



*Ministero della Salute*

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria

# **Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025**

---

*Il documento integrale è consultabile al link:*

***[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2955\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf)***



# Indice

---

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



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

## Vision e principi

---

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

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

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

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



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

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

## PROGRAMMA PREDEFINITO PP10 “MISURE PER IL CONTRASTO DELL’ANTIMICROBICO-RESISTENZA”

<b>TITOLO</b>	<b>PP10 “Misure per il contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza”</b>
<b>MACRO OBIETTIVO PRINCIPALE DI RIFERIMENTO</b>	<b>MO6 Malattie infettive prioritarie</b>
<b>OBIETTIVI STRATEGICI ANCHE CON RIFERIMENTO ALLA TRASVERSALITÀ CON ALTRI MACRO OBIETTIVI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 6.24 Migliorare la qualità della sorveglianza delle infezioni invasive da Enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE) e resistenti ai carbapenemi (CRE)</li> <li>- 6.25 Monitorare il consumo di antibiotici in ambito ospedaliero e territoriale e in campo umano e veterinario (<i>One Health</i>)</li> <li>- 6.26 Promuovere la consapevolezza da parte della comunità circa l’uso appropriato degli antibiotici</li> <li>- 6.27 Definire un programma di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all’assistenza secondo le indicazioni ministeriali</li> <li>- 6.28 Sviluppare programmi di <i>Antimicrobial stewardship</i> (AS)</li> </ul>
<b>LEA DI RIFERIMENTO</b>	<p><b>DPCM 12 gennaio 2017, Allegato 1 “Prevenzione collettiva e sanità Pubblica”:</b></p> <p><b>Area A Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A1: Sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e diffusive</li> <li>- A2: Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive</li> </ul> <p><b>Area D -Salute animale e igiene urbana veterinaria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D8: Sorveglianza sull’impiego del farmaco per uso veterinario e prevenzione della farmacoresistenza</li> </ul> <p><b>Allegato 2 Assistenza distrettuale</b></p> <p><b>Allegato 3 Assistenza ospedaliera</b></p>
<b>DESCRIZIONE</b>	<p>Il fenomeno dell’antibiotico-resistenza è un’emergenza di sanità pubblica a livello globale. Diversi antibiotici sono diventati parzialmente o del tutto inefficaci rendendo rischiose procedure mediche avanzate (es. chemioterapie antitumorali, trapianti d’organo, protesi d’anca). Si calcola che, in Europa, circa 25 mila decessi all’anno siano dovuti ad infezioni da batteri resistenti agli antibiotici e si stima che, entro il 2050, se non si riuscirà a contenere il fenomeno, le morti potrebbero arrivare a 10 milioni (fonte OMS).</p> <p>L’Italia è uno dei Paesi europei con i livelli più alti di AMR, sempre superiore alla media europea, e con un elevato consumo di antibiotici (al 5° posto, dati ESAC-Net dell’ECDC). La maggior parte di queste infezioni è gravata da elevata mortalità (fino al 30%), capacità di diffondere rapidamente nelle strutture sanitarie, causando epidemie intra- e inter-ospedaliere, e di divenire endemiche. L’<i>European Center for Disease Control</i> (ECDC) ha stimato che annualmente si verificano in Europa 670.000 infezioni sostenute da microrganismi antibioticoresistenti: queste sono responsabili di 33.000 decessi, dei quali più di 10.000 in Italia data l’alta prevalenza di infezioni antibioticoresistenti (Cassini A et al. Lancet Infect Dis 2018).</p> <p>L’OMS, riconoscendo l’AMR un problema complesso che può essere affrontato solo con interventi coordinati multisettoriali, promuove un approccio <i>One Health</i>, sistematizzato nel 2015 con l’approvazione del Piano d’Azione Globale per contrastare l’AMR, collaborando da tempo con FAO, OIE e UNEP. La visione <i>One Health</i> è stata sostenuta anche dai leader G7 e G20. Ugualmente, la Commissione Europea ha adottato una prospettiva <i>One Health</i> e nel Piano d’azione 2011-2016 ha identificato le aree prioritarie di intervento. Il 2 novembre 2017 è stato approvato in Conferenza Stato Regioni il Piano nazionale di contrasto dell’AMR (PNCAR) 2017-2020, coerente con l’approccio <i>One Health</i>.</p> <p>Il rischio infettivo associato all’assistenza, ossia il rischio per pazienti, visitatori e operatori di contrarre una infezione, ha un posto particolare nell’ambito dei rischi associati all’assistenza sanitaria e socio-sanitaria, per dimensioni, complessità dei determinanti e trend epidemiologico in aumento. Le infezioni correlate all’assistenza (ICA) sono infezioni acquisite nel corso dell’assistenza e possono verificarsi in tutti gli ambiti assistenziali ospedalieri e territoriali.</p>

	<p>L'impatto clinico-economico è rilevante: secondo un rapporto dell'OMS, le ICA causano prolungamento della degenza, disabilità a lungo termine, aumento dell'AMR, costi aggiuntivi e mortalità in eccesso. L'ECDC ha stimato che ogni anno si verificano più di 2,5 milioni di ICA in Europa e che le 6 ICA più frequenti (infezioni urinarie, infezioni del sito chirurgico, infezioni respiratorie, batteriemie, sepsi neonatale, infezioni da Clostridium difficile) siano responsabili ogni anno di 501 DALYs/100.000 abitanti; tale burden è maggiore, quasi il doppio, di tutte le 32 malattie infettive notificabili considerate complessivamente (260 DALYs per 100.000 abitanti) (Cassini A et al PLOS Medicine 2016). Non tutte le ICA sono prevenibili, ma si stima che possa esserlo più del 50%. In Italia, per le infezioni del sito chirurgico, nel 2014-2015 si è rilevata un'incidenza di circa 1%, comparabile con gli standard europei e statunitensi. Per le UTI, nel 2016 si sono registrate le seguenti incidenze: batteriemie 4,5/1.000 gg-paziente; polmoniti 5,2/1.000 gg-pz; infezioni vie urinarie 2,2/1.000 gg-pz. Il primo Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020, approvato il 2 novembre 2017, evidenzia la necessità di linee di indirizzo uniche e un più forte coordinamento nazionale, per poter guidare meglio e armonizzare le attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle ICA e garantire il rispetto in tutto il paese di standard comuni condivisi.</p> <p>La diffusione e lo sviluppo del presente Programma è in accordo con la strategia di contrasto dell'AMR, con approccio <i>One Health</i>, delineata nel PNCAR, che prevede il coinvolgimento collaborativo, intersettoriale, multidisciplinare e multiprofessionale, con l'integrazione delle azioni in ambito umano, veterinario, agroalimentare e ambientale, in una visione organica ed unitaria.</p> <p>Il Programma, in linea con principi e obiettivi del PNP, adotta le lenti dell'equità, secondo il modello operativo proposto dal PNP (HEA), che prevede le seguenti fasi: elaborazione del profilo di salute ed equità, identificazione di aree/gruppi a più alto rischio di esposizione o di vulnerabilità ai fattori di rischio, conseguente adeguamento/orientamento dell'intervento in termini di disegno e allocazione, valutazione di impatto.</p>	
<b>SINTESI DELLE PRINCIPALI EVIDENZE E/O BUONE PRATICHE DI RIFERIMENTO E RELATIVE FONTI</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Piano d'azione quinquennale (2011-2016) contro la crescente minaccia dell'antibiotico-resistenza della Commissione Europea</i></li> <li>2. <i>A European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance (AMR) del 2017</i></li> <li>3. <i>WHO Global action plan on antimicrobial resistance del 2015</i></li> <li>4. <i>Dichiarazione della 71ª Sessione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sull'antimicrobico-resistenza del 2016</i></li> <li>5. <i>Circolare ministeriale per la sorveglianza delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi prot.4968 del 23.02.2013 e successivi aggiornamenti</i></li> <li>6. <i>Piano nazionale di contrasto dell'AMR (PNCAR) 2017-2020 e successivi aggiornamenti</i></li> <li>7. <i>CAC/RCP 61-2005 "Codice di Comportamento per minimizzare e contenere la resistenza antimicrobica"</i></li> <li>8. <i>CAC/GL 77-2011 "Linee guida per l'analisi dei rischi da AMR in prodotti di origine alimentare"</i></li> <li>9. <i>The OIE Strategy on Antimicrobial Resistance and the Prudent Use of Antimicrobials del 2016</i></li> <li>10. <i>The FAO action plan on antimicrobial resistance 2016-2020</i></li> <li>11. <i>Report OCSE Stemming the Superbug Tide - Just a Few Dollars More del 2018</i></li> <li>12. <i>Conclusioni del Consiglio "Verso una strategia dell'Unione per una politica sostenibile in materia di sostanze chimiche" 2019</i></li> <li>13. <i>Biosicurezza e uso corretto e razionale degli antibiotici in zootecnia del Ministero salute</i></li> <li>14. <i>Linee guida per la predisposizione, effettuazione e gestione dei controlli sulla distribuzione e l'impiego dei medicinali veterinari del Ministero salute</i></li> <li>15. <i>Linee guida per l'uso prudente degli antimicrobici negli allevamenti zootecnici per la prevenzione dell'antimicrobico-resistenza e proposte alternative - Ministero della Salute</i></li> <li>16. <i>DECRETO 8 febbraio 2019 Modalità applicative delle disposizioni in materia di tracciabilità dei medicinali veterinari e dei mangimi medicati</i></li> <li>17. <i>Manuale operativo per la predisposizione e la trasmissione delle informazioni al sistema informativo di tracciabilità dei medicinali veterinari e dei mangimi</i></li> </ol>	
<b>OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</b>	<b>INTERSETTORIALITÀ</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sviluppare/consolidare i processi intersettoriali con strutture ospedaliere, aziende sanitarie, ARPA, IIZZSS, Ordini professionali/Federazioni, Comuni, Enti, Istituzioni, allevatori, operatori del settore alimentare e farmaceutico e altri stakeholder, finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR</li> </ol>
	<b>FORMAZIONE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano l'adozione delle misure di contrasto dell'AMR nelle scuole di ogni ordine e grado, nei percorsi universitari e nell'aggiornamento continuo dei professionisti</li> </ol>

	<b>COMUNICAZIONE</b>	3. Promuovere la consapevolezza da parte della comunità sull'uso appropriato degli antibiotici. Costruire strumenti di comunicazione e informazione, organizzare interventi mirati e specifici per i diversi stakeholder
	<b>EQUITÀ</b>	4. Orientare gli interventi per garantire l'equità nel Paese aumentando la consapevolezza nelle diverse comunità, nella popolazione e nelle categorie maggiormente a rischio
<b>OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</b>		5. Favorire la realizzazione, a livello regionale e locale, delle azioni previste dal PNCAR 2017-2020 e successive versioni, in ambito umano e veterinario, e con approccio One Health, relativamente a sorveglianza/monitoraggio, uso appropriato degli antibiotici, prevenzione delle infezioni, formazione e comunicazione
<b>INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI RELATIVI ALLE AZIONI TRASVERSALI DEL PNP</b>	<b>INTERSETTORIALITÀ</b>	<b>1. Tavoli tecnici intersettoriali</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formula: Istituzione di tavoli tecnici interistituzionali/intersectoriali/interdisciplinari finalizzati ad attivare il ruolo e la responsabilità per il contrasto dell'AMR</li> <li>Standard: Costituzione di almeno un tavolo tecnico regionale entro il 2022</li> <li>Fonte: Regione</li> </ul>
	<b>FORMAZIONE</b>	<b>2. Formazione sull'uso appropriato di antibiotici</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formula: presenza di offerta formativa progettata e gestita insieme alla Scuola, alle Università e agli Ordini professionali</li> <li>Standard: realizzazione di almeno un percorso formativo di carattere regionale, entro il 2022</li> <li>Fonte: Regione</li> </ul>
	<b>COMUNICAZIONE</b>	<b>3. Comunicazione sull'uso appropriato di antibiotici</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formula: Esistenza di un programma regionale annuale di informazione e comunicazione basato sulle evidenze, coordinato con le azioni nazionali e le indicazioni del PNCAR</li> <li>Standard: Realizzazione annuale del programma di comunicazione</li> <li>Fonte: Regioni</li> </ul>
	<b>EQUITÀ</b>	<b>4. Lenti di equità</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formula: adozione dell'HEA</li> <li>Standard: Progettazione, applicazione, monitoraggio e documentazione dell'HEA, ogni anno a partire dal 2022</li> <li>Fonte: Regione</li> </ul>
<b>INDICATORI DI MONITORAGGIO DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGRAMMA</b>		<b>5. Sorveglianza e monitoraggio (a):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formula: adesione regionale al sistema di sorveglianza dell'AMR in ambito umano, secondo le indicazioni del Ministero della Salute</li> <li>Standard: SI (verifica annuale)</li> <li>Fonte: Regione/ISS</li> </ul>
		<b>6. Sorveglianza e monitoraggio (b):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formula: percentuale di strutture di ricovero pubbliche e private accreditate incluse nel sistema di sorveglianza dell'antibiotico-resistenza in ambito umano: <math>(N. \text{ strutture di ricovero per acuti aderenti alla sorveglianza dell'AMR}) / (N. \text{ totale delle strutture di ricovero per acuti}) \times 100</math></li> <li>Standard: 100% (entro il 2025, ma con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)</li> <li>Fonte: Regione/ISS</li> </ul>

	<p><b>7. Sorveglianza e monitoraggio (c):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formula: Sviluppo di procedure regionali di accreditamento per i laboratori pubblici partecipanti alla sorveglianza, omogenee tra le Regioni</li> <li>• Standard: SI (entro il 2023)</li> <li>• Fonte: Regione</li> </ul>
	<p><b>8. Sorveglianza e monitoraggio (d):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formula: % laboratori regionali (pubblici e privati) coinvolti nella sorveglianza dell'AMR su animali da produzione di alimenti e da compagnia</li> <li>• Standard: Elenco di laboratori, con verifica annuale di graduale aumento di partecipazione (entro il 2025)</li> <li>• Fonte: Regione</li> </ul>
	<p><b>9. Sorveglianza e monitoraggio (d):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formula: Sviluppo di procedure regionali omogenee per indagini intersettoriali in caso di individuazione di batteri patogeni resistenti negli esseri umani, negli animali e nei prodotti alimentari</li> <li>• Standard: SI (entro il 2023)</li> <li>• Fonte: Regione/IZS/CNR-LNR</li> </ul>
	<p><b>10. Sorveglianza e monitoraggio dell'impiego degli antibiotici in ambito veterinario (d):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>A)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formula: Restituzione annuale, da parte della Regione alle Aziende Sanitarie, di informazioni relative al consumo di antibiotici in ambito umano e veterinario, al fine di ottemperare agli obiettivi di riduzione dei consumi previsti dal PNCAR e successive versioni. In ambito veterinario tali informazioni scaturiscono dal sistema di tracciabilità del farmaco veterinario e REV</li> <li>• Standard: Produzione Report annuale (a partire dal 2022)</li> <li>• Fonte: Regione</li> </ul> </li> <li>• <b>B)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formula: coordinamento delle attività del piano regionale residui a livello locale annuale del piano come previsto dal PNCAR</li> <li>• Standard: produzione report annuale</li> <li>• Fonte: Regione</li> </ul> </li> <li>• <b>C)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formula: promozione dell'applicazione degli strumenti informatici messi a disposizione dal Ministero per la definizione di DDDVET per gli antimicrobici e le categorie di animali produttori di alimenti</li> <li>• Standard: almeno il 50% degli allevamenti deve essere monitorato con le DDDVET entro il 2025, con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo</li> <li>• Fonte Regione/ASL/Ordini Professionali</li> </ul> </li> <li>• <b>D)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formula: Classificazione delle aziende zootecniche sulla base di indicatori di rischio attraverso specifici <i>tool</i> informatici messi a disposizione dal Ministero</li> <li>• Standard: 100% (entro il 2025), con verifica annuale di graduale aumento dell'adesione)</li> <li>• Fonte Regione</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>11. Sorveglianza e monitoraggio (e):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formula: % di strutture di ricovero in cui è stata effettivamente attivata la sorveglianza dei CRE, con un grado di copertura &gt;90% (verificata attraverso lo "zero reporting" oppure attraverso l'incrocio con il flusso informatico regionale dei laboratori ove disponibile)</li> <li>• Standard: &gt;90% (entro 2025), con verifica annuale di graduale aumento di utilizzo</li> <li>• Fonte: Regione/ISS</li> </ul>

	<p><b>12. Sorveglianza e monitoraggio (f):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formula: Partecipazione regionale ad almeno tre sorveglianze delle infezioni correlate all'assistenza, come da indicazioni del Ministero della Salute, definendo un piano progressivo di sviluppo della sorveglianza regionale</li> <li>• Standard: n. 3 sorveglianze (entro 2022)</li> <li>• Fonte: Regione/ISS</li> </ul>
	<p><b>13. Sorveglianza e monitoraggio (g):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formula % di Comitati per il Controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA) che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza: <math>(N. \text{ CC-ICA che producono un report annuale sulle infezioni correlate all'assistenza} / (N. \text{ totale CC-ICA}) \times 100</math></li> <li>• Standard: 100% (ANNUALE)</li> <li>• Fonte: Regione</li> </ul>
	<p><b>14. Promozione dell'applicazione di strumenti a supporto dell'attività di controllo ufficiale sull'uso appropriato degli antibiotici in ambito veterinario (a):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formula: offerta e realizzazione di iniziative, a livello di ASL, indirizzate agli operatori addetti ai controlli ufficiali mirate alla verifica dell'adozione da parte degli allevatori dell'uso appropriato di antibiotici secondo linee guida nazionali entro il 2025</li> <li>• Standard: 100% Asl aderiscono alle iniziative entro il 2025</li> <li>• Fonte: Regione</li> </ul>
	<p><b>15. Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario (b):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formula: Esistenza di iniziative regionali indirizzate agli stakeholder, per promuovere l'uso appropriato di antibiotici in ambito veterinario, coordinate con le azioni nazionali e secondo le indicazioni del PNCAR e le linee guida sull'uso prudente,</li> <li>• Standard: almeno 1 iniziativa annuale</li> <li>• Fonte: Regione</li> </ul>
	<p><b>16. Promozione dell'uso appropriato di antibiotici in ambito umano (c):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formula: Esistenza di un team/gruppo multidisciplinare responsabile di programmi di <i>Antimicrobial stewardship</i> (AS) in tutte le Aziende sanitarie/Ospedali: <math>(N \text{ Aziende sanitarie/Ospedali in cui è stato predisposto un programma di AS}) / (N. \text{ totale Aziende sanitarie-Ospedali}) \times 100</math></li> <li>• Standard: 100%, entro il 2025</li> <li>• Fonte: Regione</li> </ul>
	<p><b>17. Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (a):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formula: Esistenza di un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza in tutti gli ospedali pubblici: <math>(N. \text{ ospedali che hanno attivato un Comitato per il controllo delle Infezioni correlate all'assistenza}) / (N. \text{ totale ospedali}) \times 100</math></li> <li>• Standard: 100% (entro 2022)</li> <li>• Fonte: Regione</li> </ul>
	<p><b>18. Prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) (b):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formula: Istituzione di un sistema regionale di monitoraggio del consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani: <math>(N. \text{ ospedali che dispongono di una sorveglianza esaustiva del consumo di soluzione idroalcolica}) / (N. \text{ totale di ospedali della Regione}) \times 100 *</math></li> <li>• Standard: 100% (entro 2024)</li> <li>• Fonte: Regione</li> </ul> <p><i>* Modalità di calcolo: Ogni ospedale deve disporre di una sorveglianza del consumo di prodotti idroalcolici in litri/1.000 giornate di degenza ordinaria, stratificato per le discipline maggiormente interessate dal fenomeno dell'AMR (terapia intensiva, medicina, chirurgia, ortopedia).</i></p>

	<p><b>19. Formazione sanitaria specifica sull'uso appropriato di antibiotici e la prevenzione delle ICA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formula: % di Aziende che hanno inserito negli obiettivi formativi del PNCAR almeno un corso di formazione all'anno, su base residenziale o FAD, per medici, veterinari e farmacisti sul buon uso degli antibiotici e per tutti gli operatori sanitari sulla prevenzione delle ICA: <math>(N. \text{ Aziende sanitarie in cui è stato predisposto almeno un corso di formazione all'anno}) / (N. \text{ totale Aziende sanitarie}) \times 100</math></li> <li>• Standard: 100% (a partire dal 2024)</li> <li>• Fonte: Regione</li> </ul>
--	---