



Fondazione Smith Kline

Rapporto Prevenzione 2012

“La governance della prevenzione”

a cura di

*Antonio Boccia, Cesare Cislighi, Antonio Federici, Domenico Lagravinese,
Anna Lisa Nicelli, Giovanni Renga, Walter Ricciardi, Carlo Signorelli,
Marco Trabucchi, Paolo Villari*

Rapporto Prevenzione 2012

"La governance della prevenzione"

INDICE

Presentazione, di Antonio Boccia, Walter Ricciardi e Paolo Villari	p. 7
--	------

OSSERVATORIO PREVENZIONE

Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip). Conferme sperimentali e prospettive di stabilizzazione, di Domenico Lagravinese e Francesco Calamo Specchia	17
--	----

LA GOVERNANCE DELLA PREVENZIONE

Health 2020. Una strategia di indirizzo europea a sostegno dell'azione governativa e sociale per la salute e il benessere a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Ufficio regionale Europa	323
La prevenzione nella programmazione sanitaria nazionale, di Fabrizio Oleari	367
Piano nazionale della prevenzione e <i>stewardship</i> : evoluzione delle azioni centrali e scelte operative di «sistema», di Antonio Federici	385
Gli strumenti di valutazione della <i>stewardship</i> , di Antonio Giulio de Belvis, Giuseppe La Torre, Marta Marino, Domitilla di Thiene, Maria Tanzariello, Rosella Saulle, Antonio Federici, Paolo Villari, Walter Ricciardi e Antonio Boccia	403

Uno sguardo d'insieme ai Piani regionali della prevenzione (Prp), di Carolina Marzuillo, Domitilla Di Thiene, Brigid Unim, Antonio Giulio de Belvis, Giuseppe La Torre, Paolo Villari	p. 417
---	--------

La governance della prevenzione: l'esperienza della regione Veneto, di Francesca Russo, Federica Michieletto, Annarosa Pettenò e Luciano Marchiori	437
--	-----

La governance della prevenzione: l'esperienza della regione Lombardia, di Liliana Coppola, Nicoletta Cornaggia e Maria Gramegna	449
---	-----

La governance della prevenzione: l'esperienza della regione Emilia-Romagna, di Maria Pia Fantini e Pierluigi Macini	475
---	-----

La governance della prevenzione: l'esperienza della regione Basilicata, di Gabriella Cauzillo e Francesco Locuratolo	505
--	-----

<i>Leadership e advocacy</i> : elementi essenziali per la prevenzione e la promozione della salute, di Walter Ricciardi e Agnese Lazzari	523
--	-----

Prevenzione e consenso politico, di Carlo Signorelli	551
--	-----

Di quale ricerca ha bisogno la prevenzione?, di Fabrizio Faggiano e Elias Allara	601
--	-----

Economia della prevenzione, di Cesare Cislaghi e Francesca Giuliani	623
---	-----

Le associazioni scientifiche e professionali e la programmazione della prevenzione, di Giuseppe Costa, Paolo Villari e Flavia Carle	641
---	-----

ALCUNE CONSIDERAZIONI PRELIMINARI

- I. Evoluzione del concetto di prevenzione
- II. Strategie di popolazione o per soggetti ad alto rischio
- III. La prevenzione in tempi di crisi
- IV. Prevenzione e politica
- V. Il contesto europeo



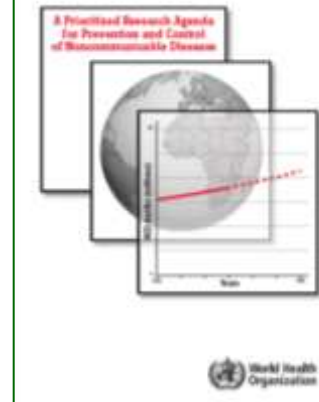
L'igiene si prefigge il mantenimento dello stato di salute, sia attraverso l'eliminazione o la riduzione delle cause ambientali di malattia, sia attraverso il rafforzamento delle difese individuali.

La medicina preventiva invece consiste nel diagnosticare precocemente le malattie in modo da arrestarne o rallentarne il decorso.



Vittorio Tuminelli

LIVELLI DI PREVENZIONE



Contents

Foreword	
Executive Summary	
1. Background	
2. Scope, goal, objectives and target audience	
3. Global burden of NCDs	
4. Role of research in the implementation of the of the Global Strategy Action Plan	14
5. Need for a prioritized research agenda for prevention and control of major NCDs to improve public health	16
6. Achievable outcomes through a prioritized research agenda for prevention and control of major NCDs	19
7. Process for the development of the WHO NCD Research Agenda	20
7.1 Initial phase of development of WHO NCD Research Agenda	20
7.2 Ranking process	21
7.3 Finalization of WHO NCD Research Agenda	22
8. Key domains for research	25
Major NCDs	25
8.1 Cardiovascular disease (CVD)	25
8.1.1 What is known?	25
8.1.2 Which aspects require further research?	26
8.2 Cancer	27
8.2.1 What is known?	27
8.2.2 Which aspects require further research?	28
8.3 Chronic respiratory diseases	29
8.3.1 What is known?	29
8.3.2 Which aspects require further research?	29
8.4 Diabetes	30
8.4.1 What is known?	30
8.4.2 Which aspects require further research?	31
NCD risk factors	32
8.5 Tobacco control	32
8.5.1 What is known?	32
8.5.2 Which aspects require further research?	32
8.6 Nutrition, physical activity and obesity	33
8.6.1 What is known?	33
8.6.2 Which aspects require further research?	35

PREVENZIONE PRIMORDIALE

PREVENZIONE PRIMARIA

PREVENZIONE SECONDARIA

PREVENZIONE TERZIARIA

PREVENZIONE QUATERNARIA

Independent Inquiry into Inequalities in Health Report

Chairman: Sir Donald Acheson

£19.50



published by The Stationery Office
as ISBN 0 11 322173 8

[Next](#)

[Official Documents](#)

[Ordering](#)

We welcome your [comments](#) on this site.

Prepared 26 November 1998

THE STRATEGY OF PREVENTIVE MEDICINE

GEOFFREY ROSE

BRITISH MEDICAL JOURNAL VOLUME 282 6 JUNE 1981

1847

MEDICAL PRACTICE

Occasional Review

Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease

GEOFFREY ROSE

If an obstetrician had a case of eclampsia he would ask, "What went wrong?" The occurrence of a preventable disaster is a threat to his professional reputation, for an obstetrician accepts prevention as an integral part of his normal professional responsibilities. Antenatal care is in fact largely preventive, and the integration of prevention with treatment has led to an excellent fall in maternal and perinatal mortality rates. In paediatrics, too, there are no demarcation disputes between prevention and treatment; and a similar trend is now also appearing in general practice. If a stroke occurs in an untreated or badly treated hypertensive patient, a good general practitioner asks, "What went wrong?" For, in middle age at least, strokes are largely preventable. When one occurs it suggests a possible failure of practice organisations.

Clinician and prevention

Unfortunately, in other branches of medicine there is a continuing and regrettable separation of the therapeutic and the preventive roles, and doctors generally continue to see the care of the sick as their whole responsibility.

CORONARY HEART DISEASE IS PREVENTABLE

Figure 1 shows the recent trends in mortality from coronary heart disease in various countries of the world. In Japan the rates have throughout this period been extremely low. In

Based on the Adolf Strecker memorial lecture given at the North Staffordshire Medical Institute, Stoke-on-Trent, on 13 November 1980, which will be published in full later this year in the *Journal of the North Staffordshire Medical Institute*.

Department of Medical Statistics and Epidemiology, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London WC1E 7HT
GEOFFREY ROSE, MD, FRCP, professor of epidemiology

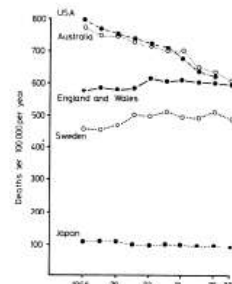


FIG 1—Age-adjusted death rates from coronary heart disease (CHD), risk remains, 410-44 among men aged 35-74 in various countries.

Australia and the United States at the start of the period they were high, but they have fallen by some 25%. In England and Wales they started a little short of the American and Australian rates and have shown little change. The Japanese once their low rates not to their genes but to their way of life: when they move to America they rather quickly acquire American rates. The large recent declines in Australia and the United States must surely be due largely to a declining incidence of disease, since

SOCIAL INEQUALITIES IN HEALTH

Rose's population strategy of prevention need not increase social inequalities in health

Lindsay McLaren,* Lynn McIntyre and Sharon Kirkpatrick

Accepted 21 September 2009

Geoffrey Rose's 1985 paper, *Sick individuals and sick populations*, continues to spark debate and discussion. Since this original publication, there have been two notable challenges to Rose's population strategy of prevention. First, identification of high-risk individuals has improved considerably in accuracy, which some believe obviates the need for population-wide prevention strategies. Secondly, and more recently, it has been suggested that population strategies of prevention may inadvertently worsen social inequalities in health. We argue that population prevention will not necessarily worsen social inequalities in health, and the likelihood of it doing so will depend on whether the prevention strategy is more structural (targets conditions in which behaviours occur) or agentic (targets behaviour change).



Available online at www.sciencedirect.com

SCIENCE @ DIRECT®

Health Policy 78 (2006) 39–55

Health policy

www.elsevier.com/locate/healthpol

The state's role in promoting population health: Public health concerns in Canada, USA, UK, and Sweden

Dennis Raphael^{a,*}, Toba Bryant^b

^a School of Health Policy and Management, Atkinson Faculty of Liberal and Professional Studies, York University, 4700 Keele Street, Toronto, Ont., Canada M3J 1P3

^b Centre for Research in Inner City Health, St. Michael's Hospital, 70 Richmond St. E., 4th floor, Toronto, Ont., Canada M5C 1N8

Abstract

Despite the expanding literature on the importance role public policy plays in influencing the broader determinants of the public's health, profound differences exist among jurisdictions in the attention placed by the State – as represented by public health authorities and agencies – upon such activities. In this paper we examine the dominant public health models of Canada, USA, UK, and Sweden. The Canadian and USA public health communities are focused upon individualized approaches to risk management. In contrast, the UK and Swedish public health scenes are more oriented toward broader approaches to health determinants. We argue that the extent to which governments, public health agencies and public health workers concern themselves with public policy approaches to address broader determinants of health depends upon the particular model of health adhered to within each jurisdiction. And whether a health model is adopted depends upon the ideological and political context within which a nation is situated. Canada represents a situation where concerted effort to influence governmental policy directions by the public health community could reap significant benefits.

© 2005 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

Keywords: Public health; Determinants of health; Health promotion

The unthinkable





Health reform monitor

The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector

Antonio Giulio de Belvis^{a,*}, Francesca Ferrè^b, Maria Lucia Specchia^a, Luca Valerio^a, Giovanni Fattore^b, Walter Ricciardi^a^a Institute of Public Health and Preventive Medicine, Catholic University "Sacro Cuore" Rome, Largo Francesco Vito, 1, 00168 Roma, Italy^b Dept. of Policy Analysis and Public Management, Università Bocconi Milano, Via Roentgen, 1 20136 Milano, Italy

ARTICLE INFO

Article history:

Received 23 December 2011

Received in revised form 10 March 2012

Accepted 2 April 2012

Keywords:

Italy

Financial crisis

Healthcare

ABSTRACT

The global economic and financial crisis is having an impact on the Italian healthcare system which is undergoing a devolution process from the central government to regions and where about one third of the regional governments (mainly in the central and southern part of the country) are facing large financial deficits. The paper briefly describes the current macro scenario and the main responses taken to face the crisis and highlights the downside risks of introducing "linear" cuts in the allocation of resources. While justified by the risk of a national debt default, present fiscal policies might increase inequalities in access to care, deteriorate overall health indicators and population wellbeing, and sharpen existing difference in the quality of care between regions. Preliminary evidence shows that the crisis is affecting the quality of nutrition and the incidence of psychiatric disorders. During this difficult financial situation Italy is also facing the risk of a major reduction in investments for preventive medicine, Evidence Based Medicine infrastructures, health information systems and physical capital renewal. This cost-cutting strategy may have negative long term consequences. Also, important achievement in terms of limiting waiting lists, improving continuity of care and patients' centeredness, and promoting integration between social and health care may be negatively affected by unprecedented resources' cuts. It is essential that in such a period of public funding constraints health authorities monitor incidence of diseases and access to care of the most vulnerable groups and specifically target interventions to those who may be disproportionately hit by the crisis.

© 2012 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

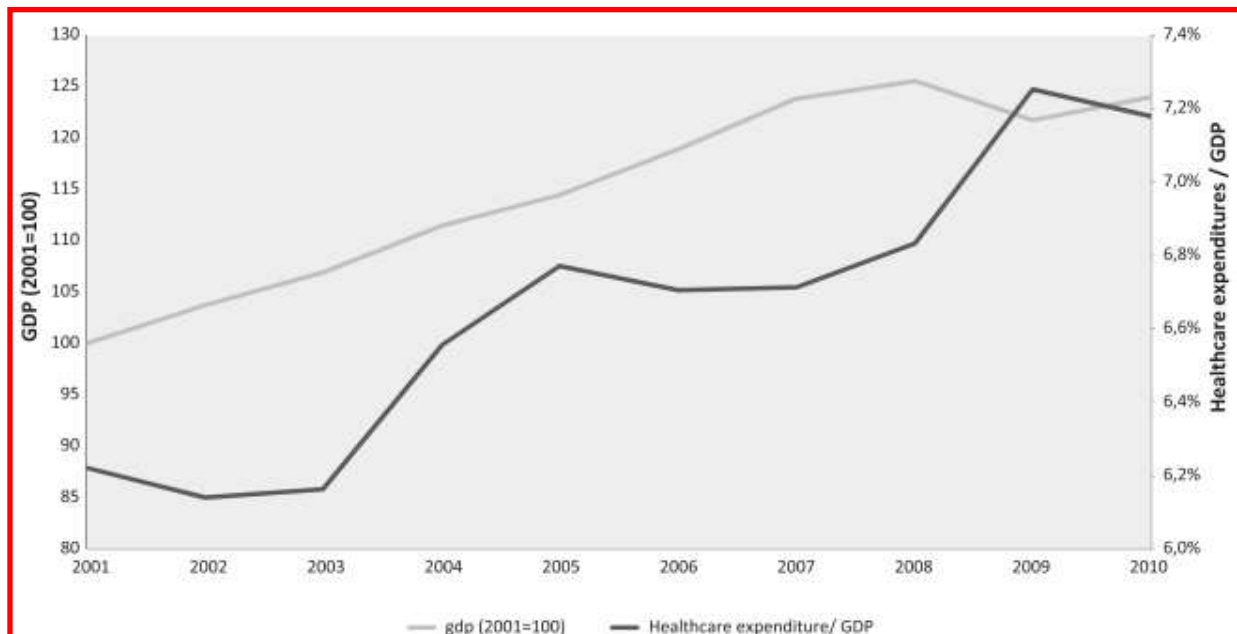


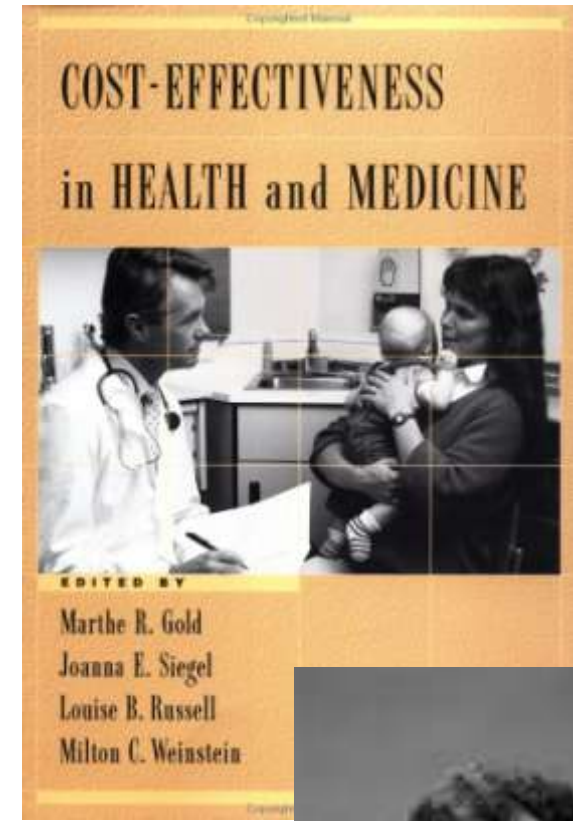
Fig. 1. GDP (2001 = 100) and public healthcare expenditure/GDP ratio (2001–2010).

RAPPORTO COSTO-EFFICACIA (COSTO-UTILITA')

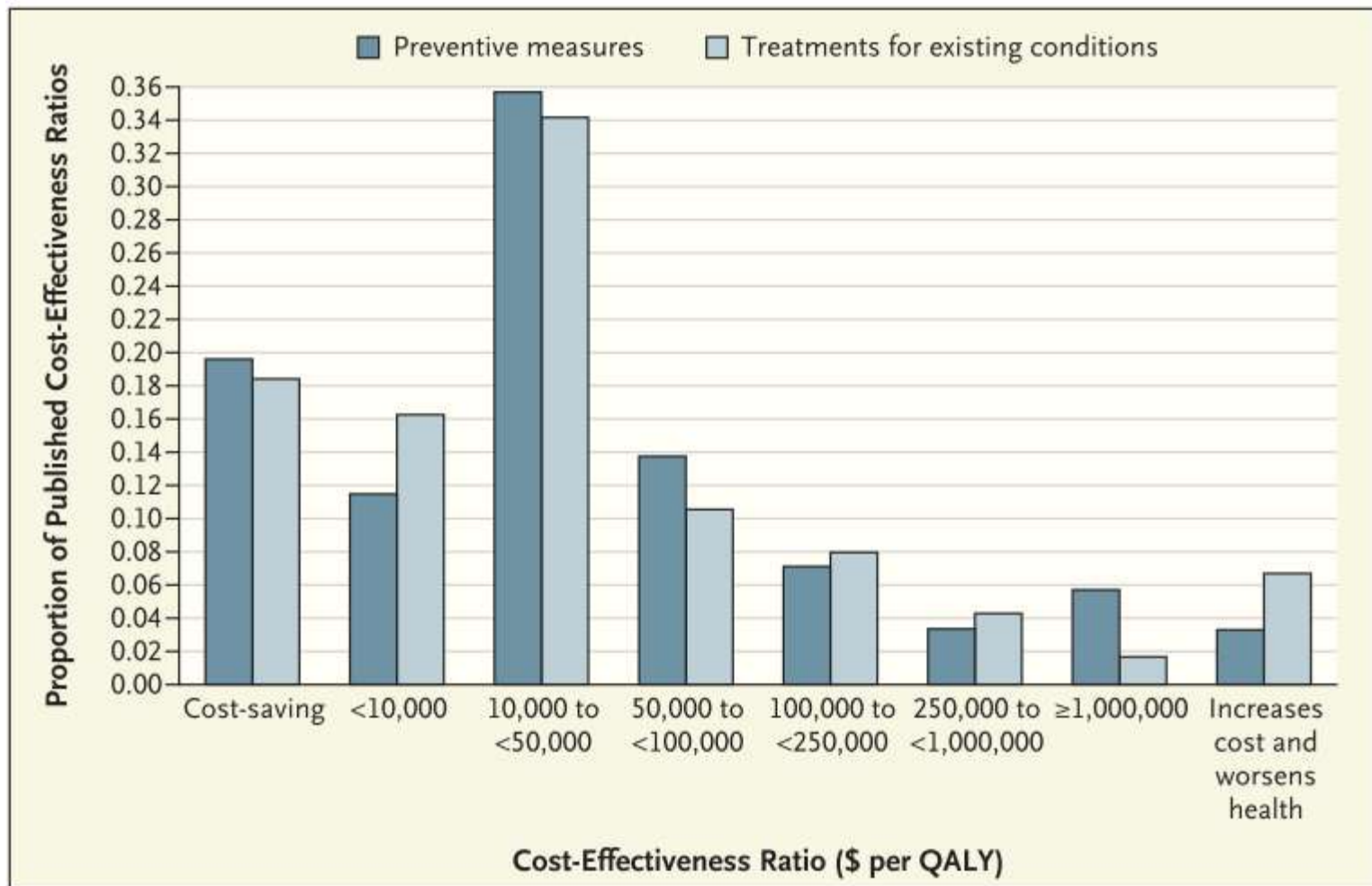
$$\frac{\text{Costo netto dell'intervento}}{\text{Efficacia netta dell'intervento}}$$

Costo netto dell'intervento in termini monetari (\$, € , etc.)

Anni di vita ponderati per la qualità guadagnati grazie all'intervento (QALYs)



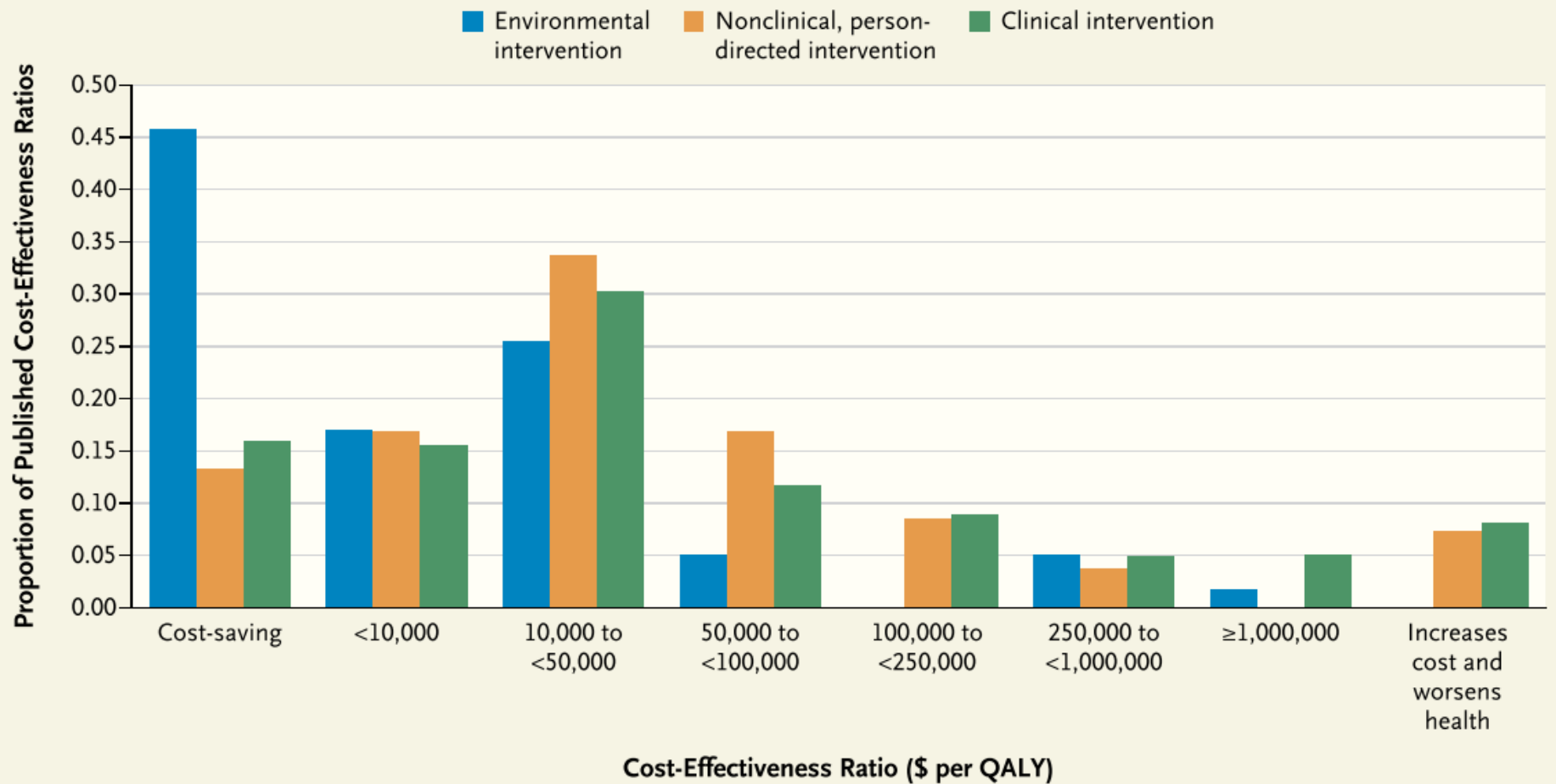
In termini pratici, il rapporto costo-efficacia (costo-utilità) indica quanto costa 1 anno di vita (corretto per la qualità) guadagnata mediante l'attuazione dell'intervento



Distribution of Cost-Effectiveness Ratios for Preventive Measures and Treatments for Existing Conditions.

Data are from the Tufts–New England Medical Center Cost-Effectiveness Registry. QALY denotes quality-adjusted life-year.

Cohen JT, Neumann PJ and Weinstein MC. Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates. The New England Journal of Medicine, 2008;7:661-3.



Cost-Effectiveness of Categories of Preventive Interventions.

Chokshi DA, Farley TA. The cost-effectiveness of environmental approaches to disease prevention. The New England Journal of Medicine, 2012;4:295-7.



Available at www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

journal homepage: www.ejconline.com



Review

Cancer screening and health system resilience: Keys to protecting and bolstering preventive services during a financial crisis

Jose M. Martin-Moreno^{a,b,*}, Ahti Anttila^c, Lawrence von Karsa^d,
Jose L. Alfonso-Sanchez^a, Lydia Gorgojo^e

^a University of Valencia, Department of Preventive Medicine and Public Health, Av. Blasco Ibañez 15, 46101 Valencia, Spain

^b World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

^c Mass Screening Registry/Finnish Cancer Registry, Helsinki, Finland

^d International Agency for Research on Cancer, Lyon, France

^e European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, Belgium

Available online 15 March 2012

KEYWORDS

Cancer
Secondary prevention
Economic recession
Budgets
Economic factors
Financial management
Policy-making
Public policy

Abstract The aim of this paper is to elucidate the rationale for sustaining and expanding cost-effective, population-based screening services for breast, cervical and colorectal cancers in the context of the current financial crisis. Our objective is not only to promote optimal delivery of high-quality secondary cancer prevention services, but also to underline the importance of strengthening comprehensive cancer control, and with it, health system response to the complex care challenges posed by all chronic diseases. We focus primarily on issues surrounding planning, organisation, implementation and resources, arguing that given the growing cancer burden, policymakers have ample justification for establishing and expanding population-based programmes that are well-organised, well-resourced and well-executed. In a broader economic context of rescue packages, deficits and cutbacks to government entitlements, health professionals must intensify their advocacy for the protection of vital preventive health services by fighting for quality services with clear benefits for population health outcomes.

© 2012 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Circulation

JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION



Circulation. 2011;124:967-990; originally published online July 25, 2011;
doi: 10.1161/CIR.0b013e3182285a81

AHA Policy Statement

Value of Primordial and Primary Prevention for Cardiovascular Disease

A Policy Statement From the American Heart Association

William S. Weintraub, MD, FAHA, Chair; Stephen R. Daniels, MD, PhD, FAHA, Co-Chair;
Lora E. Burke, PhD, MPH, FAHA; Barry A. Franklin, PhD, FAHA;
David C. Goff, Jr, MD, PhD, FAHA; Laura L. Hayman, PhD, RN, FAHA;
Donald Lloyd-Jones, MD, ScM, FAHA; Dilip K. Pandey, MBBS, PhD;
Eduardo J. Sanchez, MD, MPH; Andrea Parsons Schram, DNP, CRNP; Laurie P. Whitsel, PhD;
on behalf of the American Heart Association Advocacy Coordinating Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, Council on the Kidney in Cardiovascular Disease, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology, Council on Clinical Cardiology, and Stroke Council

Abstract—The process of atherosclerosis may begin in youth and continue for decades, leading to both nonfatal and fatal cardiovascular events, including myocardial infarction, stroke, and sudden death. With primordial and primary prevention, cardiovascular disease is largely preventable. Clinical trial evidence has shown convincingly that pharmacological treatment of risk factors can prevent events. The data are less definitive but also highly suggestive that appropriate public policy and lifestyle interventions aimed at eliminating tobacco use, limiting salt consumption, encouraging physical exercise, and improving diet can prevent events. There has been concern about whether efforts aimed at primordial and primary prevention provide value (ie, whether such interventions are worth what we pay for them). Although questions about the value of therapeutics for acute disease may be addressed by cost-effectiveness analysis, the long time frames involved in evaluating preventive interventions make cost-effectiveness analysis difficult and necessarily flawed. Nonetheless, cost-effectiveness analyses reviewed in this policy statement largely suggest that public policy, community efforts, and pharmacological intervention are all likely to be cost-effective and often cost saving compared with common benchmarks. The high direct medical care and indirect costs of cardiovascular disease—approaching \$450 billion a year in 2010 and projected to rise to over \$1 trillion a year by 2030—make this a critical medical and societal issue. Prevention of cardiovascular disease will also provide great value in developing a healthier, more productive society. (Circulation. 2011;124:967-990.)

Key Words: AHA Scientific Statements ■ cardiovascular diseases ■ prevention

Circulation is available at <http://circ.ahajournals.org>

DOI: 10.1161/CIR.0b013e3182285a81

Downloaded from <http://circ.ahajournals.org/> at ARCUR ATT LISTA on October 24, 2012

HEALTH-2020

approvato dai 53 Stati membri
a settembre



Rafforzare le strutture e i servizi di Sanità Pubblica

RC 2011: Framework for Action



RC 2012: European Action Plan

- EPHO 1.: Sorveglianza della salute della popolazione e del benessere
- EPHO 2.: Monitoraggio e risposta a rischi per la salute e le emergenze
- EPHO 3.: Tutela della salute incluso l'ambiente, la sicurezza sul lavoro, dei cibi, etc.
- EPHO 4.: Promozione della salute comprese le azioni per affrontare determinanti sociali e disuguaglianze sanitarie
- EPHO 5.: Prevenzione delle malattie, compresa la diagnosi precoce delle malattie.
- EPHO 6.: Assicurare la governance per salute e benessere
- EPHO 7.: Assicurare un sufficiente e competente personale sanitario per la sanità pubblica
- EPHO 8.: Assicurare strutture organizzative sostenibili e finanziamenti
- EPHO 9.: Difesa, comunicazione e mobilitazione sociale per la salute
- EPHO 10.: Avanzamento della ricerca in sanità pubblica per supportare le politiche sanitarie

Gruppo di "Essential Public Health Operations" (EPHOs) – per fornire servizi di Public Health

VISION: Salute Sostenibile e Benessere

CORE EPHOs

INTELLIGENCE

EPHO 1 + 2

Sorveglianza

Monitoraggio

Supportare programmi e valutazione della salute

Erogazione del Servizio

Promozione della Salute

EPHO 4

EPHO 3

Protezione della Salute

EPHO 5

Prevenzione delle Malattie

ENABLER EPHOs

Governance

EPHO 6

PH Workforce

EPHO 7

Funding

EPHO 8

Comunicazione

EPHO 9

Ricerca

EPHO 10



CONSENSO

INDIFFERENZA

Provata EFFICACIA

Nessuna PROVA

- LEGGE CRISPI PAGLIANI
- VACCINO HPV (TURCO)
- LEGGE ANTIFUMO (SIRCHIA)
- COLESTEROLO (Gov RITTER)
- CITTA' "SANE" (vari)
- SCREENING PRECOCE (ERRANI)

- BONIFICHE DI MUSSOLINI
- NO AI TERMOVALORIZZATORI (GRILLO)

- EPATITE B (DE LORENZO)
- NORME C.D.S. (LUNARDI)
- SPEED LIMIT 55MPH (NIXON)

- AREA C (PISAPIA)

Vaccinazione anti-HPV

Legge finanziaria Dicembre 2007 (L. n.296/06)



Livia Turco,
Ministro della
salute dal 2006
al 2008

Con largo consenso
parlamentare fu stabilito un
finanziamento ad hoc di 40mln

Dal 2009 è iniziata la
campagna vaccinale per le
12enni con offerta attiva e
gratuita



Campagna pubblicitaria Regione
Emilia-Romagna

La prevenzione in Italia, storia contemporanea

I fase, 1978-1993: "realizzazione e criticità del Servizio Sanitario Nazionale";

II fase, 1993-2001: "il grande cambiamento";

III fase, 2001 a tutt'oggi: "riforma federalista in atto".

- Accordo di Cernobbio 2004;
- Piano Prevenzione Attiva 2004-2006;
- Intesa Stato-Regioni del marzo 2005;
- Piano Nazionale Prevenzione 2005-2007.

Ambiti: la prevenzione cardiovascolare, inclusa la prevenzione delle complicanze del diabete e dell'obesità, gli screening oncologici, le vaccinazioni e la prevenzione degli incidenti.

Il PNP 2010-2012 è innovativo?

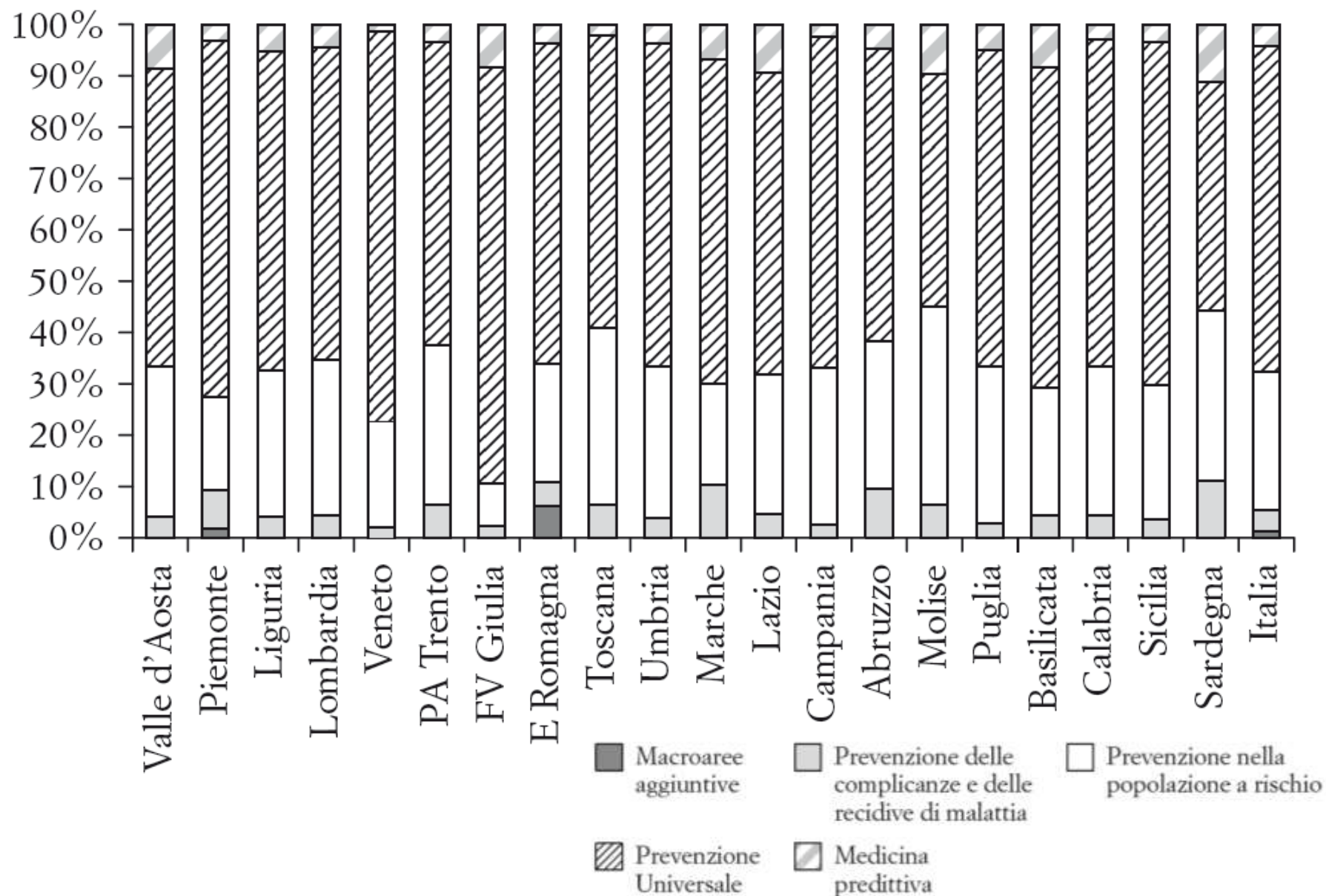
Elementi innovativi

- La definizione dei ruoli delle istituzioni per il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione (con l'individuazione delle linee di supporto o azioni centrali affidate al Ministero della Salute e delle linee di intervento affidate alla programmazione regionale);
- L'aver affrontato il tema della *governance* della prevenzione, con l'individuazione del modello della *stewardship*, proposto dall'Oms e adottato da molti paesi europei, come il più funzionale e potenzialmente efficace;
- L'ampliamento degli ambiti di attività di prevenzione.

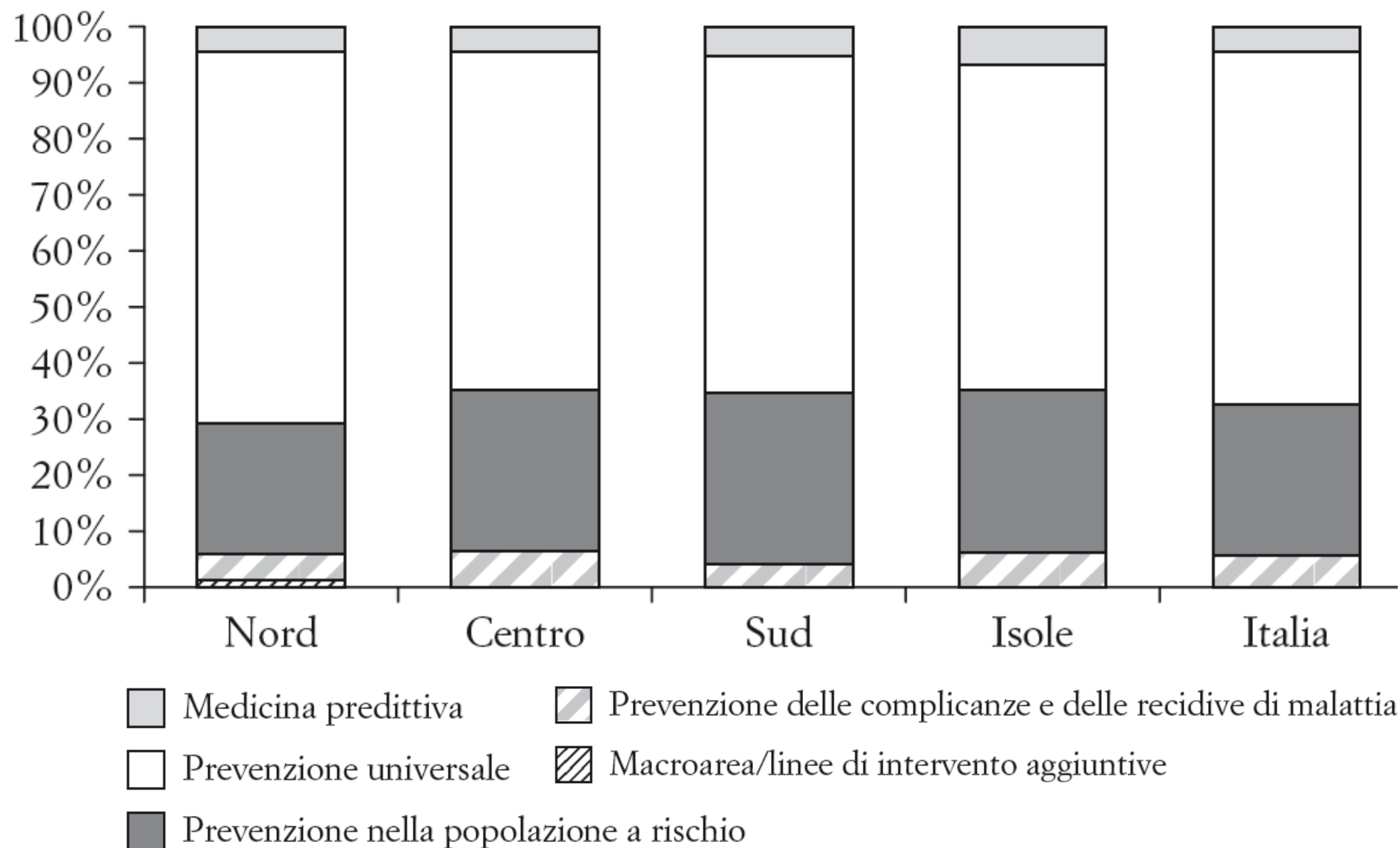
II PNP 2010-2012: MACROAREE

- 1) medicina predittiva (valutazione del rischio individuale di malattia);
- 2) prevenzione universale (prevenzione eventi infortunistici, prevenzione malattie infettive, prevenzione malattie da esposizione ad agenti chimici, fisici, biologici, prevenzione delle malattie determinate da alimenti, prevenzione comportamenti e stili di vita non salutari);
- 3) prevenzione della popolazione a rischio (tumori e screening, malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie croniche, malattie osteoarticolari, patologie orali, disturbi psichiatrici, malattie neurologiche, cecità e ipovisione, ipoacusia e sordità);
- 4) prevenzione delle complicanze e recidive di malattia (medicina della complessità e relativi percorsi di presa in carico, prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza).

Distribuzione percentuale dei progetti dei PRP 2010-2012 per macroarea, per Regione



Distribuzione percentuale dei progetti dei PRP 2010-2012 per macroarea, per area geografica



Distribuzione dei progetti dei PRP 2010-2012 per macroarea e linea generale di intervento, Italia ed aree geografiche

Macroarea	Linea generale di intervento generale (1)	ITALIA		NORD		CENTRO		SUD		ISOLE	
		N.ro Progetti	(%)	N.ro Progetti	(%)	N.ro Progetti	(%)	N.ro Progetti	(%)	N.ro Progetti	(%)
1. Medicina predittiva	1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia (compreso l'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare)	32	4,42	12	3,78	6	4,69	11	4,80	3	6,25
	2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	25	3,45	9	2,84	6	4,69	8	3,49	2	4,17
	2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie correlate	68	9,30	33	10,12	12	9,38	17	7,42	6	12,50
	2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	31	4,25	15	4,47	4	2,73	11	4,80	2	4,17
	2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	42	5,75	18	5,37	6	4,30	14	6,11	5	10,42
2. Prevenzione universale	2.5 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria	15	2,05	9	2,76	2	1,56	4	1,75	0	0,00
	2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni	44	5,98	21	6,52	6	4,30	15	6,55	2	4,17
	2.7 Prevenzione delle Patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici	53	7,28	32	9,74	11	8,20	10	4,37	1	2,08
	2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata a consumo umano	33	4,53	17	5,09	4	2,73	11	4,80	2	4,17
	2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze)	150	20,59	66	20,24	29	22,27	48	20,96	8	16,67
3. Prevenzione nella popolazione a rischio	3.1 Tumori e screening	68	9,30	28	8,59	18	14,06	18	7,86	4	8,33
	3.2 Malattie cardiovascolari	21	2,88	9	2,63	3	2,34	7	3,06	3	5,21
	3.3 Diabete	26	3,52	8	2,53	3	2,34	11	4,80	4	7,29
	3.4 Malattie respiratorie croniche	5	0,73	1	0,41	1	0,78	2	0,87	1	2,08
	3.5 Malattie osteoarticolari	9	1,25	5	1,58	1	0,78	3	1,31	0	0,00
	3.6 Patologie orali	14	1,85	5	1,53	2	1,56	6	2,62	1	1,04
	3.7 Disturbi psichiatrici	31	4,24	15	4,60	4	3,13	11	4,80	1	2,08
	3.8 Malattie neurologiche	6	0,85	2	0,69	0	0,00	4	1,75	0	0,00
	3.9 Cecità e ipovisione	8	1,03	1	0,31	2	1,56	4	1,75	1	1,04
	3.10 Ipoacusia e sordità	9	1,23	1	0,31	3	2,34	4	1,75	1	2,08
4. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattie	4.1 Medicina della complessità e relativi percorsi di presa in carico	10	1,41	5	1,63	2	1,56	1	0,44	2	4,17
	4.2 Prevenzione e Sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza	26	3,54	10	3,04	6	4,69	9	3,93	1	2,08
5. Macroaree aggiuntive		4	0,55	4	1,23	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tutte le macroaree		731	100,00	326	100,00	128	100,00	229	100,00	48	100,00

(1) In corsivo sono evidenziate le linee generali di intervento contenute nel PNP 2005-2007 e successive proroghe.

CONCLUSIONI

(per l'Italia)

- I. Quale modello di prevenzione?
- II. Quale modello di programmazione?
- III. Il ruolo delle Regioni



Analisi ragionata dei Piani Regionali della Prevenzione (PRP) previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 (PNP): elaborazione di una griglia di analisi evidence-based, esame specifico dei singoli PRP e delle diverse attività progettuali, indicazioni operative ai fini di future riprogrammazioni.

Tavolo Tecnico organizzato dal Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive della Sapienza Università di Roma sotto l'egida della Direzione Generale Prevenzione del Ministero della Salute

Tavolo tecnico:

- Ministero Salute;
- Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità (Cnesps - ISS);
- Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (S.It.I.);
- Associazione Italiana di Epidemiologia (A.I.E.);
- Società Italiana di Statistica Medica ed Epidemiologia Clinica (S.I.S.M.E.C)



Ministero della Salute





Griglia di Analisi

1. Analisi descrittiva del Piano Regionale della Prevenzione (PRP)

- 1.1 **Quadro strategico del PRP** [il quadro di riferimento regionale (contesto epidemiologico e contesto organizzativo), le criticità, la programmazione regionale, le priorità del PRP]
- 1.2 **Piano operativo del PRP** (analisi descrittiva dei progetti)
- 1.3 **Check-list** per la raccolta delle informazioni sul quadro strategico indispensabili per la compilazione dell'analisi complessiva del PRP

2. Analisi dei singoli progetti del Piano Regionale della Prevenzione (PRP)

- 2.1 **Coerenza del progetto con gli obiettivi generali di salute del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP)**
- 2.2 **Coerenza del progetto con il contesto epidemiologico regionale**
- 2.3 **Congruenza del progetto con il Piano Sanitario Regionale (PSR)**
- 2.4 **Elementi di continuità del progetto con il precedente PRP 2005-2007**
- 2.5 **Impostazione metodologica del progetto**
- 2.6 **Rappresentatività della popolazione target**
- 2.7 **Evidenze scientifiche di efficacia dell'intervento**
- 2.8 **Evidenze scientifiche di costo-efficacia dell'intervento**
- 2.9 **Fattibilità del progetto**
- 2.10 **Procedure e meccanismi di monitoraggio/valutazione del progetto**
- 2.11 **Check-list** per la raccolta delle informazioni sul progetto indispensabili per la compilazione dell'analisi complessiva del PRP

3. Analisi complessiva del Piano Regionale della Prevenzione (PRP)

- 3.1 **Coerenza del PRP con il contesto epidemiologico regionale**
- 3.2 **Contestualizzazione del PRP con il Piano Sanitario Regionale (PSR) (e altri documenti di programmazione sanitaria regionale)**

3.3 **Continuità del PRP 2010-2012 con il precedente (PRP 2005-2007)**

3.4 **Considerazione delle seguenti problematiche di salute e sanità pubblica:**

- 3.4.1 Stili di vita (tabagismo, sedentarietà, cattiva alimentazione ed eccessiva assunzione di bevande alcoliche)
- 3.4.2 Implementazione e sviluppo dei programmi vaccinali
- 3.4.3 Implementazione e sviluppo dei programmi di screening
- 3.4.4 Sistemi di sorveglianza
- 3.4.5 Rapporto tra ambiente e salute
- 3.4.6 Prevenzione delle zoonosi

3.5 **Attenzione a tematiche "trasversali" di sanità pubblica:**

- 3.5.1 Disuguaglianze
- 3.5.2 Empowerment dei cittadini/comunicazione in prevenzione e sanità pubblica
- 3.5.3 Integrazione dei servizi e reti, coinvolgimento di attori esterni al SSN
- 3.5.4 Formazione degli operatori

3.6 **Aderenza del PRP ai principi della *Evidence Based Prevention* (EBP)**

3.7 **Altri elementi:**

- 3.7.1 Chiarezza del PRP
- 3.7.2 Fattibilità del PRP
- 3.7.3 Procedure e meccanismi di monitoraggio/valutazione del PRP (qualità degli indicatori)

3.8 **Considerazione di macroaree/linee di intervento aggiuntive rispetto al PNP**