



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il "Documento per la valutazione dei Piani regionali della prevenzione 2010 - 2012".

Rep. n. *29/CSR* del 10 febbraio 2011

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

Nell'odierna seduta del 10 febbraio 2011:

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che prevede la possibilità per il Governo di promuovere, in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza Unificata, la stipula di intese dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO l'articolo 15, comma 1 dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 (Rep. Atti n. 243/CSR) concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, il quale prevede che mediante Intesa sottoscritta ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, si approvi il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010 (Rep. Atti n. 63/CSR) – come modificata con successiva Intesa del 7 ottobre 2010 (Rep. Atti n. 166/CSR) - concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012, che:

- all'articolo 1, comma 2, prevede l'adozione da parte delle Regioni del Piano regionale di prevenzione per la realizzazione degli interventi previsti dal PNP 2010-2012;
- all'articolo 1, comma 5, stabilisce che le Regioni medesime trasmettano annualmente alla Direzione operativa del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie idonea documentazione sulle attività svolte al fine di consentire la certificazione dell'avvenuto raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano regionale;
- all'Allegato 3 espone i criteri generali per la valutazione e la certificazione dei Piani regionali della prevenzione che interessano;

VISTA la nota pervenuta in data 10 gennaio 2011, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso, ai fini del perfezionamento di una apposita intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, un documento volto a definire con maggior dettaglio gli obiettivi, l'oggetto, i principi, le procedure e la tempistica per la valutazione dei Piani regionali di prevenzione 2010-2012;



gr



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

VISTA la lettera in data 13 gennaio 2011, con la quale il documento di cui trattasi è stato diramato alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica svoltasi il 2 febbraio 2011, sono state concordate talune modifiche migliorative del documento in parola;

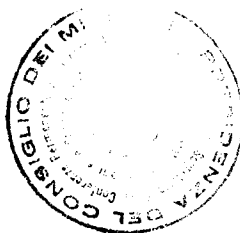
VISTA la lettera del 2 febbraio 2011, diramata in data 3 febbraio 2011, con la quale il Ministero della salute ha inviato la versione definitiva del documento in oggetto, Allegato sub A, parte integrante del presente atto, che recepisce le modifiche concordate nel corso della predetta riunione;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta di intesa in oggetto;

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul "Documento per la valutazione dei Piani regionali della prevenzione 2010 - 2012", nel testo pervenuto dal Ministero della salute con la predetta nota del 2 febbraio 2011, Allegato sub A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto

Allegato A

Documento per la valutazione dei Piani Regionali di Prevenzione 2010-2012



Il presente documento esplicita oggetto, criteri, ruoli, responsabilità, procedure, tempistica e regole del processo di valutazione dei Piani Regionali di Prevenzione 2010-2012 (di seguito indicati come PRP).

1. OBIETTIVI DELLA VALUTAZIONE

La valutazione dei PRP si pone tre obiettivi principali:

1. procedere alla certificazione per l'anno 2010;
2. procedere alla certificazione per gli anni 2011 e 2012;
3. contribuire a documentare i progressi di salute raggiunti nel triennio.

2. OGGETTO DELLA VALUTAZIONE

L'oggetto della valutazione in funzione della certificazione dei PRP è diverso nel corso dei tre anni di vigenza del Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 (di seguito indicato come PNP):

- a. per il primo anno (2010), oggetto di valutazione è il PRP formalmente adottato da parte della Regione entro il 31/12/2010;
- b. per gli anni successivi (2011, 2012), oggetto di valutazione saranno lo stato di avanzamento nell'attuazione degli interventi programmati e i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi dichiarati.

3. CHI VALUTA

Come previsto dall'Intesa del 29/04/2010 (di seguito indicata come Intesa), la valutazione dei PRP è affidata alla Direzione operativa del CCM che, per assolvere a tale compito, si avvarrà di un nucleo di valutazione interno, appositamente formalizzato.

4. I PRINCIPI DELLA VALUTAZIONE PER IL 2010 (EX ANTE)

In generale, la valutazione ex ante ha come obiettivo quello di misurare la qualità di una proposta progettuale prima dell'inizio della sua realizzazione.

Così come introdotta dall'Intesa, la valutazione è specificatamente finalizzata a confermare che i PRP adottati dai competenti organi regionali assicurino, secondo quanto previsto dall'art. 1, comma 2, e dall'Allegato 3 dell'Intesa:

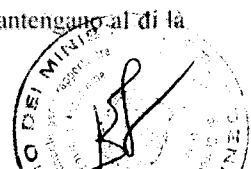
- a. la continuità con il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 e successive proroghe;
- b. lo sviluppo di ciascuna delle macroaree individuate nel PNP;
- c. lo sviluppo di un congruo numero di linee di intervento con il coinvolgimento di una quota significativa del target potenziale, fatta salva l'inclusione dell'intervento medesimo nei LEA o negli altri atti di pianificazione regionale e nazionale;
- d. la messa a regime delle attività di sorveglianza previste dal PNP;
- e. la correttezza metodologica e contenutistica¹.

5. I PRINCIPI DELLA VALUTAZIONE PER IL 2011 E IL 2012 (DI PROCESSO)

In generale, la valutazione di processo ha come obiettivo quello di monitorare i progressi verso il raggiungimento degli obiettivi definiti all'interno della proposta progettuale.

¹ Pur nella consapevolezza di una pratica difficoltà di oggettivazione, per correttezza metodologica e contenutistica si può fare riferimento a criteri di:

- *pertinenza* (si riferisce all'appropriatezza degli obiettivi rispetto a problemi reali, bisogni e priorità dei gruppi target individuati e rispetto al contesto sociale e strategico);
- *coerenza interna* (si riferisce alla strutturazione logica di quanto programmato, in termini di obiettivi, risultati attesi e attività dichiarati, indicatori e mezzi di verifica, analisi dei fattori interni e/o esterni che influenzano la realizzazione di un programma/progetto);
- *sostenibilità* (si riferisce alla probabilità che i benefici previsti dall'intervento si realizzino e si mantengano al di là del periodo di durata dell'intervento stesso).



Così come introdotta dall'Intesa, la valutazione di processo è specificatamente finalizzata a verificare che il monitoraggio dell'attuazione degli interventi programmati all'interno dei PRP adottati dai competenti organi regionali:

- a. venga realizzato secondo quanto previsto dal PRP;
- b. attesti che lo scostamento (opportunamente misurato) tra i risultati osservati e quelli attesi non superi un livello condiviso di accettabilità.

6. ELEMENTI PER L'ELABORAZIONE E LA VALUTAZIONE DEI PRP

La corretta elaborazione metodologica dei PRP prevede due nuclei tematici:

- a. il primo esplicita il *Quadro strategico (Allegato 1)* in cui la Regione inserisce il PRP, a partire dal contesto di riferimento regionale (istituzionale, normativo, organizzativo, economico, epidemiologico, demografico, ecc.), al fine di motivare la scelta delle linee di intervento generali adottate e collocare la progettazione all'interno della realtà regionale;
- b. il secondo, corrispondente al *Piano operativo*, declina, invece, la parte operativa del PRP e consiste di tante schede (*Allegato 2*) quanti sono i programmi/progetti² previsti dalla Regione. Per la scelta dei temi da sviluppare occorre fare riferimento alla **Tabella 1** che sintetizza la struttura del PNP, enucleandone gli obiettivi di salute che le Regioni sono tenute a perseguire.

A riguardo della redazione dei PRP, si puntualizza che, in riferimento alla necessità di definire il "numero congruo" di linee di intervento, tale pre-requisito si ritiene rispettato qualora:

- siano presenti tutte le linee di attività del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 e successive proroghe (evidenziate in corsivo nella citata Tabella 1), a meno che la Regione ritenga e documenti adeguatamente nel *Quadro strategico* che, per una o più delle suddette linee, non sia necessario investire in nuove progettualità poiché gli obiettivi del precedente Piano sono stati raggiunti e gli interventi all'epoca progettati sono a tutti gli effetti attività a regime e sufficientemente estese in termini di target (beneficiari) coinvolto/target (beneficiari) coinvolgibile³;
- ci sia corrispondenza tra *Quadro strategico* enunciato e linee di intervento programmate;
- ci sia corrispondenza tra *Quadro strategico* enunciato, linee di intervento programmate e quanto è già previsto in atti di programmazione nazionale in merito ad obiettivi, azioni, risultati e relativi indicatori e target;
- ciascun intervento progettato sia ritenuto sufficientemente significativo in termini di target (beneficiari) coinvolto/target (beneficiari) coinvolgibile, secondo quanto documentato dalla Regione.

7. PROCEDURE E TEMPISTICA DELLA CERTIFICAZIONE

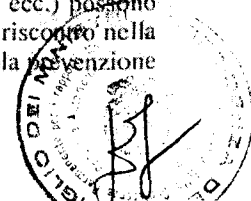
7.1. Certificazione per l'anno 2010

La Regione, entro il 31 dicembre 2010, adotta formalmente con proprio provvedimento deliberativo il PRP e lo invia entro il 15 gennaio 2011 alla Direzione operativa del CCM.

La Direzione operativa del CCM effettua la valutazione del PRP nel rispetto di quanto sopra indicato. Qualora si presenti l'esigenza di avviare un confronto con la Regione in merito al PRP

² Al riguardo si ricorda che il progetto CCM-CNESPS di supporto al PNP previsto dall'Intesa (Articolo 1, Comma 3, ii) ha fornito, mediante il percorso formativo, e reso facilmente fruibili, attraverso l'attivazione della Comunità di pratica (www.comunitapnp.it), strumenti e risorse che possono contribuire alla messa a punto dei PRP e che possono agevolare l'"autovalutazione" del livello di qualità metodologica dei PRP.

³ Ciò sta a significare, nel pratico, che – qualora la Regione lo ritenga opportuno – interventi/attività che abbiano le caratteristiche di "solidità" e di "routinarietà" (ad esempio, i programmi di screening, di vaccinazione, ecc.) possono non essere esplosi in programmi/progetti, purché tale scelta sia esplicitata nel Quadro strategico e trovi riscontro nella rendicontazione fino ad oggi trasmessa dalle Regioni per la certificazione annuale del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 e successive proroghe.



trasMESSO, il CCM avvia una fase di interlocuzione con i Coordinatori operativi dei PRP. Tale processo si conclude entro il 31 marzo 2011 e le Regioni assumono gli eventuali, conseguenti provvedimenti.

La mancata adozione del PRP entro il 31 dicembre 2010 ovvero la sua omessa trasmissione entro il 15 gennaio 2011 alla Direzione operativa del CCM implica la non certificazione per l'anno 2010.

La Direzione operativa del CCM emette la certificazione del PRP per l'anno 2010 entro i tempi fissati dall'iter istituzionale di verifica degli adempimenti LEA.

7.2. Certificazione per gli anni 2011 e 2012

La Regione trasmette formalmente alla Direzione operativa del CCM entro, rispettivamente, il 31 marzo 2012 ed il 31 marzo 2013, la rendicontazione aggiornata al 31 dicembre dell'anno precedente e relativa ai risultati ottenuti rispetto agli obiettivi dichiarati e/o all'attuazione degli interventi programmati.

La mancata trasmissione entro tali termini alla Direzione operativa del CCM della rendicontazione in parola implica la non certificazione per l'anno corrispondente.

La Direzione operativa del CCM emette la certificazione del PRP per gli anni 2011 e 2012 entro i tempi fissati dall'iter istituzionale di verifica degli adempimenti LEA.

8. REGOLE DELLA VALUTAZIONE

8.1. Valutazione per l'anno 2010

Per la valutazione ex ante la Direzione operativa del CCM si atterrà alla verifica dei requisiti riportati nella sottostante scheda.

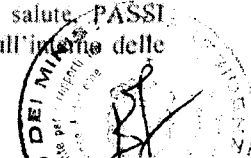
Criteri generali di valutazione ex ante dei PRP		SI/NO
1. Nel PRP sono evincibili un "quadro strategico" ed un "Piano operativo"?		
2. Il Quadro strategico:	Declina il contesto regionale?	
	Declina le criticità regionali ovvero l'assenza di criticità?	
	Descrive le strategie ed i macroambiti d'intervento perseguiti dalla Regione?	
	Individua le priorità nello sviluppo del PNP?	
	Da conto della continuità degli interventi previsti con quanto realizzato nell'ambito del PNP 2005-2007?	
3. Il Piano operativo:	Sviluppa ciascuna delle quattro macroaree del PNP?	
	Prevede, all'interno di ciascuna macroarea, lo sviluppo di un congruo numero di linee di intervento con il coinvolgimento di una quota significativa del target potenziale?	
	Contempla la messa a regime dei sistemi di sorveglianza previsti nel PNP ⁴ ?	
	Consente la valutazione 2011 2012 dei programmi/progetti?	

La Regione risulterà certificata in presenza di tutti "SI".

8.2. Valutazione per gli anni 2011 e 2012

Per la valutazione relativa agli anni 2011 e 2012 la Direzione operativa del CCM si atterrà alla misura, su ogni programma/progetto, dello scostamento tra il valore osservato degli indicatori, rispettivamente, al 31 dicembre 2011 e al 31 dicembre 2012, ed il corrispondente valore atteso dalla programmazione regionale.

⁴ Riguardo ai sistemi di sorveglianza espressamente richiamati nel PNP (es. PASSI, OKkio alla salute, PASSI d'Argento), va da sé che essi non costituiscono una separata macroarea del PNP ma vanno previsti all'interno delle linee di intervento coerenti con tali sistemi.



La Regione risulterà certificata se per almeno il 50% dei programmi/progetti che compongono il PRP tale scostamento è non superiore al 20%.



Allegato 1.

Fac simile di Quadro strategico del PRP

Obiettivo di questa sezione del PRP è quello di sviluppare le scelte programmatiche, inquadrando la programmazione all'interno della realtà regionale.

Il quadro di riferimento regionale	
<u>Contenuto</u> In questa parte sono riportati in modo sintetico gli elementi conoscitivi (di tipo organizzativo, socio-economico, epidemiologico, demografico, ecc.) che giustificano le attribuzioni delle priorità a livello regionale	<u>Fonte</u> Sistemi informativi correnti (incluse le sorveglianze) Documentazione prodotta per la rendicontazione annuale del PNP
Le criticità	
<u>Contenuto</u> In questa parte sono riportati gli elementi conoscitivi (anche di tipo istituzionale e normativo) e le considerazioni relativi alle criticità presenti o di prospettiva in termini sia di espressione della domanda sia di possibilità di offerta	<u>Fonte</u> Sistemi informativi correnti (incluse le sorveglianze) Documentazione prodotta per la rendicontazione annuale del PNP Atti e norme
La programmazione regionale	
<u>Contenuto</u> In questa parte sono riportati le strategie e i macroambiti di intervento previsti dalla programmazione sanitaria regionale	<u>Fonte</u> Atti e norme. Documentazione prodotta per la rendicontazione annuale del PNP Sistemi informativi correnti (incluse le sorveglianze)
Le priorità del PRP 2010-2012	
<u>Contenuto</u> In questa parte sono riportati le tendenze e gli orientamenti d'azione (ivi comprendendo la reingegnerizzazione dei servizi sulla base dell'EBP) previsti nel PRP per il triennio 2010-2012	<u>Fonte</u> PNP 2010-2012



Allegato 2.

Fac simile di scheda programma/progetto

Obiettivo di questa sezione del PRP è quello di sviluppare le progettualità (programmi/progetti) relative alle linee di intervento individuate, conseguentemente alle scelte programmatiche esplicitate nel Quadro strategico e nel rispetto di quanto sancito dall'Intesa.

1) Regione						
2) Titolo del progetto o del programma						
3) Identificativo della Linea o delle Linee di intervento generale/i di cui in Tabella 1						
4) Numero identificativo del progetto o del programma all'interno del Piano operativo regionale						
5) Breve descrizione dell'intervento programmato						
6) Beneficiari						
7) Obiettivi di salute (e/o obiettivi di processo) perseguiti						
INDICATORI	FONTE DI VERIFICA	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010	VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011		VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2012	
			ATTESO	OSSERVATO	ATTESO	OSSERVATO

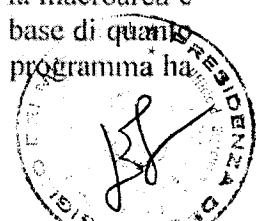
Rispetto allo schema proposto, valgono le seguenti precisazioni.

1) Indicare il nome della Regione

2) Indicare il titolo del progetto o del programma. Facendo riferimento alla terminologia di cui in Tabella 1, in questa sede si intende:

- per "Progetto", il piano di lavoro sotteso al raggiungimento di uno specifico obiettivo generale di salute. In questo senso, in relazione al raggiungimento di detto specifico obiettivo generale di salute, possono essere previsti da 1 a n progetti;
- per "Programma", il piano di lavoro sotteso al raggiungimento di più di un obiettivo generale di salute, indifferentemente dal fatto che detti diversi obiettivi generali di salute afferiscano alla stessa linea di intervento generale, piuttosto che a più linee di intervento generali della stessa macroarea, piuttosto che a più linee di intervento generali di più macroaree.

3) Indicare il numero progressivo o i progressivi di cui in Tabella 1 che identificano la macroarea e la linea o le linee di intervento generali cui si riferisce il programma/progetto. Sulla base di quanto detto al precedente punto 2, ogni progetto ha un solo identificativo; al contrario, ogni programma ha almeno due o più identificativi.



4) Individuare con un numero progressivo, all'interno del Piano operativo regionale, il programma/progetto.

5) Per "breve descrizione dell'intervento programmato" si intende una sintetica esposizione del razionale dell'intervento (eventualmente supportato da elementi oggettivi), degli scopi generali che esso si propone, delle fasi in cui si articola, delle attività di cui si compone, degli attori ed altri eventuali portatori di interesse coinvolti nonché delle criticità che potrebbero influire sulla sua realizzazione o sui suoi esiti. Ove ritenuto opportuno, tale parte discorsiva può essere sintetizzata attraverso schemi grafici (quali diagrammi di flusso che mettano almeno in collegamento tra loro determinanti, input, output ed outcome). Ove ritenuto opportuno, inoltre, tale parte discorsiva può essere ampliata a tutti quegli altri elementi (quali, ad esempio, budget, cronoprogramma, ecc.) che meglio consentono di circoscrivere il progetto/programma.

6) Per "beneficiari" si intende il target dell'intervento (possibilmente, anche in termini numerici e percentuali).

7) Per "obiettivi di salute" (e/o "obiettivi di processo" perseguiti) si intende una sintetica descrizione del beneficio di salute (ovvero dell'esito del processo che ne rappresenta una proxy attendibile) che l'intervento si ripromette di ottenere, attraverso:

- **INDICATORI** di processo o di esito. Indicare almeno 2 indicatori per programma/progetto e la formula precisa di ciascun indicatore;
- **FONTE DI VERIFICA**. Indicare dettagliatamente, in modo che sia facilmente verificabile, la fonte di dati "accreditata" da cui attingere le informazioni necessarie al calcolo dell'indicatore;
- **VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2010**. Indicare il valore di partenza osservato per i due indicatori selezionati;
- **VALORE DELL'INDICATORE AL 31 DICEMBRE 2011 E AL 31 DICEMBRE 2012**. Indicare il valore che si intende raggiungere per i due indicatori selezionati.



Tabella 1. Quadro d'insieme del PRP

Macroarea	Linee di intervento generali (1)	Obiettivi generali di salute	Numero progressivo del programma/progetto	
1. Medicina predittiva	1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia (compreso l'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare)	Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale	1.1.1	
			1.1.2	
			1.1.3	
			1.1 X	
2. Prevenzione universale	2.1 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale	Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali	2.1.1	
			2.1.2	
				2.1 X
	2.2 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro-correlate	Mantenimento del trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio	Monitoraggio	2.2.1
				2.2.2
				2.2 X
				2.2 X
	2.3 Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico	Riduzione della mortalità da eventi traumatici nella popolazione anziana	Riduzione dei ricoveri per eventi traumatici da caduta e dei ricoveri per avvelenamento e ustione nei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni	2.3.1
				2.3.2
				2.3 X
	2.4 Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione	Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento	Definire le strategie vaccinali per preparati non ancora inseriti nei LEA o per i quali sono disponibili nuove conoscenze o per cui devono essere acquisite ulteriori conoscenze	2.4.1
				2.4.2
				2.4 X
	2.5 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria	Ridurre le infezioni correlate all'assistenza sanitaria, con particolare riguardo a quelle determinate da pratiche assistenziali condotte in modo scorretto		2.5.1
				2.5.2
				2.5 X
	2.6 Prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'infezione da HIV	Ridurre le malattie sessualmente trasmesse, con particolare riguardo all'infezione da HIV	Raggiungere elevati livelli di adozione delle precauzioni universali negli ambienti di vita collettiva, con particolare riguardo alle scuole	2.6.1
				2.6.2
				2.6 X
	2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici	Ridurre la prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali	Limitare il verificarsi di focolai autoctoni di patologie da importazione	2.7.1
				2.7.2
				2.7 X
	2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano	Riduzione di incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici e biologici (allergeni, muffe, pollini), con particolare attenzione alla salute dei bambini	Contenimento entro i limiti previsti degli inquinanti da emissioni e scarichi degli insediamenti produttivi	2.8.1
				2.8.2
				2.8 X
	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)	Riduzione delle fonti di inquinamento indoor, con particolare riguardo a radon e amianto e fumo passivo	Sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute	2.9.1
Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10%				2.9.2
Incremento dell'attività motoria, con particolare riguardo alla popolazione giovane-adulta				2.9.3
Riduzione dei consumatori di alcol a rischio (percentuale dei consumatori fuori pasto, dei consumatori giornalieri di quantità superiori a quelle considerate compatibili, anche in relazione all'età, dei "binge drinkers", dei consumatori che guidano in stato di alterazione psicofisica derivante dall'alcol, dei consumatori all'interno dei luoghi di lavoro)				2.9.4
Riduzione della percentuale di fumatori abituali, con particolare riguardo alle fumatrici e a soggetti in età giovane-adulta				2.9.5
Prevenzione delle patologie da carenza iodica				
Prevenzione dei disturbi da abuso di sostanze nelle scuole medie di primo e secondo grado, e nei luoghi di aggregazione giovanile formali e informali				2.9 X



3. Prevenzione della popolazione a rischio	3.1 Tumori e screening	Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto	3.1.1
		Rendere sostenibili i programmi di popolazione per lo screening del cancro di mammella, cervice uterina e colonretto	3.1.2
		Contrastare il cancro al polmone	3.1.3
		Contrastare il cancro alla prostata	...
		Riduzione dei fattori di rischio connessi all'esposizione a cancerogeni	3.1.X
	3.2 Malattie cardiovascolari	Ridurre incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari, perseguendo i seguenti obiettivi:	3.2.1
		- definire strumenti per la rilevazione epidemiologica del rischio cardio-cerebrovascolare (carta del rischio, ma anche rilevazione di indicatori indiretti come il consumo di farmaci specifici)	3.2.2
		- individuare screening di popolazione per l'identificazione precoce di ipertensione, ipercolesterolemia, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza (secondo l'indagine multiscopo ISTAT più del 50% della popolazione adulta controlla annualmente pressione arteriosa e parametri biochimici, senza tuttavia una standardizzazione)	3.2.3
		- predisporre protocolli terapeutici per il controllo dei principali fattori di rischio, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici dei diversi principi attivi	...
		- definire percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale e della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica	3.2.X
	- valutare, per ciascuna Regione, la rete assistenziale per l'acuzie e la cronicità e introdurre criteri di standardizzazione e razionalizzazione		
	3.3 Diabete	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per il diabete, perseguendo i seguenti obiettivi:	3.3.1
		- individuare precocemente la malattia nella popolazione a rischio aumentato, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza	3.3.2
		- predisporre protocolli per il controllo e la gestione integrata del diabete, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici, anche con riguardo alla fornitura di presidi per il monitoraggio della glicemia	3.3.3
		- definire percorsi assistenziali con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale, della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica e dell'educazione terapeutica dei pazienti, considerando anche la frequente presenza di comorbidità	...
		- valutare, per ciascuna Regione, la rete assistenziale per l'acuzie e la cronicità e introdurre criteri di standardizzazione e razionalizzazione	3.3.X
- favorire l'implementazione di sistemi informativi e banche dati che facilitino la gestione e la valutazione dei programmi			
3.4 Malattie respiratorie croniche	Ridurre di incidenza e mortalità per malattie respiratorie, perseguendo i seguenti obiettivi:	3.4.1	
	- individuare screening di popolazione per l'identificazione precoce di tali patologie, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza	3.4.2	
	- predisporre protocolli terapeutici per il controllo dei principali fattori di rischio, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici dei diversi principi attivi; in particolare andrà valutato sia l'utilizzo di farmaci sia quello di presidi-protesi, come pure andranno predisposti protocolli per l'ossigenoterapia	3.4.3	
	- definire percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale e della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica	...	
	- valutare, per ciascuna Regione, la rete assistenziale, per l'acuzie e la cronicità, e introdurre criteri di standardizzazione e razionalizzazione	3.4.X	



	3.5 Malattie osteoarticolari	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per le malattie osteoarticolari, perseguendo i seguenti obiettivi: - individuare la diffusione di tali patologie tramite indicatori indiretti (SDO, consumo di farmaci antinfiammatori) - predisporre percorsi diagnostici, anche per le forme algiche acute, improntate all'evidenza di efficacia e all'analisi costi-benefici - potenziare la diffusione di programmi di supporto, inerenti l'attività motoria, che assume un ruolo fondamentale in integrazione coi trattamenti farmacologici	3.5.1
			3.5.2
			3.5.3
			3.5.X
	3.6 Patologie orali	Prevenzione delle patologie odontoiatriche con particolare riguardo alla popolazione in età evolutiva	3.6.1
			3.6.2
			3.6.X
	3.7 Disturbi psichiatrici	Lotta alla depressione	3.7.1
		Contrasto ai DCA	3.7.2
	3.8 Malattie neurologiche	Migliorare la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per le patologie neurologiche, perseguendo i seguenti obiettivi: - rivedere i percorsi assistenziali cui afferiscono i soggetti - verificare la procedura di concessione dell'invalidità civile	3.8.1
			3.8.2
			3.8.X
	3.9 Cecità e ipovisione	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per cecità e ipovisione, perseguendo i seguenti obiettivi: - individuare screening di popolazione per l'individuazione precoce di tali patologie, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza, definendone la collocazione nei diversi sistemi organizzativi (a cura del PdF, del MMG, oppure presso le scuole, ecc.) - definire percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale, della fornitura di protesi, dei controlli di follow-up	3.9.1
			3.9.2
3.9.X			
3.10 Ipoacusia e sordità	Migliorare la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale per ipoacusia e sordità, perseguendo i seguenti obiettivi: - individuare protocolli diagnostici per le diverse età target, per l'individuazione precoce di tali patologie, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza ; - definire percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale, della fornitura di protesi, dei controlli di follow-up	3.10.1	
		3.10.2	
		3.10.X	
4. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia	4.1 Medicina della complessità e relativi percorsi di presa in carico	Prevenire le complicanze e la disabilità per patologie cronico-degenerative, attraverso: - l'approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento, dall'incremento delle disabilità, esito spesso di patologie che precedentemente portavano alla morte	4.1.1
			4.1.2
	4.2 Prevenzione o sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza	- la protezione e la promozione della salute negli anziani che sono una risorsa potenziale per la collettività - la prevenzione di fattori comportamentali di rischio e biomedici (modificabili e prevenibili) che possono favorire una rapida progressione verso la fragilità e la disabilità - la verifica dei modelli assistenziali, con riguardo all'assistenza primaria e specialistica - l'introduzione di elementi favorevoli all'integrazione dell'anziano e disabile nella pianificazione urbanistica ed edilizia (strutture abitative ma anche residenziali collettive)	4.1.X
			4.2.1
			4.2.2
			4.2.X

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

