 /11/2023) / (Numero di strutture sanitarie pubbliche soggette agli adempimenti previsti dal DM 3/11/23 della Regione) x 100	Almeno il 50% delle strutture sanitarie pubbliche				Almeno il 60% elle strutture sanitarie pubbliche
	Prevenzione esposizioni raggi UV	Definizione e attuazione di un piano regionale di attività per la prevenzione e il controllo delle esposizioni a raggi UV, anche per motivi estetici, comprensivo di azioni di informazione, formazione operatori economici e formazione operatori sanitari	Definizione piano di attività	Report sulle attività svolte	Report sulle attività svolte	Report sulle attività svolte	Report sulle attività svolte
Migliorare la Sicurezza dell’acqua destinata al	Protocollo accesso all’acqua situazioni emergenziali	Numero di protocolli regionali elaborati e adottati all’interno dell’SRPS per la gestione dell’accesso all’acqua in situazioni critiche ed emergenziali, tramite tavolo di lavoro intersettoriale	Presenza tavolo lavoro intersettoriale			Disponibilità di almeno 1 protocollo regionale	

PP9 “Ambiente, clima e salute”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
consumo umano	Documento indirizzo team multidisciplinari PSA	Adozione all’interno dell’SRPS del documento di indirizzo per standardizzare a livello territoriale il ruolo delle strutture ambientali e sanitarie nei team multidisciplinari dei PSA		Adozione del documento di indirizzo			
Promuovere il miglioramento della qualità dell’aria indoor	Protocolli operativi monitoraggio aria indoor	Numero di protocolli operativi regionali adottati e sperimentati su target specifici per il monitoraggio della qualità dell’aria indoor ed in relazione ad eventuali criticità aria outdoor		Disponibilità di almeno 1 protocollo	Applicazione di almeno 1 protocollo su target specifico		
	Buone pratiche gestione aria indoor	Presenza e attuazione di un programma regionale per diffondere buone pratiche (organizzative, gestionali, tecnologiche) per la gestione dell’aria indoor, integrandole con programmi di efficientamento energetico ed edilizia scolastica			Disponibilità del programma		Report sull'attuazione e risultati del programma

(*) Obiettivi traccianti

Programma Predefinito 10

PP10 "Sorveglianza e controllo delle malattie infettive in ambito umano"

TITOLO	**PP10 "Sorveglianza e controllo delle malattie infettive in ambito umano"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO6 Malattie infettive**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	• 6.1 Rafforzare il processo di eliminazione di morbillo e rosolia congenita • 6.2 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie) • 6.3 Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile • 6.4 Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive • 6.5 Consolidare i sistemi di sorveglianza della Paralisi Flaccida Acuta (PFA): •sorveglianza della PFA • sorveglianza ambientale • 1.13 Promuovere l'invecchiamento attivo e in salute e ridurre la fragilità per la popolazione 65 +, favorendo il mantenimento della capacità fisiche, cognitive e sociali, la riduzione delle disuguaglianze e la partecipazione attiva nella comunità • 5.1 Promuovere l'applicazione di un approccio *One Health* in una visione intersettoriale che potenzi l'integrazione tra SNPS e SNPA e promuova interventi di *advocacy* nelle politiche di altri settori • 5.2 Promuovere lo sviluppo di conoscenze e l'integrazione delle competenze tra gli operatori della salute e dell'ambiente sulla sorveglianza epidemiologica, la valutazione dell'impatto sulla salute dell'esposizione a determinanti di rischio ambientali, compreso la comunicazione e la gestione integrata dei rischi • 7.3 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da alimenti e sul corretto riconoscimento dei funghi e sulle attività degli ispettorati micologici • 7.6 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da alimenti (MTA)
DESCRIZIONE	La sorveglianza delle malattie infettive rappresenta uno dei pilastri della prevenzione collettiva e costituisce un livello essenziale di assistenza. L'esperienza della pandemia da COVID-19 ha evidenziato la centralità di sistemi di sorveglianza digitali, tempestivi e interoperabili, capaci di integrare informazioni provenienti da fonti diverse (cliniche, laboratoristiche, epidemiologiche, ambientali, veterinarie) e di attivare rapidamente le risposte necessarie a tutela della salute pubblica. Il Programma Predefinito "Sorveglianza e controllo delle malattie infettive" ha l'obiettivo di rafforzare, in tutte le Regioni e Province Autonome, la capacità del sistema sanitario di prevenire, individuare precocemente e controllare la diffusione delle malattie infettive, in coerenza con le indicazioni dei principali strumenti normativi e programmatici nazionali ed europei (Decreto PREMAL 2022, Piano Nazionale

	Prevenzione Vaccinale, PNEMoRc, Piano Nazionale Arbovirosi, Piano Nazionale AIDS, linee guida per tubercolosi e legionellosi, Regolamenti UE 2022/2371 e 2018/945, raccomandazioni ECDC). Il Programma promuove inoltre l'approccio integrato *One Health*, con il rafforzamento della collaborazione tra servizi sanitari, veterinari e ambientali, e valorizza la formazione continua in *field epidemiology*, la comunicazione del rischio e il coinvolgimento attivo dei professionisti sanitari. Le attività di sorveglianza si pongono come strumento a supporto delle strategie di prevenzione: dai dati derivano infatti le azioni di offerta vaccinale, di informazione e *counseling*, e di protezione dei soggetti fragili. Elemento distintivo del Programma è la trasversalità: la sorveglianza delle malattie infettive sostiene e integra gli obiettivi di altri Piani (ad esempio, l'eliminazione del morbillo e della rosolia, l'aumento delle coperture vaccinali, la promozione della salute e della comunicazione istituzionale) e si interfaccia con le azioni centrali di sanità digitale. A tendere, l'attuazione del Programma consentirà di consolidare un sistema nazionale di sorveglianza epidemiologica e microbiologica più tempestivo, uniforme ed equo, riducendo le disomogeneità territoriali e aumentando la capacità di *preparedness* del Paese di fronte a emergenze epidemiche e pandemiche. In questo senso, il Programma non si sostituisce ai Piani settoriali (es. PNPV, PNA, PNEMoRC, PNCAR, HIV e malattie a trasmissione sessuale, Piano Pandemico, Epatiti, …) né interviene sugli obiettivi specifici già previsti da ciascuno di essi, ma li integra rafforzando le capacità di sorveglianza e risposta in modo trasversale. Il programma si configura quindi come cornice comune che valorizza le sinergie tra i diversi strumenti programmatori, evitando sovrapposizioni e promuovendo un approccio coordinato e coerente alla prevenzione delle malattie infettive.
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI	Le evidenze e i riferimenti normativi in materia di sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive evidenziano un'evoluzione progressiva del sistema nazionale ed europeo verso una maggiore integrazione tra sorveglianza epidemiologica, digitalizzazione e *preparedness* sanitaria. In particolare, la normativa nazionale (1–6) ha definito nel tempo un quadro strutturato per la raccolta e la gestione dei dati epidemiologici (Sistema Informativo delle Malattie Infettive - SIMI), per la notifica delle principali patologie trasmissibili, e per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza in materia di prevenzione collettiva. Negli ultimi anni, la cornice regolatoria si è ulteriormente rafforzata con l'introduzione di strumenti digitali avanzati, quali il Fascicolo Sanitario Elettronico, e con misure specifiche per la sorveglianza post-pandemica COVID-19. I piani nazionali di prevenzione e controllo (7–14) delineano strategie coordinate per affrontare differenti ambiti, dalle malattie prevenibili da vaccino all'antimicrobico-resistenza, dalle arbovirosi alle infezioni correlate all'assistenza, fino alla *preparedness* pandemica. Tali piani evidenziano un approccio integrato e multisettoriale, in linea con i principi della sanità pubblica moderna e dell'approccio "*One Health*". Le linee guida e i protocolli tecnici (15–17) forniscono indirizzi operativi per la prevenzione in ambito sanitario e comunitario, con particolare riferimento alla Legionellosi, alla tutela sanitaria dei migranti, e al controllo delle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza), rappresentando esempi di buone pratiche basate sull'evidenza. A livello europeo (18–23), le recenti decisioni e regolamenti dell'Unione Europea hanno rafforzato la cooperazione transfrontaliera in materia di sorveglianza delle malattie infettive, di gestione delle minacce sanitarie e di scambio dei dati epidemiologici, anche attraverso lo sviluppo dello Spazio Europeo dei Dati Sanitari (EHDS). Infine, le evidenze e le buone pratiche internazionali (24–26) sottolineano l'importanza delle capacità core previste dal Regolamento Sanitario Internazionale (IHR 2005) e del continuo aggiornamento delle strategie di prevenzione e controllo da parte di organismi come OMS ed ECDC, in risposta alle sfide emergenti di salute pubblica globale. 1. *DM 15 dicembre 1990 – Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive (SIMI).*

	2. *DM 29 luglio 1998 – Notifica e sorveglianza dei casi di tubercolosi e micobatteriosi.* 3. *Decreto PREMAL 7 marzo 2022 – Sorveglianza delle malattie infettive e trasmissione dei dati.* 4. *DPCM LEA 2017 – Livelli Essenziali di Assistenza, capitolo sulla prevenzione collettiva.* 5. *DPCM 4 febbraio 2022 – Definizione del Fascicolo Sanitario Elettronico e piattaforme digitali.* 6. *DL 24 marzo 2022, n. 24 – Misure di sorveglianza epidemiologica nel post-emergenza COVID-19.* 7. *PNP 2020–2025 – Piano Nazionale della Prevenzione.* 8. *PNA – Piano nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi 2020–2025.* 9. *PNPV 2023–2025 – Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale.* 10. *PNCAR 2022–2025 – Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza.* 11. *PNEMoRc – Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita.* 12. *PNAIDS 2017 – Piano Nazionale di interventi contro HIV e AIDS.* 13. *PANFLU 2021–2023 – Piano strategico-operativo nazionale di preparedness pandemica.* 14. *Tubercolosi 2013–2016 – Obiettivi di salute, standard e indicatori per il controllo TB.* 15. *Linee guida 2015 – Legionellosi: prevenzione e controllo in ambito comunitario e sanitario.* 16. *Linee guida 2017 (agg. 2023) – Migranti: controlli sanitari e percorsi di tutela nei centri di accoglienza.* 17. *Linee guida e protocolli ICA (ISS/Ministero) 2021–2023.* 18. *Decisione di esecuzione (UE) 2018/945 – Elenco malattie e definizioni di caso comuni.* 19. *Regolamento (UE) 2022/2371 – Gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero.* 20. *Regolamento (UE) 2022/2370 – Rafforzamento del mandato dell'ECDC.* 21. *Decisione 1082/2013/UE – Precedente cornice sulla preparedness e sistemi di allerta.* 22. *Raccomandazione del Consiglio UE 7 dicembre 2018 – Cooperazione contro le malattie prevenibili da vaccino.* 23. *Proposta di Regolamento EHDS (2022–2025) – Spazio europeo dei dati sanitari.* 24. *WHO (2005). International Health Regulations (IHR) – Capacità core di sorveglianza e notifica PHEIC.* 25. *ECDC (2023). Lessons from the COVID-19 pandemic.* 26. *ECDC (2025). Future challenges for infectious disease prevention and control.*

PP10 “Sorveglianza e controllo delle malattie infettive in ambito umano”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle Azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Intersettorialità	Rafforzare la collaborazione intersettoriale per la sorveglianza e gestione delle malattie infettive	Tavolo intersettoriale malattie infettive	Istituzione, tramite atto formale regionale, di un Tavolo intersettoriale (o altro comitato) a carattere regionale per la sorveglianza e gestione delle malattie infettive e sua operatività tramite il Numero di riunioni effettuate annualmente	Presenza atto formale di istituzione del Tavolo	Almeno 2 riunioni	Almeno 2 riunioni	Almeno 2 riunioni	Almeno 2 riunioni
Formazione	Includere nel Piano formativo regionale la formazione rivolta al personale del Dipartimento di Prevenzione (DP) sviluppando moduli specifici per la *field epidemiology* e per l’uso di strumenti digitali di sorveglianza	Formazione *field epidemiology* - corsi	Numero di corsi regionali realizzati annualmente, inclusi nel piano formativo regionale, dedicati agli operatori sanitari dei DP aziendali, che includano espressamente un modulo sulla *field epidemiology* e sull’uso di strumenti digitali di sorveglianza		Almeno 1 corso	Almeno 1 corso	Almeno 1 corso	Almeno 1 corso
		Formazione *field epidemiology* - operatori	(Numero di operatori sanitari dei DP delle Aziende sanitarie territoriali che hanno partecipato ad almeno un evento formativo che includa moduli su *field epidemiology* e sull’uso di strumenti digitali di sorveglianza nell’anno) / (Numero totale di operatori sanitari dei DP delle Aziende sanitarie territoriali della regione) x 100 Nota: Operatori sanitari: tutti i profili professionali sanitari			Almeno il 30% degli operatori sanitari	Almeno il 50% degli operatori sanitari	Almeno il 70% degli operatori sanitari
Formazione	Includere nel Piano formativo regionale la formazione per le professioni sanitarie non mediche e gli operatori socio-sanitari, in tema di sorveglianza e gestione delle malattie infettive con particolare riferimento alle ICA e all’IPC, includendo anche le strutture sanitarie e socio-sanitarie residenziali (anche attraverso modalità FAD)	Formazione malattie infettive personale sanitario non medico	Numero di corsi regionali realizzati annualmente, inclusi nel piano formativo regionale, dedicati alle professioni sanitarie non mediche e agli operatori socio-sanitari, in tema di sorveglianza e gestione delle malattie infettive con particolare riferimento alle ICA e all’IPC		Almeno 1 corso	Almeno 1 corso	Almeno 1 corso	Almeno 1 corso

PP10 “Sorveglianza e controllo delle malattie infettive in ambito umano”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle Azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Formazione	Garantire una pianificazione annuale di formazione e aggiornamento professionale in tema di sorveglianza delle malattie infettive per i medici	Formazione sorveglianza malattie infettive medici - corsi	Numero di corsi regionali realizzati annualmente, inclusi nel piano formativo regionale, dedicati ai medici (inclusi MMG e PLS, medici specialisti pubblici e privati) in tema di sorveglianza delle malattie infettive, che includano informazioni relative alla gestione della segnalazione delle malattie infettive nel quadro di riferimento regionale e nazionale		Almeno 1 corso	Almeno 1 corso	Almeno 1 corso	Almeno 1 corso
		Formazione sorveglianza malattie infettive medici - operatori	(Numero di MMG e PLS che hanno partecipato ad almeno 1 evento formativo in tema di sorveglianza delle malattie infettive che abbia incluso le informazioni relative alla gestione della segnalazione delle malattie infettive nel quadro di riferimento regionale e nazionale negli ultimi 3 anni) / (Numero totale di MMG e PLS della Regione) x 100			Almeno il 10% degli MMG-PLS	Almeno il 20% degli MMG-PLS	Almeno il 30% degli MMG-PLS
Comunicazione	Definire delle linee di indirizzo regionali per la comunicazione del rischio in occasione di focolai epidemici	Linee di indirizzo comunicazione eventi epidemici	Adozione, tramite atto formale regionale, di linee di indirizzo regionali per la comunicazione su eventi epidemici che prevedano: ● procedure standard per la comunicazione verso i cittadini e i media ● canali di comunicazione integrati (siti istituzionali, social media, campagne mirate) ● formazione specifica per portavoce e operatori sanitari sulla comunicazione in emergenza e loro implementazione tramite il Numero di iniziative di comunicazione a carattere	Adozione delle linee di indirizzo	Almeno 1 iniziativa	Almeno 1 iniziativa	Almeno 1 iniziativa	Almeno 1 iniziativa

PP10 “Sorveglianza e controllo delle malattie infettive in ambito umano”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle Azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
			regionale, rispondenti alle linee guida, realizzate annualmente					
Equità	Integrare in modo sistematico e progressivo criteri di equità nella *governance* e nella progettazione, attuazione e valutazione degli interventi, favorendo la consapevolezza sugli effetti delle prassi in termini di disuguaglianze sociali in salute	Applicazione criterio di equità	Completamento degli indicatori previsti per ciascuna annualità come da documento di traduzione operativa dell’approccio all’equità in salute nei Piani regionali della prevenzione (allegato al Piano)	Presenza Gruppo di lavoro equità e definizione Strategia equità	Descrizione di obiettivi specifici, azioni e indicatori per la strategia equità			Elaborazione di una sintesi sulle azioni per la strategia equità

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

PP10 "Sorveglianza e controllo delle malattie infettive in ambito umano"
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
(*) Condurre periodici esercizi di simulazione (SIMEX) sulla gestione e controllo delle malattie infettive con particolare riferimento a quelle che possono generare eventi epidemici rilevanti	**SIMEX**	(Numero di Aziende Sanitarie che hanno condotto almeno 1 esercizio di simulazione SIMEX nell'anno di riferimento) / (Numero totale di Aziende sanitarie della regione) x 100 Nota: Aziende sanitarie: si intendono ASL, AO, AOU, IRCCS. Nel contesto delle ASL saranno considerate valide unicamente le SIMEX che prevedranno anche il coinvolgimento dei DP			Almeno l'80% delle Aziende sanitarie	Almeno il 90% delle Aziende sanitarie	100% delle Aziende sanitarie
(*) Disporre di un sistema informativo gestionale regionale per le attività connesse alla sorveglianza delle malattie infettive	**Gestionale sorveglianza malattie infettive**	Implementazione di un sistema informativo gestionale regionale per le attività connesse alla sorveglianza delle malattie infettive incluse le MTA, in continuità con le attività per una eventuale gestione pandemica (es. attività di *contact-tracing*, sorveglianza esposti, sorveglianza sanitaria, etc.), garantendo sempre i flussi previsti verso il livello centrale			Disponibilità di un progetto per l'implementazione del sistema informativo gestionale regionale	Implementazione del progetto per la realizzazione del sistema informativo gestionale regionale	Disponibilità del sistema informativo gestionale regionale operativo
Produrre report periodici e analisi strutturate dei dati epidemiologici regionali sulle malattie infettive, laddove possibile integrato con altri flussi in ottica *One-Health*	Report epidemiologici malattie infettive	Numero di report epidemiologici regionali sulle malattie infettive nell'anno di riferimento, che integrino dati di diversi flussi informativi inclusi flussi informativi di interesse veterinario e ambientale	Almeno 1 report	Almeno 1 report	Almeno 1 report	Almeno 1 report	Almeno 1 report
Disporre di strumenti di visualizzazione e analisi a supporto decisionale dei DP e delle Strutture Regionali (dashboard, sistemi di allerta precoce, eventuali modelli predittivi), laddove possibile integrato con	Dashboard sorveglianza malattie infettive	Presenza di una dashboard regionale che includa strumenti di visualizzazione e analisi dei dati a supporto decisionale dei DP e delle Strutture Regionali, integrati, laddove possibile, con altri flussi in ottica *One-Health*			Disponibilità di un progetto per l'implementazione di strumenti di visualizzazione e analisi a supporto	Implementazione del progetto per la realizzazione di strumenti di visualizzazione e analisi a supporto decisionale dei	Disponibilità di strumenti di visualizzazione e analisi a supporto decisionale dei DP e delle Strutture Regionali

PP10 “Sorveglianza e controllo delle malattie infettive in ambito umano”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
altri flussi in ottica *One-Health*					decisionale dei DP e delle Strutture Regionali	DP e delle Strutture Regionali	
Produzione annuale di un report regionale sulle coperture vaccinali per età (infanzia, adolescenza, età adulta) e per condizione di rischio per una condivisione anche con la popolazione	Report coperture vaccinali	Numero di report regionali realizzati annualmente sulle coperture vaccinali per età (infanzia, adolescenza, età adulta) e per condizione di rischio per una condivisione anche con la popolazione	Almeno 1 report annuale sulle coperture vaccinali regionali	Almeno 1 report annuale sulle coperture vaccinali regionali	Almeno 1 report annuale sulle coperture vaccinali regionali	Almeno 1 report annuale sulle coperture vaccinali regionali	Almeno 1 report annuale sulle coperture vaccinali regionali
Definire un modello organizzativo regionale per la presa in carico vaccinale dei soggetti fragili e/o a rischio di gravi complicanze	Modello organizzativo presa in carico vaccinale - adozione	Adozione di un modello organizzativo regionale, sotto la *governance* del Dipartimento di Prevenzione, per la presa in carico vaccinale dei soggetti fragili e/o a rischio di gravi complicanze definendo sinergie con MMG/PLS e servizi specialistici ospedalieri e territoriali (incluse le RSA e gli Istituti Penitenziari).		Atto formale di adozione del modello regionale			
	Modello organizzativo presa in carico vaccinale – implementazione	(Numero di DP che implementano il modello regionale di cui sopra) / (Numero Totale di DP a livello regionale) x 100			Almeno il 50% dei DP	Almeno il 70% dei DP	Almeno il 90% dei DP
Prevedere in tutta la regione l’offerta della vaccinazione anti-influenzale dei soggetti	Modello di offerta vaccinazione anti-influenzale ricoverati ospedale	Approvazione formale dell’atto regionale che delinea il modello di offerta regionale per la vaccinazione anti-influenzale dei soggetti ricoverati per cui è raccomandata		Atto formale di approvazione			

PP10 “Sorveglianza e controllo delle malattie infettive in ambito umano”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
ricoverati per cui è raccomandata, da somministrare direttamente in ospedale prima della dimissione	Implementazione vaccinazione antinfluenzale ricoverati ospedale	(Numero di strutture sanitarie ospedaliere che offrono il vaccino antinfluenzale ai soggetti ricoverati secondo il modello regionale) / (Numero totale di strutture sanitarie ospedaliere regionali) x 100			Almeno il 50% delle strutture sanitarie ospedaliere	Almeno il 70% delle strutture sanitarie ospedaliere	Almeno il 90% delle strutture sanitarie ospedaliere

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

Programma Predefinito 11

PP11 "Prevenzione nella gestione integrata della cronicità"

TITOLO	**PP11 "Prevenzione nella gestione integrata della cronicità"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO1 Malattie croniche non trasmissibili**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	• 1.9 Promuovere la salute orale attraverso il contrasto ai fattori di rischio comuni alle MCNT • 1.10 Sviluppare la gestione proattiva dei fattori di rischio modificabili della demenza al fine di ritardare o rallentare l'insorgenza o la progressione della malattia • 1.11 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità • 1.13 Promuovere l'invecchiamento attivo e in salute e ridurre la fragilità per la popolazione 65 +, favorendo il mantenimento della capacità fisiche, cognitive e sociali, la riduzione delle disuguaglianze e la partecipazione attiva nella comunità • 2.2 Aumentare la percezione del rischio e l'*empowerment* degli individui sul tema della prevenzione di tutte le dipendenze, ponendo anche attenzione prospettica alle forme emergenti oggetto ancora di caratterizzazione nosologica ma attenzionate dalla comunità scientifica e dalle istituzioni (es. da tecnologie digitali, social e smartphone) • 2.3 Aumentare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti sul tema della prevenzione delle dipendenze • 2.5 Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per dipendenze • 2.7 Sensibilizzare sui rischi, i problemi e le patologie correlate all'uso/abuso di sostanze psicotrope e a comportamenti additivi • 3.1 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani) • 3.3 Coinvolgere in modo trasversale i servizi di interesse sanitari e sociali per il contrasto del fenomeno incidenti domestici nella comunità • 6.2 Aumentare la copertura vaccinale e l'adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, migranti, gruppi a rischio per patologie) • 7.8 Promuovere una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari ed interventi volti alla riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale per consumatori e operatori del settore alimentare tra cui gli operatori della ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/ assistenziale) • 7.11 Migliorare le conoscenze atte a documentare lo stato di nutrizione della popolazione
DESCRIZIONE	Il Programma completa e integra quelli già dedicati alla promozione della salute nei *setting* scuola, lavoro e comunità, intervenendo invece nel *setting* sanitario. Quest'ultimo viene utilizzato come contesto opportunistico per l'identificazione precoce e l'avvio ad interventi mirati di promozione della salute e prevenzione di soggetti in condizioni di rischio aumentato e/o affetti da Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) e dei loro *caregiver*, al

	fine di prevenire l'insorgenza o rallentare la progressione della malattia, in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità. Destinatari del programma sono quindi: • Persone con fattori di rischio legati all'età o comportamentali (consumo di tabacco, sedentarietà, alimentazione inadeguata, consumo rischioso di alcol) individuate durante prestazioni o visite effettuate per altri motivi clinici (e.g. ambulatori, consultori, certificazioni, etc.) o tramite chiamata attiva programmata (e.g. screening cardiovascolari). • Persone con cronicità già diagnosticate e in trattamento, che presentano fattori di rischio comportamenti e/o fattori di rischio intermedi (ossia stati patologici, seppure in parte reversibili, quali ipertensione arteriosa, eccesso ponderale, dislipidemie, iperglicemia). • *Caregiver* professionali e informali. Il programma prevede: • La definizione e mappatura di Reti territoriali integrate, sanitarie e non (e.g. palestre della salute, centri antifumo, gruppi di cammino, laboratori di cucina, iniziative comunitarie, etc.) per l'invio, in base al livello di rischio, verso: 1) interventi di prevenzione o opportunità di salute (es. gruppi di cammino) per persone con fattori di rischio; 2) interventi di prevenzione o opportunità di salute e/o presa in carico nei Percorsi Preventivi, Diagnostici, Terapeutici e Assistenziali (PPDTA) per i pazienti cronici. La mappa delle Reti è pensata come strumento sia per il personale sanitario sia per i cittadini, per facilitare l'accesso alle opportunità di salute disponibili sul territorio. • La definizione di standard e protocolli specifici per la promozione dell'invecchiamento attivo nello sviluppo del modello organizzativo delle Case della Comunità, con la partecipazione delle risorse della comunità tramite co-programmazione, co-progettazione, valorizzando il coinvolgimento di associazioni di cittadini e volontariato. • L'attivazione della presa in carico preventiva PPDTA delle persone con MCNT e invio ai servizi preventivi (vaccinazioni, prescrizione attività fisica, alimentazione, trattamento tabacco, trattamento alcol, etc.). • La diagnosi precoce e valutazione multidimensionale attraverso modelli di chiamata attiva (ad esempio screening cardiovascolare, anche integrato con la valutazione di altre patologie che condividono gli stessi fattori di rischio, come la demenza o altre malattie neurodegenerative) • Ingaggio e supporto dei *caregiver* attraverso azioni mirate di comunicazione e sostegno.
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI	Per il contrasto ai fattori di rischio per le malattie croniche, la letteratura scientifica e le raccomandazioni internazionali e nazionali evidenziano la necessità di un approccio multisettoriale e globale al problema che preveda: • l'integrazione degli interventi di prevenzione e cura, promuovendo insieme e in modo sinergico azioni di carattere informativo/formativo, di supporto agli stili di vita salutari; • la multidisciplinarità, favorendo la collaborazione culturale e operativa tra le diverse professionalità competenti in tema di prevenzione, cura e controllo dei fattori di rischio per le malattie croniche; • la partecipazione dei cittadini allo sviluppo di una cultura diffusa e condivisa sugli stili di vita salutari attraverso il coinvolgimento attivo di individui singoli e associati; • l'intersettorialità e la ricerca di alleanze tra operatori sanitari e attori esterni al SSR coinvolti a vario titolo sugli stili di vita (associazioni di volontariato e privato sociale, associazioni di categoria, associazioni dei consumatori, mass media, mondo dello sport e spettacolo, imprenditoria privata, etc.). Tra le azioni efficaci, l'intervento motivazionale breve effettuato dagli operatori sanitari, l'alfabetizzazione sanitaria dei gruppi target e l'accessibilità alle scelte salutari hanno un effetto positivo sulla modifica degli stili di vita.

	1. *WHO (2012). Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being.* 2. *WHO (2013). Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013–2020.* 3. *WHO (2019). Stronger collaboration, better health: Strengthening collaboration among multilateral organizations to accelerate country progress on the health-related Sustainable Development Goals.* 4. *WHO (2020). UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030.* 5. *WHO (2022). Health literacy development for the prevention and control of non-communicable diseases: volume 2. A globally relevant perspective.* 6. *Accordo Stato-Regioni del 7 marzo 2019. Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione.* 7. *Accordo Stato-Regioni del 3 novembre 2021. Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie.* 8. *Accordo Stato-Regioni 7 novembre 2024. Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le persone con diabete mellito e per le persone sottoposte a trapianto e nuove raccomandazioni per le persone con patologie muscolo-scheletriche.* 9. *Accordo Stato-Regioni 7 luglio 2022., Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell'obesità.* 10. *Accordo Stato-Regioni 15 settembre 2016. Piano Nazionale della Cronicità.*

PP11 “Prevenzione nella gestione integrata della cronicità”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Intersettorialità	Sviluppare e consolidare processi intersettoriali con soggetti esterni al SSR per favorire la presa in carico precoce delle persone in condizioni di rischio per MCNT e/o affetti da patologia, garantendo continuità assistenziale e attivazione di percorsi di prevenzione e promozione della salute	Accordi intersettoriali cronicità	Numero di accordi intersettoriali formalizzati a livello regionale o territoriale con soggetti esterni al SSR (e.g. Regione, Enti Locali, Servizi sociali, Associazionismo, Volontariato) volti a favorire l’attivazione di percorsi di prevenzione e promozione della salute nella presa in carico precoce delle persone in condizioni di rischio per MCNT e/o affetti da patologia	Realizzazione di almeno 1 Accordo	Realizzazione di almeno 1 ulteriore accordo			
Comunicazione	Rafforzare la comunicazione rivolta a pazienti cronici e *caregiver* per favorire la gestione integrata delle patologie croniche e promuovere la promozione della salute e la prevenzione, attraverso interventi informativi ed educativi efficaci, finalizzati a potenziare la health literacy, l’empowerment, le capacità di self-care e la corretta adesione a terapie e protocolli	Comunicazione gestione cronicità	Disponibilità di un Piano di Comunicazione regionale, corredato da indicazioni per il monitoraggio, rivolto a persone con patologie croniche e *caregiver* (professionali, familiari, loro associazioni) per favorire la gestione integrata delle patologie croniche e promuovere la prevenzione e la promozione della salute e Monitoraggio dell'attuazione del Piano tramite il Numero di iniziative di comunicazione regionali realizzate annualmente e il Report di monitoraggio finale comprensivo dell’indicazione (o la stima) del tipo e del numero dei destinatari raggiunti	Disponibilità del Piano di Comunicazione corredato da indicazioni per il monitoraggio	Realizzazione di almeno 1 iniziativa di comunicazione	Realizzazione di almeno 1 iniziativa di comunicazione	Realizzazione di almeno 1 iniziativa di comunicazione	Report di monitoraggio del Piano di comunicazione

PP11 “Prevenzione nella gestione integrata della cronicità”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Formazione	Promuovere la formazione *evidence-based* degli operatori sanitari sull'intervento motivazionale breve come buona pratica per agire sui comportamenti a rischio attraverso corsi validati	Formazione intervento motivazionale breve cronicità	(Numero di operatori sanitari SSR che hanno concluso il corso regionale sull'intervento motivazionale breve) / (N. di operatori SSR di ciascuna Regione) x 100 Nota: Corso regionale sull'intervento motivazionale breve: corso validato, a gestione regionale, come ad esempio il corso FAD “Promuovere Salute: L'intervento motivazionale breve”		Almeno il 10%	Almeno il 20%	Almeno il 30%	Almeno il 40%
Equità	Integrare in modo sistematico e progressivo criteri di equità nella *governance* e nella progettazione, attuazione e valutazione degli interventi, favorendo la consapevolezza sugli effetti delle prassi in termini di disuguaglianze sociali in salute	Applicazione criterio di equità	Completamento degli indicatori previsti per ciascuna annualità come da documento di traduzione operativa dell’approccio all’equità in salute nei Piani regionali della prevenzione (allegato al Piano)	Presenza Gruppo di lavoro equità e definizione Strategia equità	Descrizione di obiettivi specifici, azioni e indicatori per la strategia equità			Elaborazione di una sintesi sulle azioni per la strategia equità

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

PP11 “Prevenzione nella gestione integrata della cronicità”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Incrementare l'offerta di opportunità di salute e la presa in carico preventiva per persone in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia	Mappatura servizi di prevenzione	Progettazione, disponibilità e aggiornamento di una Mappa regionale dei servizi di prevenzione e opportunità di salute presenti sul territorio (es. gruppi di cammino, palestre della salute, centri antifumo, etc.), rivolta a cittadini e operatori sanitari	Progettazione /adattamento della Mappa	Disponibilità della Mappa	Aggiornamento della Mappa	Aggiornamento della Mappa	Aggiornamento della Mappa
	Reti regionali prevenzione cronicità	Numero di Reti regionali per la prevenzione e gestione integrata della cronicità e dei fattori di rischio (es. rete AFA/EFS, rete TaRSIN, rete centri antifumo, etc.) e Numero di protocolli operativi sul funzionamento delle Reti	Presenza di almeno 1 Rete regionale	Disponibilità di almeno 1 protocollo operativo		Presenza di almeno 1 ulteriore Rete regionale	
	Programmi EFS/AFA	Presenza di indicazioni regionali formalmente adottate sui programmi di esercizio fisico strutturato (EFS) e/o di attività fisica adattata (AFA) rivolti alla popolazione con uno o più fattori di rischio, patologie croniche o condizioni di fragilità (e.g. anziani), comprensive di indicazioni per il monitoraggio, e Presenza di programmi EFS/AFA nelle Aziende sanitarie territoriali della Regione calcolata come: (Numero di Aziende sanitarie territoriali con Programmi EFS/AFA) / (Numero di Aziende sanitarie territoriali della Regione) x 100	Adozione indicazioni regionali sui programmi EFS/AFA,	Presenza di programmi EFS/AFA in Almeno il 50% delle Aziende sanitarie territoriali	Presenza di programmi EFS/AFA in almeno l’80% delle Aziende sanitarie territoriali	Presenza di programmi EFS/AFA nel 100% delle Aziende sanitarie territoriali	

PP11 “Prevenzione nella gestione integrata della cronicità”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Promuovere l'adozione di P-PDTA regionali, con indicazioni su prevenzione e promozione della salute, specifici per MCNT	P-PDTA diabete/ malattie cardiovascolari/ demenze	Presenza/aggiornamento di P-PDTA regionale con indicazioni su prevenzione e promozione della salute (e.g. fumo, obesità, attività fisica, vaccinazioni, etc.) specifico per diabete o malattie cardiovascolari o demenze e Proporzione di Aziende sanitarie territoriali che lo implementano calcolata come: (Numero di Aziende Sanitarie territoriali che implementano il PPDTA diabete/malattie cardiovascolari/demenze) / (Numero di Aziende sanitarie territoriali) x 100		Adozione del P-PDTA	Implementazione del P-PDTA in almeno il 20% delle Aziende Sanitarie territoriali	Implementazione del P-PDTA in almeno il 40% delle Aziende Sanitarie territoriali	Implementazione del P-PDTA in almeno l’80% delle Aziende Sanitarie territoriali
	Ulteriore P-PDTA diabete/ malattie cardiovascolari/ demenze	Presenza/aggiornamento di ulteriore P-PDTA regionale con indicazioni su prevenzione e promozione della salute (e.g. fumo, obesità, attività fisica, vaccinazioni, etc.) specifico per diabete o malattie cardiovascolari o demenze e Proporzione di Aziende sanitarie territoriali che lo implementano calcolata come: (Numero di Aziende Sanitarie territoriali che implementano il PPDTA diabete/malattie cardiovascolari/demenze) / (Numero di Aziende sanitarie territoriali) x 100		Adozione del P-PDTA	Implementazione del P-PDTA in almeno il 20% delle Aziende Sanitarie territoriali	Implementazione del P-PDTA in almeno il 40% delle Aziende Sanitarie territoriali	Implementazione del P-PDTA in almeno l’80% delle Aziende Sanitarie territoriali

PP11 "Prevenzione nella gestione integrata della cronicità"
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
	P-PDTA Obesità	Presenza/aggiornamento di ulteriore P-PDTA regionale con indicazioni su prevenzione e promozione della salute (e.g. fumo, obesità, attività fisica, vaccinazioni, etc.) specifico per obesità e Proporzione di Aziende sanitarie territoriali che lo implementano calcolata come: (Numero di Aziende Sanitarie territoriali che implementano il PPDTA obesità) / (Numero di Aziende sanitarie territoriali) x 100	Adozione del P-PDTA	Implementazione del P-PDTA in almeno il 20% delle Aziende Sanitarie territoriali	Implementazione del P-PDTA in almeno il 40% delle Aziende Sanitarie territoriali	Implementazione del P-PDTA in almeno il 60% delle Aziende Sanitarie territoriali	Implementazione del P-PDTA nel 100% delle Aziende Sanitarie territoriali
(*) Promuovere l'identificazione precoce e la presa in carico dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia nelle Case della Comunità, anche al fine di favorire l'invecchiamento sano e attivo, valorizzando il coinvolgimento di associazioni di cittadini e volontariato	**Prevenzione Case della Comunità**	Presenza di indicazioni regionali per l'identificazione precoce e la presa in carico dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia nelle Case della Comunità, anche attraverso la definizione di protocolli per la chiamata attiva e Proporzione di Aziende sanitarie territoriali che le implementano calcolata come: (Numero di Distretti delle Aziende sanitarie territoriali che implementano le indicazioni regionali) / (Numero totale dei Distretti delle Aziende sanitarie territoriali) x 100	Presenza indicazioni regionali	Implementazione delle indicazioni regionali in almeno il 20% dei Distretti	Implementazione delle indicazioni regionali in almeno 40% dei Distretti	Implementazione delle indicazioni regionali in almeno il 60% dei Distretti	
Implementare il monitoraggio regionale degli interventi di prevenzione e promozione della salute rivolti a soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia	Monitoraggio interventi setting cronicità	Presenza e utilizzo di un sistema di monitoraggio regionale degli interventi di promozione della salute e prevenzione rivolti a soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia, eventualmente integrato con il portale regionale FSE	Progettazione /adattamento del sistema	Progettazione/adattamento del sistema	Utilizzo documentato del sistema	Utilizzo documentato del sistema	Utilizzo documentato del sistema

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

Programma Predefinito 12
PP12 "Promozione della salute nei primi mille giorni"

TITOLO	**PP12 "Promozione della salute nei primi mille giorni"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO1 Malattie croniche non trasmissibili**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	• 1.1 Aumentare la consapevolezza nella popolazione sull'importanza della salute riproduttiva e pre-concezionale • 1.2 Promuovere la salute riproduttiva e pre-concezionale della donna, della coppia, dei genitori • 1.3 Promuovere la salute nei primi 1000 giorni • 1.4 Promuovere interventi volti a favorire l'allattamento • 1.5 Individuare precocemente i segni indicativi di un disturbo dello sviluppo del bambino da 0 a 36 mesi • 1.6 Individuare precocemente i fattori di rischio e i segnali di disagio infantile • 1.8 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei setting di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale • 1.9 Promuovere la salute orale attraverso il contrasto ai fattori di rischio comuni alle MCNT • 3.1 Migliorare la conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori e nelle categorie a rischio (bambini, donne e anziani) • 3.2 Sensibilizzare la popolazione generale sui rischi connessi agli incidenti domestici • 3.3 Coinvolgere in modo trasversale i servizi di interesse sanitari e sociali per il contrasto del fenomeno incidenti domestici nella comunità • 5.1 Promuovere l'applicazione di un approccio *One Health* in una visione intersettoriale che potenzi l'integrazione tra SNPS e SNPA e promuova interventi di *advocacy* nelle politiche di altri settori • 6.1 Rafforzare il processo di eliminazione di morbillo e rosolia congenita • 7.11 Migliorare le conoscenze atte a documentare lo stato di nutrizione della popolazione
DESCRIZIONE	Il programma promuove la salute nei primi 1000 giorni di vita, a partire dal modello della *Nurturing Care*. I determinanti di salute incidono sul benessere fisico, psicologico, relazionale e sociale dei bambini e sul rischio di MCNT in età adulta. Le principali macroaree comprendono: salute preconcezionale, benessere in gravidanza, allattamento e alimentazione complementare responsiva, promozione della genitorialità, prevenzione degli incidenti domestici e stradali, protezione dagli schermi, lettura e musica condivisa, partecipazione alle attività educative 0-3 anni, adozione di sani stili di vita per tutta la famiglia fin dal concepimento. Caratteristiche degli interventi: • coinvolgimento dei padri fin dalle fasi preconcezionali; • valorizzazione del contesto: stili di vita individuali e interventi a livello di politiche, società, luoghi di lavoro, comunità; • indipendenza dall'influenza delle ditte (formule, farmaci, baby food, alimenti, bevande, tabacco, alcool); • intersettorialità (area sanitaria, sociale, educativa, terzo settore, politica)

	Interventi di provata efficacia: • incontri di accompagnamento alla nascita (IAN): è necessario aumentarne l'offerta soprattutto per le coppie alla prima esperienza di parto o con vulnerabilità; • assistenza alla gravidanza a basso rischio a conduzione ostetrica (BRO); • protezione, promozione e sostegno dell'allattamento (anche tramite la rete delle BLUD) e di una alimentazione complementare responsiva, per uno sviluppo armonioso e in salute dei futuri adulti. Sono necessarie azioni intersettoriali e pianificazione partecipata, secondo il modello dell'iniziative OMS/UNICEF *Baby-Friendly*; • visite domiciliari dopo il parto: con personale sanitario, educativo, sociale dei centri per le famiglie, secondo i bisogni delle famiglie, soprattutto quelle al primo figlio o vulnerabili, per migliori esiti di salute e genitorialità maggiormente responsiva; • frequenza dei servizi educativi 0-3 anni, per condividere buone prassi; • identificazione precoce dei disturbi dello sviluppo anche in collaborazione con i PLS, attraverso la promozione dell'utilizzo della scheda di sorveglianza neuroevolutiva dell'Osservatorio Nazionale Autismo dell'ISS; • attività a sostegno di madri/coppie nel post-partum: IAN fino almeno a 40 giorni dopo la nascita, visite domiciliari, monitoraggio del benessere materno, interventi per il disagio perinatale (anche non farmacologici come gruppi di auto-aiuto, di cammino, esperienze di canto corale), inclusione del padre nelle attività di cura e accudimento, prevenzione della violenza domestica, miglioramento della conoscenza della percezione dei rischi in ambito domestico nei genitori, promozione di sani stili di vita soprattutto nelle famiglie più vulnerabili; • guida a un uso consapevole degli schermi, con la proposta di attività alternative, cruciale per promuovere uno sviluppo cognitivo, comportamentale e relazionale sano.
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI	Nei primi 1000 giorni di vita si gettano le basi per lo sviluppo mentale e fisico del bambino. È essenziale attuare interventi efficaci per garantire alimentazione adeguata, genitorialità responsiva, protezione e sicurezza, opportunità di apprendimento precoce e buono stato di salute, come nelle seguenti fonti principali: • *DoRS. Regione Piemonte. Prima infanzia e disuguaglianze 2. Gli interventi a supporto della genitorialità. 2019* • *D'haenens F, et al. The effects of continuity of care on the health of mother and child in the postnatal period: a systematic review. Eur J Public Health 2020;30:749-60* • *Grewal G, et al. Scoping review of interventions to improve continuity of postdischarge care for newborns in LMICs. BMJ global health 2024, 9(1)* • *Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi 1000 giorni di vita. Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker. Ministero della Salute, Tavolo tecnico in materia di tutela e promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita. 2017* • *Kilavuz M, et al. Psychosocial and maternal care needs of recently delivered women during the postpartum period. BMC Pregnancy and Childbirth 2025;25:1-7* • *NICE. Antenatal care: Evidence reviews for antenatal classes (Guideline NG201) 2021* • *NICE. Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance. Clinical guideline [CG192] 2014* • *Pizzi E, et al. Evaluating screen exposure in very young children: insights from the Italian Surveillance System of children aged 0-2 years. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità 2025;61:141-8* • *Rollins NC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? Lancet 2016;387:491-504*

	• *Sriram S, et al. (2024). Midwife-led versus obstetrician-led perinatal care for low-risk pregnancy: A systematic review and meta-analysis of 1.4 million pregnancies. J Clin Med 2024;13:6629* • *Victora CG, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. Lancet 2016;387:475-90* • *World Health Assembly. Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children. A69/7 Add.1 2016* • *WHO. Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016* • *WHO. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. 2018* • *WHO. Integrating stakeholder and community engagement in quality of care initiatives for maternal, newborn and child health. 2020* • *WHO. Food marketing exposure and power and their associations with food-related attitudes, beliefs and behaviours: a narrative review. 2022* • *WHO. Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care. 2025* • *WHO, UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018 implementation guidance 2020.*

PP12 “Promozione della salute nei primi mille giorni”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Intersettorialità	Sviluppare e consolidare processi e percorsi intersettoriali attraverso la sottoscrizione di accordi intersettoriali nell’ottica di promuovere la partecipazione attiva e la co-costruzione di strategie, strumenti e percorsi con i gruppi d’interesse e il personale dei diversi settori che entrano in contatto con i genitori e le famiglie nei primi 1000 giorni	Accordi intersettoriali primi 1000 giorni	Presenza di accordi regionali di durata almeno biennale, formalizzati con enti locali, istituzioni, terzo settore, associazione e gruppi d’interesse rilevanti nella comunità, nell’ottica di promuovere la partecipazione attiva e la co-costruzione di strategie, strumenti e percorsi con i gruppi d’interesse e il personale dei diversi settori che entrano in contatto con i genitori e le famiglie nei primi 1000 giorni	Presenza di almeno 1 accordo			Presenza di almeno 1 ulteriore accordo in una macroarea di intervento differente dal precedente	
Formazione	Organizzare percorsi di formazione anche congiunta rivolta al personale sanitario, sociale, educativo e terzo settore, per lo sviluppo di conoscenze, competenze e la condivisione di strumenti per la promozione dei determinanti di salute nei primi 1000 giorni	Formazione operatori sanitari primi 1000 giorni	Definizione di un percorso formativo regionale sul modello della FAD Sorveglianza 0-2 e/o FAD primi 1000 giorni di vita (su promozione dei determinanti di salute nei primi 1000 giorni, anche nel campo della sicurezza domestica del bambino, e dei contenuti del Nurturing Care Framework for Early Child Development (NCF), inclusi gli aspetti di counseling motivazionale per il sostegno alla genitorialità responsiva e alle famiglie), rivolto agli operatori di ruolo sanitario del percorso nascita e misurazione della Proporzione di operatori formati annualmente attraverso la formula: (Numero di operatori del percorso nascita di ruolo sanitario formati) /(Numero totale di operatori del percorso nascita di ruolo sanitario a livello regionale) x100	Disponibilità del percorso formativo	Almeno il 10% degli operatori formati	Almeno il 20% degli operatori formati	Almeno il 30% degli operatori formati	Almeno il 40% degli operatori formati

PP12 “Promozione della salute nei primi mille giorni”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
		Formazione congiunta primi 1000 giorni	Definizione e adozione di un protocollo regionale per la formazione congiunta (su promozione dei determinanti di salute nei primi 1000 giorni, anche nel campo della sicurezza domestica del bambino, e dei contenuti del Nurturing Care Framework for Early Child Development (NCF), inclusi gli aspetti di counseling motivazionale per il sostegno alla genitorialità responsiva e alle famiglie) e monitoraggio della sua attuazione tramite il Numero di percorsi formativi regionali attivati annualmente e la predisposizione di un Report di monitoraggio finale sul personale formato, suddiviso per categoria di operatori e servizi di appartenenza	Disponibilità del protocollo	Attivazione di almeno 1 percorso formativo di carattere regionale		Attivazione di almeno 1 ulteriore percorso formativo di carattere regionale	Disponibilità del report di monitoraggio
Comunicazione	Costruire strumenti e organizzare interventi di comunicazione e informazione, rivolti alla popolazione e ai diversi stakeholder per la promozione dei determinanti di salute nei primi 1000 giorni di vita	Comunicazione primi 1000 giorni	Numero di interventi di comunicazione/informazione e di materiali di comunicazione a carattere regionale realizzati annualmente per la promozione dei determinanti di salute nei primi 1000 giorni di vita, rivolti sia alla popolazione sia ai diversi stakeholder e Report di monitoraggio finale sugli interventi realizzati		Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione/materiali comunicativi		Realizzazione di almeno 1 intervento di comunicazione/informazione/materiali comunicativi	Disponibilità del report di monitoraggio
		Contenuti digitali primi 1000 giorni	Disponibilità di sito o pagina web su sito istituzionale regionale dedicata alla promozione della salute nei primi 1000 giorni di vita, che includa un’area con contenuti selezionati riservata agli operatori sanitari, e Report di monitoraggio finale sulla sua implementazione e utilizzo			Presenza sito/pagina web		Disponibilità del report di monitoraggio

PP12 “Promozione della salute nei primi mille giorni”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Equità	Integrare in modo sistematico e progressivo criteri di equità nella *governance* e nella progettazione, attuazione e valutazione degli interventi, favorendo la consapevolezza sugli effetti delle prassi in termini di disuguaglianze sociali in salute	Applicazione criterio di equità	Completamento degli indicatori previsti per ciascuna annualità come da documento di traduzione operativa dell’approccio all’equità in salute nei Piani regionali della prevenzione (allegato al Piano)	Presenza Gruppo di lavoro equità e definizione Strategia equità	Descrizione di obiettivi specifici, azioni e indicatori per la strategia equità			Elaborazione di una sintesi sulle azioni per la strategia equità

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

PP12 “Promozione della salute nei primi mille giorni”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Promuovere l’allattamento e l’alimentazione complementare responsiva nel setting socio-sanitario con approccio integrato ospedale-territorio per garantire la continuità assistenziale dal preconcezionale ai primi 1000 giorni	Attivazione percorsi BFI Ospedali/Comunità	Presenza di accordo con UNICEF, a carattere regionale, per l'attivazione del percorso UNICEF "Ospedali e Comunità Amici del bambino" e Proporzione di punti nascita/comunità che lo hanno attivato, calcolata come: (Numero dei Punti nascita e/o comunità che hanno attivato il percorso UNICEF Ospedali e Comunità Amici del bambino e superato la fase 1BFI) / (Numero totale dei punti nascita e/o comunità a livello regionale) x 100	Presenza dell'Accordo con UNICEF				Almeno 1 punto nascita/comunità
	Protocollo regionale allattamento e alimentazione	Definizione di un protocollo regionale per la promozione dell'allattamento e dell'alimentazione complementare responsiva, secondo i principi della corretta alimentazione sia nei contesti domestici che educativi, e Proporzione dei distretti delle Aziende sanitarie territoriali che lo hanno attuato calcolata come: (Numero di distretti delle Aziende sanitarie territoriali che hanno attuato il protocollo regionale) / (Numero totale di distretti delle Aziende sanitarie territoriali della Regione) x 100	Disponibilità del protocollo regionale		Attuazione del protocollo in almeno il 30% dei distretti delle Aziende sanitarie territoriali		Attuazione del protocollo in almeno il 50% dei distretti delle Aziende sanitarie territoriali

PP12 “Promozione della salute nei primi mille giorni”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
(*) Realizzare percorsi che dalle fasi preconcezionali arrivino al puerperio coinvolgendo le famiglie per migliorare le capacità genitoriali, aumentare l’adesione ai corretti determinanti di salute e favorire sani stili di vita nel contesto familiare con azioni intersettoriali in specifici setting	**Protocollo regionale capacità genitoriale**	Stesura di un protocollo regionale per l’implementazione di percorsi in specifici setting per sostenere le capacità genitoriali e aumentare l’adesione ai corretti determinanti di salute e Proporzione dei distretti delle Aziende sanitarie territoriali che li hanno attuati calcolata come: (Numero di Distretti delle Aziende sanitarie territoriali che hanno implementato i percorsi nell’ambito di ambulatori BRO e/o IAN e/o visite domiciliari con la collaborazione dei Dipartimenti di Prevenzione) / (Numero totale dei Distretti delle Aziende sanitarie territoriali della Regione) x 100 Nota: Percorsi per sostenere le capacità genitoriali e aumentare l’adesione ai corretti determinanti di salute: percorsi (anche tramite interventi digitali e di telemedicina) che dovranno agire in uno o più dei seguenti setting, con una adeguata capillarità: - ambulatori BRO nel Percorso Nascita, centrati sulla continuità assistenziale; - incontri di accompagnamento alla nascita (IAN) con ampliamento del periodo di copertura pre e postnatale, inclusivi e culturalmente appropriati con attenzione al coinvolgimento delle coppie maggiormente esposte a vulnerabilità sociali, promuovendo la genitorialità responsiva e il coinvolgimento precoce della figura paterna; - visite domiciliari specialmente rivolte alle famiglie al primo figlio/a con fattori di vulnerabilità o di rischio psico-sociale, per favorire la cura responsiva e identificare precocemente bisogni di salute	Definizione del protocollo regionale	Attuazione dei percorsi in almeno il 10% dei Distretti delle Aziende sanitarie territoriali	Attuazione dei percorsi in almeno il 20% dei Distretti delle Aziende sanitarie territoriali	Attuazione dei percorsi in almeno il 40% dei Distretti delle Aziende sanitarie territoriali	Attuazione dei percorsi in almeno il 50% dei Distretti delle Aziende sanitarie territoriali

PP12 “Promozione della salute nei primi mille giorni”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Favorire l’individuazione precoce dei disturbi del neurosviluppo da parte dei Pediatri di Libera Scelta (PLS)	Protocollo disturbi del neurosviluppo	Predisposizione e adozione di un protocollo regionale per favorire l’individuazione precoce dei disturbi del neurosviluppo attraverso l'utilizzo da parte dei PLS della scheda di sorveglianza neuroevolutiva dell’Osservatorio Nazionale Autismo dell’Istituto Superiore di Sanità e monitoraggio dell'utilizzo della scheda attraverso la formula: (Numero di PLS che utilizzano la scheda) / (Numero totale di PLS a livello regionale) x 100	Disponibilità del protocollo regionale	Almeno il 10% dei PLS che utilizzano la scheda	Almeno il 20% dei PLS che utilizzano la scheda	Almeno il 30% dei PLS che utilizzano la scheda	Almeno il 40% dei PLS che utilizzano la scheda
Promuovere lo sviluppo psicomotorio e cognitivo del bambino con azioni di rete tra setting sanitario e non sanitario, con il coinvolgimento dei principali stakeholder dell’area sociale, educativa e del terzo- settore	Protocollo sviluppo psicomotorio e cognitivo del bambino	Redazione di un protocollo regionale per lo sviluppo psicomotorio e cognitivo del bambino che preveda la messa in rete intersettoriale di almeno 2 interventi di provata efficacia con il coinvolgimenti dei padri, e proporzione dei distretti delle Aziende sanitarie che lo hanno implementato calcolata come: (Numero dei Distretti delle Aziende sanitarie che hanno attuato almeno 2 interventi previsti dal protocollo regionale) / (Numero totale dei Distretti delle Aziende sanitarie della Regione) x 100 Nota: Esempi di interventi di provata efficacia: - lettura precoce e condivisa - ascolto e pratica musicale - frequenza dei servizi educativi 0-3 - promozione del movimento libero, nelle aree verdi comunali adeguate - educazione digitale familiare dalla nascita - partecipazione attiva dei padri al ruolo di cura, sul modello del progetto E4Parent	Disponibilità del protocollo regionale		Attuazione degli interventi in almeno il 30% dei Distretti delle Aziende sanitarie		Attuazione degli interventi i in almeno l'50% dei Distretti delle Aziende sanitarie

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

Programma Predefinito 13

PP13 "Malattie trasmissibili con gli alimenti, tutela della salute dei consumatori e nutrizione"

TITOLO	**PP13 "Malattie trasmissibili con gli alimenti, tutela della salute dei consumatori e nutrizione"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO7 – Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	• 7.1 Favorire la formazione del personale addetto al controllo ufficiale (CU) concernente le principali zoonosi e rischi emergenti correlate alle MTA, al fine di assicurare controlli appropriati e coerenti nel settore della ristorazione collettiva • 7.2 Aumentare le competenze degli operatori sanitari delle strutture sanitarie competenti sulla prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da alimenti e delle strutture sanitarie coinvolte nella prevenzione e il controllo delle malattie trasmesse da alimenti e nelle intossicazioni da funghi • 7.3 Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da alimenti e sul corretto riconoscimento dei funghi e sulle attività degli ispettorati micologici • 7.4 Promuovere interventi formativi, campagne informative/educative per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA) sulle malattie trasmesse da alimenti • 7.5 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 • 7.6 Migliorare la qualità della sorveglianza delle malattie trasmesse da alimenti (MTA) • 7.7 Rafforzare le capacità diagnostiche e laboratoristiche e delle infrastrutture di supporto al controllo delle malattie trasmesse da alimenti • 7.8 Promuovere una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari ed interventi volti alla riduzione dello spreco e dell'impatto ambientale per consumatori e operatori del settore alimentare tra cui gli operatori della ristorazione collettiva (scolastica, aziendale, ospedaliera e socio/ assistenziale) • 7.9 Migliorare la tutela della salute dei consumatori e dei soggetti allergici o intolleranti, assicurare il loro diritto all'informazione e garantire l'attività di controllo sulla presenza di sale iodato presso punti vendita e ristorazione collettiva • 7.10 Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all'uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute • 7.11 Migliorare le conoscenze atte a documentare lo stato di nutrizione della popolazione • 1.8 Promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età e nei *setting* di vita e di lavoro, integrando cambiamento individuale e trasformazione sociale • 1.9 Promuovere la salute orale attraverso il contrasto ai fattori di rischio comuni alle MCNT • 5.8 Implementare azioni strategiche per la sicurezza dell'acqua destinata al consumo umano: *governance*, integrazione e formazione • 6.3 Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile

DESCRIZIONE	Le malattie trasmesse da alimenti (MTA) si distinguono in tre grandi categorie: le **intossicazioni**, dovute all'ingestione di tossine già presenti nell'alimento prima del consumo; le **infezioni**, causate da microrganismi vivi che superano la barriera gastrica e colonizzano l'intestino; e le **tossinfezioni**, in cui l'alimento contiene sia batteri che tossine, con ulteriore produzione tossinica direttamente nel tratto gastroenterico. La contaminazione può avvenire in qualunque fase della filiera, dalla produzione primaria fino al consumo, e i quadri clinici variano per gravità. Tra i batteri più rilevanti troviamo *Campylobacter* (spesso legato a carni di pollame poco cotte e latte crudo), *Salmonella* (presente in molluschi, pollame, uova, latticini e vegetali) e i ceppi di *Escherichia coli* produttori di Shiga tossine (STEC), responsabili di infezioni potenzialmente letali come la Sindrome Emolitico Uremica, soprattutto nei bambini piccoli, *Listeria monocytogenes* che determina alta mortalità nei soggetti fragili, *Shigella* e *Yersinia*. I Norovirus sono tra le principali cause di gastroenteriti acute, mentre i virus dell'epatite A ed E possono diffondersi attraverso alimenti contaminati. In Italia l'impatto delle MTA è sottostimato a causa di sintomi spesso lievi, la mancata prescrizione di esami coprologici, la disomogeneità nei protocolli diagnostici di laboratorio e, infine, la sotto notifica da parte delle strutture sanitarie per via del carico di lavoro. Le nuove tecnologie rendono necessario rafforzare la collaborazione tra autorità competenti, laboratori di riferimento ed epidemiologia, garantendo interoperabilità delle piattaforme (soprattutto per i dati genomici) e procedure armonizzate, così da migliorare la rapidità ed estensione delle allerte epidemiche a livello regionale, nazionale e transnazionale. La scarsa o inadeguata denuncia delle MTA e le diagnosi incerte limitano l'indagine epidemiologica, causando perdita di informazioni e difficoltà nell'identificare agente eziologico e fonte di contaminazione, nonostante sistemi come D.M. PREMAL e RASFF. È fondamentale un costante impegno di Regioni e ASL nella raccolta dati e nelle indagini. La maggior parte delle MTA è legata a comportamenti scorretti degli Operatori del Settore Alimentare (OSA), soprattutto per contaminazione secondaria. La prevenzione richiede un sistema di controllo integrato che coinvolga OSA, Organi di controllo e consumatori. Gli OSA devono applicare un adeguato autocontrollo, mentre le Autorità Competenti devono garantire Controlli Ufficiali (CU) efficaci. La formazione degli OSA, soprattutto nella ristorazione, è essenziale per promuovere comportamenti igienici corretti, così come la qualificazione del personale addetto ai CU. Gli interventi di sicurezza alimentare e sicurezza nutrizionale, adozione procedure operative attività coordinamento e percorsi formativi mirano alla tutela della salute del consumatore attraverso la promozione di corretti stili di vita e controllo dei rischi specifici all'interno della filiera alimentare (inclusi allergeni e iodoprofilassi).

SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI	Le Malattie Trasmesse dagli Alimenti (MTA) sono una causa rilevante di patologie e decessi a livello globale. Il progresso nelle tecniche di tipizzazione, in particolare il Sequenziamento Genomico Completo (WGS), ha migliorato l'identificazione dei focolai epidemici imponendo una maggiore integrazione tra autorità, laboratori e unità di epidemiologia. Fondamentali sono l'interoperabilità delle piattaforme di raccolta e analisi dei dati, l'armonizzazione delle procedure e la capacità di estendere le allerte su scala regionale, nazionale e transnazionale. L'esperienza dei Dipartimenti di Prevenzione evidenzia criticità operative e carenze di coordinamento, che ostacolano l'indagine e la gestione dei focolai. Le attività di sorveglianza e controllo sono multidisciplinari e richiedono competenze integrate in clinica, epidemiologia, microbiologia, chimica degli alimenti e gestione del rischio. Un sistema efficace deve valutare incidenza e costi, identificare agenti eziologici, individuare pratiche scorrette, attuare interventi prioritari e garantire risposte rapide. Centrale è l'istituzione di un gruppo multidisciplinare per coordinare indagini cliniche e ambientali, misure di controllo immediate, cooperazione con MMG e PLS, gestione trasparente delle comunicazioni e produzione di rapporti finali. Evidenze dimostrano che solide basi normative, controllo ufficiale degli alimenti, formazione continua, sorveglianza epidemiologica avanzata, adeguata capacità laboratoristica e comunicazione efficace con il consumatore, permettono di ridurre e migliorare la gestione delle MTA. Lo sviluppo di competenze, in particolare degli OSA e del personale addetto ai CU, attraverso la realizzazione di percorsi formativi, è una delle strategie più efficaci per controlli rigorosi lungo tutta la filiera alimentare e la promozione di abitudini salutari. ***<u>Principali riferimenti normativi</u>*** 1. *Decisione 2119/98/CE Sorveglianza epidemiologica delle MTA nella Comunità* 2. *Decreto Ministero della Salute 7 marzo 2022 PREMAL 2022 Revisione sistema segnalazione* 3. *Direttiva 2003/99/CE e D.Lgs. 191/2006 Sorveglianza zoonosi* 4. *Regolamento (UE) 2371/2022 Gravi minacce transfrontaliere* 5. *EU One Health Zoonoses Report 2023* 6. *Circolare Ministero della Salute 06.07.2017 Linee guida Botulismo e Sicurezza Alimentare* 7. *European Union One Health 2023 Zoonoses Report* 8. *Reg. UE 1169/2011 e Reg. UE 1924/2006 Informazioni e claims nutrizionali, allergeni* 9. *Legge 19 agosto 2016, n. 166 Sprechi alimentari* 10. *Legge 21 marzo 2005, n. 55 Prevenzione del gozzo e patologie da carenza iodica* 11. *Linee di indirizzo nazionali per la ristorazione scolastica Ministero della salute 2017* 12. *Council Conclusions 2017/C 205/03 Obesità infantile* 13. *Linee di indirizzo prevenzione sovrappeso e obesità Ministero della salute 2022 (PPDTA sovrappeso/obesità)* 14. *Legge n. 149 del 3 ottobre 2025 Disposizioni per la prevenzione e cura dell'obesità.* 15. *NICE, gennaio 2025 Linee guida cliniche aggiornate sulla gestione dell'obesità.*

PP13 “Malattie trasmissibili con gli alimenti, tutela della salute dei consumatori e nutrizione”

Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Intersettorialità	Sviluppare un intervento integrato e multisettoriale per la prevenzione dell'eccedenza ponderale nelle diverse fasce di età attraverso la promozione della Dieta Mediterranea e di uno stile di vita attivo e contrasto alla sedentarietà anche con la collaborazione del TaRSIN	Prevenzione eccedenza ponderale	Definizione di un programma regionale integrato e multisettoriale per la prevenzione dell'eccedenza ponderale nelle diverse fasce di età, attraverso la promozione della Dieta Mediterranea e di uno stile di vita attivo e contrasto alla sedentarietà, anche con la collaborazione del TaRSIN, e sua attuazione tramite interventi nelle Aziende sanitarie territoriali	Istituzione/ aggiornamento tavoli di lavoro intersettoriali	Formalizzazione del programma integrato	Report sull’ l’attuazione del programma integrato che attesti almeno 1 intervento per ciascuna Azienda sanitaria territoriale	Report sull’ l’attuazione del programma integrato che attesti almeno 1 intervento per ciascuna Azienda sanitaria territoriale	Report sull’ l’attuazione del programma integrato che attesti almeno 1 intervento per ciascuna Azienda sanitaria territoriale
Formazione	Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale (CU) concernenti le principali zoonosi e rischi emergenti correlate alle MTA, al fine di assicurare controlli appropriati e coerenti nel settore della ristorazione collettiva e negli Operatori del Settore Alimentare (OSA) per gli alimenti e processi produttivi	Formazione personale addetto controlli ufficiali MTA	Presenza di programma formativo regionale e sua attuazione tramite il Numero di eventi formativi regionali realizzati annualmente per personale addetto ai controlli ufficiali, finalizzati ad assicurare controlli appropriati e coerenti ai rischi specifici del contesto produttivo, rafforzando la capacità degli addetti al CU di riconoscere i pericoli peculiari degli alimenti prodotti e dei processi produttivi e di individuare eventuali fattori di rischio per la salute non valutati o gestiti dal sistema di gestione per la sicurezza alimentare dell’OSA, per garantire alimenti sicuri e prevenire l’insorgenza di MTA lungo l’intera filiera agroalimentare	Presenza del programma formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo

PP13 “Malattie trasmissibili con gli alimenti, tutela della salute dei consumatori e nutrizione”

Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Formazione	Implementare la formazione regionale rivolta agli addetti ed agli Operatori del settore alimentare in tema di alimentazione sana e sicura	Formazione OSA sicurezza alimentare e nutrizionale	Presenza di programma formativo regionale e sua attuazione tramite il Numero di eventi formativi regionali validati (anche FAD) realizzati annualmente in tema di: alimentazione sana e sicura e prevenzione obesità (utilizzo di meno sale ma iodato, intolleranze alimentari, allergeni, celiachia, gestione dei pericoli chimici e microbiologici negli alimenti); salute e sostenibilità (corsi teorici e laboratori di cucina); etichettatura (secondo quanto disposto dal Reg. 1169/2011 e Reg. 1924/2006) ed indicazioni nutrizionali	Presenza del programma formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo
Formazione	**(*)** Aumentare le competenze degli operatori sanitari delle strutture sanitarie competenti sulla prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da alimenti e delle strutture sanitarie coinvolte nella prevenzione e il controllo delle malattie trasmesse da alimenti e nelle intossicazioni da funghi	**Formazione operatori sanitari MTA**	Presenza di programma formativo regionale e sua attuazione tramite il Numero di eventi formativi regionali realizzati annualmente per operatori sanitari delle strutture sanitarie competenti sulla prevenzione e controllo delle malattie trasmesse da alimenti e delle intossicazioni da funghi al fine di assicurare l’attivazione tempestiva dei sistemi di prevenzione e controllo a tutela della salute collettiva, con particolare attenzione ai medici e agli operatori sanitari coinvolti nelle attività di indagine	Presenza del programma formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo

PP13 “Malattie trasmissibili con gli alimenti, tutela della salute dei consumatori e nutrizione”

Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
			epidemiologica, nonché coloro che pongono il sospetto diagnostico, tra cui i PS e le UOC delle malattie infettive					
Comunicazione	Sviluppare campagne informative - educative per gli Operatori del Settore Alimentare (OSA), per le associazioni di categoria e ordini, anche con tecnologie innovative quali laboratori/video, pillole	Comunicazione OSA sicurezza alimentare	Numero di interventi di comunicazione/informazione regionali realizzati annualmente per gli OSA e altri stakeholder (es. associazioni di categoria e ordini,) sul tema della sicurezza alimentare, anche con tecnologie innovative quali laboratori/video, pillole,	Almeno 1 intervento	Almeno 1 intervento	Almeno 1 intervento	Almeno 1 intervento	Almeno 1 intervento
Comunicazione	Realizzare interventi di comunicazione e informazione sulla promozione dell’educazione alimentare, la lotta agli sprechi sulla base della Direttiva 2008/98/CE relativa ai rifiuti ed il recupero delle eccedenze con riferimento alla Legge 166/2016 (L. Gadda)	Comunicazione ecosostenibilità per OSA e comunità	Numero di interventi di informazione e sensibilizzazione regionali realizzati annualmente rivolti agli operatori del settore alimentare e ai consumatori per promuovere stili di vita ecosostenibili e ridurre gli impatti diretti e indiretti dei sistemi alimentari	Almeno 1 intervento	Almeno 1 intervento	Almeno 1 intervento	Almeno 1 intervento	Almeno 1 intervento

PP13 “Malattie trasmissibili con gli alimenti, tutela della salute dei consumatori e nutrizione”

Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Denominazione**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Comunicazione	Promuovere la consapevolezza da parte delle comunità sulle malattie trasmesse da alimenti e sul corretto riconoscimento dei fungi e sulle attività degli ispettorati micologici	Comunicazione MTA per comunità	Numero di interventi di comunicazione/informazione regionali realizzati annualmente rivolti ai cittadini, anche a mezzo web, sulle malattie trasmesse da alimenti e sulle attività degli ispettorati micologici, anche al fine di far conoscere il ruolo delle Autorità competenti (SIAN e Servizi Veterinari) per eventuali segnalazioni tempestive relative agli alimenti, a tutela della salute pubblica	Almeno 1 intervento	Almeno 1 intervento	Almeno 1 intervento	Almeno 1 intervento	Report di monitoraggio del piano di comunicazione
Equità	Integrare in modo sistematico e progressivo criteri di equità nella *governance* e nella progettazione, attuazione e valutazione degli interventi, favorendo la consapevolezza sugli effetti delle prassi in termini di disuguaglianze sociali in salute	Applicazione criterio di equità	Completamento degli indicatori previsti per ciascuna annualità come da documento di traduzione operativa dell’approccio all’equità in salute nei Piani regionali della prevenzione (allegato al Piano)	Presenza Gruppo di lavoro equità e definizione Strategia equità	Descrizione di obiettivi specifici, azioni e indicatori per la strategia equità			Elaborazione di una sintesi sulle azioni per la strategia equità

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

PP13 “Malattie trasmissibili con gli alimenti, tutela della salute dei consumatori e nutrizione”

Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Verificare l’efficacia del sistema di rintracciabilità degli alimenti a rischio, previsto dagli articoli 18 e 19 del Reg. (CE) n. 178/2002, al fine di garantire l’attivazione immediata del sistema di allerta e il ritiro/richiamo degli alimenti pericolosi o potenzialmente pericolosi e migliorare il coordinamento con le strutture ospedaliere	Procedura rintracciabilità alimenti	Sviluppo/aggiornamento di una procedura regionale per l’attivazione immediata del sistema di allerta e il ritiro/richiamo degli alimenti pericolosi o potenzialmente pericolosi (in linea con la normativa nazionale ed europea) mediante l’utilizzo dei sistemi informativi dedicati	Disponibilità della procedura			Verifica e/o aggiornamento della procedura	
Supportare la gestione dei casi e focolai di MTA e favorire la standardizzazione delle indagini epidemiologiche dei principali agenti zoonotici	Procedura indagini epidemiologiche MTA	Sviluppo/aggiornamento di una procedura regionale standard per le indagini epidemiologiche in caso di MTA, in raccordo con eventuali indicazioni del Coordinamento Interregionale della Prevenzione (CIP), al fine di definire procedure operative e linee di indirizzo regionali contenenti anche istruzioni e modelli utili all’esecuzione delle indagini epidemiologiche sui principali agenti zoonotici			Disponibilità della procedura		Verifica e/o aggiornamento della procedura

PP13 “Malattie trasmissibili con gli alimenti, tutela della salute dei consumatori e nutrizione”

Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Supportare l'attuazione delle previsioni dell’art. 10 DEL D. LGS. 27/21 per la trasmissione dei ceppi dei patogeni isolati ovvero dei dati di sequenziamento genomico ai centri di referenza nazionale e ai centri di coordinamento nazionali e regionali, anche in relazione all'entrata in vigore del Regolamento di esecuzione (UE) 2025/179 della Commissione, del 31 gennaio 2025, relativo alla raccolta e alla trasmissione di dati analitici molecolari nel quadro delle indagini epidemiologiche sui focolai di tossinfezione alimentare in conformità alla direttiva 2003/99/CE del Parlamento europeo e del Consiglio	Protocollo trasmissione ceppi da isolati MTA	Sviluppo/aggiornamento di un protocollo operativo regionale finalizzato all’attuazione delle previsioni dell’art. 10 DEL D. LGS. 27/21 per la trasmissione di ceppi di isolati ovvero per la trasmissione di dati di sequenziamento genomico dei microrganismi patogeni isolati da alimenti, dal livello regionale al livello centrale			Disponibilità del protocollo operativo		
Supportare lo sviluppo e l'adozione di accordi e protocolli interistituzionali a livello regionale, finalizzati a garantire un coordinamento tra gli enti e istituzioni coinvolti per una più efficace attivazione delle misure di prevenzione e controllo correlate ai casi di MTA e focolai diffusi	Protocollo Enti/laboratori isolati MTA	Adozione e attuazione di un accordo/protocollo interistituzionale, a carattere regionale, finalizzato all'individuazione di uno o più Enti/laboratori responsabili di raccolta, circolazione e gestione dei dati relativi alla tipizzazione genomica dei ceppi isolati	Disponibilità bozza di accordo/ protocollo regionale		Disponibilità di accordo/ protocollo regionale		Report sull' attuazione accordo/ protocollo per la condivisione dei dati

PP13 “Malattie trasmissibili con gli alimenti, tutela della salute dei consumatori e nutrizione”

Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Favorire l'individuazione di laboratori di riferimento regionale per le malattie trasmesse da alimenti in ambito umano o l'attivazione di convenzioni con laboratori di riferimento o laboratori di un’altra Regione/PA	Individuazione laboratori di riferimento MTA	Sviluppo/aggiornamento del provvedimento regionale per la designazione del laboratorio di riferimento per le MTA e Operatività dell'attività di genotipizzazione genomica dei ceppi isolati in corso di focolai di MTA diffusi Nota: I suddetti laboratori dovranno rispondere ai requisiti minimi stabiliti a livello centrale e far parte di una rete appositamente costituita, coordinata a livello nazionale		Adozione di un nuovo provvedimento regionale o aggiornamento di atti esistenti secondo i criteri della rete nazionale			Report sull'operatività dell'attività di genotipizzazione
Rafforzare le capacità diagnostiche di sequenziamento e di tipizzazione dei patogeni da parte dei laboratori e comparazione per un più tempestivo riconoscimento degli agenti causali - isolati nelle acque (ambiente), alimenti, uomo ed animali - per una più efficace attivazione delle misure di prevenzione e controllo	Potenziamento capacità diagnostiche, sequenziamento, tipizzazione patogeni	Sviluppo e attuazione di un programma regionale pluriennale di iniziative per il potenziamento delle capacità diagnostiche di sequenziamento e tipizzazione dei patogeni da parte dei laboratori al fine di garantire all’aumento degli isolati nelle acque, alimenti, uomo e animali tipizzati ai fini della comparazione ed una tempestiva adozione delle misure di prevenzione e controllo (risorse umane, formative, strumentali, finanziarie ecc.)	Disponibilità del programma	Report sull'attuazione del programma	Report sull'attuazione del programma	Report sull'attuazione del programma	Report sull'attuazione del programma
Implementare programmi di Controllo in materia di sicurezza nutrizionale presso la ristorazione collettiva e di vigilanza in materia di presenza di sale iodato presso i punti vendita e ristorazione collettiva	Controlli sicurezza nutrizionale	Attuazione di specifici programmi di Controllo in materia di sicurezza nutrizionale presso la ristorazione collettiva e di vigilanza in materia di presenza di sale iodato presso i punti vendita e ristorazione collettiva, integrati nei Piani di Controllo Regionali Pluriennali (PCRP), calcolata come: (Numero di ambiti	Almeno il 20%	Almeno il 40%	Almeno il 60%	Almeno l'80%	100%

PP13 “Malattie trasmissibili con gli alimenti, tutela della salute dei consumatori e nutrizione”

Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
		territoriali/Aziende sanitarie territoriali che effettuano almeno 5 interventi di controllo/vigilanza) / (Numero totale di ambiti territoriali/Aziende sanitarie territoriali della regione) x 100					
Definire e implementare un Piano di controllo regionale in materia di intolleranze ed allergeni presso la produzione, distribuzione e la somministrazione nell’ambito della ristorazione collettiva	Controlli intolleranze/allergeni	Adozione di un piano regionale in materia di intolleranze ed allergeni presso la produzione, distribuzione e la somministrazione nell’ambito della ristorazione collettiva ed esecuzione dei Controlli ispettivi e/o analitici previsti, integrati nei Piani di Controllo Regionali Pluriennali (PCRP), in materia di intolleranze ed allergeni	Adozione del Piano allergeni	Effettuazione dei controlli e campionamenti stabiliti dal piano allergeni documentata da report	Effettuazione dei controlli e campionamenti stabiliti dal piano allergeni documentata da report	Effettuazione dei controlli e campionamenti stabiliti dal piano allergeni documentata da report	Effettuazione dei controlli e campionamenti stabiliti dal piano allergeni documentata da report

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

Programma Predefinito 14

PP14 "Problematiche sanitarie emergenti nell'ambito degli animali da compagnia"

TITOLO	**PP14 "Problematiche sanitarie emergenti nell'ambito degli animali da compagnia"**
MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO	**MO7 – Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria**
OBIETTIVI STRATEGICI, ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI	• 7.12 Prevenire le zoonosi degli animali da compagnia tramite piani di monitoraggio, procedure operative integrate, formazione degli operatori sanitari strutture sanitarie umane e veterinarie e attività di formazione/informazione dei portatori di interesse • 7.13 Prevenire e ridurre aggressioni e morsicature da parte di cani tramite la definizione di procedure gestionali per i Servizi Veterinari, programmi di formazione per i detentori e proprietari di cani e campagne informative/educative per le comunità in materia di adozione consapevole degli animali e della loro corretta gestione • 7.14 Accrescere la disponibilità di informazioni inerenti all'oncologia veterinaria per le finalità di sanità pubblica tramite la promozione dell'inserimento in SINAC da parte dei medici veterinari delle informazioni diagnostiche relative alle neoplasie degli animali da compagnia • 5.1 Promuovere l'applicazione di un approccio *One Health* in una visione intersettoriale che potenzi l'integrazione tra SNPS e SNPA e promuova interventi di *advocacy* nelle politiche di altri settori • 6.3 Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive, in modo interoperabile
DESCRIZIONE	Negli ultimi dieci anni in Italia è aumentata la sensibilità verso gli animali da compagnia, divenuti parte integrante del contesto familiare e sociale. Il Rapporto Eurispes 2025 indica che il 40,5% degli italiani possiede almeno un animale domestico, con un incremento rispetto al 2024. Questo crescente legame offre importanti benefici psicologici, sociali e fisici, ma comporta anche nuove criticità sanitarie. La convivenza ravvicinata favorisce infatti la trasmissione di zoonosi non coperte da specifici piani preventivi, come **leishmaniosi e leptospirosi**, la cui diffusione è sostenuta da fattori ambientali e dalla densità animale in ambito urbano. Inoltre, la presenza sempre più frequente di animali negli spazi pubblici richiede una gestione responsabile per prevenire episodi di aggressività interspecifica e intraspecifica a tutela della sicurezza collettiva. Eventi di morsicatura o aggressione richiedono interventi tempestivi dei servizi veterinari per evitare recidive, migliorare il benessere animale e umano e ridurre rischi di abbandono o rinuncia di proprietà. Un ulteriore elemento critico deriva dalla **condivisione degli stessi microambienti** tra uomo e animale, che determina un'esposizione comune a contaminanti ambientali presenti in aria, acqua e alimenti. Numerose sostanze tossiche sono riconosciute come fattori di rischio per patologie croniche e neoplastiche. Il cancro, considerato una delle principali emergenze di sanità pubblica, coinvolge anche gli animali da compagnia, i quali manifestano forme tumorali con caratteristiche biologiche e istopatologiche simili a quelle umane. Nella prospettiva **One Health**, l'oncologia veterinaria ha un ruolo strategico nell'oncologia comparata: i tumori spontanei di cane e gatto possono funzionare come sistemi sentinella per individuare precocemente fattori oncogeni ambientali comuni all'uomo. Il loro ciclo di vita più breve anticipa l'insorgenza e la progressione delle neoplasie, permettendo di osservare in tempi ridotti gli effetti di possibili esposizioni cancerogene. Il PP intende promuovere: • la definizione e adozione a cura delle Regione di **piani di monitoraggio della leishmaniosi canina** basati su accertamenti diagnostici sugli animali degli stabilimenti di rifugio per animali da compagnia, sul monitoraggio entomologico per la ricerca dei **vettori** e su procedure condivise tra Servizi Veterinari e i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica per **la**

	gestione integrata dei casi di rispettiva competenza e di Inserire leishmaniosi e leptospirosi nell'elenco delle malattie a rilevante rischio sanitario nazionale, per attivare programmi di sorveglianza del Ministero della Salute e delle Regioni/PA (Repertorio atto n. 183/CSR). • Per la leptospirosi, l'adozione di una gestione uniforme e integrata tra medicina veterinaria e medicina umana con gestione omogenea delle positività e attenzione specifica ai gruppi professionali più esposti (es. operatori dei rifugi); • Per le aggressioni canine, l'avvio di programmi formativi rivolti a proprietari e detentori, e creazione di una raccolta dati uniforme che supporti interventi informativi differenziati per territorio; dotare i servizi veterinari di strumenti e procedure condivise. • Per le neoplasie, l'inserimento delle informazioni diagnostiche nel SINAC
SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI	Gli animali da compagnia rivestono un ruolo sempre più centrale nella società, ma ai benefici della relazione uomo–animale si affiancano criticità rilevanti per sanità pubblica e sicurezza, soprattutto per le patologie zoonosiche. L'ECDC indica l'Italia come il Paese con la più alta siero-prevalenza europea di leishmaniosi canina. Oltre alle zone storicamente endemiche, la malattia si sta espandendo verso nord, con aumento dei casi in Emilia-Romagna e nuovi focolai autoctoni in diverse regioni settentrionali. Anche i vettori flebotomi si stanno diffondendo verso aree prima non endemiche. Per la leptospirosi è confermato il rischio zoonosico e una maggiore esposizione per gli operatori dei rifugi, rendendo necessaria una collaborazione tra medicina veterinaria e umana. Gli episodi di aggressioni e morsicature canine possono provocare lesioni gravi o mortali, con forte impatto sociale. La stretta convivenza tra persone e animali domestici comporta la condivisione dell'ambiente e l'esposizione agli stessi contaminanti, alcuni dei quali associati a malattie croniche e tumori. Gli animali domestici, in particolare i cani, sono candidati ideali come "sentinelle" degli effetti cancerogeni ambientali. In Italia manca una raccolta nazionale sistematica dei dati sulle neoplasie degli animali da compagnia: molte diagnosi, spesso effettuate in laboratori privati anche esteri, non vengono integrate in registri utili alle analisi epidemiologiche. Dal 2013 è attivo, su iniziativa del CEROVEC e con riconoscimento del Ministero della Salute, un sistema informativo nazionale che raccoglie i referti istologici di cane e gatto provenienti dal network italiano dei laboratori di oncologia veterinaria (NILOV). Tuttavia, non esiste ancora un vero registro tumori nazionale per gli animali, ma solo alcune esperienze locali isolate. ***<u>Principali riferimenti normativi</u>*** 1. *Regolamento (UE) 2016/429* 2. *d.lgs. 134/2022 – d.lgs. 136/2022* 3. *d.lgs. 12 del maggio 2015, n. 73* 4. *Linee guida per il controllo del serbatoio canino della leishmaniosi viscerale zoonotica in Italia. ISS - Gradoni, Gramiccia, Khoury, Maroli - 2004, Rapporti ISTISAN 04/12* 5. *Linee Guida relative alla movimentazione e registrazione nell'anagrafe degli animali d'affezione ai sensi dell'Accordo 24 gennaio 2013 tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane in materia di identificazione e registrazione degli animali d'affezione. Ministero della Salute prot. 0011642-29/05/2014-DGSAF* 6. *OM 4 settembre 1985* 7. *D.lgs. 191 del 4 aprile 2006* 8. *Ordinanza Ministero della Salute "Tutela dell'incolumità pubblica dall'aggressione dei cani" 2013 e successive proroghe*

	9. *"Environmental exposure and cancer occurrence in dogs: a critical appraisal of evidence" Owada K et al. Res Vet Sci. 2025 Mar: 184:105517. doi: 10.1016/j.rvsc.2024.105517. Epub 2024 Dec 22.*

PP14 “Problematiche sanitarie emergenti nell’ambito degli animali da compagnia”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle Azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Obiettivo**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
Intersettorialità	Migliorare la qualità della sorveglianza integrata delle malattie zoonosiche anche trasmesse da vettori e delle problematiche sanitarie nell’ambito degli animali da compagnia	Procedure operative intersettoriali problematiche sanitarie animali da compagnia	Definizione/aggiornamento, tramite istituzione e operatività (Numero di incontri annuali) di un Gruppo di Lavoro (GdL) regionale intersettoriale, di procedure operative regionali, condivise tra i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e i Servizi Veterinari, finalizzate agli accertamenti e ai provvedimenti di competenza a seguito di problematiche sanitarie connesse alla convivenza con gli animali da compagnia	Istituzione GdL regionale intersettoriale	Almeno 1 incontro annuale del GdL	Almeno 1 incontro annuale del GdL	Disponibilità di procedure operative	Verifica e/o aggiornamento delle procedure da parte del GdL
Formazione	Aumentare le competenze del personale sanitario operante nelle strutture sanitarie umane e veterinarie tramite lo sviluppo di percorsi di formazione in materia di problematiche sanitarie legate alla convivenza con gli animali da compagnia	Formazione problematiche sanitarie animali da compagnia	Numero di percorsi formativi a carattere regionale o aziendale realizzati annualmente per operatori sanitari di strutture sanitarie umane e veterinarie in materia di problematiche sanitarie legate alla convivenza con gli animali da compagnia	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo
Formazione	Prevenire e ridurre aggressioni e morsicature da parte di cani tramite programmi di formazione per detentori e proprietari in materia di corretta gestione degli animali e di identificazione precoce di comportamenti anomali di segni prodromici di aggressività nel cane	Formazione gestione animali da compagnia	Numero di percorsi formativi a carattere regionale o aziendale realizzati annualmente per detentori e proprietari sulla corretta gestione degli animali da compagnia	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo
Formazione	Accrescere la disponibilità di informazioni inerenti all’oncologia veterinaria per le finalità di sanità pubblica tramite la promozione dell’inserimento in SINAC da parte dei medici veterinari delle	Formazione SINAC	Numero di percorsi formativi a carattere regionale o aziendale realizzati annualmente rivolti ai medici veterinari per favorire l’inserimento in SINAC delle diagnosi oncologiche degli animali da compagnia	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo	Almeno 1 percorso formativo

PP14 “Problematiche sanitarie emergenti nell’ambito degli animali da compagnia”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori delle Azioni trasversali

Obiettivi delle Azioni trasversali		Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
Categoria	**Obiettivo**	**Denominazione**	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
	informazioni diagnostiche relative alle neoplasie degli animali da compagnia							
Comunicazione	Promuovere interventi di comunicazione, campagne informative/educative per i detentori e i proprietari degli animali da compagnia finalizzate alla identificazione, prevenzione e gestione delle potenziali problematiche sanitarie connesse con la convivenza con gli animali da compagnia	Comunicazione problematiche sanitarie animali da compagnia	Numero di interventi di comunicazione o campagne informative/educative, a carattere aziendale, realizzati annualmente per i detentori/proprietari di animali da compagnia sulle potenziali problematiche sanitarie connesse con la convivenza con gli animali da compagnia	Almeno 1 intervento per Azienda Sanitaria	Almeno 1 intervento per Azienda Sanitaria	Almeno 1 intervento per Azienda Sanitaria	Almeno 1 intervento per Azienda Sanitaria	Almeno 1 intervento per Azienda Sanitaria
Comunicazione	Contrastare il fenomeno delle aggressioni e morsicature da cani in ambito urbano tramite la promozione di interventi di comunicazione, campagne informative/educative per le comunità in materia di adozione consapevole degli animali e della loro corretta gestione	Comunicazione gestione animali da compagnia	Numero di interventi di comunicazione o campagne informative/educative, a carattere aziendale, realizzati annualmente per le comunità in materia di adozione consapevole degli animali e della loro corretta gestione	Almeno 1 intervento per Azienda Sanitaria	Almeno 1 intervento per Azienda Sanitaria	Almeno 1 intervento per Azienda Sanitaria	Almeno 1 intervento per Azienda Sanitaria	Almeno 1 intervento per Azienda Sanitaria
Equità	Integrare in modo sistematico e progressivo criteri di equità nella *governance* e nella progettazione, attuazione e valutazione degli interventi, favorendo la consapevolezza sugli effetti delle prassi in termini di disuguaglianze sociali in salute	Applicazione criterio di equità	Completamento degli indicatori previsti per ciascuna annualità come da documento di traduzione operativa dell’approccio all’equità in salute nei Piani regionali della prevenzione (allegato al Piano)	Presenza Gruppo di lavoro equità e definizione Strategia equità	Descrizione di obiettivi specifici, azioni e indicatori per la strategia equità			Elaborazione di una sintesi sulle azioni per la strategia equità

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

PP14 “Problematiche sanitarie emergenti nell’ambito degli animali da compagnia”
Scheda degli obiettivi e degli indicatori specifici

Obiettivi specifici	Indicatori di monitoraggio e standard annuali						
	Denominazione	**Formula**	**2027**	**2028**	**2029**	**2030**	**2031**
(*) Prevenire la diffusione della leishmaniosi tramite il monitoraggio della prevalenza della patologia nel serbatoio canino, il monitoraggio della presenza e diffusione dei vettori coinvolti nella trasmissione e tramite la definizione di procedure omogenee ed integrate per la gestione dei casi nel cane e nell’uomo	**Monitoraggio leishmaniosi canina**	Definizione/aggiornamento, tramite istituzione e operatività (Numero di incontri annuali) di un Gruppo di Lavoro (GdL) regionale, di piani di monitoraggio regionali della leishmaniosi canina basati su accertamenti diagnostici sugli animali degli stabilimenti di rifugio per animali da compagnia, sul monitoraggio entomologico per la ricerca dei vettori e su procedure condivise tra Servizi Veterinari e i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica per la gestione integrata dei casi di rispettiva competenza	Istituzione GdL regionale	Almeno 1 incontro annuale del GdL	Almeno 1 incontro annuale del GdL	Predisposizione /aggiornamento dei piani di monitoraggio	Verifica e /o aggiornamento dei piani di monitoraggio
Prevenire la diffusione di leptospirosi tramite definizione di procedure omogenee ed integrate per la gestione dei casi di leptospirosi nel cane	Procedure gestione leptospirosi canina	Definizione/aggiornamento, tramite istituzione di un Gruppo di Lavoro (GdL) regionale, di una procedura regionale, integrata tra Servizi Igiene e Sanità Pubblica e Servizi Veterinari, per la gestione dei casi di leptospirosi nel cane e per favorire l’adozione dei provvedimenti sanitari di competenza a seguito di rilievo di positività o di casi clinici	Istituzione GdL regionale	Predisposizione /aggiornamento di una procedura aggiornata al contesto normativo	Presenza di una procedura aggiornata al contesto normativo, verifica e/o aggiornamento	Presenza di una procedura aggiornata al contesto normativo, verifica e/o aggiornamento	Presenza di una procedura aggiornata al contesto normativo, verifica e /o aggiornamento
Definire procedure integrate per la valutazione e la gestione delle aggressioni e morsicature ad opera di cani nei confronti di altri animali e di persone	Procedure gestione morsicatura cani	Definizione/aggiornamento, tramite istituzione di un Gruppo di Lavoro (GdL) regionale, di procedure regionali omogenee ed integrate tra Servizi Igiene e Sanità Pubblica e Servizi Veterinari per favorire la gestione degli episodi di aggressione/morsicature ad opera di cani	Istituzione di Gruppi di lavoro (GdL) regionali	Predisposizione /aggiornamento di una procedura aggiornata al contesto normativo	Presenza di una procedura aggiornata al contesto normativo, verifica e/o aggiornamento	Presenza di una procedura aggiornata al contesto normativo, verifica e/o aggiornamento	Predisposizione /aggiornamento di una procedura aggiornata al contesto normativo

(*) Obiettivi traccianti (in grassetto gli indicatori associati)

8. Linee di supporto centrali

Le Linee di supporto centrali (LSC), dette anche Azioni centrali 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 e dei PRP.
Le LSC concorrono, tra l'altro, al miglioramento degli esiti di salute, secondo il modello di *stewardship* in base al quale il Ministero della salute, anche in collaborazione con altri Ministeri e Istituzioni centrali, supporta la programmazione regionale, svolgendo un ruolo di indirizzo, promozione, coordinamento e accompagnamento alle Regioni. Questo sostegno centrale si realizza anche attraverso strumenti formali volti a favorire l'implementazione delle politiche e delle strategie, oltre che a rafforzare le collaborazioni mediante lo sviluppo di reti e alleanze, quali accordi, patti, protocolli di intesa intersettoriali e interistituzionali, linee di indirizzo, declinabili a livello regionale.
Il PNP 2026-2031, pertanto, valorizza l'integrazione tra i diversi livelli istituzionali e individua le LSC, di seguito riportate in forma di elenco e di scheda, definendole in termini di elementi pianificatori e operativi (obiettivi specifici, risultati attesi, responsabilità).
Resta, inoltre, fermo l'impegno del Ministero della salute a sviluppare e sostenere ogni altra azione di competenza a supporto degli obiettivi del Piano, in raccordo con le altre Amministrazioni eventualmente coinvolte.

8.1 Elenco delle Linee di supporto centrali

LINEA N. 1 - Sostenere a livello nazionale lo sviluppo e il coordinamento delle Reti Regionali delle Scuole che Promuovono Salute.

LINEA N. 2 - Favorire la promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi a rischio e la tutela della salute nelle attività sportive.

LINEA N. 3 - Sostenere a livello nazionale lo sviluppo e il coordinamento delle Reti Regionali dei Luoghi di lavoro che Promuovono Salute.

LINEA N. 4 - Assicurare l'operatività del "Comitato 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" (ex art. 5 D.lgs. 81/08).

LINEA N. 5 - Dare attuazione al comma 5 dell'articolo 244 "Registrazione dei tumori e degli effetti nocivi sulla funzione sessuale e sulla fertilità" del D.lgs. 81/2008.

LINEA N. 6 - Elaborare una proposta di modifica e integrazione dell'art. 40 - Allegato 3B D.lgs. 81/2008 e avviare l'iter per la successiva emanazione del decreto di revisione.

LINEA N. 7 - Assicurare il supporto tecnico-istituzionale alle Regioni per la programmazione e il rafforzamento dei programmi organizzati di screening oncologici.

LINEA N. 8 - Rafforzare la *governance* nazionale e il coordinamento strategico dei programmi di screening oncologico attraverso la Cabina di regia nazionale del Piano Oncologico Nazionale.

LINEA N. 9 - Rafforzare la capacità del Paese di condurre indagini epidemiologiche sul campo (*field epidemiology*) in modo omogeneo e coordinato.

LINEA N. 10 - Rafforzare la capacità di analisi e utilizzo dei dati epidemiologici nazionali sulle malattie infettive.

LINEA N. 11 - Rafforzare i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive.

LINEA N. 12 - Attivare un Coordinamento nazionale per definire strategie di comunicazione relative alla esposizione agli schermi nei primi 1000 giorni di vita.

LINEA N. 13 - Attivare l'Osservatorio per lo studio dell'obesità ai sensi dell'articolo 4 della Legge 3 ottobre 2025, n. 149.

LINEA N. 14 - Predisporre linee di indirizzo per l'implementazione di strategie di prevenzione primaria e secondaria delle Demenze.

LINEA N. 15 - Coordinare il Comitato Tecnico per il monitoraggio delle attività inerenti al Fondo per le dipendenze patologiche, costituito con DD 19 novembre 2025 ai sensi del decreto del Ministro della salute 1° agosto 2025.

LINEA N. 16 – Attivare la Commissione di coordinamento strategico di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto del Ministro della salute 9 giugno 2022 recante: "Individuazione dei compiti delle Istituzioni che fanno parte del Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS) istituito dall'articolo 27, Dl 30 aprile 2022, n. 36".

LINEA N. 17 - Rafforzare la prevenzione e la sorveglianza delle malattie trasmissibili attraverso gli alimenti.

LINEA N. 18 - Rafforzare le attività di controllo su sostanze o prodotti che provocano allergie o intolleranze.

LINEA N. 19 - Promuovere iniziative per favorire una interazione positiva della salute umana ed animale.

8.2 Le schede delle Linee di supporto centrali

LINEE DI SUPPORTO CENTRALI

DESCRIZIONE						MONITORAGGIO			
Titolo	**PP di riferimento**	**Referente MdS (DIP-DG)**	**Altri Attori**	**Obiettivo**	**Risultati attesi**	**2028**		**2031**	
						Stato di avanzamento		**Stato di avanzamento**	
LSC1 Sostenere a livello nazionale lo sviluppo e il coordinamento delle Reti Regionali delle Scuole che Promuovono Salute.	PP1	DPRES-DGPRE DOHRI-DGCSV-DGSAN	MIM, ISS, Regioni, Network scientifici, Coordinatore dei Tavoli Regionali sulla Sicurezza Nutrizionale (TaRSiN), altri stakeholder	Promuovere a livello nazionale lo sviluppo e il coordinamento delle Reti Regionali delle Scuole che Promuovono Salute, al fine di rafforzare le strategie di prevenzione e promozione della salute nel setting scolastico secondo l'approccio integrato "*Health in All Policies*", attraverso la collaborazione tra istituzioni centrali, enti regionali e altri stakeholder	Istituzione del "Coordinamento nazionale delle reti regionali delle Scuole che promuovono salute"	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*
					Predisposizione di documenti di indirizzo, atti programmatici, proposte normative relativi agli ambiti di competenza del Coordinamento	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*
LSC2 Favorire la promozione dell'attività fisica nella popolazione generale e in gruppi a rischio e la tutela della salute nelle attività sportive.	PP2 PP11	DPRES-DGPRE DOHRI-DGCSV	MIM, MIT, PCM, ISS, CONI, CIP, Regioni, Società scientifiche, Federazioni, Associazioni	Sostenere a livello nazionale strategie e azioni prioritarie per incrementare la pratica dell'attività fisica nella popolazione generale e nei gruppi a rischio, favorire la tutela della salute nelle attività sportive e supportare la diffusione omogenea delle palestre della salute sul territorio	Istituzione del "Tavolo di lavoro per la promozione dell'attività fisica la tutela della salute nelle attività sportive"	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*
					Predisposizione di documenti di indirizzo, atti programmatici, proposte normative relativi agli ambiti di competenza del Tavolo	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*

LINEE DI SUPPORTO CENTRALI

DESCRIZIONE						MONITORAGGIO			
Titolo	**PP di riferimento**	**Referente MdS (DIP-DG)**	**Altri Attori**	**Obiettivo**	**Risultati attesi**	**2028**		**2031**	
						Stato di avanzamento		**Stato di avanzamento**	
LSC3 Sostenere a livello nazionale lo sviluppo e il coordinamento delle Reti Regionali dei Luoghi di lavoro che Promuovono Salute.	PP3	DPRES-DGPRE	MLPS, ISS, Regioni, altri stakeholder	Promuovere a livello nazionale lo sviluppo e il coordinamento delle Reti Regionali dei Luoghi di lavoro che Promuovono Salute, al fine di rafforzare le strategie di prevenzione e promozione della salute nel setting lavorativo secondo l'approccio integrato "Health in All Policies", attraverso la collaborazione tra istituzioni centrali, enti regionali e altri stakeholder	Istituzione del "Coordinamento nazionale delle reti regionali dei Luoghi di lavoro che promuovono salute"	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*
					Predisposizione di documenti di indirizzo, atti programmatici, proposte normative relativi agli ambiti di competenza del Coordinamento	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*
LSC4 Assicurare l'operatività del "Comitato 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" (ex art. 5 D.lgs. 81/08).	PP5 PP6 PP7	DPRES-DGPRE	MLPS, MIT, MI, INAIL, INL, Regioni, altri stakeholder	Stabilire le linee comuni delle politiche nazionali in materia di salute e sicurezza sul lavoro e individuare obiettivi e programmi dell'azione pubblica di promozione e miglioramento della salute e della sicurezza dei lavoratori	Predisposizione di documenti di indirizzo, atti programmatici, proposte normative	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*

LINEE DI SUPPORTO CENTRALI

DESCRIZIONE						MONITORAGGIO			
Titolo	**PP di riferimento**	**Referente MdS (DIP-DG)**	**Altri Attori**	**Obiettivo**	**Risultati attesi**	**2028**		**2031**	
						Stato di avanzamento		**Stato di avanzamento**	
LSC5 Dare attuazione al comma 5 dell'articolo 244 "Registrazione dei tumori e degli effetti nocivi sulla funzione sessuale e sulla fertilità" del D.lgs. 81/2008.	PP5 PP6 PP7	DPRES-DGPRE	MLPS, INAIL, Regioni, Garante dati personali	Disciplinare i contenuti e le modalità di gestione, raccolta e trasmissione dei dati, registro nazionale dei casi di neoplasia di sospetta origine professionale e dei casi di effetti avversi per la salute da esposizione a sostanze tossiche per la riproduzione nel rispetto delle norme per il trattamento dei dati personali.	Definizione e adozione del Decreto ministeriale (DM) recante la regolamentazione dei registri previsti dall'articolo 244 del D.lgs. 81/2008, corredato dal relativo disciplinare tecnico	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*
LSC6 Elaborare una proposta di modifica e integrazione dell'art. 40 - Allegato 3B D.lgs. 81/2008 e avviare l'iter per la successiva emanazione del decreto di revisione.	PP6 PP7	DPRES-DGPRE	MLPS, INAIL, Regioni, Associazioni scientifiche del settore	Aggiornare i contenuti dell'Allegato 3B D.lgs. 81/2008 in considerazione dell'evoluzione dei sistemi produttivi ed economici, inserendo i nuovi rischi e/o specificando meglio quelli attualmente non definiti nel dettaglio, in modo da rendere attuale ed efficace la prevenzione sulla base della sorveglianza sanitaria, anche secondo le indicazioni degli attori interessati, in parte già raccolte	Elaborazione della proposta di modifica del decreto dell'art. 40 comma 2-bis D. Lgs. 81/2008 e avviamento dell'iter di adozione	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*

LINEE DI SUPPORTO CENTRALI

DESCRIZIONE						MONITORAGGIO			
Titolo	**PP di riferimento**	**Referente MdS (DIP-DG)**	**Altri Attori**	**Obiettivo**	**Risultati attesi**	**2028**		**2031**	
						Stato di avanzamento		**Stato di avanzamento**	
LSC7 Assicurare il supporto tecnico-istituzionale alle Regioni per la programmazione e il rafforzamento dei programmi organizzati di screening oncologici.	PP8	DPRES-DGPRE	Regioni, ISS, ONS, Società Scientifiche, Enti e Istituzioni scientifiche pubbliche	Favorire, attraverso azioni di indirizzo e coordinamento, l'equità nell'offerta e nell'erogazione dei programmi di screening oncologico organizzato su tutto il territorio nazionale e lo sviluppo e l'adozione di modelli tecnico-organizzativi anche in nuovi ambiti di patologia, al fine di garantire omogeneità e qualità dei programmi	Predisposizione di documenti tecnici/atti a supporto del rafforzamento e dell'omogeneità dei programmi regionali	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*
					Predisposizione di documenti tecnici/atti per la programmazione delle azioni volte al potenziamento dei programmi di screening oncologico	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*
LSC8 Rafforzare la *governance* nazionale e il coordinamento strategico dei programmi di screening oncologico attraverso la Cabina di regia nazionale del Piano Oncologico Nazionale.	PP8	DPRES-DGPRE	Regioni, ISS, ONS, Società Scientifiche, Enti e Istituzioni scientifiche pubbliche Associazioni di volontariato, Enti del Terzo Settore operanti nel campo dell'oncologia	Garantire un coordinamento efficace tra livello centrale e regionale per l'attuazione delle strategie di prevenzione oncologica, in coerenza con gli indirizzi del Piano Oncologico Nazionale (PON) e del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), favorendo la programmazione condivisa, il monitoraggio dei risultati e la diffusione delle buone pratiche	Report di sintesi delle riunioni, con individuazione delle priorità e delle azioni da intraprendere Comunicazione e condivisione periodica dei risultati attraverso report, incontri tecnici e momenti pubblici di restituzione	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*

LINEE DI SUPPORTO CENTRALI

DESCRIZIONE						MONITORAGGIO			
Titolo	**PP di riferimento**	**Referente MdS (DIP-DG)**	**Altri Attori**	**Obiettivo**	**Risultati attesi**	**2028**		**2031**	
						Stato di avanzamento		**Stato di avanzamento**	
LSC9 Rafforzare la capacità del Paese di condurre indagini epidemiologiche sul campo (*field epidemiology*) in modo omogeneo e coordinato.	PP10	DPRES-DGEME	ISS, Regioni, Network scientifici e altri istituti di ricerca	Promuovere a livello nazionale la realizzazione di un programma di formazione di *field epidemiology* che fornisca, agli operatori di sanità pubblica sul territorio e nelle regioni, gli strumenti necessari per condurre indagini epidemiologiche sul campo.	Definire e implementare moduli di formazione teorico-pratica (FETP - *Field Epidemiology Training Program*)	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*
LSC10 Rafforzare la capacità di analisi e utilizzo dei dati epidemiologici nazionali sulle malattie infettive.	PP10	DPRES-DGEME	ISS, Network scientifici e altri istituti di ricerca	Produrre report periodici e analisi strutturate dei dati epidemiologici nazionali sulle malattie infettive, laddove possibile integrato con altri flussi in ottica One-Health, e delle coperture vaccinali per età e per condizione di rischio.	Produzione e diffusione di almeno un report nazionale annuale	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*
LSC11 Rafforzare i sistemi di sorveglianza delle malattie infettive.	PP10	DPRES-DGEME	ISS, Network scientifici e altri istituti di ricerca	Perseguire le attività di armonizzazione e allineamento tra PREMAL e le Sorveglianze Speciali con l'individuazione di un sistema sicuro per la trasmissione dei dati in linea con la normativa vigente.	Predisposizione di documenti di indirizzo, atti programmatici, proposte normative	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi*

LINEE DI SUPPORTO CENTRALI

DESCRIZIONE						MONITORAGGIO			
Titolo	**PP di riferimento**	**Referente MdS (DIP-DG)**	**Altri Attori**	**Obiettivo**	**Risultati attesi**	**2028**		**2031**	
						Stato di avanzamento		**Stato di avanzamento**	
LSC12 Attivare un Coordinamento nazionale per definire strategie di comunicazione relative alla esposizione agli schermi nei primi 1000 giorni di vita.	PP12	DOHRI-DGCSV	ISS, Società scientifiche e stakeholder di riferimento per l'area dei primi 1000 giorni di vita	Rafforzare le strategie di comunicazione volte a prevenire i rischi connessi all'esposizione agli schermi nella fase dei primi 1000 giorni di vita, favorendo lo scambio di esperienze tra istituzioni centrali, società scientifiche e stakeholder.	Istituzione del "Coordinamento nazionale per la comunicazione sui rischi connessi alla esposizione agli schermi nella fase dei primi 1000 giorni di vita"	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*
					Predisposizione e diffusione di materiali di comunicazione	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*
LSC13 Attivare l'Osservatorio per lo studio dell'obesità ai sensi dell'articolo 4 della Legge 3 ottobre 2025, n. 149.	PP1 PP2 PP3 PP11 PP12 PP13	DOHRI-DGCSV-DGISAN	Regioni, ISS, MIM, Società scientifiche, Tavolo Nazionale sulla Sicurezza Nutrizionale (TaNSiN)	Attuare le disposizioni previste dalla legge 3 ottobre 2025, n. 149 che reca "Disposizioni per la prevenzione e la cura dell'obesità" promuovendo la collaborazione e lo scambio di esperienze tra Istituzioni centrali, Enti regionali e locali, società scientifiche e altri stakeholder.	Osservatorio per lo studio dell'obesità attivato ed operativo	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*
					Predisposizione programma nazionale per la prevenzione e la cura dell'obesità	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*
LSC14 Predisporre linee di indirizzo per l'implementazion	PP11	DOHRI-DGCSV	ISS, Regioni, Associazioni famigliari,	Definire indirizzi uniformi per implementare strategie di prevenzione primaria e secondaria delle Demenze,	Raccolta e analisi delle attività di prevenzione della demenza e relativi indicatori di monitoraggio	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*

LINEE DI SUPPORTO CENTRALI

DESCRIZIONE						MONITORAGGIO			
Titolo	**PP di riferimento**	**Referente MdS (DIP-DG)**	**Altri Attori**	**Obiettivo**	**Risultati attesi**	**2028**		**2031**	
						Stato di avanzamento		**Stato di avanzamento**	
e di strategie di prevenzione primaria e secondaria delle Demenze.			Società scientifiche	attraverso politiche mirate e adattate alle specifiche esigenze demografiche e sanitarie di ogni regione, valorizzando la conoscenza dell'epidemiologia dei fattori di rischio nei diversi territori e promuovendo la raccolta di dati e di indicatori di monitoraggio	Predisposizione di Linee di indirizzo	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*
LSC15 Coordinare il Comitato Tecnico per il monitoraggio delle attività inerenti al Fondo per le dipendenze patologiche, costituito con DD 19 novembre 2025 ai sensi del decreto del Ministro della salute 1° agosto 2025.	PP4	DOHRI-DGCSV	Regioni	Garantire le attività di monitoraggio e valutazione delle attività previste nei Piani regionali triennali per le dipendenze patologiche e delle relative risorse stanziate dalla L. n. 207/2024.	Predisposizione di pareri tecnici di valutazione dei Piani regionali.	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*
LSC16 Attivare la Commissione di coordinamento strategico di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto del Ministro della salute 9 giugno	PP9	DOHRI – DGCSV DPRES – DGPRE	Regioni, ISS	Coordinare le attività del SNPS e dei Sistemi regionali prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS) al fine di tracciare linee comuni all'interno della interdisciplinarità insita nel sistema, anche al fine di assicurare il raccordo delle attività dei SRPS con	Commissione di coordinamento strategico	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*
					Contributo all'aggiornamento annuale del Programma Triennale salute ambiente biodiversità e clima	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*

LINEE DI SUPPORTO CENTRALI

DESCRIZIONE						MONITORAGGIO			
Titolo	**PP di riferimento**	**Referente MdS (DIP-DG)**	**Altri Attori**	**Obiettivo**	**Risultati attesi**	**2028**		**2031**	
						Stato di avanzamento		**Stato di avanzamento**	
2022 recante: "Individuazione dei compiti delle Istituzioni che fanno parte del Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS) istituito dall'articolo 27, Dl 30 aprile 2022, n. 36".				gli atti di programmazione e pianificazione nazionali, coerentemente con quanto previsto con il DM 9 giugno 2022.					
LSC17 Rafforzare la prevenzione e la sorveglianza delle malattie trasmissibili attraverso gli alimenti.	PP13	DHORI-DGSAN	Regioni, ISS, IIZZSS, altri laboratori della rete ai sensi del D.lgs 27/21	Rafforzare il coordinamento unitario e l'organizzazione armonizzata della sorveglianza delle Malattie a trasmissione alimentare (MTA) per una più efficace attivazione delle misure di prevenzione e controllo delle MTA.	Istituzione di un tavolo di lavoro nazionale sulla sorveglianza delle MTA con funzione di coordinamento.	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*
					Elaborazione di documenti operativi/protocolli interistituzionali che consentano il coordinamento dei flussi dei dati di sorveglianza epidemiologica e di laboratorio, compresi quelli relativi alla genomica dei microrganismi e che garantiscano lo scambio e l'integrazione in chiave One Health dei dati tra il settore umano, alimentare, veterinario e	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*

LINEE DI SUPPORTO CENTRALI

DESCRIZIONE						MONITORAGGIO			
Titolo	**PP di riferimento**	**Referente MdS (DIP-DG)**	**Altri Attori**	**Obiettivo**	**Risultati attesi**	**2028**		**2031**	
						Stato di avanzamento		**Stato di avanzamento**	
					ambientale (laddove applicabile).				
					Adozione di provvedimenti nazionali per l'individuazione di requisiti minimi dei laboratori di riferimento regionali per le MTA, e coordinamento centrale della rete dei laboratori.	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*
LSC18 Rafforzare le attività di controllo su sostanze o prodotti che provocano allergie o intolleranze.	PP13	DHORI-DGISAN	Regioni/PA PCF ASL CReNaRiA ISS/ laboratori ufficiali	Adozione di un piano nazionale di controllo ufficiale sugli allergeni alimentari e relativo monitoraggio	Adozione di un Piano Nazionale 2026-2028	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*
LSC19 Promuovere iniziative per favorire una interazione positiva della salute umana ed animale.	PP14	DHORI-DGSA	IIZZSS CEROVEC	Realizzazione di un modello di sorveglianza epidemiologica delle zoonosi non a trasmissione alimentare attraverso una piattaforma sperimentale per la raccolta ed elaborazione dei dati. Implementazione della modalità di raccolta dei dati (ivi compresa la notifica) relativi ai casi Leptospirosi e Leishmaniosi, e patologie oncologiche dei piccoli animali (registro tumori), attraverso la piattaforma di	Consolidamento del flusso dati nella piattaforma di interoperabilità per l'elaborazione e lo sviluppo delle strategie per il controllo delle zoonosi, e di studi sull'evoluzione e l'incidenza dei tumori degli animali da compagnia.	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*	☐ Non avviata ☐ In corso ☐ Completata	**Descrizione** *(max 800 caratteri spz inclusi)*

LINEE DI SUPPORTO CENTRALI

DESCRIZIONE						MONITORAGGIO			
Titolo	PP di riferimento	Referente MdS (DIP-DG)	Altri Attori	Obiettivo	Risultati attesi	2028		2031	
						Stato di avanzamento		Stato di avanzamento	
				interoperabilità del Min. Salute finalizzata alla messa in rete dei database degli IIZZSS.					

LEGENDA

LSC: Linea di supporto centrale. PP: Programma Predefinito. MdS: Ministero della Salute. ISS: Istituto Superiore di Sanità. MIM: Ministero dell'Istruzione e del Merito. MLPS: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. MI: Ministero dell'Interno. INAIL: Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro. INL: Ispettorato Nazionale del Lavoro. ONS: Osservatorio Nazionale Screening. IIZZSS: Istituti Zooprofilattici Sperimentali. CEROVEC: Centro di Referenza Nazionale per l'Oncologia Veterinaria e Comparata. CReNaRia: Centro di Referenza Nazionale per la rilevazione negli alimenti di sostanze e prodotti che provocano allergie o intolleranze. ASL: Aziende Sanitarie Locali. DIP: Dipartimento (MdS). DG: Direzione generale (MdS). DPRES: Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie (MdS). DOHRI: Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali (MdS). DGPRE Direzione generale della prevenzione (MdS); DGEME: Direzione generale delle emergenze sanitarie (MdS). DGCSV: Direzione generale dei corretti stili di vita e dei rapporti con l'ecosistema (MdS). DGSAN: Direzione generale dell'igiene e della sicurezza alimentare (MdS). DGSA: Direzione generale della salute animale (MdS). PCF: Posti di Controllo Frontalieri.

Piano Nazionale della Prevenzione

2026 – 2031

Allegato 1

-

Documento di traduzione operativa dell'approccio all'equità in salute nei Piani Regionali della Prevenzione

Sommario

Finalità e criteri ispiratori II

Contesto II

Struttura del modello III

Indicatori per tutto il PRP III

Indicatori per ogni programma V

Tabelle sinottiche indicatori XI

Finalità e criteri ispiratori

⇒ Favorire una comprensione comune del modello e dei suoi riferimenti metodologici.
⇒ Offrire un supporto operativo per l'accompagnamento di Regioni e Province autonome (RPA) nell'applicazione del nuovo modello di azione trasversale Equità.
⇒ Fornire uno strumento utile per la fase di programmazione, implementazione e rendicontazione delle azioni orientate all'equità (AOE) o *equity-oriented*.

I principi di fondo a cui si ispira il nuovo modello di azione trasversale Equità sono quelli della centralità dei meccanismi di governance dell'equità a livello regionale (o provinciale per le Province autonome), della capacitazione di operatori e operatrici sugli aspetti di equità, dell'attenzione alla dimensione processuale ed evolutiva dell'applicazione di questo approccio.

Contesto

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 ha introdotto l'equità come azione trasversale certificativa, chiedendo a tutte le RPA di formulare almeno una AOE per ciascun Programma dei propri Piani Regionali della Prevenzione (PRP).

L'azione centrale CCM "*Governance per l'Equità nei PRP 2020-2025*", coordinata dalla Regione Emilia-Romagna in collaborazione con la AUSL della Romagna e l'Università di Torino, è stata avviata per monitorare e accompagnare l'attuazione dell'azione trasversale equità prevista dal PNP. Il progetto ha avuto l'obiettivo di sviluppare, tramite un approccio di co-costruzione con le RPA e la valorizzazione delle esperienze maturate a livello regionale e locale in seno al PNP 2020-2025, un nuovo modello per la pianificazione, l'implementazione e il monitoraggio delle AOE nei PRP futuri. L'obiettivo è stato perseguito attraverso l'analisi dei contesti organizzativi e operativi prima dell'attivazione dei nuovi PRP e nelle loro prime fasi di implementazione e attraverso una serie di laboratori collaborativi volti a facilitare il confronto tra territori e a promuovere e rafforzare la capacità di governance delle RPA rispetto al contrasto alle disuguaglianze sociali in salute.

Il percorso di confronto e condivisone con le RPA ha portato all'elaborazione di un nuovo modello per la pianificazione, l'implementazione e il monitoraggio delle AOE nei PRP futuri che tende a:

- Non focalizzarsi su un approccio tecnicistico che rischia di escludere professionisti non addetti ai lavori e comunità;
- Integrare formazione continua e *peer education*;
- Favorire l'uso di indicatori flessibili e multidimensionali che meglio possano adattarsi alle caratteristiche delle realtà locali;
- Potenziare strutture permanenti e multidisciplinari per la governance dell'equità basate su reti intersettoriali che superino i confini dell'ambito sanitario;
- Favorire la creazione di gruppi di lavoro misti e la trasmissione attiva di competenze tra professionisti;
- Combinare dati quantitativi e qualitativi nello sviluppo di strumenti per comprendere l'effetto delle AOE sulle disuguaglianze.

In questa prospettiva, i riferimenti cardine del nuovo modello per l'azione trasversale Equità vanno ricercati nel:

- Dare continuità e valorizzare, in ottica di co-costruzione, i risultati del percorso di confronto e collaborazione con le RPA avvenuti nell'ambito del progetto CCM sopra descritto;

- Superare la visione strettamente legata all'applicazione della procedura di Health Equity Audit (HEA), riconoscendo che l'equità può essere promossa a più livelli, come, ad esempio, il rafforzamento delle condizioni organizzative, la capacitazione di operatori e operatrici, la collaborazione intersettoriale e la messa in campo di pratiche trasversali che incorporano l'equità nei processi operativi;
- Adottare una prospettiva di processo tramite un impianto quinquennale e progressivo che consenta di costruire o rafforzare un mandato esplicito sull'equità e un coordinamento dedicato, il monitoraggio dei processi organizzativi e degli elementi di governance (inclusa la formazione di operatori e operatrici) e, in senso più ampio, l'evoluzione delle azioni di equità dall'ideazione al monitoraggio e valutazione dei risultati. In questa ottica, il modello non valuta direttamente il contenuto delle AEO (che pure continuano a essere previste), ma il processo di pianificazione, implementazione e monitoraggio delle stesse e il rafforzamento del contesto organizzativo;
- Mantenere una prospettiva di coerenza tra il contenuto dei programmi, i contesti di riferimento, i profili di salute ed equità, le azioni individuate e la loro sostenibilità, gli indicatori scelti per il loro monitoraggio e valutazione;
- Valorizzare le fisiologiche differenze fra territori e fra programmi, riconoscendo la possibilità di far coesistere, all'interno dei Piani, livelli variabili di sviluppo nell'applicazione di un approccio di equità.

Il modello si configura quindi come un processo dinamico e adattivo, che riconosce la diversità dei contesti e promuove una crescita graduale delle capacità istituzionali nel leggere le disuguaglianze, progettare e implementare azioni di contrasto e valutarne l'impatto.

Il modello mira, quindi, a stimolare le RPA nella costruzione di una governance dell'equità, da concretizzarsi in una forma di coordinamento regionale e/o aziendale che guidi le scelte e le priorità nel declinare le AOE all'interno dei Piani.

Struttura del modello

Il modello prevede una serie di indicatori relativi al processo di applicazione di un approccio di equità nei PRP suddivisi su due livelli:

1. *Indicatori centrali per tutto il Piano* (volti a monitorare la definizione di una forma di governance a livello regionale/provinciale/aziendale)
2. *Indicatori per ogni programma (volti a monitorare il processo di implementazione dell'approccio di equità a livello dei singoli programmi)*

A seguire, anno per anno e rispetto ai due suddetti livelli, sono riportati:

- il testo dell'indicatore così come apparirà in piattaforma;
- le opzioni di risposta che le RPA potranno fornire alle domande (fatto salvo per i campi a risposta aperta; se non diversamente specificato, nelle domande a risposta chiusa è prevista una sola risposta);
- le indicazioni operative a supporto dell'interpretazione degli indicatori e della compilazione delle risposte.

Indicatori per tutto il PRP

La compilazione di questa sezione è da intendersi a cura della persona responsabile regionale di Piano; gli indicatori contrassegnati con un asterisco (*) sono certificativi (laddove presenti).

ANNO 2027

Nessun indicatore previsto.

ANNO 2028

*** Presenza di un mandato esplicito regionale/di Provincia autonoma sull'equità in salute:**

- ○ **Mandato presente**
- ○ **Mandato non presente**

Con "mandato" si intende un atto formale o indicazione politica che attribuisce una responsabilità sull'integrazione dell'equità.

Indicare se esiste un atto formale (delibera, documento di indirizzo, atto di Giunta o Direzione) che assegna un mandato sull'equità in salute.

Nota: non è necessario che il mandato sia specificamente rivolto all'ambito della prevenzione collettiva e sanità pubblica, ma può essere anche un mandato di livello più ampio e generale.

*** Descrizione sintetica della declinazione del mandato:**

Con "declinazione" si intende la traduzione operativa del mandato in azioni concrete.

La piattaforma richiede di inserire un documento sintetico in cui dettagliare i seguenti elementi (se presenti):

- riferimenti normativi, delibere, atti;
- specifici documenti di programmazione;
- obiettivi assegnati e relazioni con altre azioni di governance.

Possono essere riportati link ai documenti o agli atti menzionati.

*** Presenza di un coordinamento regionale/di Provincia autonoma sull'equità in salute:**

- ○ **Coordinamento presente**
- ○ **Coordinamento non presente**

Con "coordinamento" si intende un gruppo o unità dedicata (es. gruppo intersettoriale, tavolo tecnico, unità operativa) che assicuri il raccordo tra livelli e programmi, monitori le attività e promuova coerenza nell'implementazione di un approccio di equità.

Specificare se esiste o se è stato appositamente costituito un coordinamento che possa presidiare l'applicazione di un approccio di equità all'interno del PRP.

Nota: non è necessario che il gruppo sia specificamente dedicato al tema dell'equità; potrebbe essere un gruppo/tavolo di respiro più ampio che si occupa anche di implementazione di questo approccio (ad es. una cabina di regia regionale sul PRP che include al suo interno una competenza sul tema dell'equità).

*** Descrizione sintetica della declinazione del coordinamento:**

Con "declinazione" si intende la traduzione operativa del coordinamento in azioni concrete.

La piattaforma richiede di inserire un documento sintetico in cui dettagliare i seguenti elementi (se presenti):

- composizione e ruoli;
- connessioni con altre reti;

- eventuali riferimenti normativi o a specifici documenti di programmazione.

Se presenti, possono essere riportati link ai documenti o agli atti menzionati.

ANNO 2029

*** Realizzazione di almeno un percorso formativo sull'implementazione dell'approccio di equità per il coordinamento regionale/di Provincia autonoma:**

- ○ **Percorso formativo realizzato**
- ○ **Percorso formativo non realizzato**

Con "percorso formativo" si intendono una o più iniziative rivolte alla struttura di coordinamento per l'equità al fine di introdurre o rinforzare le competenze sull'approccio di equità e sulla sua implementazione nel PRP.

ANNO 2030

Nessun indicatore previsto.

ANNO 2031

*** Realizzazione di almeno un incontro all'anno del coordinamento regionale/di Provincia autonoma sull'equità in salute:**

- ○ **Sì**
- ○ **No**

Per "un incontro all'anno" si intende dall'attivazione del coordinamento.

Indicatori per ogni programma

La compilazione di questa sezione è da intendersi a cura delle persone responsabili di ciascun programma del Piano; gli indicatori contrassegnati con un asterisco (*) sono certificativi, mentre tutti gli altri sono da compilare obbligatoriamente, ma sono da intendersi come informativi e non certificativi.

ANNO 2027

*** Presenza di un gruppo di lavoro/cabina di regia per l'implementazione di un approccio di equità nel Programma:**

- ○ **Gruppo di lavoro presente**
- ○ **Gruppo di lavoro non presente**

Con "gruppo di lavoro/cabina di regia" si intende un gruppo operativo sul tema di riferimento del Programma che ne definisca la strategia in prospettiva di equità e che, nelle annualità successive, segua la programmazione e il monitoraggio delle relative azioni.

*** Definizione di una strategia in prospettiva di equità coerente con il profilo di salute ed equità:**

- ○ **Sì (specificare/inserire documento in piattaforma)**
- ○ **No**

La piattaforma richiede di inserire un documento sintetico in cui descrivere brevemente la strategia in prospettiva di equità definita per il Programma e in che modo questa risulta coerente con quanto evidenziato nel profilo di salute ed equità, focalizzandosi su:

- condizioni strutturali;
- condizioni organizzative;
- disponibilità di risorse;
- vincoli di contesto.

È inoltre possibile indicare su quali assi di disuguaglianza o determinanti l'azione intende agire (ad es. economico, culturale, organizzativo, geografico, cittadinanza, condizioni di vita...).

Indicare il livello organizzativo delle figure partecipanti al gruppo di lavoro:

- ○ **Il gruppo include solo figure di livello regionale**
- ○ **Il gruppo include figure di livello regionale e aziendale**

Indicare il/i livello/i organizzativo/i delle persone partecipanti al gruppo di lavoro.

Indicare l'eventuale presenza nel gruppo di lavoro di figure esterne al Servizio sanitario regionale:

- ○ **Il gruppo include solo figure interne al Servizio sanitario regionale**
- ○ **Il gruppo include figure interne ed esterne al Servizio sanitario regionale**

Per "figure esterne al Servizio sanitario regionale" si intendono persone operanti ad es. in altri assessorati, nel terzo settore ecc.

ANNO 2028

*** Descrizione di obiettivi specifici, azioni, indicatori e fonti informative per il monitoraggio delle azioni della strategia in prospettiva di equità del Programma:**

- ○ **Sì (specificare/inserire documento in piattaforma)**
- ○ **No**

Indicare se il gruppo di lavoro/cabina di regia ha definito i dettagli operativi per la strategia in prospettiva di equità del Programma – in altri termini, gli obiettivi previsti, le azioni pianificate e i relativi indicatori nell'arco di vigenza del PRP.

Nelle annualità successive, i suddetti dettagli possono essere modificati o rimodulati in funzione di condizioni strutturali e organizzative, disponibilità di risorse e/o vincoli di contesto.

La piattaforma richiede di inserire un documento sintetico in cui descrivere i dettagli operativi sopraelencati.

A titolo puramente esemplificativo, se la strategia in prospettiva di equità del Programma mira al potenziamento dell'adesione ai percorsi di screening, le azioni potrebbero essere eventuali campagne comunicative, formazioni per operatori e operatrici, attivazioni di servizi di chiamata attiva… L'indicatore chiede se è stato definito nel dettaglio ciò che ci si aspetta di fare anno dopo anno per dare operatività alla strategia.

Considerato quanto detto sopra rispetto alla coerenza tra strategia e profilo di salute ed equità, le azioni non sono da intendersi solo come interventi su specifiche popolazioni, ma potrebbero essere anche interventi su condizioni di contesto o su elementi in generale più distali rispetto alle disuguaglianze evidenziate nel profilo.

Livello operativo principale delle azioni:

- ○ **Regionale**
- ○ **Aziendale**
- ○ **Sub-aziendale**
- ○ **Altro (specificare)**

Riprendendo quanto detto sopra, il livello delle azioni potrebbe non interessare tutto il territorio regionale/provinciale ed essere rivolto solo ad alcuni specifici territori delle RPA, in funzione di elementi quali (a titolo puramente esemplificativo e non esaustivo):

- risorse disponibili;
- coerenza con quanto previsto dal profilo e dalla strategia di equità del Programma;
- continuità con interventi e/o esperienze precedenti;
- sostenibilità delle azioni.

Tipologia di azioni: (possibili più risposte)

- ❑ **Interventi strutturali/di contesto**
- ❑ **Interventi comunitari**
- ❑ **Interventi di setting**

- ❑ **Interventi individuali**
- ❑ **Altro (specificare)**

Nel pianificare le azioni, si può considerare che sono possibili diversi tipi di interventi che agiscono a livelli differenti e che possono essere messi in campo contemporaneamente:

- Interventi strutturali: comprendono politiche economiche, fiscali e sociali che influenzano le condizioni di vita e di lavoro (es. regolazione del mercato del lavoro, politiche redistributive, welfare) lungo l'intero arco della vita (infanzia, età adulta, genitorialità, vecchiaia) secondo un approccio *life-course*.
- Interventi comunitari: considerano la comunità come il luogo centrale nel quale attivare interventi a partire da barriere o relazioni di potere da contrastare, risorse o capitali da attivare e opportunità da incentivare, al fine di promuovere salute, coesione, partecipazione ed empowerment di comunità (es. progetti di riqualificazione urbana o budgeting partecipato).
- Interventi di setting: agiscono sugli ambienti e sui contesti di vita – scuole, luoghi di lavoro, quartieri – per renderli più salutari e/o capaci di favorire scelte che producono salute, integrando azioni sull'individuo e sull'ambiente (es. Scuole che promuovono salute).
- Interventi individuali: hanno l'obiettivo di modificare comportamenti e favorire scelte salutari a livello individuale (es. campagne informative, counselling motivazionale, gruppi di auto-mutuo aiuto). È importante sottolineare che questi interventi, se realizzati in modo isolato, hanno efficacia limitata o addirittura rischiano di non ridurre le disuguaglianze, poiché non incidono sui determinanti strutturali e tendono a essere recepiti dalle persone che hanno già una sviluppata sensibilità sul tema.

Tipologia/e di indicatori utilizzati per monitorare e valutare le azioni: (possibili più risposte)

- ❑ **Indicatori di processo (misurano come le azioni vengono implementate)**
- ❑ **Indicatori di output (misurano i prodotti intermedi e i risultati tangibili di un'azione)**
- ❑ **Indicatori di esito (verificano se sono stati raggiunti cambiamenti concreti per la popolazione target)**

In questa parte, in funzione delle azioni previste, gli indicatori possono appartenere a una o più delle categorie indicate.

Nota: per indicatori si intendono strumenti o metriche che consentono di misurare l'andamento di un fenomeno in relazione a valore di riferimento o a un obiettivo prestabilito. Gli indicatori possono essere quantitativi (basati su dati numerici) o qualitativi (basati su descrizioni, percezioni o altro) e possono riguardare diverse dimensioni:

- Indicatori di processo: misurano come le azioni vengono implementate (a titolo di esemplificazione e da non intendersi come descrizione esaustiva di tutte le opzioni possibili: numero di tavoli intersettoriali stabiliti, la disponibilità di protocolli di intesa, l'attivazione di accordi quadro).
- Indicatori di output: misurano i prodotti intermedi e i risultati tangibili di un'azione (a titolo di esemplificazione e da non intendersi come descrizione esaustiva di tutte le opzioni possibili: numero di incontri di cammino, il numero di focus group con i lavoratori, il numero di eventi formativi in un insieme di scuole).
- Indicatori di esito: verificano se sono stati raggiunti cambiamenti concreti per la popolazione target (a titolo di esemplificazione e da non intendersi come descrizione esaustiva di tutte le opzioni possibili: l'aumento percentuale della partecipazione alle camminate degli abitanti dei quartieri identificati come più deprivati, la riduzione percentuale dell'uso improprio di antibiotici nelle AUSL più deprivate).

Fonti informative utilizzate per il monitoraggio delle azioni: (possibili più risposte)

- ❑ **Flussi informativi nazionali (es. ISTAT, INAIL…)**
- ❑ **Flussi informativi sanitari (es. Cedap, SDO…)**
- ❑ **Sorveglianze (es. Passi, Okkio alla Salute…)**
- ❑ **Strumenti quantitativi creati ad hoc (es. indagini tramite questionario, database…)**
- ❑ **Strumenti qualitativi (es. interviste, focus group…)**
- ❑ **Altro (specificare)**

Indicare tutte le fonti effettivamente impiegate per il monitoraggio delle azioni.

ANNO 2029

È stato necessario rimodulare obiettivi specifici, azioni e indicatori per la strategia in prospettiva di equità del Programma?

- ○ **Sì**
- ○ **No**

Se è stata necessaria una rimodulazione, quali elementi sono stati modificati? (possibili più risposte)

- ❑ **Obiettivi specifici**
- ❑ **Azioni**
- ❑ **Indicatori**
- ❑ **Altro (specificare)**

Per "rimodulare" si intende modificare aspetti delle azioni definite nell'annualità precedente per la strategia in prospettiva di equità del Programma, ad esempio in funzione di cambiamenti nelle risorse disponibili e/o nella generale sostenibilità di quanto precedentemente pianificato (ad es. a seguito di trasformazioni organizzative o di contesto, indicazioni politiche ecc.)

ANNO 2030

È stato necessario rimodulare obiettivi specifici, azioni e indicatori per la strategia in prospettiva di equità del Programma?

- ○ **Sì**
- ○ **No**

Se è stata necessaria una rimodulazione, quali elementi sono stati modificati? (possibili più risposte)

- ❑ **Obiettivi specifici**
- ❑ **Azioni**
- ❑ **Indicatori**
- ❑ **Altro (specificare)**

Per "rimodulare" si intende modificare aspetti delle azioni definite nell'annualità precedente per la strategia in prospettiva di equità del Programma, ad esempio in funzione di cambiamenti nelle risorse disponibili e/o nella generale sostenibilità di quanto precedentemente pianificato (ad es. a seguito di trasformazioni organizzative o di contesto, indicazioni politiche ecc.)

ANNO 2031

*** Elaborazione di una sintesi sulle azioni per la strategia in prospettiva di equità del Programma:**

- ○ **Sintesi elaborata (specificare/inserire documento in piattaforma)**
- ○ **Sintesi non elaborata**

La piattaforma richiede di inserire un documento sintetico in cui descrivere lo stadio di avanzamento delle azioni previste per la strategia in prospettiva di equità del Programma.

In caso di completamento parziale o non realizzazione di alcune azioni, specificare le cause (ad es. risorse, contesto, cambiamenti organizzativi) e gli eventuali correttivi previsti.

Tabelle sinottiche indicatori

✓ indicatore certificativo raggiunto
✘ indicatore certificativo non raggiunto
▶ indicatore informativo

INDICATORI PER TUTTO IL PRP		
ANNO	**TESTO DELL'INDICATORE IN PIATTAFORMA**	**OPZIONI DI RISPOSTA**
2027	***Non sono previsti indicatori centrali per questa annualità***	
2028	* Presenza di un mandato esplicito regionale/di Provincia autonoma sull'equità in salute	✓ Mandato presente ✘ Mandato non presente
	* Descrizione sintetica della declinazione del mandato	✓ Campo descrittivo compilato secondo indicazioni fornite ✘ Campo descrittivo non compilato
	* Presenza di un coordinamento regionale/di Provincia autonoma sull'equità in salute	✓ Coordinamento presente ✘ Coordinamento non presente
	* Descrizione sintetica della declinazione del coordinamento	✓ Campo descrittivo compilato secondo indicazioni fornite ✘ Campo descrittivo non compilato
2029	* Realizzazione di almeno un percorso formativo sull'implementazione dell'approccio di equità per il coordinamento regionale/di Provincia autonoma	✓ Percorso formativo realizzato ✘ Percorso formativo non realizzato
2030	***Non sono previsti indicatori centrali per questa annualità***	
2031	* Realizzazione di almeno un incontro all'anno del coordinamento regionale/di Provincia autonoma sull'equità in salute	✓ Sì ✘ No

INDICATORI PER OGNI PROGRAMMA		
ANNO	**TESTO DELL'INDICATORE IN PIATTAFORMA**	**OPZIONI DI RISPOSTA**
2027	* Presenza di un gruppo di lavoro/cabina di regia per l'implementazione di un approccio di equità nel Programma	✓ Gruppo di lavoro presente ✘ Gruppo di lavoro non presente
	* Definizione di una strategia in prospettiva di equità coerente con il profilo di salute ed equità	✓ Sì (specificare/inserire documento in piattaforma) ✘ No
	Indicare il livello organizzativo delle figure partecipanti al gruppo di lavoro	▶ Il gruppo include solo figure di livello regionale ▶ Il gruppo include figure di livello regionale e aziendale
	Indicare l'eventuale presenza nel gruppo di lavoro di figure esterne al Servizio sanitario regionale	▶ Il gruppo include solo figure interne al Servizio sanitario regionale ▶ Il gruppo include figure interne ed esterne al Servizio sanitario regionale
2028	* Descrizione di obiettivi specifici, azioni e indicatori per la strategia in prospettiva di equità del Programma	✓ Sì (specificare/inserire documento in piattaforma) ✘ No
	Livello operativo principale delle azioni	▶ Regionale ▶ Aziendale ▶ Sub-aziendale ▶ Altro (specificare)
	Tipologia di azioni	▶ Interventi strutturali/di contesto ▶ Interventi comunitari ▶ Interventi di setting ▶ Interventi individuali ▶ Altro (specificare)
	Tipologia/e di indicatori utilizzati per monitorare e valutare le azioni	▶ Inserimento di almeno una tipologia di indicatore
	Fonti informative utilizzate per il monitoraggio delle azioni	▶ Inserimento di almeno una fonte informativa
2029 e 2030	È stato necessario rimodulare obiettivi specifici, azioni e indicatori per la strategia in prospettiva di equità del Programma?	▶ Sì ▶ No
	Se è stata necessaria una rimodulazione, quali elementi sono stati modificati?	▶ Obiettivi ▶ Azioni ▶ Indicatori ▶ Altro (specificare)
2031	Elaborazione di una sintesi sulle azioni per la strategia in prospettiva di equità del Programma	✓ Sintesi elaborata (specificare/inserire documento in piattaforma) ✘ Sintesi non elaborata