
**PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE
2010 - 2012**

Indice:

<u>1.</u>		
<u>Introduzione</u>		pag. 2
1.1. Principi della prevenzione		
1.2. Ruoli e responsabilità		
1.3. Esperienza del PNP 2005-2007		
1.4. Valutazioni sul PNP 2005-2007 e prospettive		
1.5. Epidemiologia e priorità		
1.6. Metodi e approccio del PNP		
<u>2.</u>		
<u>Un nuovo approccio alla prevenzione: la persona al centro del progetto di salute</u>		pag. 12
2.1 Prevenzione come cultura		
2.2 Prevenzione e integrazione		
2.3 Le fasi della prevenzione		
2.4 La medicina predittiva		
<u>3.</u>		
<u>La prevenzione universale</u>		pag. 18
3.1. Prevenzione nella comunità		
3.2. Area della sicurezza		
3.3. Prevenzione delle esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici		
3.4. Prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari.		
<u>4.</u>		
<u>La prevenzione nella popolazione a rischio</u>		pag. 33
4.1 Prevenzione e individuazione del rischio		
4.2 I tumori e gli screening		
4.3 Le malattie cardiovascolari		
4.4 Il diabete		
4.5 Le malattie respiratorie croniche		
4.6 Le malattie osteo-articolari		
4.7 Le patologie orali		
4.8 I disturbi psichiatrici		
4.9 Le malattie neurologiche		
4.10 Cecità ed ipovisione		
4.11 Ipoacusia e sordità		
<u>5.</u>		
<u>La prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia</u>		pag. 55
5.1 La sfida della cronicità		
5.2 Prevenzione della disabilità		
<u>6.</u>		
Modalità di stesura e adozione dei PRP. Modalità di monitoraggio e valutazione		pag. 58

1. Introduzione

1.1. Principi della prevenzione

La necessità di rivedere le attività di prevenzione, secondo canoni diversi da quelli che hanno contraddistinto la fine del secolo scorso, nasce dall'osservazione della realtà: cittadini e operatori dei servizi divengono consapevoli che norme e conseguenti adempimenti –certificazioni, ispezioni, autorizzazioni – non sono più collegati virtuosamente ad un miglioramento delle condizioni di salute, ma, almeno in parte, assorbono preziose risorse in procedure burocratiche senza una chiara finalizzazione.

Ciò è la conseguenza di innumerevoli fattori, anche positivi, come

- l'evoluzione sociale (con obiettivo miglioramento delle condizioni abitative, dell'alimentazione, degli stili di vita),
- il recepimento di principi e normative europee (con il D. Lgs. 626/94 – oggi D. Lgs. 81/08 - sono state a suo tempo introdotte figure, medico competente e responsabile della sicurezza, specificamente dedite alla prevenzione nel settore lavorativo; i regolamenti comunitari del cosiddetto “pacchetto igiene” in materia di igiene degli alimenti hanno innovato molto rispetto al concetto della responsabilità dell'imprenditore ed oggettivamente garantito, nei circuiti controllati, una più elevata sicurezza alimentare),
- la crescita del livello culturale e della responsabilità delle imprese e datori di lavoro, come pure dei consumatori e delle loro associazioni.

D'altro canto però sono subentrate differenti variabili che impattano sulla salute della popolazione (la massiva immissione in ambiente di nuove sostanze chimiche, allergizzanti e tossiche; la circolazione mondiale di persone, merci e alimenti; l'ingresso in Italia di popolazioni con maggior suscettibilità a patologie tipiche dei paesi di provenienza; l'incremento esponenziale del traffico automobilistico, e conseguente incidentalità e inquinamento atmosferico...); non va poi dimenticato come un evento di per sé positivo, come quello dell'allungamento della vita grazie anche alle eccezionali potenzialità diagnostiche curative, abbia generato un fenomeno paradossale che è l'incremento del numero di soggetti fragili e portatori di cronicità, come si approfondirà successivamente.

Inoltre, l'attuale quadro epidemiologico caratterizzato da una prevalenza delle malattie cronicodegenerative e il ruolo assunto nel loro determinismo di numerosi fattori, fra i quali i fattori comportamentali – o stili di vita – richiedono di focalizzare l'interesse sulla promozione della salute. Questa si fonda sullo studio dei determinanti di salute, su programmi di sanità pubblica di efficacia provata e sulla lotta alle disuguaglianze, e comporta la collaborazione del sistema sanitario con altri settori della società per sviluppare politiche più favorevoli alla salute (Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari).

Tutto ciò richiede risposte differenti, oltre che sul fronte assistenziale e del welfare, da parte della prevenzione, capaci da una parte di valorizzare gli elementi positivi, evitando di ripetere prassi inveterate ormai del tutto inutili, dall'altra di individuare nuove modalità di intervento che si contraddistinguano per semplificazione delle procedure burocratiche, efficacia (non accontentandosi del ragionevolmente utile, ma utilizzando ciò che dimostra di dare risultati), graduazione delle priorità (rivolgendo l'attenzione a quei fenomeni patologici di maggior rilievo per la popolazione), collaborazione con settori esterni al sistema sanitario (pubbliche amministrazioni, associazioni, ecc.).

Infatti rispetto agli interventi di assistenza, diagnosi e cura, che riguardano la singola persona, per la quale ogni singolo evento che la riguarda è meritevole di attenzione da parte del SSN, la prevenzione ha una valenza ulteriore: si rivolge infatti alla comunità e, pur coinvolgendo a livello personale i singoli individui, ha comunque una motivazione ed una prospettiva d'insieme.

Poiché gli interventi riguardano la prevenzione di rischi o patologie possibili - e non malattie in atto che vanno diagnosticate e curate - è chiaro che l'azione sarà focalizzata sugli eventi più frequenti e più gravi nella popolazione considerata e comunque quelli per cui ci sia la disponibilità di strumenti efficaci.

Di più: a fronte di un notevole beneficio per la comunità intera, può essere necessario prevedere interventi di difficile accettazione da parte del singolo, che è portato a vedere soprattutto i vantaggi personali che gliene derivano; pensiamo ai vincoli imposti a chi guida, alle vaccinazioni obbligatorie, ai limiti imposti ai fumatori, alle misure per la tutela dell'ambiente.

La prevenzione, dunque, se da un lato deve modificare il suo approccio - non "repressivo" ma rispettoso della libertà e responsabilità individuale - dall'altro deve conservare interamente la sua valenza di bene comune e valore solidale, a servizio del benessere della persona e dell'intera comunità.

Per tali motivi è necessario che il presente Piano consideri:

- i programmi di prevenzione collettiva, finalizzati ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale, sia con l'introduzione di politiche favorevoli alla salute o interventi di tipo regolatorio (urbanistica, piano del traffico, orientamento dei consumi, ecc.), sia con programmi di promozione della salute o di sanità pubblica (es. programmi di sorveglianza e controllo delle malattie infettive), sia, infine con interventi rivolti agli ambienti di vita e di lavoro (controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, ...)
- i programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio, finalizzati a impedire l'insorgenza di malattie (es. programmi di vaccinazione in gruppi a rischio) o a diagnosticare precocemente altre malattie (es. screening oncologici), o ancora ad introdurre nella pratica clinica la valutazione del rischio individuale e interventi successivi di counselling o di diagnosi precoce e trattamento clinico (es. prevenzione cardiovascolare)
- i programmi di prevenzione individuale, finalizzati a introdurre metodologie nell'ambito dei percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi che ne migliorino la qualità e l'appropriatezza; se è infatti vero che sono i servizi assistenziali ad occuparsi delle singole persone, individualizzando quanto più possibile le prestazioni, è altrettanto necessario che i protocolli assistenziali siano supportati da analisi epidemiologiche e da valutazioni di efficacia ed appropriatezza, cui i servizi di prevenzione non possono che dare un loro attivo contributo.

Come si è appena detto le malattie croniche non trasmissibili hanno in comune pochi fattori di rischio, in gran parte modificabili, in quanto legati a comportamenti individuali, anche se fortemente condizionati dal contesto economico, sociale ed ambientale in cui si vive e si lavora.

Va allora annotato che l'approvazione del programma "Guadagnare salute" con il DPCM 4 maggio 2007 ha introdotto un grande cambiamento nelle strategie di prevenzione: è stato infatti formalmente fatto proprio dal Governo italiano un concetto di salute come bene collettivo, da promuovere e mantenere attraverso l'integrazione tra le azioni che competono alla collettività e quelle che sono responsabilità dei singoli individui. "Guadagnare salute" si propone come grande intervento di salute pubblica, che affronta in maniera integrata il contrasto ai principali fattori di rischio (fumo, alcol, scorretta alimentazione e sedentarietà), ponendo attenzione non solo agli aspetti specificamente sanitari, ma anche ai determinanti ambientali, sociali ed economici della salute, in particolare a quelli che maggiormente influenzano le scelte ed i comportamenti individuali.

1.2. Ruoli e responsabilità

Con la legge costituzionale n. 3 del 2001, l'assetto istituzionale in tema di tutela della salute si è configurato in modo chiaro: stabiliti i principi fondamentali da parte dello Stato, le Regioni hanno competenza non solo in materia di organizzazione dei servizi, ma anche sulla legislazione per l'attuazione dei principi suddetti, sulla programmazione, sulla regolamentazione e sulla realizzazione dei differenti obiettivi. In tale quadro istituzionale, l'implementazione del PNP rappresenta un passo ulteriore nell'evoluzione del sistema sanitario del nostro Paese, perché chiarisce i meccanismi di *governance*, in coerenza con quanto previsto dal quadro normativo. Le Regioni, infatti, declinano il proprio ruolo contribuendo attivamente alla determinazione delle linee strategiche e dando corso al lavoro previsto dal PNP, mentre il Ministero esplica una funzione di supporto¹ (anche attraverso il CCM e il coordinamento degli organi tecnico-scientifici centrali). In tale quadro, appaiono rilevanti le attività di monitoraggio e valutazione dell'avanzamento del PNP (in base a criteri condivisi), anche al fine di utilizzare i dati e gli indicatori raccolti per innescare un circolo virtuoso che adegui sempre più gli interventi ai contesti cui sono diretti².

I contenuti e gli obiettivi del nuovo PNP e dei corrispondenti Piani regionali della prevenzione (Prp), dovranno quindi trovar posto rispettivamente nel PSN e nei piani sanitari regionali: in particolare, il nuovo PNP dovrà costituire nella forma e nella sostanza il capitolo del prossimo PSN dedicato alla prevenzione; analogamente, le Intese Stato-Regioni in materia di prevenzione e promozione della salute, pur su specifici aspetti, non potranno essere in contrasto con quanto previsto nel PNP, sia negli obiettivi che, soprattutto, nei metodi. All'inverso, gli specifici provvedimenti già adottati in materia di prevenzione (quali ad esempio il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007 - documento programmatico "guadagnare salute" e del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 17 dicembre 2007- "Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro" e successivi provvedimenti) costituiranno riferimento per la stesura dei PRP.

1.3. Esperienza del PNP 2005-2007

Il Piano nazionale della prevenzione (PNP) generato dall'Intesa tra Ministero della salute e Regioni, sottoscritta il 23 marzo 2005, ha rappresentato un punto di svolta nella programmazione sanitaria del nostro Paese per almeno tre ordini di motivi. Il primo - e di più immediata visibilità - è legato alla scelta strategica di investire ulteriormente nell'area della prevenzione per raggiungere maggiori risultati di salute. Il secondo, altrettanto rilevante, è connesso alla scelta di mettere alla prova una linea di *governance* compartecipata, che ha già portato il Ministero a valorizzare al meglio le potenzialità di coordinamento del Centro per il controllo delle malattie (CCM), le Regioni ad innestare proficuamente nella loro pianificazione

¹ In particolare, il Ministero coopera:

- nell'interfaccia per quelle aree di confine che vedono sovrapporsi strutture dei SSR o degli Enti locali a strutture che hanno mantenuto il riferimento al livello centrale (scuola, università, ecc.);
- nel mettere a fianco delle Regioni le migliori competenze scientifiche, unitamente a competenze di progettazione;
- nel promuovere l'approfondimento e la diffusione della prevenzione basata su prove di efficacia (EBP);
- nel mettere a disposizione strumenti per la sorveglianza, vera guida all'azione e componente essenziale della sanità pubblica, che serve a valutare i rischi di salute, i bisogni e possibilmente l'impatto degli interventi;
- per la messa a punto di sistemi collaudati di allerta e di pronta risposta alle emergenze.

² La pianificazione dello scorso PNP ha richiamato alla necessità che la programmazione sia fondata sulle conoscenze epidemiologiche. Questa esigenza si è concretizzata in particolare:

- con lo sforzo di attingere dalle conoscenze di *evidence based prevention* per un concreto utilizzo nei piani operativi regionali (per es. diffusione dei programmi di screening basati su evidenze);
- con l'implementazione di strumenti di conoscenza di dati relativi ai determinanti per la salute (per es. carta del rischio, sorveglianza PASSI, progetto OKKIO alla salute);
- con la definizione, diffusione e promozione dell'utilizzo di dati epidemiologici organizzati (es.: adeguamento del sistema informativo delle malattie infettive, Flussi INAIL, Archivio infortuni mortali, coordinamento Registri Tumori);
- nella valutazione quantitativa e qualitativa dei risultati raggiunti (es.: coperture vaccinali, percentuali di adesione agli screening...) come strumento per la riprogrammazione.

Man mano che il Piano è progredito, è stato possibile far convergere in esso altre azioni come quelle già in atto, quale quella del Piano Nazionale Screening, coordinando così le risorse preventivamente attribuite ad esso.

Infine, dalla cornice concettuale che è stata messa a punto per il contrasto all'obesità e la prevenzione degli incidenti è emersa l'esigenza di acquisire un'ottica intersettoriale per affrontare questi problemi di salute, coinvolgendo altri settori della società quali, ad esempio, il mondo dell'educazione, del lavoro, dei trasporti. È stata così preparata la strategia *Guadagnare Salute – rendere facili le scelte salutari* che coinvolge Ministeri, Regioni, Associazioni di produttori, della distribuzione e dei consumatori per attuare iniziative di prevenzione rivolte a fumo, sedentarietà, alcol e dieta scorretta.

Tale strategia dà concretezza al principio della "salute in tutte le politiche".

una serie di linee operative comuni e le Aziende sanitarie – a cascata – ad utilizzare uno strumento aggiuntivo per contribuire a ridurre in concreto il peso delle malattie e della disabilità. Il terzo motivo, infine, attiene alla decisione di subordinare la programmazione alle conoscenze disponibili.

L'Intesa del 2005 ha previsto delle linee operative (relative a rischio cardiovascolare, recidive degli incidenti cardiovascolari, complicanze del diabete, obesità, screening oncologici, vaccinazioni, incidenti stradali, infortuni sul lavoro e incidenti domestici), un apposito finanziamento (complessivamente, 440 milioni, di cui 240 quale "vincolo d'uso" sulla quota del riparto CIPE destinata al raggiungimento degli obiettivi dal Piano sanitario nazionale (PSN) – ai sensi dell'articolo 1, comma 34, della legge 27 dicembre 1992, n. 662 - ed i restanti 200 derivanti dalla quota indistinta del fondo sanitario regionale) e un meccanismo di verifica del raggiungimento degli obiettivi del Piano. Conseguentemente, ciascuna Regione ogni anno ha rendicontato sullo stato d'avanzamento dei propri lavori ed il CCM ne ha certificato i risultati ottenuti³.

Il Piano, adottato nel 2005 e valido per un triennio⁴, nel 2008 è stato prorogato per dodici mesi, con la previsione di completare le aree progettuali in essere e, contestualmente, di predisporre un nuovo PNP per il triennio successivo.

1.4. Valutazioni sul PNP 2005-2007 e prospettive

Le lezioni apprese nel corso degli anni di attività del precedente PNP sono molte. Alcune di esse meritano un minimo di rilievo.

In qualsiasi comparto, un documento di programmazione può definirsi buono quando soddisfa alcuni requisiti, quali la chiarezza (intesa come individuazione quanto più precisa di uno o più obiettivi da raggiungere), la realistica delle previsioni (intesa come possibilità di raggiungere effettivamente gli obiettivi posti), la misurabilità (intesa come messa a disposizione di strumenti atti a verificare il grado di avvicinamento all'obiettivo), la coerenza interna ed esterna (cioè, rispettivamente: il grado di continuità/discontinuità con la programmazione precedente e con quella in essere e la compatibilità con il contesto circostante), ecc. Non sempre, nella pianificazione di un programma pubblico di prevenzione, tali regole possono essere ugualmente soddisfatte (banalmente perché, ad esempio, gli effetti di un'azione di prevenzione primaria possono manifestarsi a distanza di anni, se non di decenni, dalla messa in atto dell'azione oppure perché su un risultato possono influire tutta una serie di variabili esterne incontrollabili). Non di meno, quello che va garantito è che l'atto di pianificazione - a monte dell'impianto del programma pubblico di prevenzione - si configuri come un quadro d'insieme che integri e non separi le diverse attività da implementare, che coaguli e non frammenti le diverse professionalità che sono coinvolte ed, altresì, che sia flessibile rispetto alle diverse esigenze degli attori e non rigidamente statico. Una postilla sullo stesso tema. L'enucleazione di priorità di salute dovrebbe essere figlia dell'utilizzo sistematico di ogni dato/informazione (di natura demografica, epidemiologica, economica, sociale, ambientale, tecnica,

³ Rispetto alle attività discendenti dal pregresso Piano, il CCM, sviluppando le indicazioni dell'Intesa del 2005, ha messo a punto una procedura in base alla quale ciascuna Regione, per ognuna delle linee operative³, ha pianificato gli obiettivi specifici, le attività e i tempi di realizzazione, con una rendicontazione, a fine anno, dei risultati raggiunti. In tal modo, è stato costruito un processo di pianificazione coordinata, con un monitoraggio a *feedback* per le Regioni. Per rendere partecipato il meccanismo di valutazione per ogni linea del Piano, le Regioni hanno indicato un referente, così da favorire anche il confronto, lo scambio di esperienze, la sintesi ed il monitoraggio qualitativo. La certificazione del CCM, ha costituito lo strumento, basato su valutazioni per quanto possibile oggettive, per l'utilizzo delle risorse derivante dagli obiettivi di piano e dalla quota indistinta della Delibera CIPE³, vincolate al piano di prevenzione. Oltre alla costruzione della procedura di certificazione, il CCM, cooperando con partner scientifici tra i quali il Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS, l'ISPESL, l'INAIL, l'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Osservatorio Nazionale Screening, ha attivato e finanziato alcuni progetti, a integrazione e supporto del Piano, che hanno consentito di elaborare strumenti e indirizzi di natura metodologica, come pure iniziative formative e materiale divulgativo. Si è consolidato ed esteso un metodo di lavoro basato sulla conoscenza dei fenomeni, sulla raccolta standardizzata dei dati e sulla loro elaborazione sistematica, con il supporto di processi formativi condivisi nei contenuti e realizzati su tutto il territorio nazionale. Inoltre, fuori dai campi più consolidati delle vaccinazioni e degli screening oncologici, alcune linee operative hanno coinvolto diversi servizi territoriali, prevalentemente volti alla diagnosi e alla cura, che avevano sviluppato adeguate competenze da rendere disponibili per tutto il sistema. Il CCM ha consentito di mettere a confronto esperienze e conoscenze, così da affrontare alcune problematiche in modo integrato: è il caso, a titolo di esempio, del progetto CUORE per la prevenzione cardiovascolare e del progetto IGEA (Integrazione Gestione e Assistenza del Diabete). Analogamente per la linea operativa infortuni sul lavoro, il CCM ha confermato e rafforzato collaborazioni già attive tra Regioni ed organismi centrali, quali ISPESL, INAIL e IPSEMA.

⁴ Un rapporto del CCM sullo stato di attuazione dei primi tre anni di Piano è disponibile all'indirizzo: http://www.ccm-network.it/documenti/Ccm/Prp/rapporto_2/Rapporto_PNP_2.pdf

scientifico, ecc.) utile; in qualche caso, però, tale processo virtuoso trova una oggettiva limitazione nella disponibilità di dati/informazioni pertinenti. Analoghe considerazioni possono essere estese alla scelta degli indicatori per il monitoraggio degli interventi intrapresi e/o dei risultati ottenuti. Quanto appena esposto rafforza l'esigenza di un consolidamento della cultura del dato.

L'architettura disegnata nel 2005 (messa a disposizione di risorse mirate al raggiungimento di obiettivi di prevenzione altrettanto mirati) lascia peraltro inavasa la questione relativa all'incanalamento delle attività previste dal PNP nell'ordinario lavoro aziendale. Sarebbe bene infatti che si superasse il criterio di interventi legati a progetti settoriali, per abbracciare piuttosto una logica di percorsi legati ad attività istituzionali sistematizzate. Va da sé che tale questione coinvolge non soltanto i Dipartimenti di prevenzione ma anche tutte le altre articolazioni organizzative delle Aziende che il presente piano chiama in causa. In questo senso, il PNP dovrebbe rappresentare il quadro strategico delle politiche per la prevenzione.

Il PNP ha di fatto promosso un grande salto di qualità nella gestione della prevenzione basata sulla conoscenza. Questo salto si è concretizzato, in particolare, con il trasferimento a livello gestionale di evidenze e nuove conoscenze scientifiche, con la formazione, con la definizione, diffusione e promozione dell'utilizzo delle informazioni anche ai fini della valutazione quantitativa dei risultati raggiunti, con la revisione della normativa e della prassi, come nel caso della *evidence-based-prevention*. Il complesso di questi elementi individua per la prevenzione una prospettiva di "*organizzazione che impara*" e dimostra che una vera e propria gestione della conoscenza è praticabile e andrebbe considerata sempre come punto di riferimento per un modello organizzativo.

L'analisi dell'esperienza dello scorso Piano ha tuttavia evidenziato alcune criticità, che sono state esaminate ed hanno costituito indicazioni cruciali per la stesura del presente PNP:

- la frammentarietà d'intervento: il Piano è stato vissuto più come un insieme di progetti che come un piano integrato, capace cioè di individuare il quadro di insieme, nel quale possono poi trovare posto singole iniziative, che devono però essere coerenti con il Piano generale;
- la non sistematica traduzione degli interventi legati a progetti in attività istituzionali a sostegno della prevenzione, limitata invece ad iniziative temporanee;
- la mancanza di alcune tematiche chiave della prevenzione, prima tra tutte quella del rapporto ambiente e salute e delle conseguenti attività di vigilanza e controllo;
- la necessità di coinvolgere nel processo attuativo tutte le aree, in coerenza con le diverse organizzazioni regionali, che coinvolgano non solo i professionisti della salute e non solo le discipline della prevenzione;
- lo sconfinamento tra linee di indirizzo tecnico-scientifiche e indicazioni organizzative-operative, che, se non esplicitamente richiesto da Regioni e Province autonome, deve essere evitato;
- l'insufficiente traduzione nei fatti dei principi guida: evidenza di efficacia, semplificazione, valutazione dei risultati;
- la mancanza di un approccio sistematico alla individuazione delle informazioni sulle quali si deve basare la definizione degli obiettivi e delle priorità (*burden of disease*, grazie all'utilizzo di informazioni epidemiologiche, economiche, sociali, ed individuazione delle priorità), compreso il monitoraggio degli interventi e dei risultati;
- l'insufficienza dei meccanismi di produzione di informazioni di processo ed esito, per il monitoraggio e la valutazione e il miglioramento continuo;
- il ridotto utilizzo di canali efficienti, permanenti e sistematici, di livello nazionale, per una adeguata comunicazione con la popolazione residente, per recepire le esigenze percepite in termini di salute e per fornire indicazioni adeguate in casi di emergenza

Tener conto di questi limiti è indispensabile per lo sviluppo della prospettiva di "*un piano della prevenzione che si evolve grazie all'apprendimento*".

Al di là dell'esperienza del PNP, la letteratura indica alcune evidenze, quali garanzie di successo per la realizzazione delle politiche sanitarie. In particolare, traducendo per la realtà del nostro Paese le indicazioni dell'OMS, si vuole qui mettere l'accento su:

- la rendicontazione dei risultati raggiunti (obbligo che dovrebbe essere a carico non solo delle Regioni, ma anche del livello centrale);
- il coinvolgimento programmato, sistematico e fiducioso degli interlocutori;
- l'integrazione operativa a livello aziendale.

Il presente PNP – come il precedente - fa sue tali indicazioni.

Bisogna inoltre considerare come condizioni strutturali di successo anche degli “aspetti di sistema” quali:

- il coordinamento intraregionale dell'intero piano e/o delle macroazioni (funzionale a garantire la uniformità territoriale);
- la rete dei centri regionali di eccellenza, il cui sviluppo assicurerebbe la valorizzazione delle risorse professionali e organizzative e l'affiancamento – ove necessario – alle singole realtà geografiche;
- i sistemi informativi e di valutazione.

1.5. Epidemiologia e priorità

In Italia, come in gran parte d'Europa, il carico di sofferenze dovuto alla morbosità riconosce un ristretto gruppo di cause: le malattie cardiovascolari e le neoplasie sono responsabili del 70% dei decessi, percentuale che supera l'80% quando si considerano anche il diabete, le malattie degli apparati respiratorio e digerente. In termini di anni di vita in buona salute persi a causa di morte prematura o disabilità (DALY), oltre alle suddette patologie, assumono importanza i disturbi mentali, le malattie muscoloscheletriche, i deficit sensoriali⁵. Nei Paesi sviluppati, il 50-60% del carico di malattia espresso in DALY è causato da soli sette fattori di rischio principali⁶: tabagismo, ipertensione arteriosa, alcol, eccesso di colesterolo, sovrappeso, scarso consumo di frutta e verdura, inattività fisica. Tale quadro epidemiologico è frutto, da una parte, della progressiva riduzione a livelli minimi delle malattie infettive a carattere epidemico e, dall'altra, del progressivo invecchiamento della popolazione, che vede il nostro Paese in testa alle classifiche mondiali per aspettativa di vita.

In questo cambio radicale di scenario, è assolutamente necessario e ragionevole ricorrere a strumenti che consentano di definire meglio le priorità, individuando i problemi di salute nei confronti dei quali, allo stato delle conoscenze, la prevenzione possa mettere in campo interventi atti a contrastare i fattori di rischio e a potenziare i determinanti positivi.

Significativi in questo senso sono i dati della mortalità evitabile, elaborati a partire dai dati Istat⁷ che riguardano la popolazione di età 0-74 anni e le cause di morte per le quali sono disponibili interventi, di prevenzione o diagnosi precoce, che ne potrebbero limitare l'incidenza. Secondo alcune stime recenti⁸, vi sarebbero infatti in Italia circa 100 mila morti evitabili per il 56,6% mediante la prevenzione primaria, per il 16,6% attraverso diagnosi precoci e per la restante parte attraverso una migliore assistenza sanitaria.

Nella tabella seguente, estratta dall'ultima edizione dell'Atlante ERA disponibile, si può verificare come oltre a tumori e malattie del sistema cardiocircolatorio, non trascurabile è la quota attribuibile a traumatismi ed avvelenamenti, che vedono negli incidenti stradali e, a seguire, negli infortuni sul lavoro la principale causa.

Mortalità evitabile in Italia per genere e grande gruppo di cause (Anno 2002)

Cause di morte	maschi		femmine	
	N° decessi (0-74 aa)	% su totale	N° decessi (0-74 aa)	% su totale
Tumori app. respiratorio o organi intratoracici	16169	22,7	3531	9,8
Tumori apparato digerente e peritoneo	9883	13,9	5008	13,9
Tumore mammella e organi genitali femminili			8150	22,6
Malattie ischemiche del cuore	15562	21,9	5383	14,9
Malattie cerebrovascolari	6576	9,2	4685	13
Traumatismi e avvelenamenti	10545	14,8	3087	8,6

Modificata da Elaborazioni ERA su dati ISTAT

Nei capitoli successivi i dati epidemiologici vengono esplosi per patologia/condizione.

⁵ WHO. *Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale*. 2005. Ginevra (http://who.int/chp/chronic_disease_report/contents/Italian%20full%20report.pdf).

⁶ WHO Regional Office for Europe. *The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations*. 2005. Copenhagen. (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20050909_1).

⁷ <http://www.e-r-a.it/#>

⁸ Atlante della mortalità evitabile 2007.

Naturalmente, oltre ai dati di mortalità e morbosità, generali e per causa, un elemento di scenario da non sottovalutare è rappresentato dalla struttura per età della popolazione, che, come noto, assume particolare importanza nel dimensionamento e nella programmazione dei servizi sociosanitari. Secondo l'Istat, nel 2006 in Italia l'indice di vecchiaia, dato dal rapporto percentuale tra popolazione ultrasessantacinquenne e popolazione di età 0-14 anni, era pari a 114,14 per gli uomini e a 169,05 per le donne, con un trend in continua crescita. Nello stesso anno, il 10% della popolazione totale italiana aveva un'età compresa tra i 65 e i 74 anni e il 9% oltre 74 anni, con un incremento rispetto al 2003 rispettivamente dell'1,3% e del 3,1%. Al peso della popolazione anziana, che è quella notoriamente più esposta al rischio di malattie gravi ed invalidanti e al rischio di decesso, soprattutto nelle età successive ai 75 anni, si aggiunge una notevole variabilità geografica nella struttura demografica della popolazione a livello regionale, che implica differenze nei bisogni e nella domanda di salute a cui dovrebbero corrispondere differenze nella distribuzione e nelle caratteristiche dell'offerta assistenziale, basti pensare alla situazione limite rappresentata dalle Regioni Liguria e Campania che sono, rispettivamente la più anziana (solo un quarto di popolazione con meno di 30 anni) e la più giovane (solo un quarto con più di 55 anni) di Italia.

In definitiva, anche la struttura demografica della popolazione e i suoi differenziali temporali e territoriali sono variabili di cui tener conto nella individuazione e prioritizzazione degli interventi da implementare nell'ambito del PNP, tenendo conto della prospettiva di un progressivo invecchiamento della popolazione e di una prevalenza crescente con l'età di malattie che generalmente non guariscono ma che, al contrario, accompagnano la persona per il resto dell'esistenza, condizionandone significativamente la qualità della vita come individuo e come parte integrante della comunità.

1.6. Metodi e approccio del PNP

Prima di addentrarsi sugli specifici argomenti oggetto di pianificazione, conviene soffermarsi sui principi e metodi che hanno guidato la stesura del presente documento, con particolare riguardo alla prevenzione collettiva-

Un primo elemento che è stato considerato riguarda il contesto storico-sociale nel quale ci si sta muovendo, che deve trasformarsi sostanzialmente per rispondere alla richiesta di semplificazione delle procedure burocratiche (nelle quali i servizi di prevenzione sono spesso coinvolti), per sostenere la libertà di scelta del cittadino e a quella di *empowerment* a fronte di un accesso a informazioni qualificate; deve adeguarsi alle direttive europee basate sulla responsabilizzazione delle imprese. La sfida dei servizi di sanità pubblica del SSN è quella di essere capaci di:

- cogliere gli elementi di cambiamento e dotarsi di strumenti per analizzare i contesti territoriali, nella loro peculiarità e dinamicità, programmando di conseguenza risposte adeguate al territorio in cui operano;
- responsabilizzare e coinvolgere il cittadino per favorire scelte e stili di vita salutari;
- tradurre lo spirito delle direttive europee in materia di controlli, che esalta la responsabilità del datore di lavoro e l'autocontrollo dell'impresa, per permettere una prevenzione universale "diffusa", cui partecipano non solo gli operatori sanitari;
- produrre un'evoluzione dei servizi di prevenzione, che passino dall'autoreferenzialità e dalla perpetuazione di prassi consolidate, alla trasparenza delle scelte che determinano la programmazione della attività, con un approccio integrato, che ottimizzi le risorse disponibili e aumenti l'efficacia delle azioni di tutela delle singole persone, dei lavoratori e della comunità intera.

Un secondo elemento rimanda direttamente al tema dell'*Evidence Based Medicine* (EBM). Gli ultimi anni '90 hanno visto la crescita esponenziale, nell'ambito dei trattamenti di diagnosi e cura, della metodologia EBM, in base alla quale l'adozione di una determinata procedura diagnostica o di una terapia devono scaturire non solo dalla loro plausibilità o efficacia teorica, ma anche dalla dimostrazione, nella pratica clinica (sul campo), della loro reale efficacia. Un processo simile si sta compiendo nella prevenzione collettiva e nella sanità pubblica (*Evidence based prevention* o *Evidence Based Public Health*), tuttavia con maggior lentezza, dovuta ad alcune caratteristiche oggettive della sanità pubblica, prima fra tutte l'inevitabile intervallo tra un intervento di carattere preventivo e suoi effetti sulla salute della popolazione. In assenza di evidenze è necessario investire anche nell'acquisizione di nuovi dati che permettano la valutazione delle pratiche proposte o correnti. Il presente PNP assume la necessità che le linee operative individuate debbano da una parte essere fondate, per quanto possibile, su evidenze scientifiche già

acquisite e riportate in letteratura, dall'altra sottoporsi al vaglio della valutazione di efficacia, non solo di processo ma anche di risultato. La sfida è dunque quella di una programmazione delle attività ben motivata in funzione dell'efficacia misurabile con risultati, sia nelle attività di vigilanza ed ispezione, che in quella dei servizi alla persona, in modo da pervenire al risultato che le attività non supportate da evidenza di efficacia siano sostituite da altre che, invece, ne hanno quantomeno i presupposti.

Non va poi dimenticato il contributo che la prevenzione può fornire all'attività di diagnosi-cura-riabilitazione svolta dai clinici, che si traduce in una spinta all'effettiva traduzione nella pratica della notevole produzione scientifica sull'evidenza di efficacia: molte prestazioni specialistiche vengono infatti prescritte in forza di prassi adottate sulla base dell'esperienza personale, sulle opinioni di esperti e, in misura non trascurabile, sull'impatto della medicina difensiva sulle scelte del singolo medico.

La disciplina della prevenzione può intervenire e supportare i percorsi su due differenti livelli:

- Lettura ed analisi del dato epidemiologico: i percorsi diagnostici, benché individualizzati e correlati alla singola persona nei diversi momenti e situazioni della vita, richiedono una profonda conoscenza del contesto in cui si opera; si pensi ai test di screening per talune malattie infettive (come ad esempio HIV, Epatite virale di tipo B, TB) che non ha senso siano effettuati in modo indiscriminato, come pure accertamenti specialistici per l'individuazione di patologie neoplastiche rare. Rendere disponibili dunque dati di incidenza e prevalenza delle principali patologie occorrenti nella popolazione assistita diviene dunque strumento indispensabile per indirizzare i percorsi diagnostici e la diagnosi differenziale;
- Valutazione dell'efficacia e delle performance assistenziali: se tutto funziona, con linee guida e protocolli adeguati e adottati correttamente nei diversi contesti assistenziali, il risultato sarà il miglioramento complessivo dello stato di salute, e quindi degli indicatori presenti in quella popolazione. Ancora una volta i servizi della prevenzione potranno rilevare e rendere disponibili ai medici di assistenza primaria e alle strutture specialistiche, l'andamento delle prestazioni e dei consumi sanitari e il relativo andamento di alcuni indicatori epidemiologici.

Un terzo elemento attiene agli aspetti metodologici. L'ampio contesto nel quale ci si muove, ove i determinanti, positivi e negativi, di salute sono numerosi, impone infatti delle scelte, che, sempre più, dovrebbero essere fondate su criteri scientifici, che consentano, in modo quanto più oggettivo possibile, di individuare quali interventi privilegiare e su cui investire le risorse disponibili. Per tale motivo il presente PNP è stato predisposto a partire da alcuni indicatori sintetici dello stato di salute, così da:

- definire i criteri per una graduazione dei rischi/effetti rilevati;
- individuare, considerando tutti gli ambiti di intervento (prevenzione e controllo delle patologie; prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro; prevenzione da fattori di rischio ambientali, promozione della salute) degli obiettivi prioritari.

In definitiva, l'esperienza del vecchio Piano ha consentito di sperimentare sul campo un metodo di lavoro che coordinasse esigenze di carattere generale a situazioni locali e particolari, mettendone in evidenza vantaggi (il confronto, lo studio e approfondimenti comuni, la rilevanza e riconoscimento a livello nazionale) e i rischi da evitare (l'eccessiva omogeneità di intervento, la definizione di dettagli organizzativi, la frammentarietà degli interventi).

Per tale motivo il presente PNP:

- privilegia una visione complessiva dell'intera prevenzione, affrontando l'insieme dei temi e delle aree su cui ha incidenza l'attività preventiva, superando la settorializzazione;
- riconosce la specificità delle diverse condizioni di contesto territoriale e di organizzazione di ciascuna Regione e Provincia autonoma e le differenti istanze che da esse scaturiscono;
- favorisce l'integrazione delle diverse professionalità che possono concorrere all'attuazione degli interventi di prevenzione inseriti nel Piano.

Il Piano focalizza dunque i target, correlati alle priorità individuate secondo lo strumento dell'analisi di contesto e della graduazione del rischio, a sua volta fondata su frequenza e severità del danno alla salute; la declinazione operativa e organizzativa degli obiettivi specifici è invece in capo a ciascuna Regione.

Più in dettaglio, il PNP enuncia gli obiettivi generali (se del caso, articolandoli in sottobiettivi) ed individua due tipologie di linee di lavoro: il supporto centrale alla realizzazione del PNP e le linee di intervento, operative che dir si voglia, regionali.

Le linee di supporto al PNP si configurano come attività trasversali che forniscono strumenti, preliminari o in itinere, per il corretto svolgimento del Piano. Per tale caratteristica sono guidate da Ministero e CCM, pur con il supporto del Coordinamento Interregionale della Prevenzione. In tale ambito, sono individuabili, tra le altre, le seguenti linee con le corrispondenti attività:

a. *strumenti per la costruzione e la verifica del PNP*, quali:

- analisi dei dati epidemiologici disponibili e loro “restituzione” in un’ottica integrata; si tratta cioè di costruire sistemi di lettura dei dati di mortalità, dei registri di patologia (tumori in primis, patologie infettive), delle prestazioni sanitarie (SDO, prestazioni ambulatoriali e consumo di farmaci), dell’incidentalità stradale (ACI, ISTAT) e lavorativa (INAIL, ISPESL, IPSEMA, Regioni), di comportamenti e stili di vita (ISTAT, PASSI, OKkio alla Salute, HBSC, ...), dei rischi alimentari e ambientali, che consentano, in modo integrato, di definire e rimodulare le priorità e di valutare i trend di popolazione. In tale ottica una prospettiva che va considerata è lo sviluppo, in collaborazione con le Università e le Società Scientifiche, di un’area dell’epidemiologia dedicata alla sanità pubblica, in grado di supportare decisioni e strategie che riguardano la collettività, relativamente agli interventi non solo di tipo sanitario, ma anche, ad esempio, territoriale o urbanistico;
- individuazione delle attività di prevenzione di dimostrata efficacia: si tratta di una vera e propria attività di ricerca, possibile solo su scala nazionale, che metta a disposizione degli operatori regionali le revisioni sistematiche o le specifiche ricerche sull’efficacia delle vaccinazioni, delle misure di profilassi delle malattie infettive, delle attività di educazione e promozione della salute, di ispezioni e sopralluoghi, delle indagini per infortuni, dei piani di campionamento di acque e alimenti, ecc. Tale documentazione, opportunamente rielaborata per renderla maggiormente fruibile, costituirà la base per la scelta degli interventi da privilegiare nelle diverse linee operative;
- rilevazione dei dati statistici relativi alle attività svolte, in ordine alla quale deve essere definito un sistema complessivo che risponda a requisiti di standardizzazione, qualità statistica e di efficienza, e che eviti duplicazioni o richieste estemporanee tenendo conto dei debiti informativi oggi previsti (quali ad esempio coperture vaccinali, attività di vigilanza nel settore alimenti e veterinario, acque potabili e di balneazione, prodotti fitosanitari, infortuni sul lavoro e malattie professionali, infortuni stradali, ecc.);

b. *interventi di carattere normativo*, che rappresentano per taluni ambiti la chiave principale del cambiamento perché, pur nel rispetto della modifica del titolo V della Costituzione, garantiscono un risultato tanto forte quanto esteso e non limitato a territori regionali⁹;

c. *interventi di comunicazione*¹⁰ (da sviluppare in stretto raccordo con i responsabili regionali) sulle tematiche prioritarie, privilegiando quelli supportati da evidenza di efficacia e per cui sia valutabile un rapporto costo/benefici positivo. Particolare attenzione dovrà riguardare la promozione delle vaccinazioni dell’infanzia e dell’adulto, con iniziative volte a enfatizzarne l’importanza non solo per la tutela individuale ma dell’intera collettività;

d. *accordi interministeriali o con Associazioni di categoria e coordinamento con Enti centrali*, considerato che molti degli interventi dei servizi di prevenzione impattano o necessitano, come minimo, di coordinamento con altri Ministeri o con Uffici decentrati o organi del Ministero del lavoro, salute e politiche sociali. In tal senso alcune attività sono già state avviate, ad esempio con il programma “Guadagnare salute” e i relativi protocolli di intesa¹¹ o con il Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro. Non va poi dimenticato che anche accordi su scala nazionale, necessitano in ogni caso di essere contestualizzati nei diversi ambiti regionali, poiché le situazioni operative possono presentare peculiarità che necessitano di essere considerate. Ulteriori priorità già evidenti su cui attivare accordi o coordinamento sono:

- Semplificazione. In molti casi provvedimenti regionali di semplificazione (abolizione di certificazioni in particolare) sono stati vanificati dal fatto che le articolazioni territoriali dei Ministeri (Istituti Scolastici, Direzioni Regionali del Lavoro, ecc.) non hanno recepito le innovazioni: in tal senso è necessario intervenire per un miglior raccordo;

⁹ Ci si riferisce, ad esempio, all’abolizione di norme obsolete e/o inapplicabili, con particolare riguardo alle certificazioni e autorizzazioni.

¹⁰ In questo ambito va ricompresa la messa a punto di un modello di comunicazione, in accordo con i media, che superi l’attuale situazione di sostanziale ingestibilità delle emergenze o presunte tali, che genera allarmismo e nessun vantaggio informativo.

¹¹ Vedi : <http://www.ministerosalute.it/stiliVita/paginaMenuStiliVita.jsp?menu=protocolli&lingua=italiano>

- la ridefinizione di funzioni e compiti degli USMAF, degli Uffici doganali e degli UVAC stante gli aspetti problematici connessi al flusso di persone e merci in entrata nel nostro Paese e il relativo impatto sui temi di prevenzione;
- la razionalizzazione e il coordinamento delle attività analitiche in materia di sicurezza alimentare: la rete dei laboratori attivi a livello regionale (ASL, ARPA e IZS), richiede una miglior definizione dei rispettivi compiti, evitando sovrapposizioni e promuovendo una maggior efficienza del sistema;
- il raccordo con AIFA per la politica dei prezzi dei prodotti vaccinali, da avvicinare maggiormente ai costi di produzione, analogamente a quanto avviene per i farmaci ;
- la collaborazione e il coordinamento delle attività di vigilanza in materia di sicurezza sul lavoro (DRL, INAIL, VVF, AG, ecc.), sicurezza alimentare (NAS, Repressione Frodi, Corpo Forestale, Guardia di Finanza, ecc);
- la ricerca e l'approfondimento sulla necessità di individuare percorsi che favoriscano il riconoscimento, nell'ambito degli assetti organizzativi (di pertinenza di regioni e province autonome) così come nei meccanismi di reclutamento e contrattuali (di pertinenza nazionale), del ruolo di quei professionisti della prevenzione (in particolare tecnici della prevenzione e assistenti sanitari, ma anche infermieri e dietisti) che con legittima autonomia e responsabilità concorrono, con specifiche competenze, allo sviluppo degli interventi e delle politiche di prevenzione nel nostro Paese.

Le linee di intervento (ossia operative) del PNP sono, invece, gli interventi che, individuati come prioritari, necessitano di una traduzione operativa, che in quanto tale, deve essere effettuata su scala regionale (se non di singola azienda sanitaria, specie nei contesti con grandi disomogeneità intra-regionali). In tal senso risulta modificato l'approccio di programma: nel precedente PNP infatti, pur con la dovuta consultazione dei referenti regionali, obiettivi, modalità e tappe operative erano stabilite a priori e in modo uniforme a livello nazionale. La nuova metodologia prevede invece che sulla base degli obiettivi generali di seguito individuati e nel rispetto di un metodo di lavoro improntato ai principi della progettazione in sanità pubblica, le Regioni, in modo coordinato, predispongano i rispettivi Piani regionali della prevenzione, indicando le azioni, la tempistica e gli indicatori per la valutazione.

Gli interventi che vengono descritti di seguito riguardano sia programmi già presenti nel precedente PNP, sia azioni che rappresentino ambiti di intervento già praticati in alcune realtà territoriali, ma di nuova introduzione nella forma strutturata qui proposta. Per questi ultimi l'elenco presentato si deve intendere esemplificativo di tematiche di salute cui rivolgere in maniera organica l'attenzione, ma le Regioni potranno individuare all'interno di queste le proprie priorità senza essere vincolate alla realizzazione di tutti i programmi nell'arco temporale di validità del presente Piano.

2. Un nuovo approccio alla prevenzione: la persona al centro del progetto di salute

2.1 . Prevenzione come cultura

A tutti i livelli sussiste una discreta consapevolezza sia del *welfare* quale rete eterogenea di realtà condizionanti¹² che si esprimono nell'ambiente fisico e sociale dove le persone vivono ed operano, sia che i servizi sanitari sono soltanto un nodo (per quanto tra i più salienti) della rete del *welfare*.

Nella pratica, però, il valore del cambiamento epistemologico del concetto di salute (da assenza statica di malattia ad attività dinamica e trasversale di promozione del benessere) stenta a trovare spazio nella pianificazione e nella crescita (a volte disordinata) di un territorio. Questo problema va affrontato. Se assunti come condivisibili, gli assiomi prima enunciati portano anche alla necessità di un'efficace collaborazione fra tutte le aree di governo, la cui azione direttamente o indirettamente incida, da una parte, sulla salute e, dall'altra, riconosca il territorio quale luogo ove si colgono i risultati di tutte le misure trasversali che concorrono allo stare bene di una persona. Conseguentemente, le politiche sanitarie devono certamente continuare ad assumere come punto prioritario del loro agire la centralità della persona ma devono al contempo, cercare ogni alleanza utile alla migliore tutela possibile della salute dei cittadini, nella convinzione che la promozione della salute non possa compiutamente svolgersi in mancanza di politiche a sostegno del diritto di ciascuno a realizzare il proprio progetto di vita e, comunque, in assenza di un disegno armonico di sviluppo del territorio e della comunità in cui si vive.

Per la parte attribuibile al Servizio sanitario nazionale, occorre sottolineare che la promozione della salute e la prevenzione delle malattie sono attività che devono essere svolte a 360°: oltre a quanto accennato nel precedente capoverso, tale affermazione vale sia in riferimento alle strutture aziendali, ovvero ai professionisti esterni (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta soprattutto) che risultano coinvolti, sia in riferimento alla diversa tipologia di interventi (di prevenzione primaria, di medicina predittiva, di prevenzione secondaria e terziaria) che devono essere messi in atto. Ciò comporta la necessità di recuperare alcune tematiche chiave per la salute dei cittadini e di coinvolgere intorno a loro tutte le discipline che possano in qualche modo concorrere alla loro positiva risoluzione.

Certamente, alla base dell'allungamento dell'arco di esistenza degli individui, alla base del miglioramento della qualità della loro vita e alla base del loro invecchiamento in condizioni di (relativa) buona salute vi sono anche gli interventi di prevenzione fin qui messi in atto nel nostro Paese.

La cultura della prevenzione comincia a permeare la pratica quotidiana e però, al di là dell'impianto di importanti programmi pubblici di comunicazione piuttosto che di controlli o di screening, è proprio il singolo rapporto medico/paziente che sembra fare fatica ad incentrarsi sull'allontanamento dai fattori di rischio e sulla tempestività della diagnosi. Questa osservazione empirica coinvolge un po' tutti i professionisti (pubblici e privati) che gravitano attorno al pianeta salute e, lungi dal voler criminalizzare qualcuno, può essere semplicemente il risultato di una formazione il cui focus è quasi sempre la malattia e non il benessere.

Se si fa riferimento alla diagnosi precoce di malattie non coperte da screening, si può facilmente dedurre che il sistema di offerta delle attività di prevenzione si fonda sulla domanda espressa. Questa circostanza solleva il problema di come intercettare il bisogno di prevenzione delle malattie di quella parte di popolazione vulnerabile e fragile che, appunto per questo non è in grado di costituirsi come domanda. In direzione contraria, altrettanta attenzione dovrebbe essere posta al controllo della domanda indotta che non trova giustificazione nell'appropriatezza.

L'invecchiamento della popolazione incide sui bisogni sanitari perché il quadro epidemiologico conseguente vede il prevalere di alcune tipologie di patologie (cronico-degenerative, cardiovascolari, tumorali) che se non adeguatamente prese in carico possono esitare in stati più o meno gravi di disabilità. In questo quadro, appare evidente il valore del ruolo della prevenzione terziaria che è chiamata ad intervenire nei processi assistenziali al fine di garantire la continuità della presa in carico e la integrazione degli interventi socio-sanitari anche se sembra ancora mancare una consapevolezza diffusa e condivisa sulla sua missione e sulla sua funzione: progettare dei percorsi che siano in grado di ridurre il peso delle complicanze ed in particolare della non autosufficienza.

Naturalmente, poiché al centro c'è la persona in tutta la sua interezza, risulta difficile "frazionare" gli interventi in prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, perché le aree di sovrapposizione sono molteplici: ad esempio, curare un soggetto con ipertensione significa prevenirne gli effetti patologici, garantire

¹² Istruzione, reddito, trasporti, abitazione, lavoro, salute, ecc.

riabilitazione a persone con ictus comporta la cura dei fattori di rischio che lo hanno provocato e che continuano a sussistere e prevenirne le complicanze.

Fare cultura della prevenzione non significa dunque che non sia garantita la necessaria suddivisione di competenze, specie in un periodo nel quale ciascuna disciplina, dalla prevenzione alla riabilitazione alle diverse cliniche specialistiche richiedono conoscenze e capacità elevate quanto che i diversi interventi siano improntati ad un metodo comune.

In questo senso, confermando quanto già scritto al precedente punto 1.6 in relazione al ruolo della prevenzione, i servizi di prevenzione possono supportare diagnosi, terapia e riabilitazione, fornendo dati epidemiologici, strumenti per la valutazione di efficacia e performance, linee guida per l'appropriatezza, da concordarsi, ovviamente, in un'ottica multidisciplinare.

2.2. Prevenzione e integrazione

Il momento organizzativo è forse lo snodo centrale per il successo di qualsiasi programma sanitario e, dunque, merita una riflessione a parte.

La garanzia di un intervento efficace nella pratica (*effectiveness*) riguarda essenzialmente il modo di organizzare il sistema sanitario in genere e i programmi di prevenzione in particolare. Diversi contributi hanno sottolineato come l'organizzazione sia un determinante della qualità e dell'efficacia delle cure e anche a riguardo degli interventi preventivi è stato rilevato come interventi sanitari ben pianificati e gestiti siano statisticamente associati a migliori effetti. Da questo punto di vista, c'è crescente consapevolezza dell'importanza della *evidence-based organization* e, in particolare, c'è evidenza che l'organizzazione di un percorso possa migliorare la qualità e l'efficacia dell'intervento. Per percorso si dovrebbe quindi intendere un approccio alla prevenzione (come alla cura) che si basi sull'utilizzo coordinato di tutte le risorse dell'intero spettro di offerta del sistema sanitario. Accettata questa definizione, gli aspetti cruciali da garantire per una buona organizzazione dei percorsi dovrebbero almeno essere:

- definire il processo (cioè: la serie di atti tecnico-professionali) che si intende attuare per conseguire l'obiettivo di salute, su evidenze di efficacia;
- definire l'integrazione necessaria di tutti gli attori (cioè: individuare il percorso sul terreno "reale") mediante linee-guida e protocolli operativi;
- rendere disponibili software gestionali, essenziali per tutti gli interventi di popolazione ma anche per la gestione longitudinale della prevenzione individuale;
- rendere disponibile un sistema informativo comprensivo di indicatori per verificare lo standard di risultato (o di processo);
- verificare l'accessibilità al programma e l'umanizzazione del percorso, aspetto cruciale nell'ambito degli interventi preventivi perché essi si rivolgono spesso a persone sane/asintomatiche che vanno fidelizzate;
- rendere disponibile un programma esplicito e sistematico di miglioramento continuo della qualità.

Organizzare interventi di prevenzione su queste basi significa mettere concretamente al centro del progetto di salute la persona.

Non si può tuttavia dimenticare che quello dell'organizzazione del sistema sanitario è un nodo sensibile, da una parte perché rientra, come è giusto, nell'autonomia regionale, dall'altra perché l'assetto del SSN è comunque definito (con area dei servizi di prevenzione, area dell'assistenza primaria con MMG/PdF, area dell'assistenza specialistica ospedaliera, area della riabilitazione e aree socio-sanitaria e socio-assistenziale).

È dunque necessario che si parli, più che di modelli organizzativi, di un'organizzazione capace di trovare tutte le necessarie integrazioni e le modalità di verifica e miglioramento continue per poi procedere a porle a confronto sui risultati ottenuti, da utilizzare nell'eventuale revisione dell'organizzazione del SSN, nell'ambito dell'autonomia regionale.

2.3. Le fasi della prevenzione

Tradizionalmente la prevenzione è stata suddivisa nelle seguenti componenti:

- prevenzione primaria, che si rivolge a tutta la popolazione ed ha come obiettivo il controllo dei determinanti di malattia;

- medicina predittiva, che tendenzialmente si rivolge a tutta la popolazione ed ha come obiettivo la valutazione del rischio di insorgenza di una patologia;
- prevenzione secondaria, che si rivolge alla sola popolazione a rischio ed ha come obiettivo la massima anticipazione diagnostica di una patologia;
- prevenzione terziaria, che si rivolge alla sola popolazione malata ed ha come obiettivo la riduzione dell'impatto negativo di una patologia, ripristinando le funzioni, riducendo le complicazioni e le probabilità di recidive¹³.

La classificazione degli interventi di prevenzione appena posta, si è rivelata, alla luce della evoluzione scientifica, non più adeguata, perché da una parte pone l'accento sull'offerta e non sulla domanda, dall'altra suddivide artificialmente la persona, come se le fasi si susseguissero l'una con l'altra, in momenti distinti e separati.

Facendo riferimento, ad esempio, alle patologie cardiocerebrovascolari, oggi, l'allungamento della vita e l'andamento epidemiologico, ci dicono che spesso, in una medesima età della vita, ci si può trovare a necessitare di interventi di prevenzione primaria (stili di vita, aspetti nutrizionali), secondaria (screening per ipercolesterolemia), terziaria (riabilitazione a seguito di patologia cardiocerebrovascolare).

Il presente PNP, ponendo la persona e la comunità, di cui è parte, al centro del progetto di salute – valorizzando gli esiti più che i processi – rende opportuno rivedere alcune categorie e considerare la prevenzione rivolta a problemi e, conseguentemente, a obiettivi:

- prevenzione come promozione della salute: rientrano in essa gli interventi che potenziano i determinanti positivi e che controllano i determinanti negativi sia individuali che ambientali;
- prevenzione come individuazione del rischio: comprendono sia gli screening di popolazione che la medicina predittiva;
- prevenzione come gestione della malattia e delle sue complicanze: significa adozione di protocolli diagnostico-terapeutico-riabilitativi fondati sull'evidenza di efficacia, con standard di qualità, con verifiche e monitoraggio.

2.4 Medicina predittiva

In linea generale, la prevenzione è l'insieme di interventi finalizzati ad impedire o ridurre il rischio (ossia la probabilità) che si verifichino eventi non desiderati ovvero ad abbatterne o attutirne gli effetti in termini di morbosità, disabilità e mortalità. Tale concetto – universalmente accettato - ha avuto nel tempo e continua ad avere declinazioni differenti, in dipendenza dei progressi della scienza e della tecnica, degli specifici campi d'applicazione, del quadro epidemiologico e/o demografico intercorrente, delle policies sanitarie perseguite, ecc.

In relazione alla necessità di sfruttare al meglio le nuove possibilità di intervento che si vengono ad offrire in campo medico, il presente documento intende dare, nel prosieguo, una prima strutturazione al tema della predittività delle patologie, argomento in qualche modo già affrontato dal precedente piano.

Esistono in letteratura diverse definizioni di medicina predittiva, ciascuna delle quali enfatizza uno o più aspetti del campo d'indagine. In questa sede, si fa riferimento preciso alla medicina predittiva come a quell'approccio che – prima e/o dopo la nascita - tende a scoprire e valutare in termini probabilistici i fattori che, per una specifica persona e in un dato contesto, possono favorire l'insorgenza di una malattia.

Per definizione, la medicina predittiva si rivolge agli individui sani, nei quali cerca la fragilità o il difetto che conferiscono loro una certa predisposizione a sviluppare una malattia¹⁴. Conseguentemente, la medicina predittiva è probabilistica e individuale e come tale consente la massima personalizzazione degli interventi.

¹³ Resta inteso che i risultati degli interventi di prevenzione primaria e di medicina predittiva andrebbero preferibilmente misurati in termini di incidenza (comparsa di nuovi casi di malattia), quelli degli interventi di prevenzione secondaria in termini di prevalenza (frequenza dei casi esistenti di malattia) e quelli degli interventi di prevenzione terziaria con indicatori compositi (DALYs – anni di vita aggiustati per disabilità - QALYs - anni di vita aggiustati per qualità - HeaLYs – anni di vita in salute – ecc.).

¹⁴ Dal punto di vista dell'individuo, la medicina predittiva è una medicina di preavviso, nel senso che – a fronte di un difetto o di una fragilità - consente di scegliere uno stile di vita adeguato, di sottoporsi periodicamente a test di diagnosi precoce, di adottare sin dall'inizio le necessarie misure terapeutiche, ecc.

Esperienze di definizione del rischio individuale sono già consolidate anche in Italia, come prassi (è il caso dell'esame della traslucenza nucale unitamente a test biochimici, per decidere se sottoporre la gestante ad amniocentesi o villocentesi per la valutazione del rischio di anomalie genetiche nel nascituro) o come studio di fattibilità di interventi di popolazione (è il caso dell'utilizzo del carta del rischio cardiovascolare, promosso dal precedente Piano nazionale della prevenzione).

In entrambe queste situazioni sono evidenti alcuni punti chiave:

- disponibilità di evidenze scientifiche che sottoporre un individuo ad un determinato test sia utile a definire un rischio individuale, sulla base del cui grado possano essere somministrati ulteriori accertamenti di approfondimento ovvero possano essere somministrati interventi terapeutici per evitare l'evoluzione della condizione indagata;
- necessità di identificare strutture e professionisti esperti ed accreditati e necessità di definire modelli organizzativi efficaci, che misurano e valutano, in termini di efficacia, i risultati raggiunti;
- necessità di sistemi informativi per la valutazione della qualità e degli esiti.

Tutti questi elementi si ritrovano, persino ad un maggior grado di coerenza e problematicità, quando ci si rivolge all'ambito dell'indagine genetica (nonché alla proteomica).

La genetica predittiva riguarda specificamente lo studio di quei caratteri o geni correlati a determinate malattie/condizioni e, dunque, mette in grado di individuare le persone per le quali il rischio di ammalarsi è, su base genetica, significativamente più elevato rispetto alla popolazione generale.

L'uso delle informazioni della genomica per prevenire malattie e per promuovere la salute è già diffuso e, secondo il CDC, riguarda tutte le fasce di età.

Nel caso delle malattie non tumorali, oltre alla valutazione del rischio fatta in età prenatale e perinatale, i test genetici trovano applicazione in numerose malattie/condizioni dell'età adulta.

Nel caso dei tumori, la valutazione del rischio derivante dai risultati dei test genetici è utile per:

1. l'identificazione della suscettibilità ereditaria in persone che non sono ammalate, al fine di iniziare interventi appropriati di prevenzione primaria (profilassi chirurgica, terapia farmacologica);
2. la diagnosi precoce di cancro allo stadio iniziale asintomatico;
3. il management, che include la classificazione tumorale e la predizione di un decorso tipico, della risposta alla terapia, ecc.

In conclusione: la medicina predittiva permette di determinare il profilo di rischio di ciascuna persona, di monitorarne l'evoluzione e di realizzare appropriati interventi preventivi oltre che di selezionare la terapia, la dose e il tempo di trattamento migliori. La medicina predittiva quindi si pone come medicina dell'individualità, ma per essere tale richiede un processo di crescita delle conoscenze e di profonda innovazione nei modelli culturali medici.

La velocità di questo duplice processo sarà probabilmente definita non solo dal progredire della ricerca di base ma ancora di più dalla capacità dei medici, degli altri professionisti della salute e dei pazienti di valorizzare la disponibilità e l'uso di informazioni di rischio individuale, in particolare genetiche, e di essere però consapevoli dei limiti e/o inconvenienti legati a questa nuova situazione, come di seguito si cerca di esemplificare:

- il risultato dei test predittivi raramente dà la *certezza*, cioè i test (e quelli genetici in particolare) non sempre consentono di stabilire con sicurezza se, quando e a quale livello di gravità la persona interessata si ammalerà. Infatti, molte di queste indagini misurano solo la suscettibilità individuale nei confronti di una malattia, diversa da quella media della popolazione;
- test e screening (genetici e non) di medicina predittiva permettono di individuare soggetti a rischio ma – per tali soggetti - potrebbe accadere che non sia possibile modificare la probabilità di sviluppare la malattia;
- con la medicina predittiva, persone clinicamente normali potrebbero diventare “pre-pazienti” per anni, prima di sviluppare la condizione per la quale sono a rischio, con possibili ripercussioni di tipo psicologico, discriminazioni sociali, in ambito lavorativo o nel settore assicurativo, ecc.

Le principali caratteristiche di un intervento di sanità pubblica possono essere riassunte nel fatto che esso sia:

- basato su valutazioni di *efficacia* (auspicabilmente: cost-efficacy) in una popolazione di riferimento;

- organizzato per *percorsi* e quindi non soltanto delegato alla competenza/sensibilità/iniziativa tecnico-professionale¹⁵ ;
- mirato all'equità e quindi basato sul coinvolgimento attivo della popolazione destinataria;
- dotato di un esplicito sistema informativo e di valutazione¹⁶.

Gli stessi principi, in linea di massima, valgono per i programmi di medicina predittiva da implementare o già in atto. In particolare: la malattia dovrebbe essere rilevante; il test di screening dovrebbe essere altamente predittivo e ben valutato; le conseguenze di un risultato sia negativo che positivo dovrebbero essere determinate a priori ed essere applicate nella pratica; l'intervento conseguente al test di medicina predittiva e il follow-up dovrebbero essere accessibile a tutti; all'utenza dovrebbe essere assicurata una scelta informata (anche in termini di comprensione delle potenzialità dell'intervento) e la disponibilità di servizi di counselling.

Per giungere a questo traguardo è necessario programmare il trasferimento delle conoscenze di base (ricerca translazionale ed analisi di fattibilità) in modo tale che dalla scoperta candidata all'applicazione clinica e di sanità pubblica, si possa passare a linee-guida evidence-based e alle valutazioni di impatto sulla popolazione.

Tener conto di tali esigenze nella programmazione di interventi di medicina predittiva significa mettere concretamente al centro del progetto di salute la persona.

All'interno della cornice generale sull'uso dei test genetici, un rilievo particolare assumono alcune *regole di utilizzo* che ad ogni buon fine vanno rammentate.

Secondo l'articolo 12 della Convenzione di Oviedo "non si potrà procedere a dei tests predittivi di malattie genetiche o che permettano sia di identificare il soggetto come portatore di un gene responsabile di una malattia sia di rivelare una predisposizione o una suscettibilità genetica a una malattia se non a fini medici o di ricerca medica, e sotto riserva di una consulenza genetica appropriata". Anche secondo la World Medical Association, che nel 1995 ha proposto una regolamentazione per i test genetici, è giustificato ricorrere ai test solo nei casi in cui sia possibile una terapia o un intervento profilattico per correggere la condizione genetica individuata, oppure quando dalla informazione genetica raccolta derivino decisioni che l'individuo deve prendere se ha intenzione di procreare¹⁷.

Se queste indicazioni riguardano l'uso appropriato dei test genetici, ulteriori considerazioni riguardano la loro opportunità/convenienza e coinvolgono i rapporti tra medicina predittiva genetica e sanità pubblica. La prospettiva di trasportare a livello di popolazione i vantaggi della genomica ha avviato da oltre 10 anni in tutto il mondo una riflessione che – ancorché non conclusa – ha già evidenziato come si debba tener conto del tipo di sistema sanitario nel quale ci si trova. Allo stato attuale, per il nostro Paese, la sede più appropriata per la gestione della sola medicina predittiva legata alla genetica appare essere quello del rapporto individuale medico-persona. In tale contesto (interpretabile anche come modello organizzativo) si potenziano al massimo i benefici della definizione di un profilo personale di rischio ma anche le possibilità di gestire, all'interno di un processo di empowerment individuale della persona destinataria, l'incertezza probabilistica e i possibili problemi etici, sociali, psicologici e legali/assicurativi.

La medicina predittiva costituisce, dunque, un'evoluzione principalmente in termini culturali, perché supera il dualismo tra persona ed ambiente, leggendo in una visione più integrata la malattia, non solo come il risultato di un'esposizione ad agenti patogeni o a fattori di rischio, ma anche come interazione tra fattori esogeni ed endogeni, ossia la predisposizione individuale, sia genetica che dovuta a fattori evolutivi.

Se dunque l'approccio teorico non può essere che condiviso, la sua traduzione pratica necessita di valutazioni più approfondite, a partire dagli strumenti effettivamente disponibili, dalla loro sostenibilità economica e gestione nella relazione con la persona.

Non sfugge infatti, come prima detto, che predire una maggior probabilità di incorrere in una patologia, quand'essa non può comunque essere prevenuta ma solo "attesa" e al più diagnosticata precocemente,

¹⁵ Ci si riferisce a quegli ambiti di assistenza/prevenzione nei quali l'attivazione del processo sanitario *evidence-based* è lasciata (anche all'interno di cornici contrattuali) al singolo professionista e nei quali non ci sia una definizione "a priori" del profilo di assistenza.

¹⁶ Tale caratteristica è necessaria de facto.

¹⁷ È l'applicazione del cosiddetto *principio di beneficenza*, per cui si deve agire per un reale ed effettivo bene della persona.

pone la persona in una condizione psicologica critica, con possibilità di generare squilibri o peggio di richiedere trattamenti invasivi o approcci particolarmente aggressivi.

Medicina predittiva

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	SOTTOBIETTIVI	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
Prevenire mortalità e morbosità mediante la valutazione del rischio individuale	Individuare, nell'ambito degli strumenti disponibili di medicina predittiva, le utilizzazioni in ambito di programmi di sanità pubblica	<p>Valutare le pratiche appropriate ed efficaci di medicina predittiva</p> <p>Promuovere uno studio di fattibilità economica ed organizzativa sul trasferimento dei principi e delle metodologie della medicina predittiva</p> <p>Promuovere la valutazione di impatto etico, sociale, medico-legale e assicurativo di una strategia di diffusione della medicina predittiva</p>	<p>Censire le attività di medicina predittiva in essere</p> <p>Estendere l'utilizzo della carta del rischio cardiovascolare</p> <p>Valutare l'appropriatezza delle attività di medicina predittiva già in essere</p> <p>Costruire percorsi di stratificazione e gestione del rischio dei tumori della mammella e del colon-retto</p>

3. La prevenzione universale

3.1 La prevenzione nella comunità

Guardare alla persona come centro dell'intervento di prevenzione, significa saperla leggere nel contesto in cui si trova, collocandola in una situazione dinamica di relazioni con le altre persone, ma anche con agenti biologici, chimici e fisici presenti nell'ambiente, e con le strutture abitative, ricreative, lavorative frequentate. Secondo una tale visione, la prevenzione non può dunque pensare a singoli interventi che riguardano la singola persona, ma deve mirare, nella strategia complessiva, a far sì che tutto quanto circonda e, in certa misura, compenetra la persona, possa concorrere al suo benessere.

Questo significa saper collocare ogni singola azione in un contesto complessivo, del quale si ha piena padronanza (attraverso gli indicatori epidemiologici), rispetto al quale si definiscono gli obiettivi (scegliendo le priorità verso cui indirizzare le risorse in base a criteri dichiarati) e nel quale si mettono in atto le azioni adeguate (sulla base delle evidenze di efficacia).

La prevenzione collettiva prevede, dunque, interventi finalizzati ad affrontare problematiche sanitarie di rilievo quali-quantitativo, con interventi rivolti sia alla persona (screening, vaccinazioni, educazione sanitaria, ...), sia agli ambienti di vita e di lavoro (controlli nel settore alimentare, delle acque potabili, prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, ...).

Per quel che riguarda la prevenzione universale, il PNP, salvaguardando i principi dell'integrazione, della contestualizzazione e dell'efficacia già ricordati, interverrà dunque nelle seguenti aree:

- L'area della sicurezza, finalizzata alla prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale, lavorativo e domestico;
- la prevenzione delle esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici, che comprende:
 - o le malattie suscettibili di vaccinazione e le infezioni correlate all'assistenza sanitaria;
 - o le malattie causate da alimenti e bevande;
 - o le malattie professionali ed in ambito lavorativo;
 - o le malattie correlate all'inquinamento;
- la prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari
- la prevenzione oncologica anche attraverso gli screening, trattata nel capitolo 4.

3.2. Area della Sicurezza

L'incidentalità, in ambito sia stradale sia lavorativo sia domestico, costituisce la principale causa di morte in età giovane adulta, come rilevabile anche nell'Atlante della mortalità prevenibile.

Altra peculiarità dei danni da incidenti e infortuni consiste nel fatto che, a differenza delle patologie cronicodegenerative, c'è sempre un nesso di causalità tra fattori ambientali/strutturali/comportamentali e l'effetto patologico.

Nelle diverse aree, il peso dei diversi fattori può variare (negli incidenti stradali sono prevalenti il comportamento alla guida, le condizioni del veicolo e delle strade, ecc), tuttavia, l'origine dell'evento è riconducibile ad una causa e ciò rende l'area della sicurezza un ambito nel quale le iniziative di prevenzione possono incidere sensibilmente nel modificare il fenomeno patologico.

Per tali premesse, in questo settore è possibile delineare obiettivi ed indicatori, di seguito sintetizzati.

a. Incidenti stradali

Costituiscono, ad oggi, l'area nella quale si verifica il numero maggiore di morti precoci e di invalidità in soggetti giovani. In coerenza con le indicazioni europee è, dunque, da perseguire una riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti, con particolare riguardo a quelli determinati da uso di sostanze stupefacenti e da uso di sostanze alcoliche, eccesso di velocità e di quelli dovuti a mancato utilizzo di protezioni passive (corretto uso di casco, cinture e utilizzo dei seggiolini per bambini).

La disponibilità di revisioni sistematiche sulle misure utilizzate per la riduzione degli incidenti stradali, può consentire alcune riflessioni sulle possibilità di intervento e sulla relativa efficacia:

- l'apposizione di telecamere in prossimità dei semafori e di rilevatori di velocità riducono gli incidenti gravi¹⁸;
- la visita oculista a tutti i guidatori oltre i 55 anni di età non sembra correlata ad un minor rischio di incidenti¹⁹;
- la formazione successiva all'acquisizione della patente di guida non sembra incidere sulla riduzione degli incidenti²⁰.

Gli interventi previsti dovranno rispondere ai seguenti requisiti:

- interventi in ambito scolastico, inseriti nei curriculum scolastici, evitando gli interventi di esperti direttamente nelle classi. Una riflessione dovrebbe essere fatta anche alla luce di recenti revisioni sistematiche sui corsi per il conseguimento del patentino per ciclomotori in ambito scolastico, che sembrano migliorare le performance degli studenti all'esame, ma non ridurre l'incidentalità provocata da tali soggetti²¹;
- campagne di comunicazione e interventi specifici, preventivamente valutati sulla base di valutazioni di efficacia;
- utilizzo/attivazione sistemi di sorveglianza per disporre di dati tempestivi e relativi alla popolazione di riferimento;
- collaborazione e coordinamento nella progettazione e realizzazione degli interventi con gli altri soggetti istituzionali competenti nella materia;
- Interventi normativi (adeguamento del codice della strada alle direttive europee).

Prevenzione eventi infortunistici stradali

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali, con particolare riguardo a quelli determinati da uso di sostanze stupefacenti, eccesso di velocità e di quelli dovuti a mancato utilizzo di protezioni passive (corretto uso di casco, cinture e utilizzo dei seggiolini per bambini).	-Interventi normativi (adeguamento del codice della strada alle direttive europee in merito a certificazioni e sanzioni) - Comunicazione - Elaborazione dei dati statistici disponibili con individuazione priorità e aree di possibile intervento	Gli interventi previsti debbono rispondere ai seguenti requisiti: - interventi in ambito scolastico: solo se inseriti nei curriculum scolastici - campagne di comunicazione e interventi specifici, preventivamente valutati sulla base di valutazioni di efficacia - utilizzo/attivazione sistemi di sorveglianza per disporre di dati tempestivi e riferiti alla popolazione di riferimento - collaborazione e coordinamento nella progettazione e realizzazione degli interventi con gli altri soggetti pubblici con compiti istituzionali nella materia

b. Infortuni sul lavoro

La prevenzione degli infortuni sul lavoro rientra tra le linee di intervento sociale promosse dall'Unione Europea; obiettivi d'impatto e guadagno per la salute e la sicurezza sul lavoro 2007 – 2012 sono stati altresì proposti dalla Commissione Europea al Parlamento, al Consiglio, al Comitato economico e sociale, e al Comitato delle Regioni [Bruxelles, 21/2/2007, COM (2007) definitivo].

Lo standard indicato a livello europeo è la riduzione del 25% del tasso complessivo d'incidenza degli infortuni sul lavoro, da raggiungere entro il 2012 nell'EU-27.

18 Red-light cameras for the prevention of road traffic crashes -www.cochrane.org/reviews/en/ab003862.html

19 Vision screening of older drivers for preventing road traffic injuries and fatalities- www.cochrane.org/reviews/en/ab006252.html

20 Post-licence driver education for the prevention of road traffic crashes

Ker K, Roberts IG, Collier T, Beyer FR, Bunn F, Frost C - <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003734.html>

21 School-based driver education for the prevention of traffic crashes

Roberts IG, Kwan I- <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003201.html>

Il perseguimento di tali obiettivi, pur se non indicanti le percentuali di riduzione, è stato previsto anche nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008; nel Patto per la tutela della salute e la prevenzione nei luoghi di lavoro sottoscritto dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 1/8/2007; nei Piani di Prevenzione Nazionali collegati al Piano Nazionale della Prevenzione conclusi nel 2009.

In tutti questi indirizzi e documenti programmatici viene posto l'obiettivo della concreta riduzione degli infortuni e delle malattie professionali nei luoghi di lavoro.

È, dunque, necessario che il presente PNP consideri in modo adeguato le azioni da porre in atto per l'obiettivo di mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio, in linea con quanto previsto a livello europeo e, in particolare:

- definizione ed attuazione di programmi di informazione, assistenza, formazione e controllo che prevedano una focalizzazione sulle aree di attività lavorativa a maggior rischio a partire da edilizia ed agricoltura; nei programmi sarà considerato anche il benessere complessivo dei lavoratori;
- promozione della attività dei comitati regionali di coordinamento (ex art. 7 D.Lgs 81/08) per lo sviluppo di programmi di prevenzione e controllo condivisi con parti sociali ed istituzioni preposte alla prevenzione dei rischi negli ambienti di lavoro;
- definizione di protocolli di intesa con il sistema prevenzione (DRL, INAIL, VVF, AG, ecc.) per l'attuazione di interventi basati sull'evidenza;
- studi di valutazione dell'efficacia delle inchieste infortuni e ipotesi di modifica delle procedure in atto, alla luce di un miglior utilizzo delle risorse umane del SSN.

Strumento indispensabile sarà la messa a regime del sistema informativo derivante dal progetto nazionale INAIL/ISPESL/Regioni (NFI + Inf. Mortali) e collaborazione alla realizzazione del SINP.

Prevenzione eventi infortunistici e patologie lavoro-correlate

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
<p>- Mantenimento dei trend di riduzione degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, nell'ottica della riduzione del 15% nel prossimo triennio, in linea con quanto previsto a livello europeo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione di protocolli di intesa con il sistema prevenzione (DRL, INAIL, VVF, AG, ecc.) per l'attuazione di interventi basati sull'evidenza - Studi di valutazione dell'efficacia delle inchieste infortuni e ipotesi di modifica - Messa a regime del sistema informativo derivante dal progetto nazionale INAIL ISPESL Regioni (NFI + Inf. Mortali) e collaborazione alla realizzazione del SINP . 	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione ed attuazione di programmi di informazione, assistenza, formazione e controllo che prevedono: - focalizzazione sulle aree di attività lavorativa a maggior rischio a partire da edilizia ed agricoltura - promozione della attività dei comitati regionali di coordinamento (ex art. 7 D.Lgs 81/08) per lo sviluppo di programmi di prevenzione e controllo condivisi con parti sociali ed istituzioni preposte alla prevenzione dei rischi negli ambienti di lavoro.
<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio - Contenimento dei rischi di patologie con particolare riguardo a tumori e patologie professionali 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizzo dei sistemi informativi per la valutazione dati e produzione dei report nazionali finalizzati alla redazione di programmi nazionali in comparti produttivi e a maggior rischio 	<p>Elaborazione di report regionali e programmi con eventuali interventi di prevenzione e monitoraggi delle esposizioni</p>

c. Incidenti in ambito domestico

Anche in tale settore si perseguiranno obiettivi di :

- Riduzione della mortalità da eventi traumatici, in particolare frattura di femore nella popolazione anziana (età > 65 aa);
- Riduzione dei ricoveri per eventi traumatici da caduta, ustioni e avvelenamenti nei bambini dagli 0 ai 4 anni;
- Integrazione dei diversi soggetti che agiscono sul target attraverso un approccio multifattoriale di promozione della salute;
- Riduzione dei rischi infortunistici nelle istituzioni sanitarie, con particolare riguardo alla popolazione anziana;
- Riduzione dei rischi ergonomici ed infortunistici nelle civili abitazioni, da sviluppare in particolare in collaborazione con gli Enti Locali.

Strumento di supporto sarà l'elaborazione dei dati di mortalità ISTAT e delle SDO per monitorare il fenomeno e sviluppo di ulteriori sistemi di sorveglianza (SINIACA).

Prevenzione eventi infortunistici in ambito domestico

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione della mortalità da eventi traumatici, in particolare frattura di femore nella popolazione anziana (età > 65 aa) - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborazione dei dati di mortalità ISTAT e delle SDO per monitorare il fenomeno e sviluppo di ulteriori sistemi di sorveglianza (SINIACA) - Interventi formativi e di comunicazione, da avviare in partenariato con enti, istituzioni, organizzazioni interessate - Monitoraggio dei modelli di intervento globale attivati dalle regioni mediante un approccio multifattoriale di promozione della salute 	<ul style="list-style-type: none"> - Promozione di interventi mirati ad incidere sui rischi infortunistici nelle istituzioni sanitarie, con particolare riguardo alla popolazione anziana - Promozione di interventi mirati ad incidere sui rischi ergonomici ed infortunistici nelle civili abitazioni, da sviluppare in particolare in collaborazione con gli Enti Locali- - Promozione di interventi che prevedano l'integrazione dei diversi soggetti che agiscono sul target attraverso un approccio multifattoriale di promozione della salute

3.3. Prevenzione delle esposizioni ad agenti chimici, fisici e biologici

a. Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione e delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria

L'epidemiologia delle malattie infettive è forse l'ambito nel quale si sono verificati i più rilevanti cambiamenti nel secolo scorso:

- la progressiva riduzione delle malattie con carattere epidemico, che cioè coinvolgono migliaia di persone: unici esempi rimasti sono costituiti da varicella e scarlattina, mentre morbillo, rosolia, parotite, grazie alle vaccinazioni, hanno visto ridursi incidenza e, conseguentemente, complicità;
- il mutare di alcune patologie infettive dal classico quadro acuto a situazioni cronicizzate: è il caso delle epatiti virali B e C, dell'AIDS e, almeno in parte, della Tuberculosis;
- l'interessamento, per molte malattie, di soggetti che si trovano in particolari condizioni di fragilità, ove quindi, oltre alla presenza dell'agente patogeno, è la situazione di salute che concorre al verificarsi della malattia; ne sono esempi la malattia tubercolare in soggetti stranieri soggiornanti in condizioni abitative precarie e le diarree da *clostridium difficile* che coinvolgono quasi esclusivamente anziani defedati;
- la maggior importanza, nelle modalità di trasmissione, dei comportamenti individuali; il contagio è sempre meno casuale e sempre più determinato dalla mancata adozione di misure di prevenzione che potrebbero evitare il contagio.

Tutto ciò richiede, da una parte, il mantenimento di una sorveglianza accurata, che trova nel sistema informativo delle malattie infettive il suo cardine, dall'altra, una modifica delle strategie di sanità pubblica.

Per quanto riguarda le malattie suscettibili di vaccinazione è necessario che sia data la giusta importanza alla valenza collettiva che hanno le campagne, ovvero che siano in grado di raggiungere l'eliminazione delle malattie: in questo caso i risultati raggiunti per la poliomielite e raggiungibili per morbillo, rosolia congenita ed epatite virale B dovranno essere mantenuti e perseguiti.

La percezione della popolazione potrebbe essere, infatti, che, alla scomparsa o sensibile riduzione di una malattia diffusiva, non sia più necessario il mantenimento delle coperture vaccinali.

Obiettivi del PNP e, conseguentemente, di eventuali ulteriori provvedimenti assunti, saranno dunque:

- raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione (poliomielite, difterite, epatite B, morbillo, rosolia congenita) o del significativo contenimento (tetano, pertosse, m.i. da *haemophilus* di tipo B);
- definire le strategie vaccinali per preparati non ancora inseriti nei LEA o per i quali sono disponibili nuove conoscenze (influenza, pneumococco 23-valente) o per cui devono essere acquisite ulteriori conoscenze (HPV);
- verificare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali, come strumento fondamentale per qualsivoglia politica vaccinale, e, ove non completata, valutarne gli ostacoli e le soluzioni;
- monitorare le coperture vaccinali nei confronti delle vaccinazioni incluse nei LEA e, ove non raggiunti gli obiettivi, definire quali strategie e soluzioni;
- Implementare la sorveglianza laboratoristica per la tipizzazione degli agenti causali delle malattie prevenibili con le vaccinazioni (es.: meningococco, pneumococco);
- migliorare l'accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi ad alto rischio;
- effettuare, per i vaccini non inclusi nei LEA, analisi che considerino: frequenza e severità della patologia, evidenza di efficacia dei preparati disponibili, disponibilità di strumenti di monitoraggio degli effetti avversi e del fenomeno del rimpiazzamento, valutazioni di impatto sulla malattia nei contesti regionali ove sono stati introdotti;
- progettare ed attuare programmi di informazione e comunicazione per il sostegno ai programmi vaccinali.

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
<ul style="list-style-type: none"> - Raggiungere e mantenere le coperture vaccinali nei confronti delle malattie per cui si è posto l'obiettivo dell'eliminazione (poliomielite, difterite, epatite B, morbillo, rosolia congenita) o del significativo contenimento (tetano, pertosse, m.i. da <i>haemophilus</i> di tipo B) - Definire le strategie vaccinali per preparati non ancora inseriti nei LEA o per i quali sono disponibili nuove conoscenze (influenza, pneumococco 23-valente) o per cui devono essere acquisite ulteriori conoscenze (HPV) 	<ul style="list-style-type: none"> - Effettuare, per i vaccini non inclusi nei LEA, analisi che considerino: frequenza e severità della patologia, evidenza di efficacia dei preparati disponibili, disponibilità di strumenti di monitoraggio degli effetti avversi e del fenomeno del rimpiazzamento, valutazioni di impatto sulla malattia nei contesti regionali ove sono stati introdotti - Progettazione ed attuazione di programmi di informazione e comunicazione per il sostegno ai programmi vaccinali 	<ul style="list-style-type: none"> - Verificare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali, come strumento fondamentale per qualsivoglia politica vaccinale, e, ove non completata valutarne gli ostacoli e le soluzioni; - Monitorare le coperture vaccinali nei confronti delle vaccinazioni incluse nei LEA e, ove non raggiunti gli obiettivi, definire quali strategie e soluzioni; - Implementare la sorveglianza laboratoristica per la tipizzazione degli agenti causali delle malattie prevenibili con le vaccinazioni (es.: meningococco, pneumococco) - Migliorare l'accessibilità alle vaccinazioni e la copertura per i gruppi ad alto rischio

Per quanto riguarda la prevenzione e il controllo delle patologie trasmissibili per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni, gli obiettivi saranno:

- 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;
- ridurre le infezioni correlate all'assistenza sanitaria, con particolare riguardo a quelle determinate da pratiche assistenziali condotte in modo scorretto (profilassi perioperatoria, cateterizzazione);
- ridurre la prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali;
- limitare il verificarsi di focolai autoctoni di patologie da importazione (Chikungunya, West Nile);
- adeguare le misure di controllo (isolamento, allontanamento scolastico, controlli per parassitosi) alle evidenze di efficacia e limitarne l'utilizzo alle patologie per cui è possibile evitare casi secondari;
- attivare iniziative di formazione e comunicazione nei confronti delle malattie sessualmente trasmesse, con preventiva valutazione delle evidenze di efficacia disponibili;
- prevedere protocolli di intervento per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria di dimostrata efficacia, valutandone l'effettiva applicazione e le ricadute epidemiologiche;
- prevedere protocolli di collaborazione medico-veterinaria per le zoonosi;
- prevedere sistemi integrati di sorveglianza atti a valutare patologie emergenti/da importazione, con particolare riguardo alle arbovirosi;
- adeguare il sistema informativo delle malattie infettive alla direttiva europea (inclusione delle patologie ivi previste, standardizzazione dei dati, classificazione secondo criteri europei)
- individuare, sulla base dei dati epidemiologici disponibili e della frequenza e gravità delle patologie, l'ordine di priorità, anche mettendo a punto modelli di lettura sintetici;
- definire modalità operative di intervento per le patologie ritenute maggiormente incidenti e per cui sono disponibili interventi di controllo (es. TB);

- individuare statistiche sanitarie correnti che forniscano, anche indirettamente, informazioni sulla circolazione degli agenti patogeni (SDO, sorveglianza di laboratorio);
- adeguare la normativa specifica per TB, Lebbra ed AIDS, includendo i benefici nel quadro complessivo dei LEA.

Prevenzione delle malattie infettive

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
<ul style="list-style-type: none"> - 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; - Ridurre le infezioni correlate all'assistenza sanitaria, con particolare riguardo a quelle determinate da pratiche assistenziali condotte in modo scorretto (profilassi perioperatoria, cateterizzazione) - Ridurre la prevalenza delle zoonosi nelle popolazioni animali - Limitare il verificarsi di focolai autoctoni di patologie da importazione (Chikungunya, West Nile) 	<ul style="list-style-type: none"> - Adeguare il sistema informativo delle malattie infettive alla direttiva europea (inclusione delle patologie ivi previste, standardizzazione dei dati, classificazione secondo criteri europei) - Individuare sulla base dei dati epidemiologici disponibili e della frequenza e gravità delle patologie l'ordine di priorità, anche mettendo a punto modelli di lettura sintetici; - Definire modalità operative di intervento per le patologie ritenute maggiormente incidenti e per cui sono disponibili interventi di controllo (es.TB); - Individuare statistiche sanitarie correnti che forniscano, anche indirettamente, informazioni sulla circolazione degli agenti patogeni (SDO, sorveglianza di laboratorio) - Adeguare la normativa specifica per TB, Lebbra ed AIDS, includendo i benefici nel quadro complessivo dei LEA 	<ul style="list-style-type: none"> - Adeguare le misure di controllo (isolamento, allontanamento scolastico, controlli per parassitosi) alle evidenze di efficacia e limitarne l'utilizzo alle patologie per cui è possibile evitare casi secondari - Attivare iniziative di formazione e comunicazione nei confronti delle malattie sessualmente trasmesse, con preventiva valutazione delle evidenze di efficacia disponibili; - Prevedere protocolli di intervento per la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria di dimostrata efficacia, valutandone l'effettiva applicazione e le ricadute epidemiologiche - Prevedere protocolli di collaborazione medico-veterinaria per le zoonosi - Prevedere sistemi integrati di sorveglianza atti a valutare patologie emergenti/da importazione, con particolare riguardo alle arbovirosi

b. Prevenzione patologie da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici

Le patologie da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici richiedono interventi che riguardano solo in parte le persone in modo diretto, perché passano attraverso azioni di vigilanza e controllo su ambienti e strutture.

In tale ambito, tradizionalmente denominato vigilanza e controllo, il raggiungimento dell'obiettivo di tutela della salute si fonda sulla osservanza di requisiti di legge e/o autorizzativi, sulla definizione dei rischi e sulla individuazione delle misure che ne possono limitare gli effetti.

Nella situazione attuale, ove le norme di legge hanno consentito di raggiungere un buon livello dei requisiti igienico-sanitari e di sicurezza di imprese e strutture produttive e di servizio, potrebbe apparire superata la necessità di interventi ispettivi e di controllo: se ciò avvenisse, tuttavia, il rischio di un arretramento sarebbe reale.

Per tale motivo, è necessario che il PNP consideri e preli particolare attenzione a quegli interventi che pur riguardando indirettamente le persone, agiscono sugli ambienti di vita (abitazioni, scuole, strutture sanitarie e socio-sanitarie, strutture ricreative ed alberghiere, ristorazione collettiva...) e di lavoro (imprese produttive e di servizio), promuovendone igienicità, salubrità qualità, con un impatto diretto sulla salute.

La vigilanza ed il controllo, però, non possono più essere condotte secondo canoni praticati quando la realtà abitativa e produttiva era completamente diversa e, dunque, fermo restando che il compito di definire requisiti, rischi e misure di controllo è svolto dalla ricerca scientifica e dalla attività legislativa e normativa, è necessario che si aumenti l'efficacia dei controlli.

Innanzitutto spostando l'attenzione dalla fase precedente all'avvio delle attività, come è stato finora, a quella di esercizio e prestando attenzione a due livelli:

- la verifica del rispetto dei requisiti quali precondizioni per la tutela della salute e dell'ambiente (verifica di conformità): attiene a questo livello l'attività di controllo condotta dalle ASL su imprese, strutture sanitarie e socio-sanitarie, abitazioni e strutture di vita collettive, e le ispezioni di ARPA in relazione alla normativa ambientale regionale, nazionale ed europea. In tali casi il controllo ha il significato di verificare, non preliminarmente, ma quando l'attività è in esercizio, il rispetto dei requisiti strutturali e funzionali e l'efficacia delle procedure di autocontrollo adottate dagli operatori: se cioè il responsabile attui tutte le misure necessarie al fine di prevenire, ridurre o evitare i possibili danni, derivanti dai rischi connessi ad ogni attività;

- il monitoraggio degli effettivi risultati in termini di protezione della salute: in questo senso vanno le indagini che si svolgono in caso di sospetto o al verificarsi di eventi "sentinella", ossia danni all'ambiente e alla salute, individuale e collettiva, che, in attuazione di tutte le misure preventive, non avrebbero dovuto verificarsi. Si tratta ad esempio di contaminazioni ambientali, intossicazioni da alimenti, infezioni contratte in ambiente ospedaliero o in comunità vaccinate, incidenti sul lavoro, decessi o danni gravi conseguenti a cure mediche o farmaci, intossicazioni conseguenti a sostanze inquinanti o clima. I controlli, in tal caso, hanno una duplice finalità: o conoscere la dinamica dell'evento, per ravvisare non conformità e relative responsabilità, o evidenziare fattori scatenanti non considerati nella definizione dei requisiti (che vanno quindi rimodulati) o, infine, per individuare le azioni di mitigazione.

Poiché l'attività di controllo non può riguardare, in modo continuo e ravvicinato, l'intero universo delle possibili fonti di rischio, è necessario porsi delle finalità precise e, di conseguenza, dei criteri che improntino la programmazione e realizzazione dell'attività di controllo individuando priorità di intervento modulate in base al livello del rischio.

In questo senso, il controllo comporta un effetto deterrente sul comparto o settore di interesse (interventi che individuino e conseguentemente sanzionino in modo adeguato le irregolarità fungono da stimolo ai diversi imprenditori ad adeguarsi alle regole) e concorre alla individuazione delle cause ricorrenti che generano effetti negativi, in modo che si possa incidere sulla ridefinizione di requisiti e vincoli.

Se l'attività di controllo deve perseguire la finalità di un miglioramento complessivo del sistema, la programmazione ne è strumento indispensabile.

Infatti l'attività di controllo non deve scaturire dalla risposta all'evento occasionale, a maggior impatto mediatico, o ad una attività di routine del tutto avulsa dalle effettive esigenze del territorio, ma deve rispondere alle indicazioni di priorità che derivano dalla valutazione del rischio e , privilegiando il lavoro per obiettivi, consentire un corretto utilizzo delle risorse.

La programmazione al livello locale deve basarsi sui seguenti elementi:

- l'analisi approfondita del contesto in cui ci si trova ad agire, in termini epidemiologici, organizzativi, sociali economici e culturali nonché la conoscenza della realtà soggetta a controllo mediante la realizzazione e aggiornamento continuo di anagrafi e banche dati;
- la definizione di obiettivi sostanziali, di tutela della salute e di sicurezza, discendenti dall'analisi di contesto, che consegue anche da una valutazione dei risultati dei controlli già effettuati;
- la definizione di priorità, che devono essere elaborate non nell'ottica del singolo Servizio o Distretto ma quantomeno nell'ottica dipartimentale e, in prospettiva, aziendale; la programmazione non potrà essere la somma dei programmi di ciascun Servizio o Dipartimento, ma prevedere complessivamente l'insieme delle esigenze, degli interventi necessari, delle risorse umane, delle risorse strumentali.

Nel percorso programmatico, dunque, l'analisi normativa si porrà, a differenza che nel passato, a posteriori; una volta definiti gli obiettivi (basati sulla ricognizione delle attività/strutture a maggior rischio per la salute e per l'ambiente), le scelte ed i criteri di priorità sottesi, tenuto conto delle risorse disponibili, si verificherà quali dei programmi previsti concordino con le disposizioni di legge, quali siano aggiuntivi e in quali casi siano adottabili misure, a livello regionale, per l'aggiornamento normativo.

Dunque il processo programmatico si inverte: le scelte non sono più dettate dal criterio "prima ciò che è previsto dalla legge" e poi il resto nel tempo che eventualmente rimane, ma "prima ciò che è necessario ed efficace". La definizione delle priorità nelle attività di vigilanza, ispezione e controllo richiede l'adozione di metodologie che consentano di effettuare una valutazione di impatto sulla salute e sull'ambiente delle diverse attività economiche e, conseguentemente, una graduazione dei livelli di rischio, da cui derivare finalità, tipologie, frequenze dei controlli.

Si ritiene che la categorizzazione delle attività soggette a controllo, in base al livello di rischio, debba consistere, da una parte, nel sistematizzare l'analisi del livello di rischio in base a parametri e metodi standardizzati da definire ed applicare su base regionale, dall'altra, nel condurre valutazioni che guardino complessivamente l'impatto e analizzino il rischio connesso ad una determinata attività o struttura, relativo a tutti i soggetti coinvolti nell'eventuale danno.

Il processo di programmazione ed attuazione degli interventi di vigilanza, ispezione e controllo richiede un costante ed approfondito monitoraggio, affinché se ne possa valutare l'efficacia ed apportare, di conseguenza, modifiche ed integrazione alla pianificazione degli anni successivi.

La verifica dei risultati ottenuti dall'attività di vigilanza consente, inoltre, di trarre utili informazioni volte ad introdurre elementi di miglioramento nell'impostazione delle verifiche stesse o, ancora, a ridefinire requisiti e standard di qualità, traducendoli in strumenti normativi o linee guida.

L'attività di verifica si pone su due piani principali: da una parte un esame delle attività di vigilanza, ispezione e controllo svolte, in termini quali-quantitativi; dall'altra un approfondimento sui risultati conseguiti, sia in termini di riduzione/contenimento del rischio sia di indagine sulle dinamiche che sono all'origine del danno e, quindi, degli strumenti più idonei a contenerli.

Il primo esame è volto soprattutto a valutare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse, l'adeguatezza nella loro allocazione, le necessità di riqualificazione o di introdurre differenti modelli organizzativi.

La valutazione di efficacia richiama, invece, la metodologia dell'Evidence Based Prevention, o meglio, la tensione a mettere in campo strumenti perché le azioni della sanità pubblica siano sottoposte a verifica, anche quando i risultati perseguiti presentano un periodo medio-lungo per poter essere osservati.

Pertanto, alla luce di quanto suesposto, gli obiettivi da perseguire saranno:

- riduzione di incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici, con particolare riguardo alle patologie e tumori professionali;
- contenimento entro i limiti previsti degli inquinanti da emissioni e scarichi degli insediamenti produttivi;
- riduzione delle fonti di inquinamento indoor, con particolare riguardo a radon e amianto;
- programmazione degli interventi di controllo nelle attività dei diversi settori economici sulla base di criteri di graduazione del rischio, per frequenza e gravità degli eventi patologici in lavoratori e popolazione;
- attivazione di coordinamento e sinergie tra parti sociali ed Istituzioni ed Enti preposti alla prevenzione dei rischi negli ambienti di lavoro, anche al fine di implementare le buone prassi ed i relativi sistemi premianti;
- attivazione di coordinamento e sinergie con ARPA, Province e Comuni al fine di concorrere alla tutela della salute per esposizioni a rischi ambientali;
- verifica dei sistemi di rilevazione delle malattie professionali, con individuazione di strumenti e misure per ridurre il fenomeno della sottonotifica;
- studio e ricerca sui fattori di rischio negli ambienti di vita confinati;
- studio e ricerca sull'efficacia delle attività di vigilanza;
- studio e ricerca sull'impatto sui dati epidemiologici dei provvedimenti legislativi in tema di responsabilità del datore di lavoro, con particolare riguardo all'attività dei medici competenti e responsabile sicurezza prevenzione e protezione;
- definizione di linee strategiche atte a tutelare dall'esposizione di inquinanti ambientali (inquinamento atmosferico, rifiuti, radon, fibre artificiali e fibre di amianto, pollini aerodispersi);
- implementazione e supporto Regolamento REACH, con:

- o realizzazione della rete nazionale per la sorveglianza e il controllo, improntata a criteri di efficacia;
 - o organizzazione della rete laboratoristica interregionale a supporto delle attività di sorveglianza e controllo;
 - o definizione dei contenuti delle attività informative da delineare in relazione alle esigenze regionali;
 - o definizione dei Piani nazionali di campionamento sulla base di criteri di graduazione del rischio e di efficienza dei vari laboratori coinvolti;
- revisione dei flussi e debiti informativi richiesti alle Regioni sull'attività svolta dai Servizi e loro omogeneizzazione e standardizzazione.

Prevenzione dell'esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
<p>- Riduzione di incidenza delle patologie da esposizione ad agenti chimico-fisici e biologici (allergeni, muffe, pollini), con particolare attenzione alla salute dei bambini</p> <p>Contenimento entro i limiti previsti degli inquinanti da emissioni e scarichi degli insediamenti produttivi</p> <p>- Riduzione delle fonti di inquinamento indoor, con particolare riguardo a radon e amianto e fumo passivo</p>	<p>- Verifica dei sistemi di rilevazione delle malattie professionali, con individuazione di strumenti e misure per ridurre il fenomeno della sottotifica</p> <p>- Studio e ricerca sui fattori di rischio negli ambienti di vita confinati</p> <p>- Studio e ricerca sull'efficacia delle attività di vigilanza</p> <p>- Studio e ricerca sull'impatto sui dati epidemiologici dei provvedimenti legislativi in tema di responsabilità del datore di lavoro, con particolare riguardo all'attività dei medici competenti e responsabile sicurezza prevenzione e protezione</p> <p>- Definizione di linee strategiche atte a tutelare dall'esposizione di inquinanti ambientali (inquinamento atmosferico, rifiuti, radon, fibre artificiali e fibre di amianto, pollini e allergeni aerodispersi)</p> <p>- Definizione di linee strategiche atte a migliorare i requisiti igienici di qualità dell'aria indoor, in particolare nelle scuole e negli altri ambienti frequentati dai bambini</p> <p>- Implementazione e supporto Regolamento REACH:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione della rete nazionale per la sorveglianza e il controllo, improntata a criteri di efficacia - Organizzazione della rete laboratoristica interregionale a supporto delle attività di sorveglianza e controllo - Definizione dei contenuti delle attività informative da delineare in relazione alle esigenze regionali <p>- Definizione dei Piani nazionali di campionamento sulla base di criteri di graduazione del rischio e di efficienza dei vari laboratori coinvolti</p> <p>- Revisione dei flussi e debiti informativi richiesti alle Regioni sull'attività svolta dai Servizi e loro omogeneizzazione e standardizzazione</p>	<p>- Programmazione degli interventi di controllo nelle attività dei diversi settori economici sulla base di criteri di graduazione del rischio, per frequenza e gravità degli eventi patologici in lavoratori e popolazione</p> <p>- Attivazione di coordinamento e sinergie tra parti sociali ed Istituzioni ed Enti preposti alla prevenzione dei rischi negli ambienti di lavoro, anche al fine di implementare le buone prassi ed i relativi sistemi premianti</p> <p>- Attivazione di coordinamento e sinergie con ARPA, Province e Comuni al fine di concorrere alla tutela della salute per esposizioni a rischi ambientali</p>

c. Prevenzione delle malattie determinate da alimenti

Con riguardo alla prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano, gli obiettivi sono sintetizzabili in :

- controllo e contenimento delle infezioni o intossicazioni chimico-fisiche determinate da alimenti;
- programmazione degli interventi di controllo nelle attività del settore alimentare sulla base di criteri di graduazione del rischio, per frequenza e gravità degli eventi patologici nella popolazione esposta;
- effettuazione di interventi di controllo che rispondano ai criteri previsti dalla normativa per gli organi del controllo ufficiale;
- sperimentazione di modelli di gestione della sicurezza degli alimenti appropriati per le imprese di piccola entità;
- sperimentazione dell'applicazione di modelli di audit sui servizi di controllo ufficiale;
- effettuazione di controlli improntati alla verifica:
 - o dello stato di applicazione dei principi di autocontrollo e di responsabilità degli operatori del settore alimentare;
 - o dell'attuazione del controllo interno da parte dei gestori dei servizi idrici;
- promozione dell'integrazione tra i vari soggetti che intervengono;
- studio e ricerca sull'efficacia delle attività di controllo ufficiale, con particolare riguardo agli audit e ai sistemi di allerta;
- studio e ricerca sull'impatto sui dati epidemiologici dei provvedimenti legislativi in tema di responsabilità degli operatori del settore alimentare e dei gestori dei servizi idrici;
- definizione dei Piani nazionali di campionamento sulla base di criteri di graduazione del rischio e di efficienza dei vari laboratori coinvolti;
- revisione dei flussi e debiti informativi richiesti alle Regioni sull'attività svolta dai Servizi e loro omogeneizzazione e standardizzazione;
- adeguamento della normativa specifica per celiachia, includendo i benefici nel quadro complessivo dei LEA.

Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
- Controllo e contenimento delle infezioni o intossicazioni chimico-fisiche determinate da alimenti	- Studio e ricerca sull'efficacia delle attività di controllo ufficiale, con particolare riguardo agli audit e ai sistemi di allerta - Studio e ricerca sull'impatto sui dati epidemiologici dei provvedimenti legislativi in tema di responsabilità degli operatori del settore alimentare e dei gestori dei servizi idrici - Definizione dei Piani nazionali di campionamento sulla base di criteri di graduazione del rischio e di efficienza dei vari laboratori coinvolti - Revisione dei flussi e debiti informativi richiesti alle Regioni sull'attività svolta dai Servizi e loro omogeneizzazione e standardizzazione - Adeguamento della normativa specifica per celiachia, includendo i benefici nel quadro complessivo dei LEA	- Programmazione degli interventi di controllo nelle attività del settore alimentare sulla base di criteri di graduazione del rischio, per frequenza e gravità degli eventi patologici nella popolazione esposta - Effettuazione di interventi di controllo che rispondano ai criteri previsti dalla normativa per gli organi del controllo ufficiale; - Sperimentazione di modelli di gestione della s.a. appropriati per le imprese di piccola entità - Sperimentazione dell'applicazione di modelli di audit sui servizi di controllo ufficiale - Effettuazione di controlli improntati alla verifica: <ul style="list-style-type: none"> - dello stato di applicazione dei principi di autocontrollo e di responsabilità degli operatori del settore alimentare - dell'attuazione del controllo interno da parte dei gestori dei servizi idrici - Promozione dell'integrazione tra i vari soggetti che intervengono

3.4. Prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari.

Essendo, come si è detto, una notevole quota di fattori di rischio riconducibile al comportamento, appare chiaro che, nell'ambito degli interventi di promozione di stili di vita salutari, assumano una importanza strategica i programmi di comunicazione e formazione.

Grazie alla decennale esperienza di interventi soprattutto nel settore scolastico, molte sono le acquisizioni su principi e metodologie che debbono guidare la cosiddetta educazione sanitaria:

- Approccio globale e non per singoli determinanti: ancora una volta la persona va compresa nella sua interezza e dunque programmi e progetti dovrebbero avere un approccio multifattoriale, senza limitarsi a singoli aspetti;
- Sviluppo di competenze oltre che di conoscenze: l'informazione ("il fumo fa male") non è di per sé sufficiente a modificare l'agire della persona ("quindi non fumo");
- Integrazione nei percorsi formativi esistenti: ad esempio, la figura dello specialista che interviene direttamente sugli studenti non può garantire la stessa efficacia e continuità dell'insegnante e della traduzione nei curricula scolastici dei contenuti di salute;
- Intersectorialità: è indispensabile che più azioni intervengano su diversi ambiti, producendo messaggi uniformi e tali da indurre e facilitare l'adozione di scelte salutari.

Anche relativamente agli interventi comunicativi/formativi, è necessaria la valutazione di efficacia affinché la programmazione di tali interventi segua l'individuazione delle priorità e la scelta degli strumenti che abbiano dato maggior prova di successo. Nell'ambito della definizione delle priorità occorre quindi poter disporre di dati epidemiologici di sorveglianza, oltre che della patologia, anche dei comportamenti, stili di vita, utilizzo delle misure di prevenzione. In tal senso tra gli obiettivi e gli strumenti del PNP sono:

- Realizzare la sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute, favorendo l'implementazione di sistemi di sorveglianza su comportamenti e stili di vita (quali PASSI, PASSI d'argento, OKkio alla salute, HBSC) coordinati e raccordati con gli altri sistemi informativi
- Realizzare la sorveglianza di popolazione attraverso i sistemi e le indagini sopra riportati, coerentemente con le indicazioni nazionali
- Produrre e rendere disponibili in maniera integrata le basi dati
- Realizzare, comunicare e diffondere i profili di salute
- Analizzare i bisogni e rischi di salute della popolazione, definire e riadeguare le priorità, gli obiettivi ed i relativi interventi sanitari, ambientali e sociali, valutare l'impatto sulla salute degli interventi realizzati
- Individuare, promuovere e diffondere le pratiche e le attività di prevenzione di provata efficacia
- Favorire il processo di eliminazione delle pratiche inefficaci o dannose (certificati sanitari, idoneità, autorizzazioni inutili o non più adeguati alla attuale situazione epidemiologica)
- Migliorare e consolidare le attività di comunicazione dei risultati raggiunti
- Rendere fruibili network che favoriscano e sostengano lo sviluppo del PNP, anche in termini di formazione.

Sorveglianza e monitoraggio

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	SOTTOBIETTIVI	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
Sorveglianza di patologie, determinanti e rischi per la salute	Promuovere le pratiche di provata efficacia Implementare di sistemi di sorveglianza Realizzare profili di salute	Rendere fruibili network che favoriscano e sostengano lo sviluppo del PNP, anche in termini di formazione Individuare e diffondere le attività di prevenzione di dimostrata efficacia/Favorire il processo di eliminazione delle pratiche inefficaci o dannose (certificati sanitari, idoneità, autorizzazioni	Rendere fruibili network regionali che favoriscano e sostengano lo sviluppo del PNP, anche in termini di formazione Produrre e rendere disponibili in maniera integrata basi dati Analizzare i bisogni e rischi

		<p>inutili o non più adeguati alla attuale situazione epidemiologica)</p> <p>Favorire l'implementazione di PASSI, PASSI d'argento e OKkio alla salute ed il loro raccordo con gli altri sistemi informativi</p> <p>Comunicare e diffondere i dati derivanti dai profili di salute</p>	<p>della popolazione, definire e riadeguare le priorità, gli obiettivi ed i relativi interventi sanitari, ambientali e sociali, valutare l'impatto sulla salute degli interventi realizzati</p> <p>Realizzare la sorveglianza di popolazione (OKkio, PASSI e coerentemente con le indicazioni nazionali</p> <p>Migliorare e consolidare le attività di comunicazione dei risultati raggiunti</p>
--	--	---	--

Le azioni di promozione della salute, e in specifico di educazione, comunicazione e formazione, saranno ugualmente improntate ai seguenti obiettivi e strumenti:

- Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10% (da valutare con stime campionarie); le linee strategiche e di supporto per il raggiungimento di questo obiettivo prevedono, in particolare:
 - o partnership e alleanze con la scuola, finalizzate al sostegno di interventi educativi, all'interno delle attività didattiche e curricolari, orientate all'*empowerment* individuale e di comunità;
 - o programmi volti all'incremento del consumo di frutta e verdura nella popolazione in generale (da valutare con l'aiuto di dati di commercializzazione);
 - o programmi di promozione dell'allattamento al seno;
 - o programmi per il miglioramento e il controllo della qualità nutrizionale dei menù delle mense scolastiche ed aziendali.
- Incremento dell'attività motoria, con particolare riguardo alla popolazione giovane-adulta (da valutare con dati ISTAT e con dati derivanti da sistemi di sorveglianza specifica, quali PASSI, OKkio alla salute, HBSC); le linee strategiche e di supporto per il raggiungimento di questo obiettivo prevedono, in particolare:
 - o programmi di promozione e facilitazione dell'attività motoria con interventi intersettoriali e multidisciplinari, sostenibili e basati sull'evidenza scientifica e sulle migliori pratiche, da ritagliare su target specifici di popolazione (bambini, adolescenti, adulti, ecc.).

Entrambi questi obiettivi potranno essere raggiunti attivando azioni di supporto alle linee strategiche, che si avvalgano di programmi di ricerca per la valutazione dell'efficacia degli interventi adottati, la valorizzazione e la promozione di migliori o buone pratiche. Potranno essere stipulati accordi con associazioni di categoria e/o accordi intersettoriali di tipo politico organizzativo. Si può prevedere la messa a punto di sistemi informativi integrati sui dati di comportamento della popolazione target, per realizzare interventi di educazione e campagne informative/formative con metodi di provata efficacia. Si dovrà prevedere un sistema di follow-up per il monitoraggio e la valutazione dei programmi.

- 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), da valutare con dati ISTAT, ISS e con sistemi di sorveglianza specifica
- Riduzione della percentuale di fumatori abituali, con particolare riguardo alle fumatrici e a soggetti in età giovane-adulta (da valutare con dati ISTAT e con sistemi di sorveglianza specifica)
- Prevenzione delle patologie da carenza iodica
- Recepimento delle linee strategiche del Piano Nazionale Alcol e Salute (già approvate con accordo Stato-Regioni del 29 marzo 2007)
- Attivazione di programmi scolastici di prevenzione dell'iniziazione al fumo, in associazione con programmi di promozione di attività fisica e corretta alimentazione

- Stipula di accordi con Associazioni di categoria per la vendita e distribuzione responsabile delle bevande alcoliche
- Sviluppo di programmi di prevenzione dei disturbi da abuso di sostanze nelle scuole medie di primo e secondo grado, e nei luoghi di aggregazione giovanile formali e informali, mirati ad implementare la conoscenza delle dinamiche emotivo-relazionali e dei fattori di rischio personali e sociali nella fascia adolescenziale.
- Promozione di interventi, in collaborazione con le istituzioni scolastiche e con le agenzie educative, mirati a:
 - o conoscenza delle conseguenze a breve e lungo termine dei comportamenti di abuso;
 - o conoscenza dei fattori di rischio per i comportamenti di abuso.
- Implementazione di strategie per il riconoscimento e l'identificazione precoce dei casi a rischio e sottosoglia, con l'obiettivo di avviare il più precocemente possibile i soggetti interessati ai Servizi.

Prevenzione delle patologie e delle condizioni determinate da comportamenti e abitudini non salutari

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	LINEE SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
<ul style="list-style-type: none"> - Prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, con obiettivo di contenimento al di sotto del 10% (da valutare con stime campionarie) - Incremento dell'attività motoria, con particolare riguardo alla popolazione giovane-adulta (da valutare con dati ISTAT e con sistemi di sorveglianza specifica) 	<ul style="list-style-type: none"> - Attivazione di programmi di ricerca per la valutazione di efficacia degli interventi di promozione della salute - Valorizzazione e promozione delle migliori pratiche - Stipula di accordi con Associazioni di categoria - Stipula di accordi intersettoriali di carattere politico organizzativo (ad es: panificatori, urbanistica, trasporti...) - Messa a punto di sistemi informativi integrati sui dati di comportamento - Realizzazione di interventi di educazione e di campagne di informazione/formazione con metodologie di provata efficacia - Messa a punto di un sistema di follow-up per il monitoraggio e la valutazione dei programmi 	<ul style="list-style-type: none"> - Partnership/ alleanze con la scuola, finalizzate al sostegno di interventi educativi, all'interno delle attività curricolari, orientati all'<i>empowerment</i> individuale - Programmi volti all'incremento dei consumi di frutta e verdura nella popolazione generale (da valutare con i dati di commercializzazione) - Programmi di promozione dell'allattamento al seno - Programmi per il miglioramento e controllo della qualità nutrizionale dei menù delle mense scolastiche e/o aziendali - Programmi di promozione e facilitazione dell'attività motoria con interventi intersettoriali e multidisciplinari, sostenibili e basati sull'evidenza scientifica e sulle migliori pratiche, da ritagliare su target specifici di popolazione (bambini, adolescenti, anziani, ecc)

<ul style="list-style-type: none"> - Riduzione del 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), da valutare con dati ISTAT, ISS e con sistemi di sorveglianza specifica - Riduzione della percentuale di fumatori abituali, con particolare riguardo alle fumatrici e a soggetti in età giovane-adulta (da valutare con dati ISTAT e con sistemi di sorveglianza specifica) - Prevenzione delle patologie da carenza iodica 	<ul style="list-style-type: none"> - Stipula di accordi con Associazioni di categoria per la vendita e distribuzione responsabile delle bevande alcoliche - Attivazione di programmi di ricerca per la valutazione di efficacia degli interventi di promozione della salute - Messa a punto di sistemi informativi integrati sui dati di comportamento - Attivazione di programmi di ricerca per la valutazione di efficacia dei programmi di promozione della salute - Messa a punto di sistemi informativi integrati sui dati di comportamento 	
<p>Sviluppo di programmi di prevenzione dei disturbi da abuso di sostanze nelle scuole medie di primo e secondo grado, e nei luoghi di aggregazione giovanile formali e informali, mirati ad implementare la conoscenza delle dinamiche emotivo-relazionali e dei fattori di rischio personali e sociali nella fascia adolescenziale.</p>	<p>Realizzazione di progetti di ricerca/intervento basati su prove di efficacia</p> <p>Monitoraggio e valutazione dei programmi attivati con follow up a distanza.</p>	

4. La prevenzione nella popolazione a rischio

4.1 Prevenzione e individuazione del rischio

Come precedentemente indicato, la prevenzione guarda alla persona e alla comunità per promuoverne la salute – potenziando i determinanti positivi e riducendo quelli negativi-, per individuare precocemente fattori di rischio, e rimuoverli, per diagnosticare precocemente le patologie al fine di assicurare una migliore aspettativa di vita; per individuare percorsi assistenziali e riabilitativi adeguati.

Conseguentemente, l'articolazione del presente Piano, in prevenzione universale, prevenzione selettiva e prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia, presenta pregi e svantaggi. Da una parte, infatti, essa è molto utile per meglio inquadrare l'ordine dei problemi che i servizi del SSN si trovano a dover affrontare ma, dall'altra, porta in sé il rischio di una descrizione frammentata degli interventi dovuti che potrebbe – in qualche caso - far perdere di vista uno dei principali obiettivi da perseguire: la continuità della presa in carico.

Per tale motivo – in considerazione del fatto che scopo della prevenzione nella popolazione a rischio è quello di anticipare il più possibile la scoperta di uno stato morboso, ma quando questo si è rivelato dovrebbero intervenire, senza soluzione di continuità, le attività di prevenzione volte ad evitare le complicanze e le recidive di malattia – gli specifici target della prevenzione selettiva sono accorpati – ove opportuno – ai target propri delle attività di prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia.

In ogni caso, nello svolgimento delle attività di prevenzione tanto secondaria quanto, soprattutto, terziaria un ruolo fondamentale spetta a MMG e PLS. Infatti, per lo sviluppo ottimale della gestione integrata delle malattie croniche, appare fondamentale assicurare:

- il sostegno e il rafforzamento delle risorse del paziente e della sua famiglia che, se ben motivati ed istruiti, aderiscono meglio al trattamento e gestiscono autonomamente parti della cura;
- il supporto forte alle cure primarie, che consiste essenzialmente nella messa a punto di un piano di controlli e trattamenti, nonché nella verifica che il paziente effettui tali controlli e i trattamenti (case management);
- l'integrazione tra le diverse strutture assistenziali (strutture di assistenza primaria, ospedali, pronto soccorso, ecc), cui ci si riferisce anche con i termini di continuità assistenziale e integrazione tra ospedale e territorio;
- la valutazione dell'andamento della malattia e l'individuazione dei punti critici (disease management).

Tutto ciò sta a significare che nessun percorso di cura (ed è indifferente che si stia parlando di prevenzione delle complicanze del diabete, piuttosto che di prevenzione di recidive dell'infarto del miocardio, piuttosto che di riabilitazione dall'ictus, ecc.) è effettivamente realizzabile senza il coinvolgimento del MMG e del PLS. Occorre pertanto che CCM e Regioni coinvolgano le rappresentanze di MMG e PLS nel disegno dei percorsi di cura e che; poi, l'impegno di MMG e PLS nella realizzazione di detti percorsi risulti per chiaro nelle relative convenzioni di lavoro sia nazionali che regionali.

4.2 I tumori e gli screening

Nel 1975 lo IARC²² stimava 5,9 milioni di casi di cancro nel mondo. Tale numero è raddoppiato negli ultimi 30 anni e si prevede che tra 20 anni si arrivi a 25 milioni di casi. Benché il cancro non sia una malattia "nuova", è del tutto evidente che essa costituisce una priorità per tutti i Paesi ed ogni Paese dovrebbe stimarne il *burden* sulla base di dati locali per definire strategie di lotta e/o controllo adeguate²³. Tale circostanza segnala la necessità di estendere la rete dei registri tumori, anche sulla scia di quanto raccomandato recentemente dal Consiglio dell'Unione Europea e di quanto perseguito dal CCM.

Sempre secondo lo IARC, le principali sedi neoplastiche che si riscontrano nei Paesi occidentali (e, dunque, anche in Italia) sono:

²² World Health Organization: World Cancer Report, 2008.

²³ L'informazione epidemiologica è un punto dolente, considerato che, nel 2000, meno del 20% della popolazione mondiale era coperta da registri tumori. Non migliore è la situazione in Italia, dove è coperta solo un quarto della popolazione con un discreto gradiente geografico (Nord=36,8%; Centro=25,5%; Sud e Isole=16,5%).

➤ per *incidenza*:

- negli uomini: prostata, polmone, colonretto, vescica, stomaco.
- nella donna: mammella, colonretto, polmone, stomaco.

➤ per *mortalità*:

- negli uomini: polmone, colonretto, prostata e stomaco.
- nella donna: mammella, colonretto, stomaco.

L'impegno prioritario per il nostro Paese, all'interno di una strategia condivisa con la Comunità Europea²⁴, è di contrastare il *burden* del cancro mediante una strategia complessiva di prevenzione e controllo fondata su prove di efficacia. In altre parole, si tratta di proseguire nell'attuazione di programmi di screening di popolazione ma anche di promuovere una sistematica attività di diagnosi precoce evidence-based.

Proprio perché la patologia tumorale è frequente e qualitativamente importante per la popolazione, gli interventi di diagnosi precoce costituiscono una priorità.

Gli screening, non solo in campo oncologico, hanno appunto la peculiarità di riguardare patologie ad elevata frequenza (in caso contrario la probabilità di intercettare casi positivi sarebbe remota) ma richiedono un livello di adesione piuttosto elevato (altrimenti i casi, anche frequenti, non potrebbero essere individuati). Inoltre è necessario, evidentemente, disporre di test che abbiano una elevata sensibilità, per rilevare il numero più elevato di sospetti, ma che al contempo consentano, nella fase di approfondimento, una elevata specificità, per evitare sovratrattamenti.

Proprio per queste caratteristiche gli screening sono un esempio di prevenzione di comunità: infatti ad essere efficace non è il TEST di screening (che ciascuno potrebbe utilizzare individualmente) ma il PROGRAMMA di screening (che vede combinati analisi epidemiologiche, di efficacia, di qualità).

La scelta di attuare uno screening o meno è quindi caratteristicamente una scelta di sanità pubblica, al di fuori della quale il rischio della inappropriata è elevato.

Ciò posto:

- la *decisione* di implementare o meno uno screening è del SSN secondo precisi criteri;
- la *realizzazione* dello screening può seguire due modalità:
 - screening organizzato: il percorso viene pianificato e, soprattutto, le persone in fascia sono reclutate direttamente e individualmente;
 - screening spontaneo o opportunistico: la persona accede spontaneamente allo screening.

Esempio classico è costituito dallo screening mammografico, che è generalmente organizzato dalle ASL per le donne tra 50 e 69 aa, ma alla prestazione si può accedere spontaneamente anche tra i 45 e 49 aa.

Nella scelta dei programmi di screening da implementare occorre inoltre tenere conto dell'innovazione di dimostrata efficacia. Al riguardo, gli elementi innovativi più rilevanti acquisiti di recente sono:

- la possibilità di *differenziare classi di rischio* basate su caratteristiche cliniche e/o familiari e/o genetiche che richiedono lo sviluppo di programmi di screening specifici;
- la disponibilità di *nuove tecnologie*.

Infine, è opportuno ricordare il grande peso delle valutazioni etiche in questi campo, poiché la prevenzione secondaria coinvolge in effetti persone sane e non malate.

Gli ambiti di patologia preminenti per la prevenzione secondaria derivano dal rilievo epidemiologico, dalle indicazioni della Comunità Europea²⁵ e del Parlamento Italiano²⁶ nonché dal progredire delle conoscenze. È, dunque, identificata come prioritaria la diagnosi precoce dei tumori di mammella, cervice uterina, colonretto, polmone e prostata, con l'obiettivo generale di ridurre la mortalità causa-specifica e, laddove possibile, l'incidenza. Di seguito, per ciascuna di dette neoplasie, si enunciano gli elementi salienti che consentono di definire gli obiettivi di prevenzione secondaria elencati nella sottostante tabella.

Tumore della mammella

- nel periodo 1998-2002 tale patologia ha rappresentato il 24,9% del totale delle diagnosi e il 17,1% del totale dei decessi tumorali. Si stimano circa 38.000 nuovi casi/anno diagnosticati nel nostro Paese con incidenza in crescita, mentre la mortalità è in riduzione;

²⁴ COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION, Council Conclusions on reducing the burden of cancer, 2876th EMPLOYMENT, SOCIAL POLICY, HEALTH AND CONSUMER AFFAIRS Council meeting. Luxembourg, 10 June 2008.

²⁶ Legge 138/04.

- i tassi di incidenza sono abbastanza omogenei tra le varie aree italiane con i valori più bassi osservati, generalmente, nelle aree del Sud Italia. Una parte delle differenze può essere legata a una diversa diffusione dei programmi di screening mammografico;
- i dati nazionali ed internazionali hanno dimostrato l'efficacia dei programmi di prevenzione secondaria basati sulla sola mammografia (screening) nelle 50-69enni eseguita ogni 2 anni: nelle donne che vi partecipano è dimostrata una riduzione della mortalità che può arrivare fino al 50%;
- i programmi di screening presentano criticità: incompleta copertura del territorio; carenze di adesione; talvolta non rispondenza ai requisiti minimi di qualità; scarso rilievo del profilo di rischio della singola donna (es. rischio genetico/familiare). Inoltre è opinione condivisa (Documento di consenso GISMa 2006) che, ferma restando la priorità di assicurare la qualità e la continuità dello screening biennale nella fascia di età 50-69 anni, sia necessario prendere in considerazione l'estensione dello screening alle fasce di età 45-49 anni e 70-74.

Tumore della cervice uterina

- si stima che ogni anno in Italia siano diagnosticati circa 3.500 nuovi casi di carcinoma della cervice e che si registrino circa 1.100 morti per questo tipo di tumore;
- esistono molti programmi di screening organizzato a livello regionale. Questi programmi presentano criticità: incompleta copertura del territorio; carenze di adesione; talvolta non rispondenza ai requisiti minimi di qualità;
- sono disponibili due nuove tecnologie, da integrare nell'offerta preventiva: la vaccinazione anti HPV come prevenzione primaria e il test DNA-HPV per la prevenzione secondaria.

Tumore del colonretto

- si registra un aumento del tasso standardizzato di incidenza (passato - negli uomini - da 30,59 nel 1970 a 69,76 nel 2008 e - nelle donne - da 24,34 a 38,21) ma una progressiva riduzione della mortalità (passata - negli uomini - da 21,21 nel 1970 a 21,12 nel 2008 e - nelle donne - da 15,70 a 11,25);
- i programmi di screening di popolazione sono disomogeneamente attivati in Italia e sono basati quasi esclusivamente sull'uso del test immunochimico per la ricerca del sangue occulto fecale;
- sono disponibili nuove tecnologie per l'identificazione precoce delle lesioni.

Tumore del polmone

- nonostante l'efficacia della campagna anti-fumo e delle leggi messe in atto, è la prima causa di morte per tumore fra i maschi (27.545 decessi nel 2003) e la seconda fra le femmine (6.598). Per l'anno 2008, in Italia, sono stimati circa 25.000 nuovi casi tra gli uomini (0-84 anni) e circa 7.000 tra le donne (0-84 anni). Si è rilevata una tendenza alla riduzione sia dell'incidenza sia della mortalità nel sesso maschile, mentre è presente una crescita costante dell'incidenza nelle donne;
- solo il carcinoma diagnosticato quando non si è ancora realizzata la diffusione ai linfonodi regionali o a distanza ha possibilità consistenti di cura definitiva con resezione chirurgica o, in alcuni casi molto selezionati, con una radioterapia stereotassica, che appare un approccio promettente ed efficace;
- non essendo al momento disponibili evidenze certe, l'esecuzione della TC spirale in soggetti a rischio per cancro del polmone è da considerarsi metodica sperimentale e come tale da non applicare alla pratica quotidiana al di fuori di studi clinici;
- l'emergente campo della genomica e proteomica costituisce una promessa ai fini della diagnosi precoce di cancro del polmone;
- non vi è, al momento, alcuna evidenza di efficacia che permetta di definire protocolli e percorsi per chi si sottopone spontaneamente a screening e, quindi, tale pratica è da scoraggiare.

Tumore della prostata

- nel periodo 1998-2002 è stato il tumore più frequentemente diagnosticato nei maschi (dopo i tumori non melanomatosi della cute) con il 14,4% del totale delle diagnosi tumorali; in termini di mortalità è stato la seconda causa con l'8,1% del totale dei decessi neoplastici. Le stime per l'Italia indicano un totale di 23.518 nuovi casi diagnosticati ogni anno, mentre per quanto riguarda la mortalità nel 2002 si sono verificati 7.105 decessi;
- la diffusione dell'utilizzo del test dell'antigene prostatico specifico (PSA) nelle popolazioni, ha comportato un aumento della diagnosi (tassi raddoppiati nel giro degli ultimi 10 anni) mentre la mortalità mostra un lieve ma costante trend verso la riduzione;
- risultati sulla eventuale riduzione di mortalità specifica per interventi di screening di popolazione non sono ancora stati prodotti. I problemi maggiori per questo ipotetico screening derivano dall'esistenza di

una notevole quantità di sovradiagnosi e conseguentemente di sovratrattamento, da un lato, e, dall'altro, dalle complicanze del trattamento;

- in Italia il test del PSA è ampiamente diffuso nella popolazione generale anche in fasce di età e con frequenze del tutto inappropriate. I percorsi diagnostici che seguono al test del PSA vanno razionalizzati.

Conseguentemente, saranno obiettivi e strumenti del presente PNP:

- Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto (da valutare su dati dei Registri tumori)
- Potenziamento o miglioramento dei programmi di screening organizzati, per ca cervice, ca mammario, ca colonretto, che verifichino adesione e parametri di qualità
- Gestione del sistema informativo e di valutazione (tramite NSIS e l'Osservatorio nazionale screening)
- Supporto alla programmazione regionale (tramite l'Osservatorio nazionale screening)
- Integrazione basi dati nazionali (ISS, ISTAT-Multiscopo, ONS)
- Realizzazione dell'accreditamento per funzioni dei programmi organizzati di screening e definizione di criteri di accreditamento per i centri di approfondimento e terapia
- Estensione dei programmi di screening
- Promozione del coinvolgimento dei soggetti fragili che non aderiscono ai programmi di screening oncologici
- Definizione di percorsi articolati per rischio individuale (rischio per familiarità)
- Realizzazione di programmi di sorveglianza per casi di storia neoplastica
- Estensione dei Registri tumori e istituzione dei Registri tumori regionali
- Sostenibilità dei programmi di popolazione per lo screening del cancro di mammella, cervice uterina e colon retto
- Reingegnerizzazione dello screening opportunistico, valutazione dei dati sullo screening spontaneo e predisposizione di progetti che ne verifichino la qualità ed adeguatezza
- Contrasto alle inappropriatezze dello screening opportunistico o alternative non istituzionali
- Definizione di protocolli e percorsi per chi si sottopone spontaneamente a screening previsti su scala nazionale
- Contrasto al cancro del polmone, attivando un monitoraggio in continuo delle evidenze scientifiche emergenti per la definizione di interventi efficaci di prevenzione secondaria
- Innovazione screening cancro mammella mediante:
 - monitoraggio e valutazione in continuo delle evidenze scientifiche emergenti per l'utilizzo di innovazioni tecnologiche quali RM, CAD ed ecografia di complemento all'esame mammografico;
 - definizione di percorsi articolati per rischio individuale (familiarità ed ereditarietà, terapia ormonale sostitutiva);
- Innovazione screening cancro cervicale mediante:
 - sperimentazione dell'uso del test HPV DNA, per la sua introduzione come test primario, definendo anche strategie e protocolli di triage dopo test HPV e metodologie condivise per il controllo di qualità
 - valutazione pilota su macro-aree per la centralizzazione dei test HPV come test di screening primario e del test di triage ai fini del miglioramento della qualità e per il contenimento dei costi;
- Potenziamento e integrazione delle rete dei Registri tumori per la valutazione di efficacia dell'intervento di vaccinazione anti HPV
- Potenziamento ed integrazione tra archivi vaccinali e archivi screening per monitoraggio e programmazione delle attività
- Innovazione screening cancro colon rettale: sperimentazione/valutazione di nuove tecnologie [costo-efficacia della colonscopia virtuale e della colonscopia endoscopica come test di primo livello, valutazione test biomolecolari (DNA fecali)] ed effettuazione di esperienze pilota per la valutazione di strategie di screening con test immunologico su più campioni e per cut-off differenti.

Screening e prevenzione oncologica

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	SOTTOBIETTIVI	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
<p>- Riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto (da valutare su dati Registri tumori)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Potenziamento o miglioramento dei programmi di screening organizzati, per ca cervice, ca mammario, ca colonretto, che verifichino adesione e parametri di qualità 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gestione sistema informativo e di valutazione (tramite NSIS e l'Osservatorio nazionale screening) ➤ Supporto alla programmazione regionale (tramite l'Osservatorio nazionale screening) ➤ Integrazione base dati nazionali (ISS, ISTAT-Multiscopo, ONS) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizzazione dell'accREDITamento per funzioni dei programmi organizzati di screening ➤ Estensione dei programmi di screening ➤ Promozione del coinvolgimento dei soggetti fragili che non aderiscono ai programmi di screening oncologici
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Innovazione screening cancro cervicale 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avvio di sperimentazioni per l'utilizzo test HPV-DNA come test di screening primario ➤ Integrazione con i programmi di vaccinazione anti HPV
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Innovazione screening cancro coloretale 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coinvolgimento dei MMG ➤ Sperimentazione/valutazione di nuove tecnologie (costo-efficacia della colonscopia virtuale e della colonscopia endoscopica come test di primo livello) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definizione di percorsi articolati per rischio individuale (almeno rischio per età e rischio per familiarità) ➤ Effettuazione esperienze pilota round annuale con test per sangue occulto fecale ➤ Programmi di sorveglianza per casi di storia neoplastica

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Innovazione screening cancro mammella 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definizione di percorsi articolati per rischio individuale (almeno rischio per familiarità e seno denso) ➤ Estensione fasce di età ➤ Valutazione digitale e CAD
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estensione registri tumori 		Istituzione registri tumori regionali
- Rendere sostenibili i programmi di popolazione per lo screening del cancro di mammella, cervice uterina e colonretto	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reingegnerizzare lo screening opportunistico 	Valutazione dei dati sullo screening spontaneo e predisposizione di progetti che ne verifichino la qualità ed adeguatezza	<p>Contrastare lo screening opportunistico o alternative non istituzionali</p> <p>Definire protocolli e percorsi per chi si sottopone spontaneamente a screening</p>
- Contrastare il cancro al polmone	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definire interventi efficaci di prevenzione secondaria 	Coordinare attività di studio e sperimentali	Definire protocolli e percorsi per contrastare gli interventi inappropriati
- Contrastare il cancro alla prostata	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definire interventi efficaci di prevenzione secondaria 	Coordinare attività di studio e sperimentali	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Garantire la qualità dello screening spontaneo 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definire protocolli e percorsi per chi si sottopone spontaneamente a PSA ➤ Definire criteri di accreditamento per i centri di approfondimento e terapia
- Riduzione dei fattori di rischio connessi all'esposizione a cancerogeni	- Individuazione e riduzione delle fonti di rischio	<p>- Studi e ricerche sui cancerogeni, sull'esposizione e sul bioaccumulo</p> <p>- Miglioramento dei sistemi di sorveglianza della incidenza delle patologie neoplastiche, attraverso il consolidamento della rete dei registri tumori</p>	

4.3 Le malattie cardiovascolari

Sotto la definizione generale di malattie cardiovascolari rientrano tutte le patologie a carico del cuore e dei vasi sanguigni, e cioè: cardiomiopatie, cardiopatie congenite, ipertensione arteriosa sistemica, aritmie e tumori del cuore. Tra le forme più frequenti di tali patologie sono da annoverare le malattie ischemiche del cuore (tra cui l'infarto acuto del miocardio e l'angina pectoris) e le malattie cerebrovascolari (fra cui l'ictus ischemico ed emorragico). In particolare, per le dimensioni epidemiologiche e per l'impatto socio-economico, l'ictus rappresenta uno dei più importanti problemi sanitari nei paesi industrializzati²⁷, essendo responsabile del 10%-12% di tutti i decessi per anno e – rispetto ai sopravvissuti - costituendo la prima causa di invalidità permanente e la seconda causa di demenza²⁸.

Le malattie cardiovascolari rappresentano da anni uno dei più importanti problemi di sanità pubblica. Gli indicatori disponibili - mortalità, morbosità, invalidità, spesa farmaceutica – connotano la gravità dei danni di salute, sociali ed economici conseguenti a queste patologie e per darne evidenza è sufficiente sottolineare che in Italia la mortalità cardiovascolare rappresenta ancora la principale causa di morte, rendendo conto del 42% di tutti i decessi, con un contributo sostanziale della cardiopatia ischemica e degli accidenti cerebrovascolari (in particolare, infarto del miocardio e ictus). La valenza di questi dati è accentuata dalla considerazione che tali patologie o per lo meno la loro maggioranza sono – come nel capitolo precedente si è accennato – in larga parte prevenibili, avuto conto che molti dei fattori di rischio²⁹

²⁷ A validare quanto affermato nel punto 4.1 si può portare proprio l'esempio dell'ictus.

È stato dimostrato che una migliore organizzazione dell'assistenza può ridurre la quantità dei pazienti che muoiono o rimangono disabili. Questo risultato può essere conseguito organizzando un'assistenza dedicata, gestita da un gruppo multidisciplinare di operatori professionali esperti, e questa struttura è la "stroke care".

I pazienti ricoverati in reparti con *stroke care unit* rispetto a quelli ricoverati in reparti tradizionali sopravvivono di più (72% rispetto al 64%) e hanno una più alta probabilità di vivere in condizioni di autonomia (47% rispetto a 38%). Tutto ciò è ottenuto senza allungare in maniera significativa la degenza media che resta di circa 12 giorni per entrambi le tipologie di ricovero.

La *stroke care*, come definita nell'Accordo Stato-Regioni del febbraio 2005, è un'area di degenza dedicata dove è presente uno staff esperto, che ha effettuato un percorso formativo specifico. Essa offre assistenza ai pazienti con ictus nella fase acuta che si inseriscono nel percorso assistenziale dell'ictus costituendone la fase centrale ospedaliera che collega tra loro la fase pre-ospedaliera e la fase post-ospedaliera. Il documento del febbraio 2005 ne definisce in dettaglio i requisiti strutturali-organizzativi essenziali ed addizionali.

Peraltro, i dati di letteratura indicano che l'aumento dei costi in fase iniziale viene recuperato grazie a un significativo miglioramento degli esiti che può consentire, in fase di riabilitazione e assistenza estensiva, una riduzione dei costi diretti e indiretti, che di solito sono a carico dei pazienti e delle famiglie.

Più in generale, in considerazione dell'impatto che sotto molteplici aspetti il problema ictus determina, si ritiene che esso debba essere affrontato in tutte le sue varie componenti, dalla prevenzione al trattamento in acuzie, dal trattamento in post acuzie alla riabilitazione, fino alla presa in carico della disabilità residua e dei problemi ad essa correlati, con l'obiettivo di garantire la necessaria continuità assistenziale lungo tutto l'iter. Ciò nella consapevolezza che per poter incidere in maniera sostanziale sui problemi rilevanti di salute della popolazione, qual è per l'appunto l'ictus cerebrale, occorre promuovere un approccio globale e, per molti versi innovativo, sotto l'aspetto clinico-organizzativo.

²⁸ Uno degli aspetti caratterizzanti dell'ictus cerebrale è quello di essere una patologia fortemente età-correlata: passando, infatti, dalla quarta all'ottava decade di vita, l'incidenza della malattia aumenta di circa 100 volte. Questo rapporto con l'età fa comprendere come il "peso" attribuibile alle malattie cerebrovascolari, nel nostro Paese, sia destinato ad aumentare nel tempo.

Più in dettaglio: ogni anno in Italia si verificano circa 250.000 ricoveri per ictus, l'80 % dei quali rappresenta nuovi casi (circa 2,1 – 2,5 casi per 1.000 abitanti); di questi, 164.000 rappresentano il primo episodio di malattia in un anno; in assenza di misure in grado di ridurre l'incidenza, tali cifre sono destinate ad aumentare per effetto dell'andamento demografico, fino ad arrivare ai 199.000 casi di primo ictus e 278.000 incluse le recidive del 2020.

In tale contesto l'ictus cerebrale viene a rivestire primaria importanza sia per l'elevata incidenza della patologia sia per la complessità assistenziale, trattandosi di un evento acuto con mortalità tuttora elevata avente caratteristiche di emergenza medica spesso associata a co-patologia di rilievo, in quanto più frequente nella popolazione anziana.

Se notevole è l'assorbimento delle risorse nella fase acuta, ancor più rilevante risulta quello relativo alla disabilità residua. L'ictus, infatti, costituisce in assoluto la prima causa di invalidità con i conseguenti oneri relativi agli interventi riabilitativi, ospedalieri e domiciliari, socio assistenziali ed a quelli indiretti, difficilmente quantificabili, connessi alla perdita di produttività.

²⁹ Ad abundantiam: i principali fattori di rischio accertati sono legati a stili di vita non adeguati (fumo di tabacco, ridotta attività motoria, elevati livelli di colesterolemia e di pressione arteriosa in parte attribuibili ad una alimentazione non corretta). Evidenze scientifiche dimostrano che la riduzione dei livelli medi dei suddetti fattori riduce significativamente l'incidenza e la mortalità relative a queste patologie. La prevenzione primaria resta dunque l'arma più valida per combattere le malattie cardiovascolari e dovrebbe in gran parte coincidere con gli sforzi della collettività per l'adozione di stili di vita salutari.

Sebbene negli ultimi anni siano migliorati notevolmente i servizi diagnostici ed assistenziali in cardiologia, un gran numero di decessi e di infermità derivanti dalle malattie cardiovascolari potrebbe dunque essere evitato attraverso semplici accorgimenti e misure preventive. Pertanto, intervenire sui fattori di rischio prevenibili (attraverso iniziative di informazione, comunicazione efficace, sensibilizzazione alla percezione del rischio e promozione di stili di vita salutari) rappresenta uno strumento irrinunciabile per tutelare la salute della popolazione.

sono infatti modificabili e che, quando alcuni di essi coesistono, la loro azione diventa moltiplicativa o sinergica nel determinare il rischio di malattia.

Le linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica pubblicate nel 2007 a cura della task force congiunta della Società europea di cardiologia e di altre società scientifiche definiscono tre aree di intervento: una strategia di popolazione, una strategia per i soggetti ad alto rischio ed una strategia per la prevenzione secondaria (e terziaria). Queste strategie non sono mutuamente esclusive, ma sono necessarie e complementari l'una con l'altra: la strategia di popolazione ha l'obiettivo di spostare la distribuzione dei fattori di rischio verso livelli più favorevoli attraverso azioni dirette all'ambiente e allo stile di vita della popolazione; la strategia per gli alto rischio rappresenta un esempio di medicina predittiva³⁰ dal momento che valuta il rischio assoluto di malattia nel futuro e interviene a livello individuale per ritardare o evitare l'evento; la strategia di prevenzione secondaria (e terziaria), infine, si rivolge ai pazienti che hanno già un danno d'organo (o una malattia cardiovascolare in corso) per ritardare o evitare le ricadute. Fondamentalmente, dunque, scopi della prevenzione cardiovascolare sono quelli di rendere edotte le persone a rischio basso affinché, mediante l'adozione di uno stile di vita sano, permangano in questa condizione nel corso della vita. nonché di ridurre la mortalità e la morbosità dei soggetti con rischio assoluto elevato.

Posto che l'obiettivo è dunque la riduzione di incidenza e mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari, il contributo che la prevenzione può dare in questo settore assistenziale è, come già detto, di tipo metodologico. Il presente PNP persegue dunque i seguenti obiettivi:

- 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)
- 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)
- 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-terapeutico-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.

4.4 Il diabete

Il diabete, con le sue complicanze, rappresenta un problema sanitario per le persone di tutte le età e di tutte le razze, con un più grave coinvolgimento, peraltro, delle classi economicamente e socialmente svantaggiate. Nel 2003, fra le persone di età compresa tra 20 e 79 anni, si stimava una prevalenza mondiale del 5,1%, che si prevede aumenterà fino al 6,3% nel 2025, coinvolgendo 333 milioni di persone in tutto il mondo, con un incremento pari al 24%. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che nel 2005 il 2% del totale delle morti nel mondo vada attribuito al diabete (circa 1.125.000) e sottolinea, inoltre, che tale contributo alla mortalità generale è probabilmente sottostimato, dal momento che il decesso è di solito attribuito ad una delle complicanze (cardiopatía³¹, malattia renale, ecc.). La mortalità nelle persone con diabete è 1,9 volte quella dei non diabetici e per le donne il rapporto sale a 2,6. La mortalità prematura

³⁰ Come strumento per la valutazione e la gestione del rischio cardiovascolare assoluto, viene utilizzata la *carta del rischio*, che, sulla base di alcuni fattori di rischio facilmente misurabili (età, sesso, abitudine al fumo di sigarette, diabete, pressione arteriosa sistolica, colesterolemia), indica la probabilità di ammalare nei successivi anni. I limiti riconosciuti alla carta - ovvero la variabilità dei fattori di rischio nei vari Paesi europei (limite che per noi è superato in quanto la carta in uso in Italia è costruita con i dati della popolazione italiana), la variabilità dei fattori di rischio nel tempo così come l'individuazione di nuovi fattori di rischio - non sono visti dall'OMS come elemento negativo nell'applicabilità della carta. Infatti, questo strumento rappresenta un mezzo facile da usare, con un rapporto costo-beneficio accessibile e che appropriatamente diffuso ed usato, può raggiungere un ampio numero di persone fornendo un ottimo mezzo per l'individuazione degli individui ad alto rischio, l'approfondimento con esami specifici e l'applicazione di strategie di prevenzione su larga scala.

Le problematiche in parola devono pertanto essere tenute in considerazione non come limite per utilizzare tale strumento ma come stimolo a migliorarlo nell'ottica del progresso e dell'evoluzione della medicina.

³¹ Le malattie cardiovascolari, infatti, nei Paesi sviluppati causano fino al 65% di tutte le morti delle persone con diabete.

causata dal diabete si stima in circa 12-14 anni di vita perduta. L'OMS, nel 2001, stimava che, in tutto il mondo, il diabete fosse responsabile di circa 20 milioni di anni di vita "sana" perduti.

In Italia, nel 2008, l'ISTAT stima una prevalenza del diabete noto pari a 4,8% (5,2% nelle donne, 4,4% negli uomini). In base a questi dati si può stimare che nel nostro Paese ci siano circa 2,8 milioni di persone con diabete. La prevalenza è più bassa al Nord (3,9%) rispetto al Centro (5,3%) e al Sud Italia (5,8%). Indipendentemente dall'area geografica, la prevalenza aumenta con l'età, passando dal 2,9% nella classe di età 45-54 anni al 18,8% nelle persone con età superiore a 75 anni.

Le persone affette da diabete di tipo 2 presentano un rischio più elevato di complicanze macrovascolari (malattie cerebro e cardio-vascolari) rispetto alla popolazione non diabetica, come dimostrato anche dallo studio DAI (*Diainf AMD ISS*, 2005), studio multicentrico di coorte coordinato dall'ISS che si è posto come obiettivo principale quello di stimare il rischio di incorrere in complicanze quali infarto del miocardio, cardiopatia ischemica, ictus, by-pass aorto-coronarico, angioplastica, amputazioni, nei pazienti con diabete di tipo 2 afferenti ai servizi di diabetologia italiani.

A ulteriore conforto di quanto sostenuto nel punto 4.1, tali dati evidenziano la necessità di porre attenzione alle complicanze a lungo termine della patologia diabetica, principale fonte di riduzione di qualità e durata della vita per i pazienti e di aumento dei costi per il SSN. Per questo motivo, le complicanze del diabete sono state considerate tra le aree di intervento prioritarie dal passato PNP, che ha appunto previsto la realizzazione di progetti regionali basati su linee operative messe a punto dal CCM e finalizzati a prevenirne le complicanze tramite l'adozione di programmi di gestione integrata della patologia, sull'esempio del *disease management* e/o del *chronic care model*.

La diagnosi precoce, la gestione del paziente, l'offerta assistenziale del diabete richiedono dunque notevoli risorse, ma proprio perché si tratta di una patologia molto frequente è necessario che tutti i percorsi siano integrati ed organizzati nella rete del SSR, all'interno di ciascun contesto geografico.

Il contributo che la prevenzione può dare in questo settore assistenziale è di tipo metodologico. Il presente PNP persegue dunque i seguenti obiettivi:

- Individuare precocemente la malattia nella popolazione a rischio aumentato, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza (secondo l'indagine multiscopo ISTAT più del 50% della popolazione adulta controlla annualmente la glicemia, senza tuttavia una standardizzazione e probabilmente con un eccesso di prestazioni)
- 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
- 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
- Favorire l'implementazione di sistemi informativi e banche dati che facilitino la gestione e la valutazione dei programmi.

4.5 Le malattie respiratorie croniche

Le malattie respiratorie croniche rappresentano una vasta gamma di gravi condizioni patologiche che include l'asma, le riniti allergiche, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e la "sleep apnea sindrome". Nel loro insieme costituiscono un serio problema di salute pubblica, hanno importanti effetti negativi sulla qualità della vita e sulla disabilità dei pazienti, gravi e sottostimati effetti economici sulle famiglie, sulla comunità e sulla popolazione generale. In particolare, in Italia, le malattie respiratorie, dopo le malattie cardiovascolari e quelle neoplastiche, rappresentano la terza causa di morte e si prevede che, anche a causa dell'invecchiamento della popolazione, la prevalenza di tali patologie sia destinata ad aumentare.

Le patologie respiratorie insorgono a causa dell'azione di un insieme di fattori di rischio che si possono classificare in due grosse categorie: fattori di rischio individuali (genetici e legati alla familiarità) e fattori di rischio ambientali (fumo di sigaretta, esposizione professionale, inquinamento atmosferico outdoor e indoor, condizioni sociali, dieta, infezioni). La prevenzione, di cui si è già detto nel capitolo precedente, di questi fattori può avere un impatto significativo sulla morbosità e sulla mortalità.

Benché esistano efficaci misure preventive, le malattie respiratorie croniche sono sottodiagnosticate, sottotrattate ed insufficientemente prevenute. Approcci combinati, che interessino prevenzione e trattamento delle malattie respiratorie croniche, sono necessari in quanto queste patologie condividono molti fattori di rischio e richiedono risposte simili da parte dei Servizi sanitari. Al riguardo, il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ha riconosciuto l'impatto epidemiologico e sociale delle malattie respiratorie individuando nel campo della prevenzione le seguenti azioni prioritarie:

- attivazione di programmi intersettoriali di riduzione del rischio ambientale e professionale;
- interventi di informazione ed educazione sulla lotta ai principali agenti causali e sui comportamenti positivi per ridurre il rischio;
- informazione, comunicazione, promozione della diagnosi precoce, con il coinvolgimento nelle attività dei MMG;
- prevenzione e trattamento della disabilità.

La lotta alle malattie respiratorie si realizza quindi in primo luogo attraverso interventi finalizzati alla prevenzione sia primaria (come la lotta al fumo e la lotta agli inquinanti presenti negli ambienti di vita e di lavoro), sia secondaria. In questo ultimo campo, estremamente importante è la diagnosi precoce che nella maggior parte dei casi può essere eseguita con la spirometria (ad esempio nei soggetti fumatori) per individuare la patologia cronica in fase iniziale ed impedire la progressione della patologia respiratoria verso livelli di patologia più severi. Altrettanto rilevante – allorché si sia in presenza di uno stato morboso - è l'informazione a pazienti e familiari, che devono essere formati a conoscere le caratteristiche della malattia, a seguire/far seguire correttamente la terapia prescritta e a reagire prontamente in caso di riacutizzazione e, come ripetuto per altre patologie in precedenza, la continuità della presa in carico.

Posto che l'obiettivo è dunque la riduzione di incidenza e mortalità per malattie respiratorie, il contributo che la prevenzione può dare in questo settore assistenziale è, come già detto, di tipo metodologico. Il presente PNP persegue dunque i seguenti obiettivi:

- Individuare screening di popolazione per l'identificazione precoce di tali patologie, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza
- 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
- Definire percorsi diagnostico-terapeutico-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.

4.6 Le malattie osteo-articolari

Nel novero delle malattie osteo-articolari, l'artrite reumatoide si configura come una poliartrite infiammatoria cronica e progressiva a carico delle articolazioni sinoviali a patogenesi autoimmunitaria che colpisce di più le donne rispetto agli uomini (rapporto 3:1). Colpisce ogni età evolutiva, ma il picco di incidenza massimo è tra 35 e 50 anni (80% dei pazienti). Interessa l'1-2% della popolazione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica le malattie reumatiche come la prima causa di dolore e disabilità in Europa e ricorda che queste, da sole, rappresentano la metà delle malattie croniche che colpiscono la popolazione ultrasessantacinquenne.

In particolare, la qualità di vita delle persone affette da artrite reumatoide risulta generalmente bassa con valori di *utilità* all'intorno dello 0,5-0,6³². Nei confronti di tale malattia diventano importanti le attività di prevenzione secondaria e cioè di diagnosi precoce perché proprio nei primi mesi di malattia si osserva l'insorgenza di danni sostanziali ed irreversibili. Inoltre nei primi due anni di malattia successivi alla diagnosi, i danni risultano particolarmente severi. La compromissione delle articolazioni comporta una

³² Per valutare l'impatto di una patologia sullo stato di salute è possibile utilizzare come indicatore l'*utilità*, che esprime la preferenza per un determinato livello di qualità della vita. Tale indicatore – impiegato nelle valutazioni economiche dei Qalys – varia da 0 (stato peggiore, ossia morte) a 1 (ottima salute).

limitazione della mobilità che può sfociare in invalidità. La diagnosi precoce inoltre permette un efficace e precoce trattamento farmacologico.

L'osteoporosi è un'altra patologia di forte impatto sociale, in quanto può portare alla non autosufficienza se non addirittura essere causa di mortalità. Essa colpisce un terzo delle donne tra i 60 e i 70 anni e due terzi delle donne dopo gli 80 anni. Si stima che il rischio di avere una frattura da osteoporosi sia nella vita della donna del 40% contro un 15% dell'uomo. Particolarmente temibile è la frattura femorale per l'elevata mortalità (dal 15% al 30%) e per le invalidanti complicanze croniche ad essa associate.

L'Italia è la nazione europea con la massima percentuale di ultrasessantacinquenni; dati e stime europee mostrano che il numero di fratture del femore previste è in costante aumento e si calcola che nelle donne si passerà dalle oltre 300.000 fratture nel 2000 a quasi 800.000 nel 2050. Per questo le raccomandazioni dell'Unione Europea del 1998 già sottolineavano che la lotta all'osteoporosi debba essere considerata come uno dei maggiori obiettivi per la salute. Per tentare di ridurre l'impatto sanitario e sociale di una patologia per lo più asintomatica, progressiva e potenzialmente invalidante quale è l'osteoporosi, appare prioritario perseguire un approccio di promozione della salute e di sensibilizzazione della popolazione sui vantaggi collegati all'adozione di stili di vita sani in una visione che abbracci l'intero corso della vita. La prevenzione deve cominciare in età precoce e comunque quanto più precocemente possibile, soprattutto nell'adolescenza quando, ad esempio, l'apporto di calcio attraverso gli alimenti viene assorbito efficacemente dall'organismo e contribuisce attivamente al consolidarsi della massa ossea. Ciò è, in particolare, necessario per le donne che presentano il maggior rischio e la maggiore probabilità dello sviluppo di osteoporosi. L'evidenza scientifica sottolinea che bambini e giovani possono avvantaggiarsi di una migliore performance della struttura ossea vertebrale e femorale attraverso la partecipazione alle attività. Relativamente alle raccomandazioni nutrizionali emerge evidente dalla letteratura scientifica che le adolescenti, in particolare, e più in generale le donne specialmente nel periodo critico menopausale, dovrebbero assicurarsi un apporto costante e regolare degli alimenti ricchi di calcio e di vitamina D (in caso contrario supplementare secondo le indicazioni mediche) e praticare regolarmente una attività fisica per le articolazioni portanti, al fine di consolidare la struttura ossea in età giovanile (la compattezza dell'osso si raggiunge in età giovanile grazie all'apporto di calcio) e di rallentare, di bloccare e auspicabilmente invertire la perdita di massa ossea che inevitabilmente si accompagna all'invecchiamento. Le cure per l'osteoporosi sono lunghe e non conducono alla guarigione, ma servono solo al contenimento della malattia ed alla riduzione di fratture.

La prevenzione è quindi di fondamentale importanza e consiste in primo luogo nel cercare di raggiungere una massa ossea adeguata quando si è giovani. Alcune (limitate) attività di prevenzione sono ancora possibili nell'età adulta, ma a prezzo di un impegno e di una determinazione notevoli. Senza l'intervento di farmaci, un soggetto adulto può sperare solo di ridurre l'entità della perdita della massa ossea raggiunta in precedenza, ma non di mantenerla o di guadagnarne se era in precedenza ridotta. I provvedimenti non farmacologici (adeguato apporto di calcio e vitamina D, attività fisica) o la eliminazione di fattori di rischio modificabili (fumo, alcool, rischi ambientali di cadute) non hanno controindicazioni e vanno raccomandati come prima scelta e rappresentano un momento fondamentale nella prevenzione della malattia.

Ma l'artrite reumatoide e l'osteoporosi costituiscono una sola delle patologie osteoarticolari di rilievo qualitativo: si pensi ad altri quadri degenerativi come l'artrosi, o ai quadri traumatici, che interessano anche la popolazione giovanile, e che vedono un sempre maggior ruolo delle terapie chirurgiche.

In tale settore il contributo che può derivare dalla prevenzione è ancora una volta quello di natura metodologica:

- 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.

4.7 Le patologie orali

Le patologie del cavo orale, associate in molti casi a scarsa igiene, ad una alimentazione non corretta, a stili di vita non salutari ed in associazione eventualmente con malattie cronico-degenerative, immunitarie ed infettive, influiscono negativamente sulla qualità di vita degli individui, specie in età evolutiva.

Si tratta di malattie di cui è nota l'eziologia, la patogenesi, l'evoluzione e soprattutto gli alti costi sociali e che trovano nella prevenzione una misura fondamentale in termini di efficacia e favorevole rapporto costo-benefici.

Appare, pertanto, chiaro il ruolo fondamentale della prevenzione in considerazione del fatto che una buona prevenzione odontostomatologica consente ricadute positive per altre patologie cronico-degenerative sistemiche.

Nonostante i miglioramenti in termini di salute orale globale, raggiunti negli ultimi anni, rimane ancora elevata la necessità di promuovere ulteriori interventi che mirino ad avere massima efficacia e, soprattutto, vedano coinvolte tutte le professionalità deputate al mantenimento ed al ripristino della salute orale.

In particolare, la prevenzione delle lesioni cariose, della malattia parodontale e delle patologie delle mucose orali si rende obbligatoria alla stessa stregua degli interventi preventivi volti ad intercettare precocemente le patologie derivanti da disordini occlusali, soprattutto in età evolutiva.

Quanto sopra, associato a misure di prevenzione per il carcinoma orale e l'edentulismo, parziale o totale, negli individui adulti, anche attraverso interventi di odontoiatria sociale e di comunità, preservano l'individuo da un punto di vista sistemico migliorandone, indubbiamente, la qualità della vita..

Obiettivi e strumenti del presente PNP saranno:

- Prevenzione delle patologie odontoiatriche con particolare riguardo alla popolazione in età evolutiva
- Diffusione di linee operative per la gestione integrata delle patologie odontoiatriche, comprensive di interventi di prevenzione
- Attivazione di programmi di prevenzione (igiene orale, alimentazione, fluoroprofilassi sistemica e topica, visite periodiche, ecc. in età evolutiva, in età adulta, in gravidanza, in età geriatria).

Prevenzione delle patologie odontoiatriche

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
Prevenzione delle patologie odontoiatriche con particolare riguardo alla popolazione in età evolutiva	- Diffusione di linee operative per la gestione integrata delle patologie odontoiatriche, comprensive di interventi di prevenzione	- Attivazione di programmi di prevenzione (igiene orale, alimentazione, fluoroprofilassi sistemica e topica, visite periodiche, ecc. in età evolutiva, in età adulta, in gravidanza, in età geriatria).

4.8 I disturbi psichiatrici

La depressione è uno dei più gravi e, al contempo, più comuni disturbi mentali, causa di grande sofferenza umana e di enormi costi per la società. Il suo impatto sulla qualità di vita dei singoli individui è equivalente a quello di una grave patologia fisica. La malattia è, infatti, così disabilitante da coinvolge l'intero contesto socio-ambientale della persona, ed in primo luogo quello familiare. Essa rappresenta anche uno dei principali fattori di rischio per i comportamenti suicidari, che si stima siano in costante aumento nei Paesi dell'Unione Europea, sia pure con grande variabilità nei diversi Stati membri. Per tale ragione la Commissione Europea ha inserito la "Prevenzione della depressione e dei suicidi" fra le cinque aree d'azione prioritarie individuate dall'"European pact for mental health and well-being", recentemente formulato. Pur essendo l'Italia fra i Paesi in cui i tassi di suicidio e tentato suicidio sono fra i più bassi, la portata del problema è comunque di grande rilevanza, e merita azioni urgenti e mirate. Poiché è scientificamente comprovato che la depressione è un disturbo prevenibile, diventa estremamente importante implementare azioni integrate fra diversi settori e a diversi livelli per favorire l'inclusione sociale e garantire il coinvolgimento dell'intera comunità. La depressione è anche un disturbo curabile, per cui è altrettanto cruciale promuovere programmi per il suo riconoscimento precoce, finalizzati ad attivare adeguate strategie per la diffusione dell'informazione corretta e della formazione mirata, nonché per la realizzazione di interventi precoci sostenuti da prove di efficacia.

Infine, va segnalato che i disturbi del comportamento alimentare (DCA) costituiscono oggi una delle emergenze sanitarie più preoccupanti dell'emisfero occidentale. La diffusione della patologia ha una rapidità ed una rilevanza sconcertanti: non si alcun altro esempio di malattia psichiatrica con una simile propagazione e con le caratteristiche di una vera e propria epidemia sociale. Gli studi epidemiologici internazionali mettono in evidenza un aumento dell'incidenza dei DCA nella fascia femminile tra i 12 e 25 anni e stimano nei paesi occidentali, compresa l'Italia, la prevalenza dell'anoressia nervosa (AN) intorno allo 0.2-0.8%, quella della bulimia nervosa (BN) intorno al 3%, e i DCA-NAS tra il 3.7 e il 6.4%; risulta inoltre che l'incidenza dell'AN è di 4-8 nuovi casi per anno su 100.000 individui, e di 9-12 per la BN e che l'età di esordio cade fra i 10 ed i 30 anni, con una età media di insorgenza a 17 anni. Si tenga altresì conto che i DCA che insorgono prima dell'inizio della pubertà e prima del menarca, sono associati a gravi psicopatologie ed hanno una prognosi psichiatrica più sfavorevole. Il rapporto maschi/femmine è stimato pari a 1:9, ma è in crescita il numero dei maschi affetti da tale patologia. La patologia appare in continuo aumento, soprattutto per quanto riguarda la bulimia e il disturbo da abbuffata compulsiva. Si è inoltre abbassata l'età di esordio della patologia, con un aggravamento della prognosi e la necessità di un trattamento diversificato e complesso.

Obiettivi e strumenti del presente PNP saranno:

- Miglioramento delle strategie per il riconoscimento precoce della depressione
- Avvio del monitoraggio e valutazione dei programmi attivati
- Messa a punto di un documento basato sulle revisioni di letteratura e sulle pratiche dei servizi a vario titolo coinvolti
- Sviluppo di programmi di comunità per la prevenzione delle complicanze della depressione, quali il suicidio, secondo i dettami dell'Unione Europea (European Pact for Mental Health)
- Promozione di azioni integrate fra diversi settori (operatori sanitari, moltiplicatori sociali, organismi istituzionali ecc.) e a diversi livelli (individuo, famiglia, comunità, regione ecc.)
- Realizzazione di progetti basati su pratiche che sono state validate tanto nel contesto italiano che in quello internazionale (ad esempio, vedi il modello "European Alliance Against Depression")
- Contrasto ai DCA:
- Sviluppo di programmi di prevenzione dei DCA nel territorio di riferimento (scuole, palestre, ecc.) secondo le indicazioni OMS e della Medicina Basata sull'Evidenza (promozione stili di vita consapevoli e Life Skills Education)
- Elaborazione di progetti di ricerca/intervento basati su prove di efficacia
- Implementare le strategie per il riconoscimento e l'identificazione precoce dei casi a rischio e sottosoglia, attraverso:
 - Specifiche linee guida regionali per la realizzazione di una Rete di Servizi per la prevenzione e cura dei DCA; mappatura dei Servizi Pubblici e dell'Associazionismo presenti nel Territorio di riferimento e ampia diffusione della stessa con particolare attenzione ai medici di medicina generale e ai pediatri
 - Sostegno a Progetti di ricerca-intervento, basati su prove di efficacia, anche in longitudinale (progetti che garantiscano continuità), in una ottica di integrazione fra i Servizi Pubblici e l'Associazionismo, in collaborazione con Enti locali, Scuole, Centri di aggregazione, sportivi e ricreativi del Territorio di riferimento, Mass Media (TV, Radio, Internet, Stampa,...)
 - Sostegno a Progetti con le Scuole che facciano riferimento alla Metodologia delle Life Skills Education promuovendo le competenze ed abilità per la vita
 - Sostegno a Progetti che prevedano la partecipazione attiva dei giovani verso l'incremento di processi di empowerment personali e sociali.
 - Sorveglianza epidemiologica attraverso la rete dei servizi presenti coinvolti nella rete progettuale e riconoscimento precoce delle situazioni a rischio con accompagnamento verso i servizi di riferimento per l'accoglimento e la cura.

OBIETTIVI GENERALI DI SALUTE	SOTTOBIETTIVI	LINEE DI SUPPORTO	LINEE DI INTERVENTO
Lotta alla depressione	Miglioramento delle strategie per il riconoscimento precoce della depressione	- Avvio del monitoraggio e valutazione dei programmi attivati - Messa a punto di un documento basato sulle revisioni di letteratura e sulle pratiche dei servizi a vario titolo coinvolti	- Ricognizione delle buone pratiche con evidenza di efficacia - Diffusione delle migliori strategie individuate
	Sviluppo di programmi di comunità per la prevenzione delle complicanze della depressione, quali il suicidio, secondo i dettami dell'Unione Europea (European Pact for Mental Health)	- Realizzazione di setting informativi e formativi per operatori sanitari, pazienti, famiglie e figure significative della comunità allargata	- Promozione di azioni integrate fra diversi settori (operatori sanitari, moltiplicatori sociali, organismi istituzionali ecc.) e a diversi livelli (individuo, famiglia, comunità, regione ecc.) - Realizzazione di progetti basati su pratiche che sono state validate tanto nel contesto italiano che in quello internazionale (ad esempio, vedi il modello "European Alliance Against Depression")
Contrasto ai DCA	Sviluppo di programmi di prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare nelle scuole medie di primo e secondo grado, mirati ad implementare la conoscenza delle dinamiche emotivo-relazionali e dei fattori di rischio nella fascia adolescenziale	- Elaborazione di progetti di ricerca/intervento basati su prove di efficacia - Monitoraggio e valutazione dei programmi attivati	- Promuovere interventi, in collaborazione con le istituzioni scolastiche, mirati a: a) educazione ad una corretta alimentazione e ad un'adeguata valutazione delle misure del proprio corpo; b) conoscenza dei fattori di rischio personali, familiari e sociali per i disturbi del comportamento alimentare. - Implementare le strategie per il riconoscimento e l'identificazione precoce dei casi a rischio e sottosoglia - Promuovere interventi di counseling per i soggetti che ne fanno richiesta.

4.9 Le malattie neurologiche

Gli studi epidemiologici hanno evidenziato un aumento significativo delle malattie neurologiche³³ come causa di morte e di invalidità nel mondo anche in relazione ai processi di transizione demografica. In questo contesto, particolare rilievo assumono le demenze.

Tali patologie, ed in particolare la "Demenza di Alzheimer" che è la più diffusa, hanno un impatto sempre maggiore sulla salute, innanzitutto a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, dal momento che il principale fattore di rischio associato alla loro insorgenza è proprio l'età. Esse

³³ Per malattie neurologiche si intende un variegato gruppo di patologie del SNC, del SNP e del SNA di natura profondamente diversa (malattie traumatiche, infiammatorie, circolatorie, tumorali, degenerative, dello sviluppo, ereditarie, congenite, infettive), oltre a sindromi peculiari.

rappresentano una delle maggiori cause di disabilità, sia nella popolazione generale che più specificamente in quella anziana e richiedono una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali.

Per tali ragioni negli ultimi anni si è delineata con sempre maggiore urgenza la necessità di un governo clinico complessivo delle demenze che sia in grado, attraverso un processo di trasferibilità, di utilizzare nella pratica clinica le migliori evidenze scientifiche disponibili, al fine di migliorare la qualità della cura attraverso la condivisione di standard che consentano anche di superare le disuguaglianze territoriali.

I percorsi assistenziali, definibili come piani multidisciplinari e interprofessionali, dovrebbero consentire il coordinamento delle attività dei diversi servizi dedicati (UVA, centri diurni, assistenza domiciliare integrata, RSA, degenze ordinarie e DH, assistenza sanitaria di primo livello, strutture di riabilitazione) ed il forte coinvolgimento dei diversi operatori socio-sanitari, dei Medici di Medicina Generale nonché dei familiari e di tutti i caregivers informali.

La consapevolezza del peso e dell'importanza del fenomeno delle demenze, con le sue implicazioni sulla tenuta del tessuto sociale, richiede un impegno straordinario da parte di tutte le istituzioni, ed è attualmente anche al centro dell'interesse e delle attività promosse dall'Unione Europea, che ne ha fatto oggetto di una serie di raccomandazioni ed iniziative per tutti i Paesi membri.

Un serio approccio a prevenzione e gestione delle patologie neurologiche – tra cui figurano anche tutte le neuropatie degenerative, che pur coinvolgendo una quota numericamente limitata di persone, insorgono in età giovane adulta con un pesante carico di disabilità - richiederebbe competenze multidisciplinari che non si possono esaurire nel solo ambito sanitario.

La prevenzione potrà dare dunque un contributo limitato e focalizzato soprattutto a valutare come gli interventi di sostegno a queste persone siano adeguati e non richiedano invece interventi di semplificazione; dunque il presente PNP si pone come obiettivi:

- Rivedere i percorsi assistenziali cui afferiscono i soggetti, per comprenderne e verificarne l'adeguatezza e integrare tra loro i diversi supporti (esenzione ticket, concessione protesi, indennità di accompagnamento ecc...) consentendo alla persona di rivolgersi ad un unico interlocutore;
- Verificare la procedura di concessione dell'invalidità civile : si tratta di percorsi complessi e spesso penalizzanti per la persona, che pure richiedono di essere omogenei su scala nazionale, ma che risentono di un approccio "datato"; sarà dunque necessario:
 - o la riclassificazione delle patologie oggetto di concessione dell'invalidità civile e indennità di accompagnamento
 - o la definizione di criteri per la standardizzazione del riconoscimento
 - o la verifica dell'attuale procedura di accertamento a cura dell'ASL e della verifica da parte della CMM, valutandone l'efficacia
 - o la ridefinizione della costituzione e modalità di azione delle Commissioni ASL, nell'ottica di efficacia e semplificazione;

4.10 Cecità ed ipovisione

L'impatto psicosociale della cecità e dell'ipovisione è molto rilevante. Tali condizioni, specie se compaiono alla nascita o precocemente nell'infanzia, creano situazioni complesse perché, oltre a determinare una disabilità settoriale, interferiscono con numerose aree dello sviluppo e dell'apprendimento. A prescindere dagli aspetti più squisitamente umani, riguardo al dramma di un bambino non vedente, esistono i problemi economici legati alla sua assistenza e alla sua formazione che incidono pesantemente sulla famiglia e sulla società.

I difetti oculari congeniti [cataratta, glaucoma, retinoblastoma, retinopatia del prematuro (la cui prevenzione deve seguire protocolli nazionali specifici)] rappresentano oltre l'80% delle cause di cecità e ipovisione nei bambini fino a cinque anni di età e più del 60 % sino al decimo anno.

La prevenzione della ipovisione e della ambliopia trova il suo ideale primo momento alla nascita (considerato che il parto in regime di ricovero consente di raggiungere l'intera popolazione neonatale, che la visita oculare alla nascita è più facilmente eseguibile rispetto ad età successive e che la struttura ospedaliera può disporre del personale, degli ambienti e dello strumentario necessario). L' identificazione delle cause di danno funzionale o di ostacolo alla maturazione della visione tanto più è precoce, tanto più garantisce possibilità di trattamento o di efficaci provvedimenti riabilitativi. Anche se le difficoltà di una valutazione della integrità anatomico-funzionale del sistema visivo in età neonatale costituiscono un limite indiscutibile alla identificazione di affezioni e difetti rifrattivi lievi è pur vero che uno screening nei primi

giorni di vita ha come obiettivo l'esclusione di affezioni incompatibili con il livello funzionale del neonato ed il suo futuro sviluppo.

Tuttavia, il problema dell'ipovisione, sempre in relazione all'invecchiamento, assume rilievo anche nell'età anziana ove permangono le maculopatie degenerative.

Il contributo che la prevenzione può dare in questo settore assistenziale è, come già detto di tipo metodologico; il presente PNP persegue dunque 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;

4.11 Ipoacusia e sordità

La sordità ed i disturbi uditivi ad essa legati costituiscono un serio problema medico e sociale, ancora oggi sottovalutato, nonostante ne sia interessato oltre il 10% della popolazione. Quando la sordità colpisce gravemente in età infantile provoca severe alterazioni nello sviluppo del linguaggio e conseguenti problematiche nella comunicazione e nell'assetto psicologico oltre a gravi situazioni di disagio nelle famiglie. La diagnosi precoce è una delle armi a disposizione per opporsi con successo al verificarsi di tali conseguenze. Considerando le sordità congenite (\Rightarrow 40dB BEHL) la prevalenza risulta del 1.12 /1000 mentre aggiungendo le sordità acquisite ed a esordio ritardato il tasso aumenta a 1.33/1000. Con l'età i tassi di prevalenza tendono ad aumentare finì a circa 2/1000 fra 9 e 16 anni.

L'obiettivo di un programma di screening uditivo neonatale è quello di identificare i neonati con perdita uditiva permanente fin dai primi giorni di vita, identificando le ipoacusie ad insorgenza congenita con soglia $>$ a 40-50 dB HL che precluderebbero lo sviluppo linguistico del bambino.

Lo screening audiologico neonatale non esclude il problema della sorveglianza audiologica nelle età successive in quanto l'ipoacusia può essere acquisita o a manifestazione tardiva per questo dovrebbero essere implementati dei sistemi di controllo specialistici nell'età scolare.

Con l'aumentare dell'età, soprattutto in relazione ai rischi professionali e per l'esposizione al rumore ipoacusia e sordità aumentano notevolmente. Oltre ai controlli previsti dalla normativa vigente sui rischi professionali (Testo Unico della sicurezza sul lavoro) dovrebbero essere previsti dei controlli sui soggetti a rischio in età adulta ed avanzata in quanto un pronto riconoscimento della patologia ed un rapido intervento terapeutico protesico eviterebbe la disabilità cronica considerando anche i problemi psicologici e relazionali che spesso insorgono con la perdita dell'udito in età adulta ed avanzata.

Il contributo che la prevenzione può dare in questo settore assistenziale è, come già detto di tipo metodologico; il presente PNP persegue dunque 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;.

5. La prevenzione delle complicanze e recidive di malattia

5.1 La sfida della cronicità

Oggi più che mai, l'allungamento della vita media rappresenta "un trionfo e una sfida" per la nostra società. Esso è insieme parte e conseguenza di un più ampio processo di sviluppo e di trasformazione legato a conquiste ottenute in campo medico, sociale, economico, politico e culturale.

Diversi studi epidemiologici e sociologici effettuati anche nel nostro Paese, mostrano come la maggior parte della popolazione con 65 anni e più è in buona salute, configurandosi spesso come una risorsa potenziale per la comunità. D'altra parte, ad un allungamento della vita non sempre corrisponde un effettivo miglioramento della sua qualità: con l'aumento dell'età cresce il problema della mancata autosufficienza aggravata dalla presenza di pluri-patologie.

E' in questo contesto che, nel 2002, l'OMS ha prodotto un documento di indirizzo a sostegno delle politiche di "active ageing", definito come "il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza al fine di migliorare la qualità di vita nell'invecchiamento delle persone". Active ageing si può tradurre con "invecchiamento attivo": la parola "active" si riferisce alla partecipazione continua agli affari sociali, economici, culturali, spirituali e civici e non solo alla capacità di essere fisicamente attivo o di partecipare alla forza lavoro. Il termine "active ageing" fa quindi riferimento ad un più ampio concetto rispetto quello di "healthy ageing" in quanto riconosce i fattori che, in aggiunta a quelli del sistema salute, influenzano il modo in cui gli individui e la popolazione invecchiano. E' evidente che tutte le fasi che compongono il corso della vita sono direttamente interessate dalle conseguenze dell'allungamento della speranza di vita (ageing is lifelong). In tale ottica la progettazione e la realizzazione di interventi di promozione della salute deve avvenire favorendo o rafforzando, durante tutto il corso della vita, le condizioni per un invecchiamento attivo. In particolare, occorre partire da una nuova visione dell'invecchiamento tracciando il passaggio storico verso politiche di valorizzazione della persona con 65 o più anni all'interno della società.

Non vi è dubbio che una delle sfide che oggi il SSN deve affrontare è quella di (dover intercettare e) rispondere adeguatamente ad una domanda crescente di assistenza che si connota almeno per tre elementi:

- la lunga durata;
- la necessità di essere erogata in ambiti molto diversi (domicilio, ambulatorio, residenza intermedia, ospedale);
- la necessità di essere supportata da adeguati servizi sociali.

Promuovere la prevenzione terziaria sta allora a significare promuovere il disegno e la implementazione di percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico - migliorando la integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali - di target particolarmente fragili, quali anziani, malati cronici, portatori di polipatologie, disabili, ecc.

Per molta parte, il problema appena accennato è legato all'invecchiamento della popolazione.

Tecnicamente, per invecchiamento della popolazione si intende l'effetto demografico collegato all'ampliarsi della speranza di vita alla nascita. In questa accezione, l'invecchiamento della popolazione rappresenta una proxy del "buono stato" di una società ed è un fenomeno che si riscontra in tutti i Paesi industrializzati.

L'invecchiamento di una qualsiasi popolazione va considerato - per lo meno - sotto la sfera economica, sociale e sanitaria. Gli aspetti economici prevalenti sono quelli legati all'impatto che gli anziani hanno sulla spesa pensionistica e previdenziale (spesa sanitaria + spesa sociale), nonchè sui consumi e quindi, indirettamente, sul valore della produzione (PIL). Gli aspetti sociali prevalenti, invece, sono quelli legati a ogni determinante della qualità della vita e ai processi di inclusione/esclusione: dal grado di autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane alle condizioni di housing (vita a domicilio piuttosto che istituzionalizzazione), dal reddito alle possibilità di accesso a servizi pubblici e privati, ecc. Gli aspetti sanitari prevalenti, infine, sono quelli legati alle problematiche nella presa in carico e nella realizzazione di progetti di cura personalizzati a favore di persone anziane e - ancor di più - di persone molto anziane.

Sarebbe, però, fuorviante leggere l'insieme delle questioni appena accennate soltanto alla luce dell'aumento della speranza di vita alla nascita. Per comprendere a pieno i riflessi dell'invecchiamento della popolazione, occorre parallelamente tener presente la dinamica di almeno due altri indicatori demografici: la natalità e la consistenza (vale a dire: la numerosità, stratificata almeno per sesso e per età) dei nuclei familiari. L'assunto ora enunciato vale in linea generale (come possono ben testimoniare numerosi

documenti OCSE, UE ed OMS) e, in maniera particolare, per il caso italiano³⁴. Se è intuitivo quale possa essere l'impatto della natalità sui processi di invecchiamento della popolazione, una parola in più va spesa sul ruolo della famiglia, che sta vivendo dei cambiamenti strutturali evidenti in direzione di un rapido processo di "assottigliamento" o nuclearizzazione che dir si voglia. Le trasformazioni che ne hanno modificato i tratti - e che hanno investito la società nel suo complesso - si riflettono, infatti, anche sulle reti familiari e di solidarietà. Sostanzialmente, si sta assistendo ad una trasformazione delle possibilità e della direzione dei flussi di aiuto tant'è che cominciano a manifestarsi segnali di crisi, soprattutto per quanto riguarda la capacità dei *caregiver* tradizionali di far fronte alle domande di assistenza provenienti da particolari fasce di popolazione anziana.

Gli andamenti demografici fin qui registrati dal nostro Paese (caratterizzati da un netto aumento dell'età media alla morte, dalla caduta del tasso di natalità e dal progressivo assottigliamento dei nuclei familiari) descrivono l'area degli anziani come una realtà in progressiva crescita. In particolare:

- l'indice di dipendenza degli anziani (che misura in % il rapporto tra popolazione con età oltre i 65 anni e popolazione tra 15 e 64 anni) è destinato a passare dall'attuale valore di circa 30 a oltre 60 nel 2050;
- l'indice di vecchiaia (che coglie gli effetti legati alla dinamica della speranza di vita e all'evoluzione della fecondità) nel medesimo periodo è destinato a passare dall'attuale valore di circa 150 a circa 300;

Tutto ciò sta a significare che se oggi c'è un over 65 ogni due persone in età attiva, in breve tempo questo rapporto si invertirà e ci saranno due anziani ogni persona in età attiva.

Dal punto di vista medico, l'invecchiamento è sostanzialmente sinonimo di:

- presenza di polipatologie;
- presenza di cronicità;
- presenza di non autosufficienza.

Per tradurre con immediatezza anche questo aspetto, si può segnalare che alcuni documenti di programmazione sanitaria di talune Regioni italiane denunciano che l'indice di care per gli anziani (rapporto tra la popolazione bisognosa, in varie forme e diverse intensità, di cura ed assistenza e la popolazione nell'età centrale - 30/59 anni - su cui solitamente grava la maggior parte del lavoro di cura) è destinato a raddoppiare da qui al 2030.

Tutto ciò sta a significare che se oggi ogni due persone in età 30-59 ve ne è almeno una che ha bisogno di essere accudita, tra una ventina d'anni – si ripete: in talune Regioni italiane, non in tutte - vi saranno circa 3 persone bisognose di cura ogni 4 adulti.

La dinamica ora illustrata accresce, evidentemente, la pressione sulle famiglie e sui servizi tanto sanitari che sociali.

5.2 Prevenzione nella disabilità

Per promuovere e rafforzare le condizioni per un "invecchiamento attivo" è necessario favorire l'adozione di scelte salutari, sostenendo, allo stesso tempo, l'azione sui determinanti di salute di natura sociale.

Mentre, però, molto già si è fatto e si fa in campo di prevenzione universale e di prevenzione selettiva, sembra, invece, ancora mancare una consapevolezza diffusa e condivisa su missione e funzione della prevenzione terziaria, che è destinata ad avere una rilevanza sempre maggiore nel futuro anche prossimo.

L'invecchiamento della popolazione, infatti, incide sui bisogni sanitari perché il quadro epidemiologico conseguente vede il prevalere di alcune tipologie di patologie quali quelle cronico-degenerative, cardiovascolari, tumorali (oltre alle malattie legate direttamente all'invecchiamento e alle condizioni socio-economiche) che se non adeguatamente prese in carico possono esitare in stati più o meno gravi di non autosufficienza.

In questo quadro, appare evidente dunque il valore del ruolo della prevenzione terziaria che è chiamata ad intervenire all'interno dei processi assistenziali al fine di garantire la continuità ospedale-territorio e la integrazione degli interventi socio-sanitari. In altri termini: ferma restando la fondamentale importanza della prevenzione primaria e secondaria, se la sfida che il sistema fin da ora si trova a dover affrontare è quella nei confronti del corteo di stati/condizioni/malattie tipiche dell'invecchiamento, la prevenzione terziaria deve essere in grado di progettare dei percorsi di cura che siano in grado di ridurre il peso delle complicità ed

³⁴ Cfr. l'ultimo aggiornamento della periodica pubblicazione – di esemplare chiarezza - del Ministero dell'economia e finanze a titolo "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario".

in particolare della non autosufficienza. Ciò comporterebbe sicuramente anche un miglioramento dell'efficacia del sistema ed un considerevole risparmio di spesa.

L'evoluzione della struttura demografica della popolazione e le attuali difficoltà delle reti familiari e informali di cura richiedono un significativo potenziamento ed un sostanziale riorientamento degli interventi sul territorio, anche e soprattutto nei centri urbani: esiste, infatti, una consistente quota di popolazione (soprattutto anziana e molto anziana) i cui problemi di salute sono conosciuti in ritardo dai servizi o non sono conosciuti affatto perché – talora - i servizi territoriali (sia sociali che sanitari) mutuano l'approccio ospedaliero³⁵. Questo rilievo pone, allora, la questione di una revisione del sistema di offerta dal momento che, prima di tutto, lo stare bene è promozione della salute e prevenzione delle malattie e, poi, perché il carattere dell'universalità di accesso - che è uno dei pilastri del nostro welfare – dovrebbe essere capace di offrire una “presa in carico” coordinata, coniugando la selezione dell'intervento con la sua personalizzazione.

Il riflesso più evidente di questo snodo è sicuramente quello che investe il campo della disabilità anche perché molto spesso questa “condizione” accompagna una persona dalla nascita alla morte.

Al di là delle difficoltà a standardizzare una definizione precisa, per disabilità si può intendere la condizione personale di chi, in seguito ad una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente rispetto a ciò che è considerata la norma, e pertanto è meno autonomo nello svolgere le attività quotidiane ed è spesso in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale (handicap). A fronte di tale definizione, la riabilitazione è l'apporto specialistico che si occupa del recupero delle abilità perse o non acquisite (a causa di una malattia o circostanze intercorrenti) e consiste in una serie di interventi finalizzati a diminuire la disabilità attraverso il recupero della menomazione, l'ottimizzazione delle abilità residue e il miglioramento della partecipazione. L'obiettivo generale della riabilitazione è, dunque, quello di migliorare la qualità della vita attraverso il recupero del miglior livello fisico, cognitivo, psicologico, funzionale e delle relazioni sociali nell'ambito dei bisogni e delle aspirazioni dell'individuo e della sua famiglia ma esso può essere avvicinato soltanto con un approccio multidisciplinare che non focalizzi in maniera statica i soli fattori organici, ma ne segua l'evoluzione e tenga anche in considerazione le loro interazioni con i fattori ambientali e di contesto.

Considerazioni di tenore analogo sulla presa in carico possono essere estese al tema della non autosufficienza - e in special modo della non autosufficienza dovuta alle patologie/condizioni/stati connaturati all'invecchiamento della popolazione – con l'ulteriore aggiunta che, in taluni casi, il sopraggiungere di tale condizione può essere procrastinato nel tempo per il tramite di adeguate attività di prevenzione.

In sostanza, nell'uno e nell'altro caso, occorrerebbe tendere ad un nuovo approccio assistenziale - multidisciplinare e multiprofessionale – che, con continuità nel tempo, si faccia carico di promuovere i meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie anche allo scopo di superare le condizioni che limitano la qualità della vita della persona e che ostacolano il suo completo inserimento³⁶ nel tessuto sociale³⁷.

In conclusione, è evidente che la prevenzione non può non raccogliere la sfida della cronicità: essa è parte della popolazione, rimodificandone profilo epidemiologico, esigenze assistenziali, interventi preventivi.

Il contributo che può quindi derivare dal PNP atterrà:

- L'approfondimento di indicatori epidemiologici sull'impatto derivante dall'invecchiamento, dall'incremento delle disabilità, esito spesso di patologie che precedentemente portavano alla morte;

³⁵ Considerazioni del tutto analoghe vanno estese alle persone anziane istituzionalizzate in case di riposo e strutture socio-assistenziali analoghe.

³⁶ Nei limiti del possibile, naturalmente.

³⁷ Si parla spesso di servizi sociali e sanitari come di nodi di una rete. La rete, per essere tale, deve però rispondere a due requisiti non negoziabili: il primo, è che essa non deve presentare soluzioni di continuità e, il secondo, è che la permanenza della persona nei singoli nodi deve essere in funzione dell'effettivo stato di salute. Questo punto rimanda direttamente al problema dell'appropriatezza (nonché della convenienza economica) di alcune pratiche di istituzionalizzazione ovvero – se si vuol vedere la questione da un punto di vista speculare – segnala la necessità di potenziare l'assistenza territoriale, soprattutto per ciò che concerne il circuito riabilitativo.

È già stato scritto, ma conviene ripeterlo: il Distretto è sempre stato considerato come erogatore di servizi extra ospedalieri; oggi è invece necessario configurare l'intervento ospedaliero come erogazione di servizi extra distrettuali sempre più riservata alle sole patologie acute.

- 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: è l'assetto attuale rispondente ai bisogni delle famiglie?
- L'introduzione di elementi favorevoli all'integrazione dell'anziano e disabile nella pianificazione urbanistica ed edilizia (strutture abitative ma anche residenziali collettive).

6. Modalità di stesura e adozione dei PRP - Modalità di monitoraggio e valutazione

Il monitoraggio e la valutazione dei PRP sono strettamente legati alle loro modalità di stesura. Occorre pertanto darsi un approccio metodologico che assicuri che ci sia unitarietà tra la fase di progettazione e quella di osservazione della realizzazione dei PRP.

Una volta approvato il piano nazionale di prevenzione, ogni Regione e P.A. elabora, all'interno di un proprio piano regionale, diversi programmi di area o tematici di prevenzione attraverso una fase di ideazione e di programmazione, così schematizzabili:

- 1) le Regioni iniziano la stesura del piano regionale che riconosce come punto di partenza la messa a punto di un profilo di salute della regione. Su tale sintetico profilo regionale e sulla evidenza dei risultati raggiunti grazie alle attività del precedente piano di prevenzione, le Regioni operano una scelta di priorità per le aree o temi sui quali svilupperanno i singoli programmi di prevenzione;
- 2) il Ministero concorda e armonizza con le Regioni il quadro programmatico (modalità e tempistica di realizzazione) delle azioni centrali a supporto del PNP e dei PRP;
- 3) Le Regioni procedono quindi alla stesura dei programmi specifici di prevenzione;
- 4) il CCM procede quindi ad una prima attività di valutazione (propedeutica o ex-ante) del piano e dei programmi regionali, sotto il profilo della struttura e della valutabilità (analisi di contesto; modello logico seguito ed efficacia delle sue componenti; organigramma delle responsabilità; pacchetti di programma promossi, con obiettivi, indicatori e standard, fonti di dati, ecc.; cronoprogrammi; piano di monitoraggio e valutazione interno; risorse; fattori limitanti) utilizzando il logical framework analysis (LFA)³⁸ basato sui seguenti criteri:
 - a) pertinenza;
 - b) coerenza interna;
 - c) sostenibilità.
- 5) a seguito di valutazione positiva partono i PRP;
- 6) il CCM effettua annualmente una valutazione di processo dei PRP e dello stato di avanzamento delle azioni centrali a supporto del PNP.
- 7) il CCM effettua – nei modi e nei tempi previsti dai PRP e comunque al termine della loro validità – una valutazione di efficacia (outcome) utilizzando il quadro logico del piano stesso.

Dopo l'adozione del PNP, il CNESPS/Ministero forniscono un documento organico di esplicitazione dei diversi passaggi dell'intero processo appena schematizzato.

Per quanto concerne, invece, la parte del descritto percorso relativo alla progettazione dei documenti di piano regionali, il CNESPS fornisce:

- supporto metodologico, affinché i piani poggino su schemi basati sul project cycle management;
- supporto contenutistico, quale reperimento e sintesi della evidenza per i modelli logici proposti dalle Regioni su alcuni temi oggetto di singoli piani di prevenzione, studi di efficacia;
- supporto formativo sugli argomenti precedenti e sull'acquisizione di competenze necessarie per la realizzazione a diversi livelli (regionale o di azienda sanitaria) del personale identificato per il management, la sorveglianza, il monitoraggio e la valutazione dei programmi regionali.

La precedente esperienza del Piano nazionale della prevenzione, ha dimostrato l'utilità, per le linee progettuali in cui ciò è avvenuto, di far precedere la adozione formale dei singoli Piani regionali della prevenzione da una attività di confronto tra le Regioni stesse e gli istituti centrali, per i necessari approfondimenti dei temi da sviluppare; questa metodologia ha favorito, in generale, una maggior condivisione degli strumenti e degli obiettivi da raggiungere.

Partendo da ciò si prevede la seguente procedura per la stesura dei PRP 2010 - 2012:

- a partire dalle priorità e obiettivi generali definiti nel presente documento, nei primi novanta giorni successivi alla adozione del Piano, ogni Regione identificherà obiettivi specifici e misurabili; azioni definite per quantità, tempi, risorse e destinatari; indicatori utili per il monitoraggio di processo e di output, legati all'analisi dei bisogni del proprio territorio;
- contestualmente, durante il medesimo periodo, il Coordinamento interregionale della Prevenzione organizzerà una serie di incontri tematici, atti a favorire il confronto tra le regioni per l'approfondimento dei temi contenuti nelle linee progettuali e la ricerca, per quanto possibile, almeno di alcuni indicatori

³⁸ È quindi indispensabile che ogni PRP contempli: analisi generale; analisi di contesto; modello logico seguito ed efficacia delle sue componenti; organigramma delle responsabilità; pacchetti di programma promossi, con obiettivi, indicatori e standard, fonti di dati, ecc.; cronoprogrammi; piano di monitoraggio e valutazione interno; risorse; fattori limitanti.

comuni utilizzabili per la valutazione. Per sostenere le Regioni, in questa fase di confronto ed approfondimento, tramite il CCM, verranno messi a disposizione degli staff regionali – ove richiesto – i centri ed i network competenti che sono operanti nel nostro Paese, quali , oltre al citato CNESPS dell’ISS, il network per l’evidence based prevention, le strutture dell’ISPESL, ecc..

- a seguito della propedeutica valutazione positiva da parte del CCM di cui sopra, nei successivi ed ulteriori sessanta giorni le Regioni provvederanno alla redazione e formale adozione dei PRP da parte dei propri organi di governo.

Per le linee di supporto il CCM provvederà ad elaborare, ove necessario, specifici progetti, anche con il contributo e l’attribuzione di fondi all’ISS, all’ISPESL, a Centri di ricerca o altri soggetti di elevata valenza scientifica.

Per poter pianificare e realizzare in modo adeguato il PNP e i PRP, a livello nazionale e regionale, si dovranno mettere in essere e mantenere contestualmente ai piani alcune condizioni, considerabili requisiti di sistema, che possono essere così sintetizzati:

Requisiti di sistema	Descrizione
Coordinamento e Integrazione	<ul style="list-style-type: none"> a) Le Strutture presenti a livello nazionale e regionale (Direzioni, Dipartimenti, Unità Operative...) pianificheranno in modo coordinato le attività di prevenzione, concordando l’adozione dei provvedimenti di rilievo ed impegnandosi a perseguire la massima coerenza con le altre azioni, programmi e iniziative istituzionali, in una logica di sistema b) Le Direzioni Regionali costituiscono il punto di coordinamento e contatto con le Direzioni Ministeriali , CCM e Centri di eccellenza; Direzioni regionali e Direzioni ministeriali individueranno pertanto ruoli e responsabilità. c) Le azioni individuate nei PRP perseguono quanto più possibile l’integrazione e il coordinamento con altri soggetti del SSR (medici di assistenza primaria e assistenza specialistica) e con ARPA
Preparazione per affrontare le emergenze	<ul style="list-style-type: none"> a) A livello nazionale, con il coordinamento del CCM, saranno valutati ed integrati gli attuali Piani e Sistemi di gestione delle emergenze, con particolare riguardo agli eventi epidemici e alla sicurezza alimentare b) A livello regionale saranno articolate reti integrate – es.ASL e A.O.- in cui sia data evidenza di : <ul style="list-style-type: none"> - Modalità di comunicazione e interrelazione tra i diversi soggetti coinvolti - Flussi e responsabilità per le scelte - Centri specialistici di supporto - Protocolli operativi per i principali eventi

Poiché il PNP pone come presupposto la condivisione sia di obiettivi generali comuni, che di un metodo di lavoro, è implicito che la stesura dei PRP segua alcuni criteri di carattere metodologico, sia redatto secondo la struttura prima esemplificata e valorizzi soprattutto gli elementi di seguito sintetizzati:

- a) Analisi epidemiologica e di contesto, volta a mettere in evidenza le priorità a livello regionale e ad indicare eventuali difformità rispetto a quanto indicato nel PNP
- b) Obiettivi specifici, per ciascuna area, con una quantificazione realistica, evitando obiettivi irraggiungibili o scontati.
- c) Azioni da porre in atto, esplicitando quale sia la evidence a favore degli interventi previsti, che devono essere selezionati non solo per aver dimostrato in maniera convincente di ridurre il “burden

of disease”, ma anche di avere un costo-efficacia che ne faccia una priorità rispetto ad altri interventi.

- d) Indicatori oggettivamente misurabili, le fonti di tali informazioni, lo standard previsto e i rischi connessi che potrebbero pregiudicarne il raggiungimento³⁹
- e) Crono-programma complessivo e un piano schematico di monitoraggio (con pochi indicatori sensibili e misurabili).

Naturalmente, perché la programmazione sia adeguata, sono individuabili alcuni requisiti metodologici, a garanzia delle regioni stesse; in particolare le Regioni ritengono opportuno:

- a) utilizzare in maniera integrata le basi dati e i flussi informativi esistenti per realizzare profili della comunità, al fine di:
 - analizzare i bisogni della popolazione
 - individuare i rischi della popolazione e dell’ambiente
 - definire le priorità, gli obiettivi ed i relativi interventi sanitari, ambientali e sociali
 - valutare l’impatto sulla salute degli interventi realizzati.

Considerando l’importanza di tali profili per l’identificazione delle priorità locali al fine della possibilità di effettuare un confronto intra e inter-regionale delle condizioni comunitarie delle popolazioni, si valuterà di dare mandato a un gruppo di regioni di elaborare una proposta di profilo applicabile a tutte le ASL/regioni. Il confronto fra le diverse realtà locali, o in tempi diversi per la stessa realtà, richiamerà l’attenzione dei tecnici e dei decisori su eventuali disuguaglianze.

- b) realizzare e consolidare programmi per la sorveglianza di popolazione su malattie infettive, malattie croniche, incidenti, stili di vita, percezione dello stato di salute, percezione e conoscenze della popolazione su attività di prevenzione. Le informazioni da essi prodotti dovranno mettere a disposizione dei decisori gli elementi utili per pilotare con maggiore efficacia i PRP.

³⁹ Anche in questo passaggio, per sostenere le Regioni, il CCM metterà a disposizione degli staff regionali – ove richiesto – i centri ed i network competenti che sono operanti nel nostro Paese.