



Ministero della Salute

Il Piano Nazionale della Prevenzione

Ranieri Guerra

(EX) Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria



Le problematiche

- Invecchiamento e bassa fertilità
- Degrado ambientale (acqua, suolo, aria)
- Cambiamento climatico
- Malattie trasmissibili (morbillo; chikungunya; malaria; dengue; WNF; TB; Polio), esitazione vaccinatoria, AMR (carbapenemi), mobilità dei vettori e delle persone (migranti)
- Malattie croniche non trasmissibili (fattori legati al mercato e determinanti sociali): cancro, (neuro)cardiovasculopatie, BPCO, diabesià, ... salute mentale
- Evidenza epigenetica (metilazione del DNA, rimodellamento della cromatina, etc)

....a fronte della più grave crisi economica dal dopoguerra



Il sottosistema della prevenzione

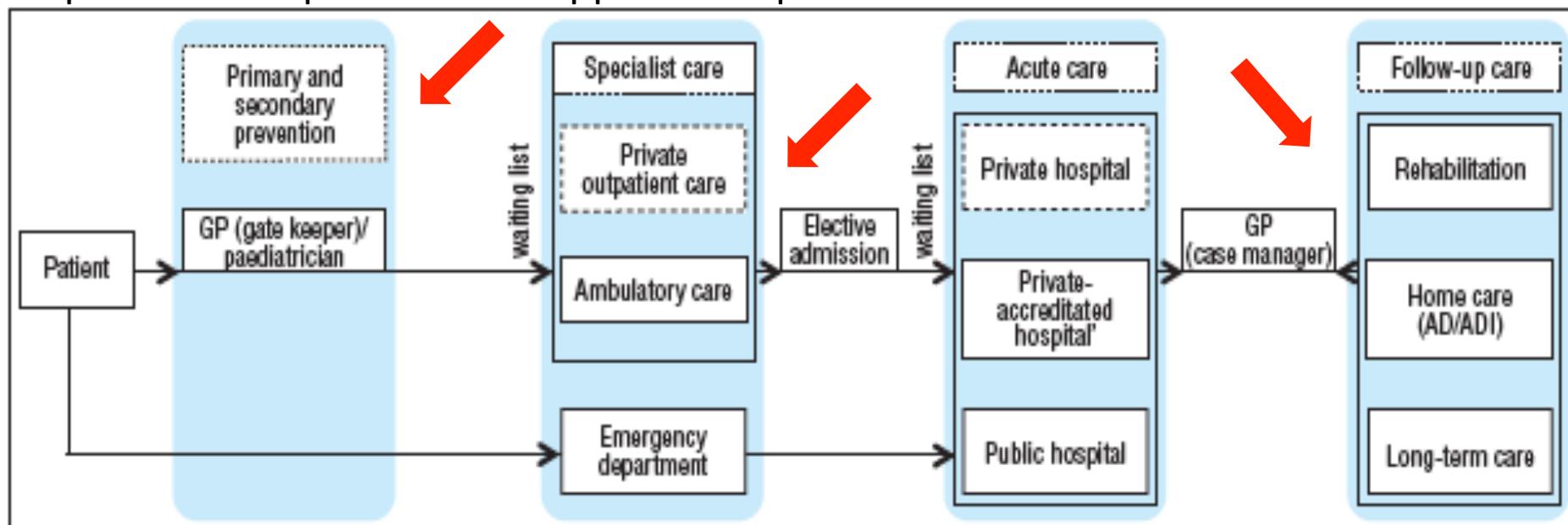
- Direzione generale con funzioni di chief medical officer
- 10 uffici centrali (350 staff): politica, audit, monitoraggio e valutazione, regolazione e controllo
 - Salute e ambiente
 - Malattie trasmissibili
 - Malattie croniche non trasmissibili
 - Abuso e dipendenze, medicina dello sport e doping
 - Medicina del lavoro
 - Salute della donna, del bambino, dell'adolescente e dei gruppi vulnerabili
 - Cancro, genomica, epigenetica
 - Salute globale (EU, ECDC, HSC, WHO/EURO, WHO/HQ, GHSA, GHSI, OECD, G7)
- 8 uffici periferici di controllo (600 staff): ispezione e controllo su persone, animali, prodotti zootecnici, cibo, prodotti chimici, commercio, salute dei migranti, SAR
- Medici fiduciari (5,000 nel mondo)
- Dipartimenti di prevenzione e sanità pubblica in ciascuna ASL (139): MMG, PLS per la prevenzione individuale
- **5% del fondo sanitario nazionale (5.6 miliardi €) attraverso le autorità regionali, 13 M€ ricerc, 2 M€ attività internazionali, 50 M€ dipendenze, 10 M€ autismo, 2 M€ HIV, doping, e attività speciali**



COSTI DELLA PREVENZIONE come % della spesa pubblica e valore in €

Attività cliniche

Il percorso del paziente e le opportunità perse



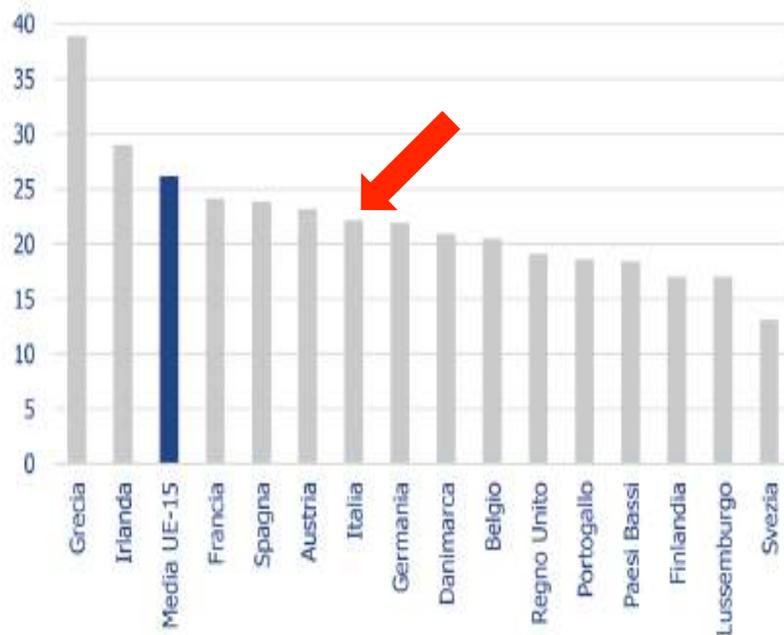
La prevenzione

Risk factors	Prevalence rate (%)
Smokers among people aged 14 or over, 2011	22.3
Alcohol consumers, 2010	67.3
Overweight people, 2011	35.8
Obese people, 2011	10.0

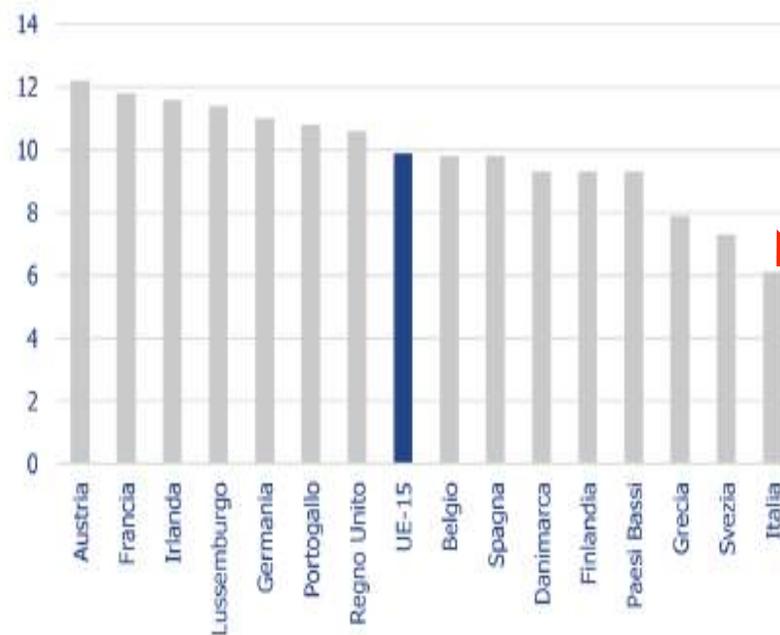


Ministero della Salute

Fumatori >15 anni



Consumo individuale di alcol >15 anni



La prevenzione

Risk factors	Prevalence rate (%)
Smokers among people aged 14 or over, 2011	22.3
Alcohol consumers, 2010	67.3
Overweight people, 2011	35.8
Obese people, 2011	10.0



Ministero della Salute



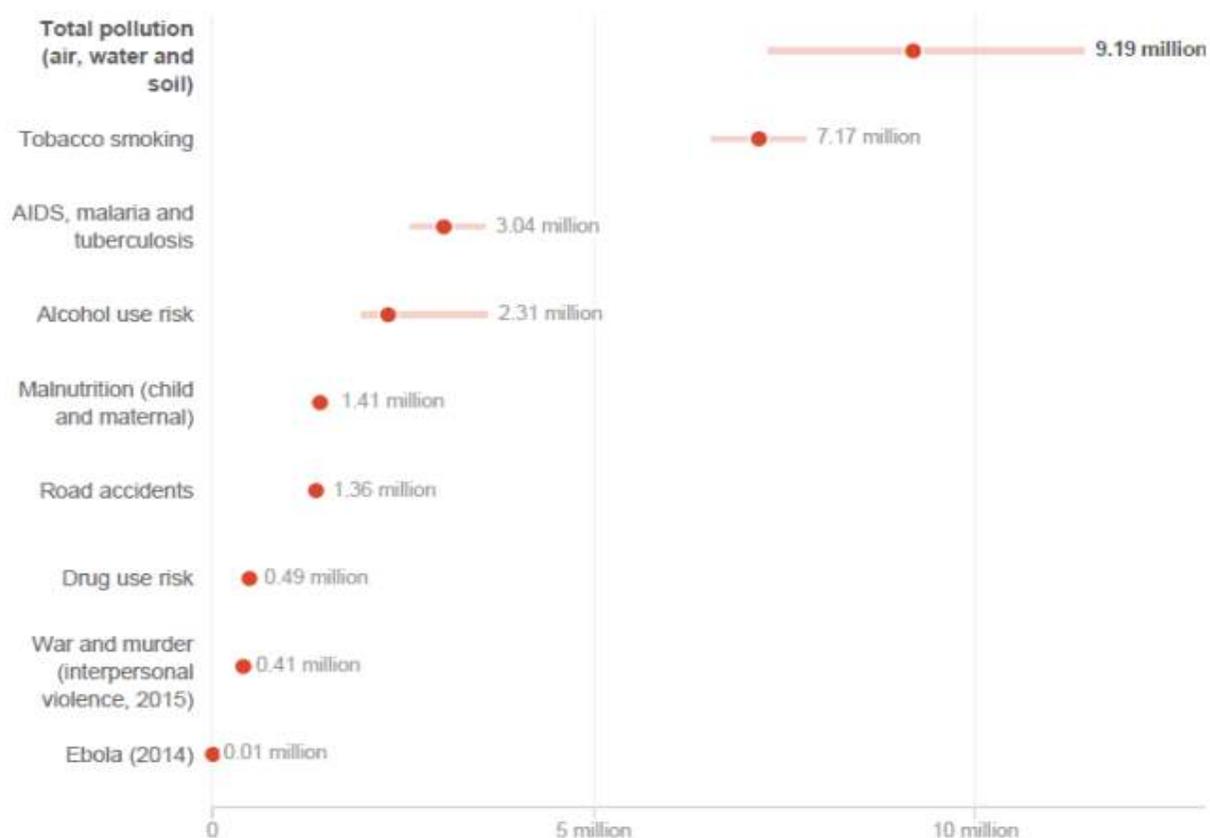
La prevenzione

Risk factors	Prevalence rate (%)
Smokers among people aged 14 or over, 2011	22.3
Alcohol consumers, 2010	67.3
Overweight people, 2011	35.8
Obese people, 2011	10.0



How Pollution Compares With Other Causes Of Global Deaths

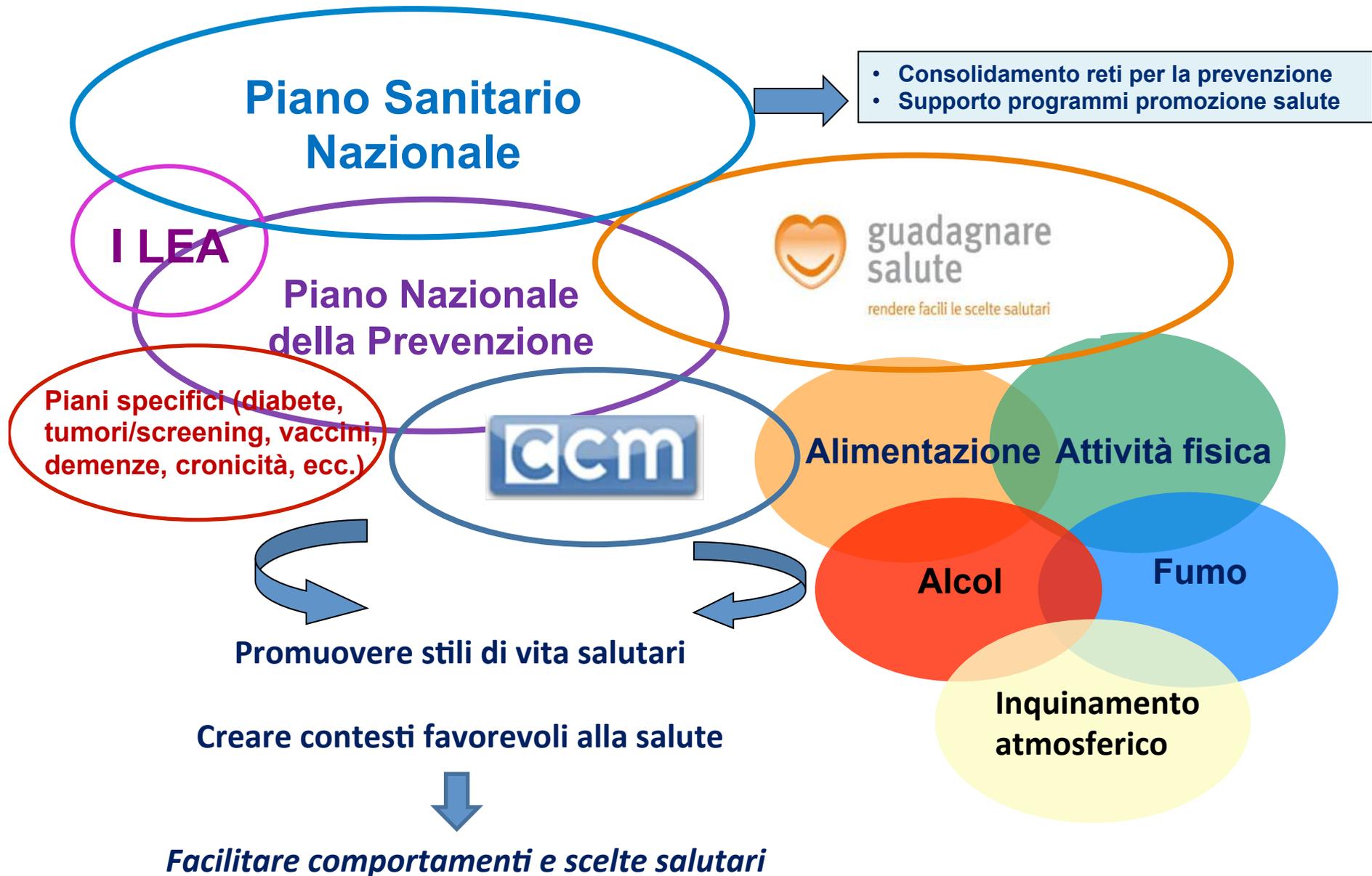
Global estimated deaths by major risk factor and cause, 2015 (in millions)



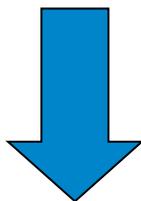
La prevenzione

Risk factors	Prevalence rate (%)
Smokers among people aged 14 or over, 2011	22.3
Alcohol consumers, 2010	67.3
Overweight people, 2011	35.8
Obese people, 2011	10.0

La strategia italiana

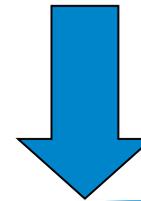


Una strategia condivisa e coordinata per promuovere la salute come bene collettivo con integrazione tra le azioni che competono alla collettività e quelle che sono responsabilità dei singoli



**Empowerment del
cittadino per favorire
responsabilità e
consapevolezza**

**CREARE
CONSAPEVOLEZZA**



**Responsabilità degli
stakeholders e delle istituzioni
per **favorire e sostenere**
l'adozione di comportamenti
corretti**

**Ridurre le
disuguaglianze**

**CREARE
CONTESTI**

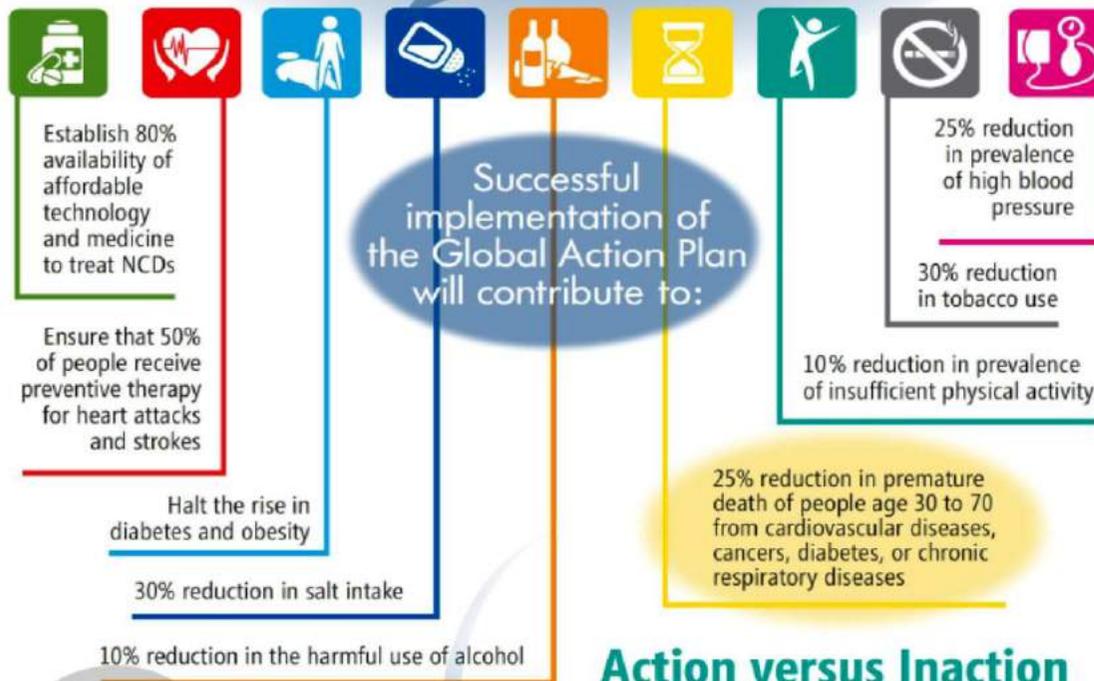
UN APPROCCIO CONDIVISO



OMS

Piano d'Azione 2013-2020

Nine Targets for 2025



Six Global Objectives

- Make prevention and control of NCDs a priority
- Strengthen national capacities and leadership
- Reduce modifiable risk factors
- Strengthen health systems
- Promote high-quality research
- Monitor trends of disease

Action versus Inaction in developing countries

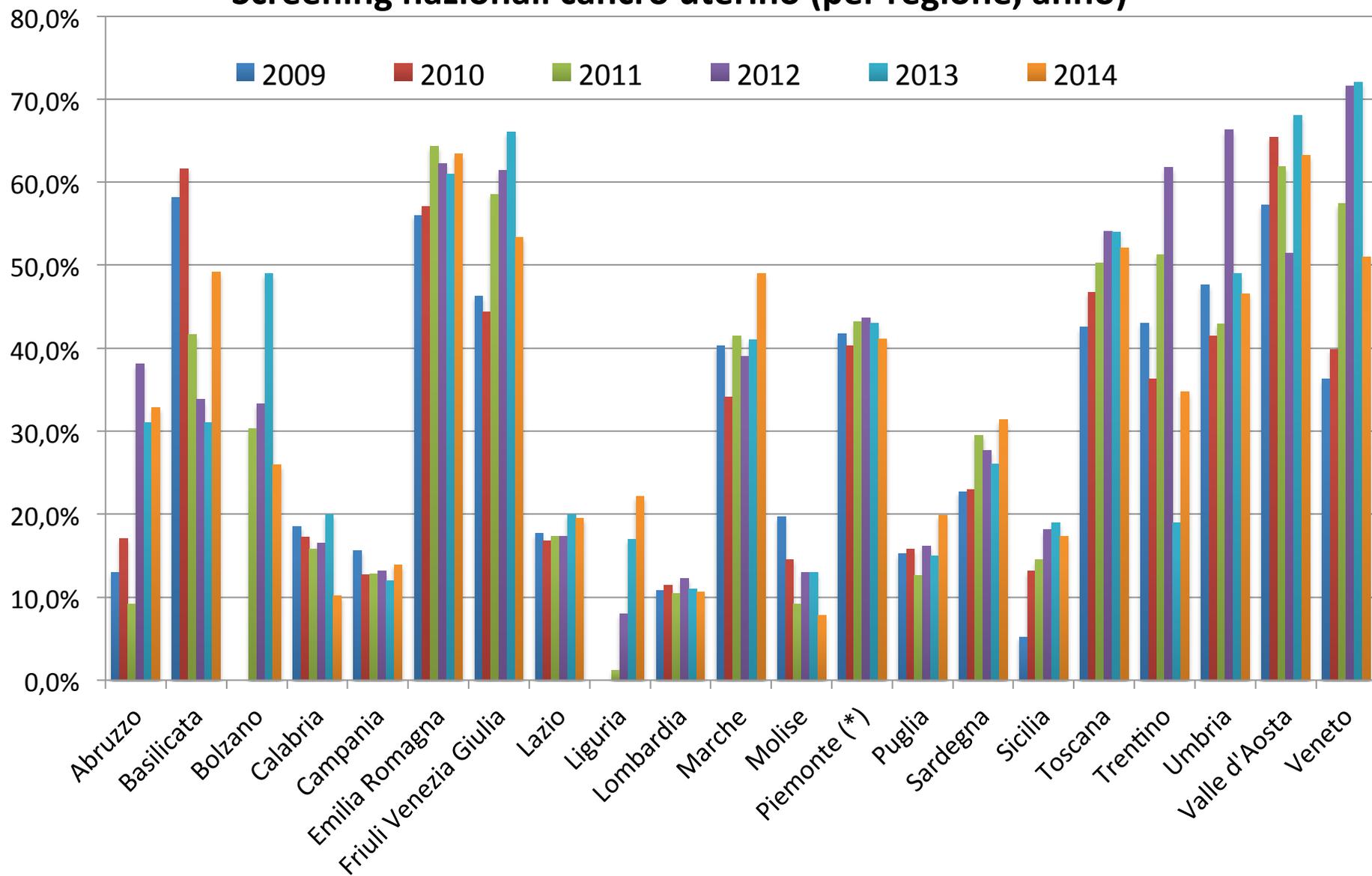
NCDs constitute a public health challenge that undermines social and economic development

\$7 trillion
estimated loss of productivity and price of health care without taking action over the next 20 years

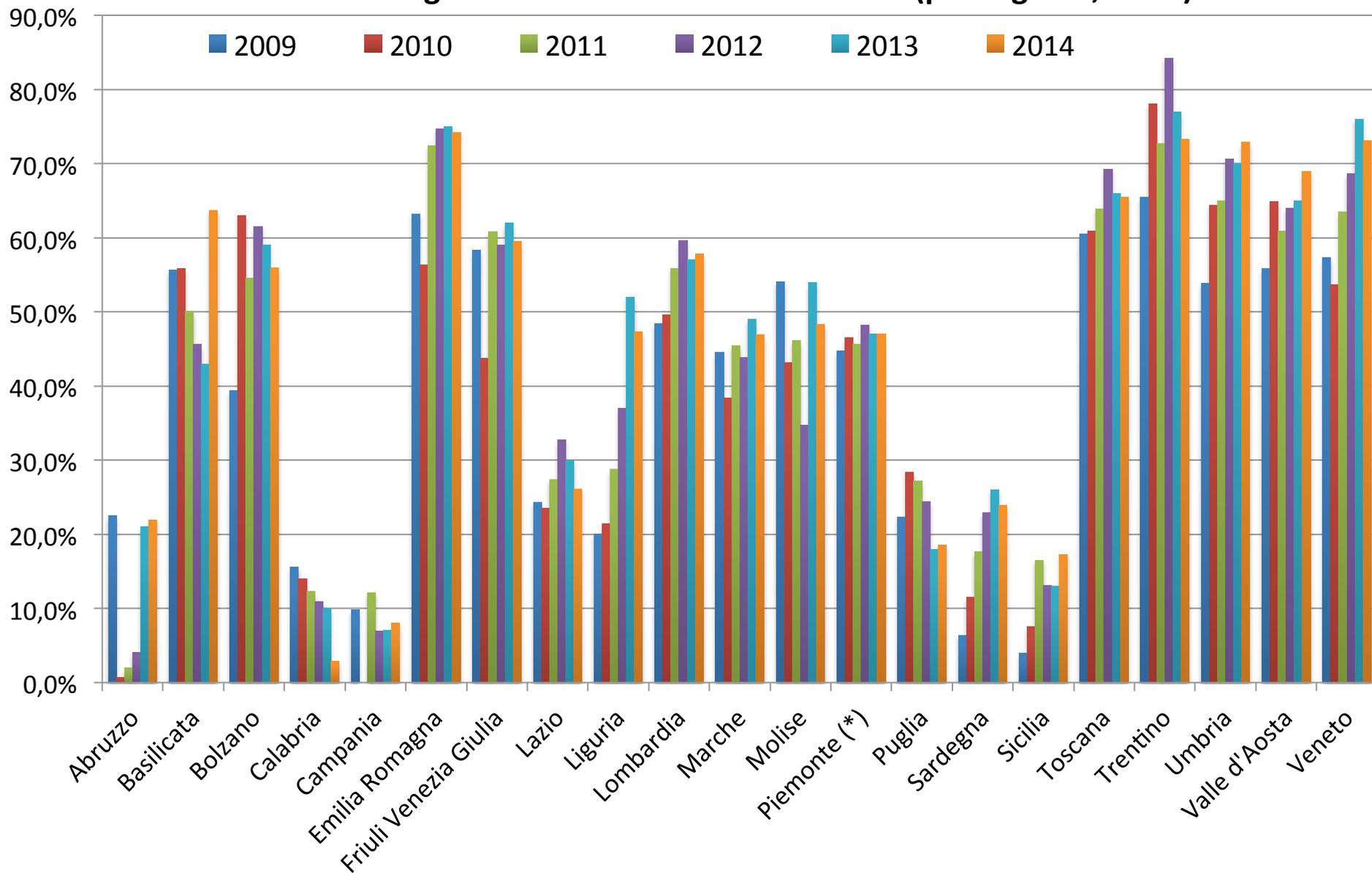
\$11 billion
estimated cost per year of implementing the Global Action Plan



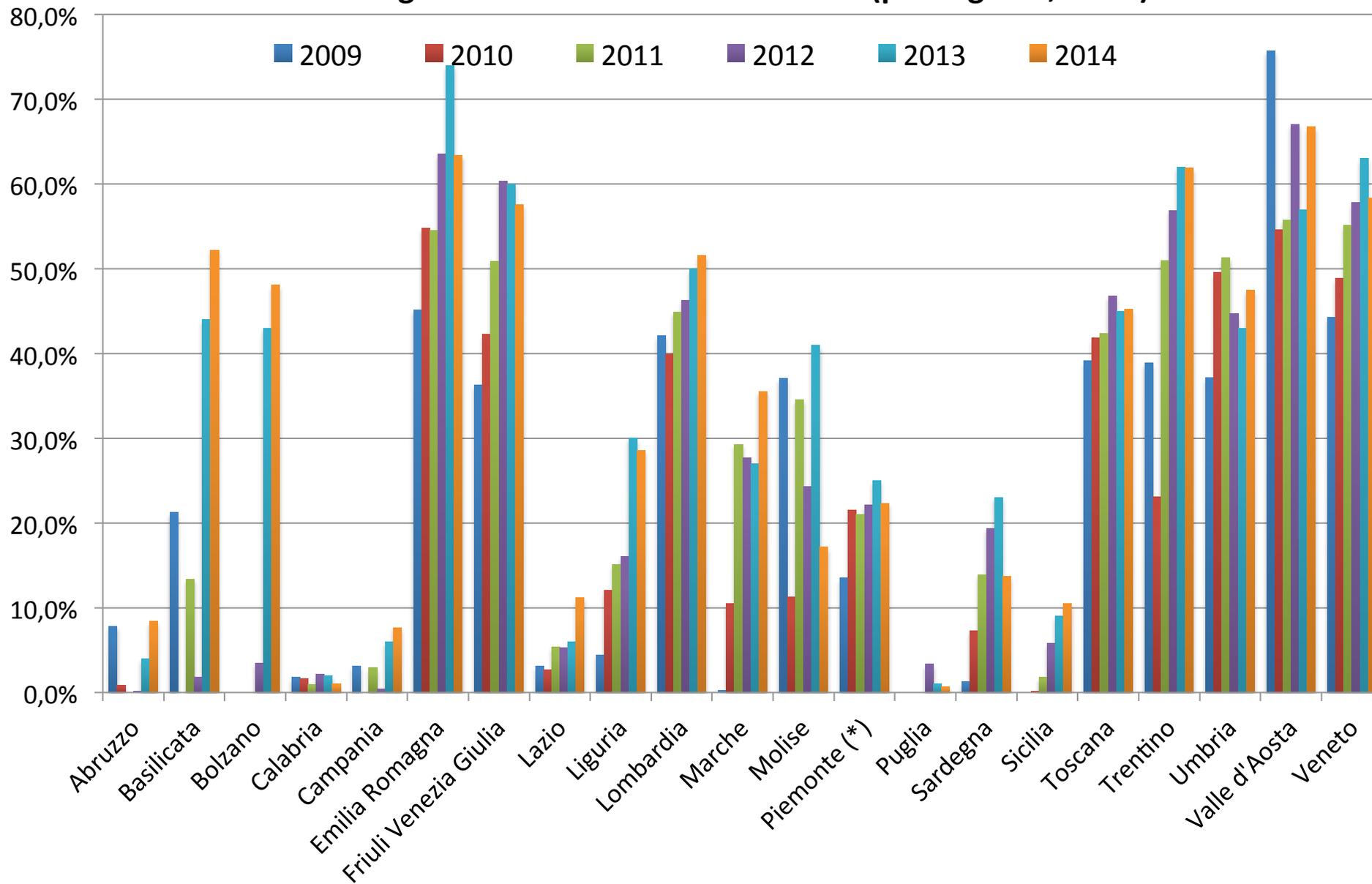
Screening nazionali cancro uterino (per regione, anno)



Screening nazionali cancro alla mammella (per regione, anno)



Screening nazionali cancro al colon-retto (per regione, anno)

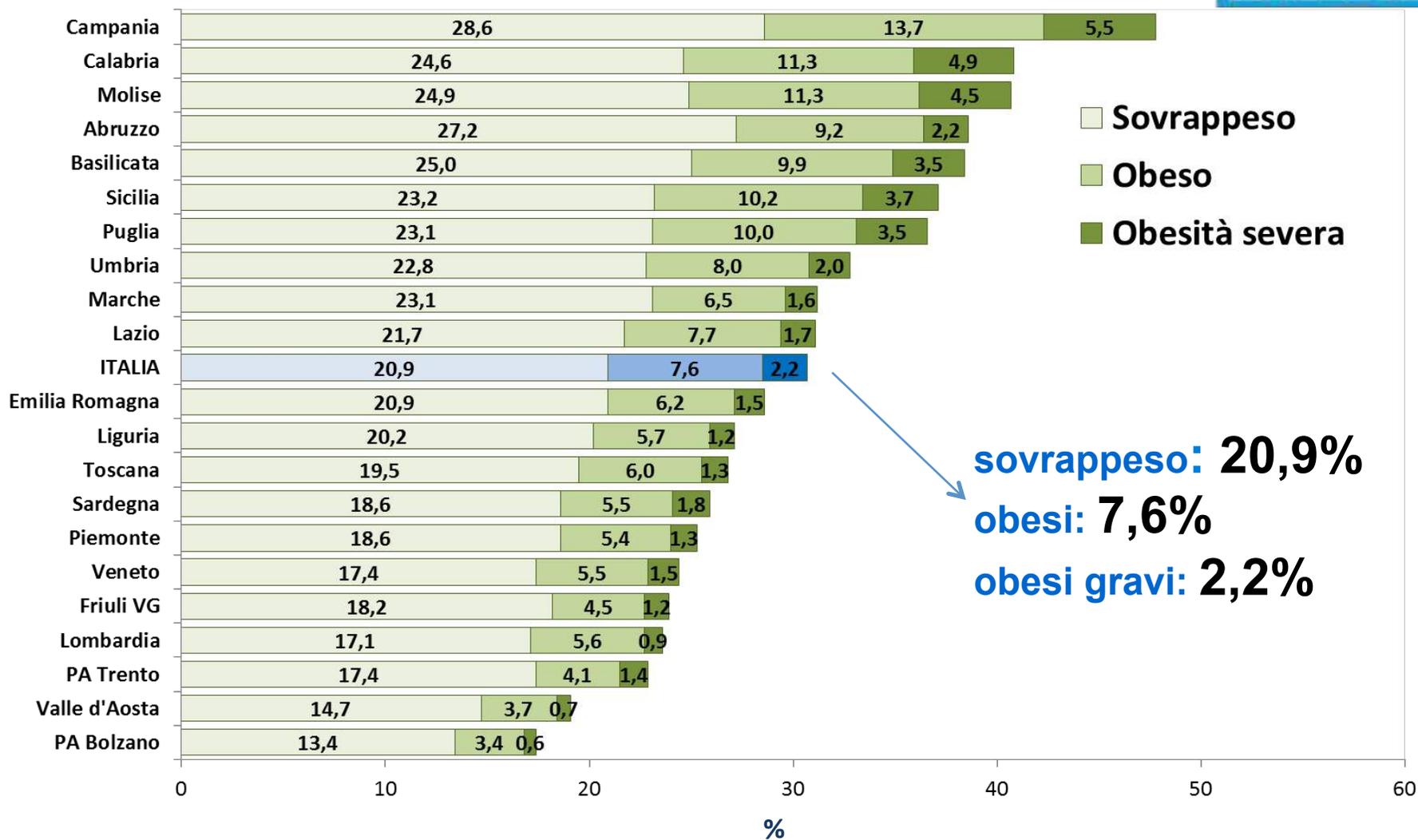




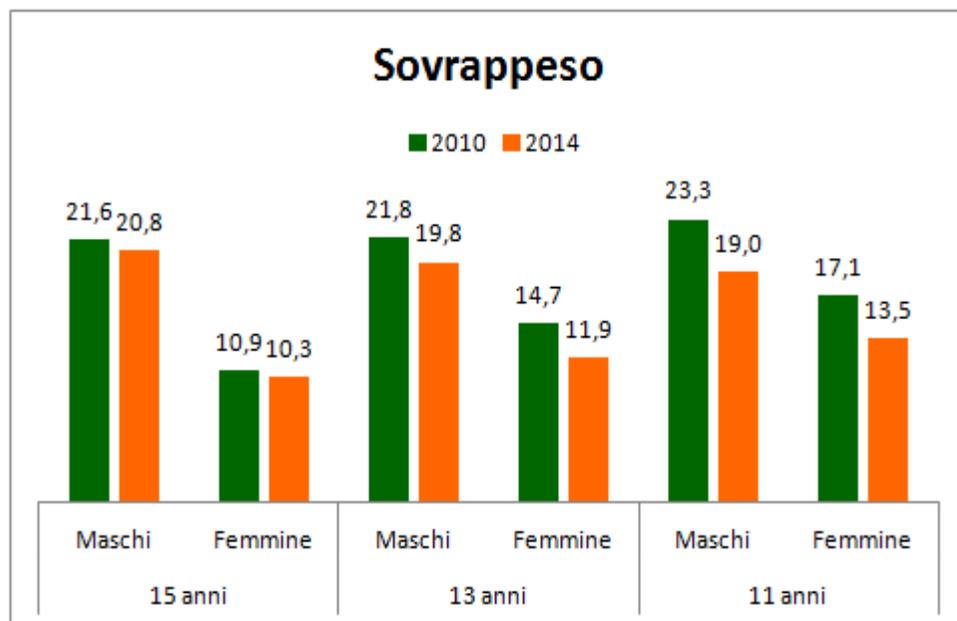
Sistemi di sorveglianza nazionali

- **Bambini** 8-9 years: OKkio alla Salute
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=2952&area=stiliVita&menu=sorveglianza
- **Adolescenti**: Health Behavior in School Health Children <http://www.hbsc.unito.it/it/>
- **Adulti** 18-69 years: PASSI
<http://www.epicentro.iss.it/passi/>
- **Anziani**: PASSI D'Argento
<http://www.epicentro.iss.it/passi-argento/info/info.asp>

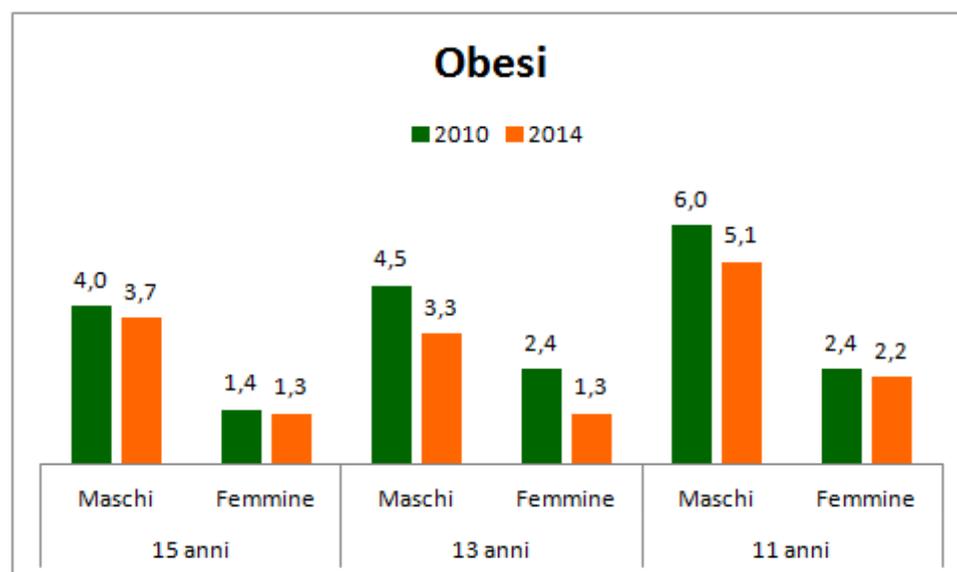
Obesità nelle scuole (8-9 anni)



Children health behavior



Sovrappeso % diminuisce in particolare tra gli 11nni (da 23,3% a 19% nei maschi e da 17,1% a 13,5% nelle femmine)



La prevalenza dell'obesità diminuisce tra i 13nni (da 4,5% a 3,3 % nei maschi e da 2,4% a 1,3% nelle femmine)

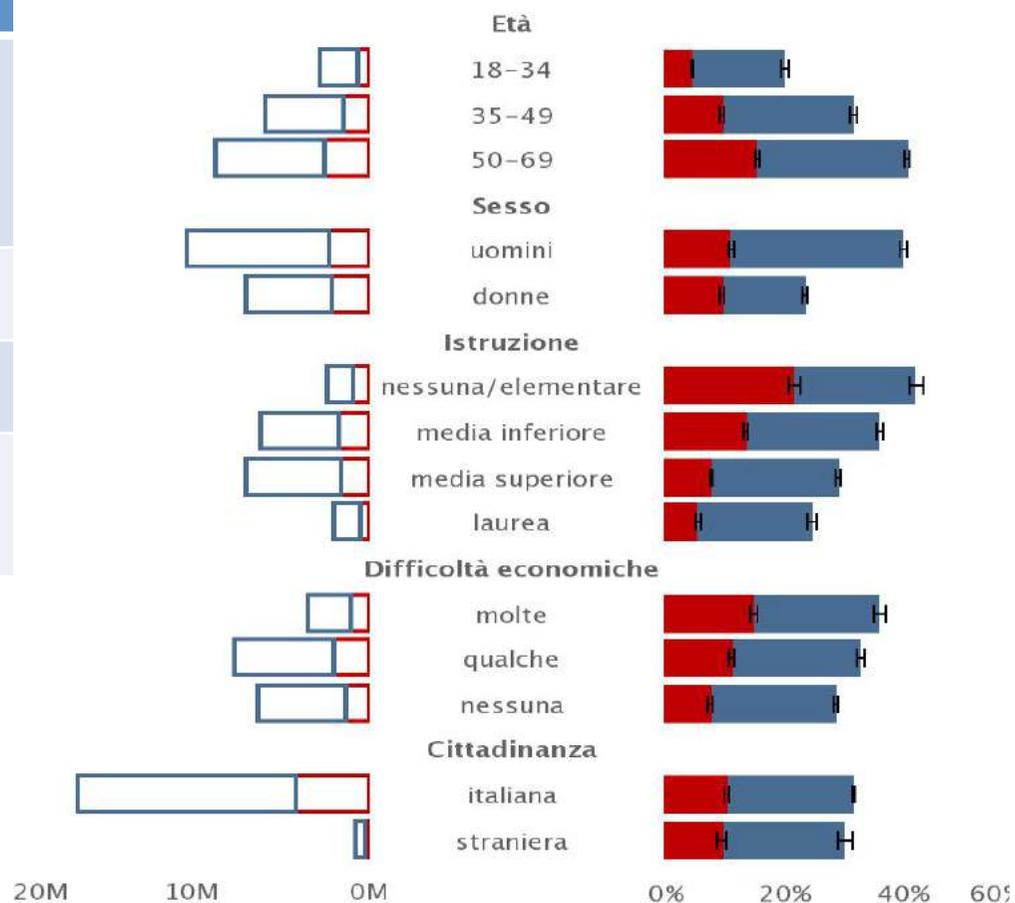


PASSI

2011-2015	Italia n = 151603		
	%	IC95% inf	IC95% sup
Obesi	10.2	10.0	10.4
Sovrappeso	31.7	31.3	32.0
Normali	58.1	57.8	58.5

Eccesso ponderale per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione ITALIA

Popolazione di riferimento: 40421025
Totale: 41.9% (IC95%: 41.5-42.2%)

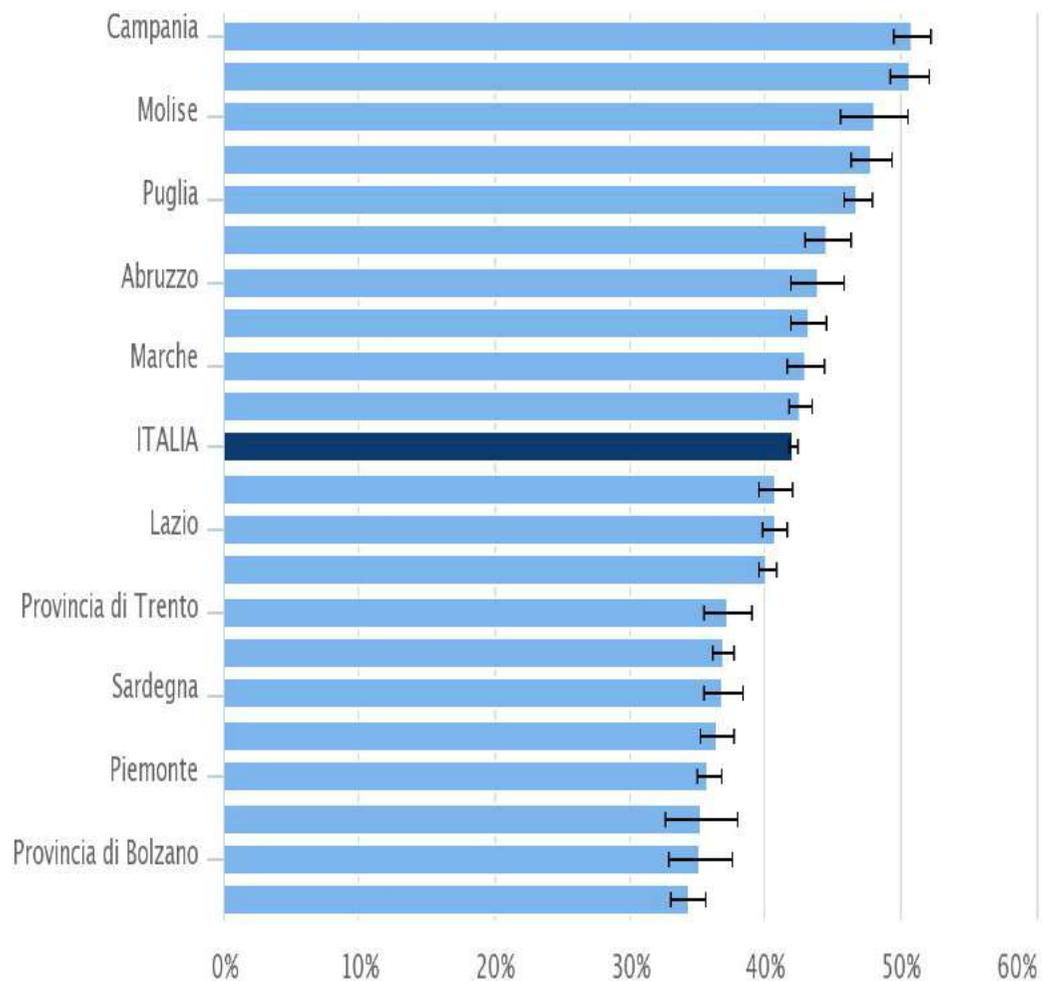




PASSI: distribuzione regionale dei sovrappeso

Eccesso ponderale per regione di residenza

Passi 2011-2014



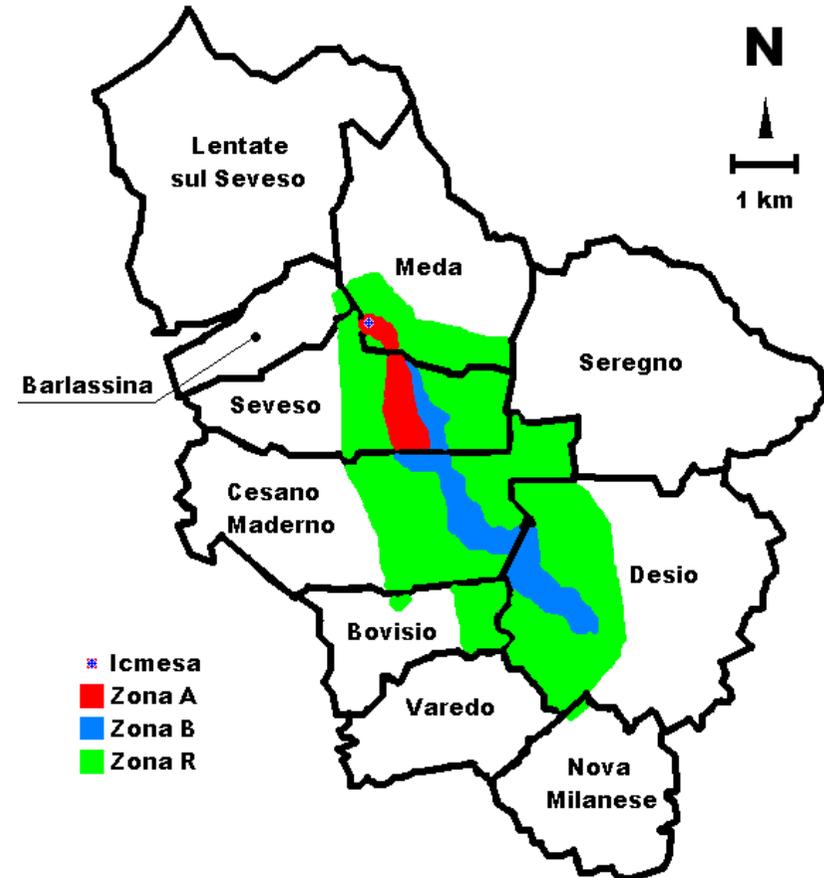
Eccesso ponderale per regione di residenza

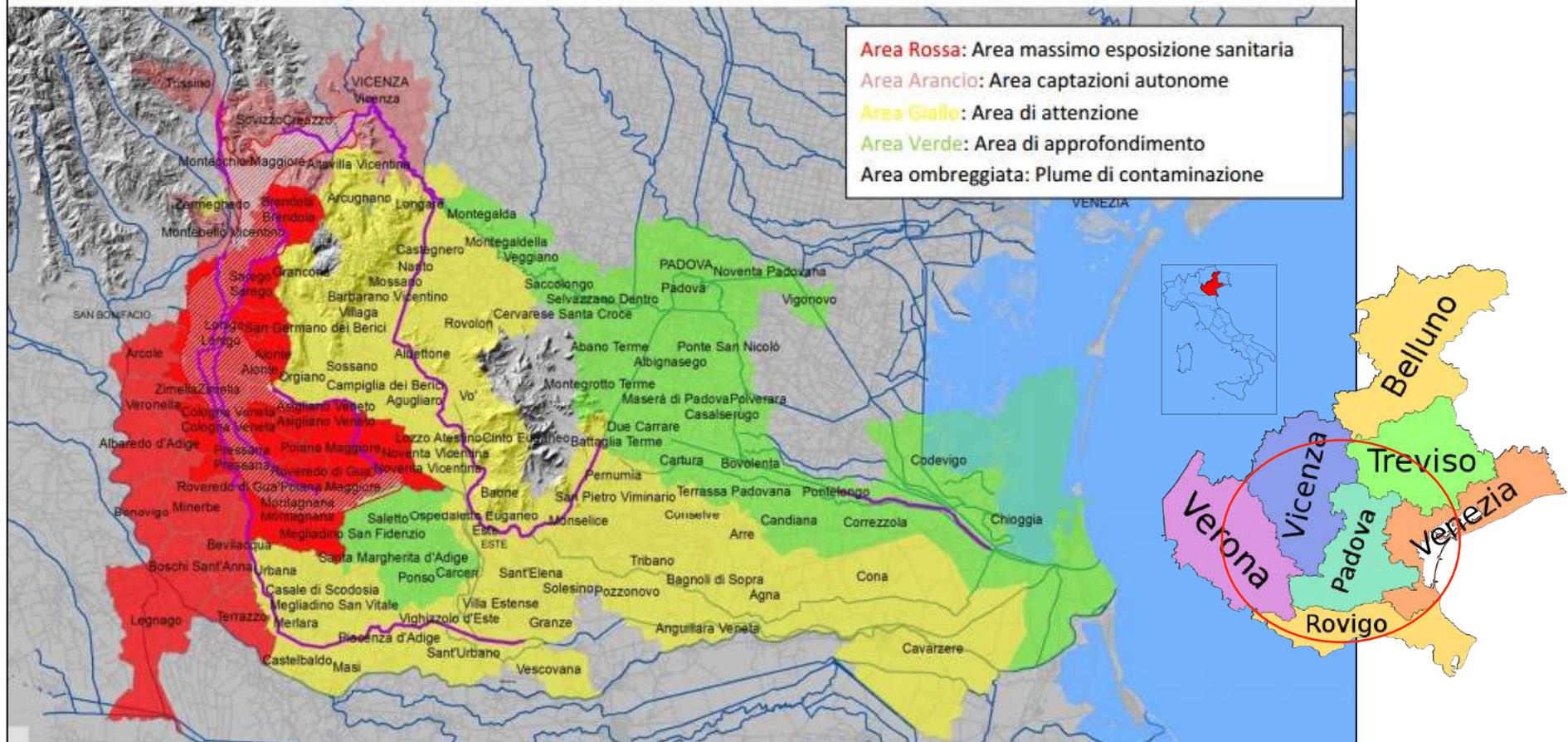
Passi 2011-2014



40 anni dopo Seveso

40 anni fa, Seveso, piccolo paese 30 km a nord di Milano, divenne famoso per la prima catastrofe industriale con impatto grave sulla salute dei residenti in un Paese di area OCSE. Alle 12.37 un reattore che produceva triclorofenolo esplose all'interno dell'ICMESA (Roche). Una nube di TCDD 2,3,7,8 (una diossina altamente tossica e carcinogena) colpì 37,000 residenti e più di 80,000 animali. La cosiddetta direttiva Seveso ([82/501/EEC](#), [96/82/EC](#), [2012/18/EU](#)) fu adottata dalla UE per la classificazione dei prodotti chimici e per la garanzia del diritto alla sicurezza e alla salute del cittadino, e al suo accesso a informazioni e giustizia.



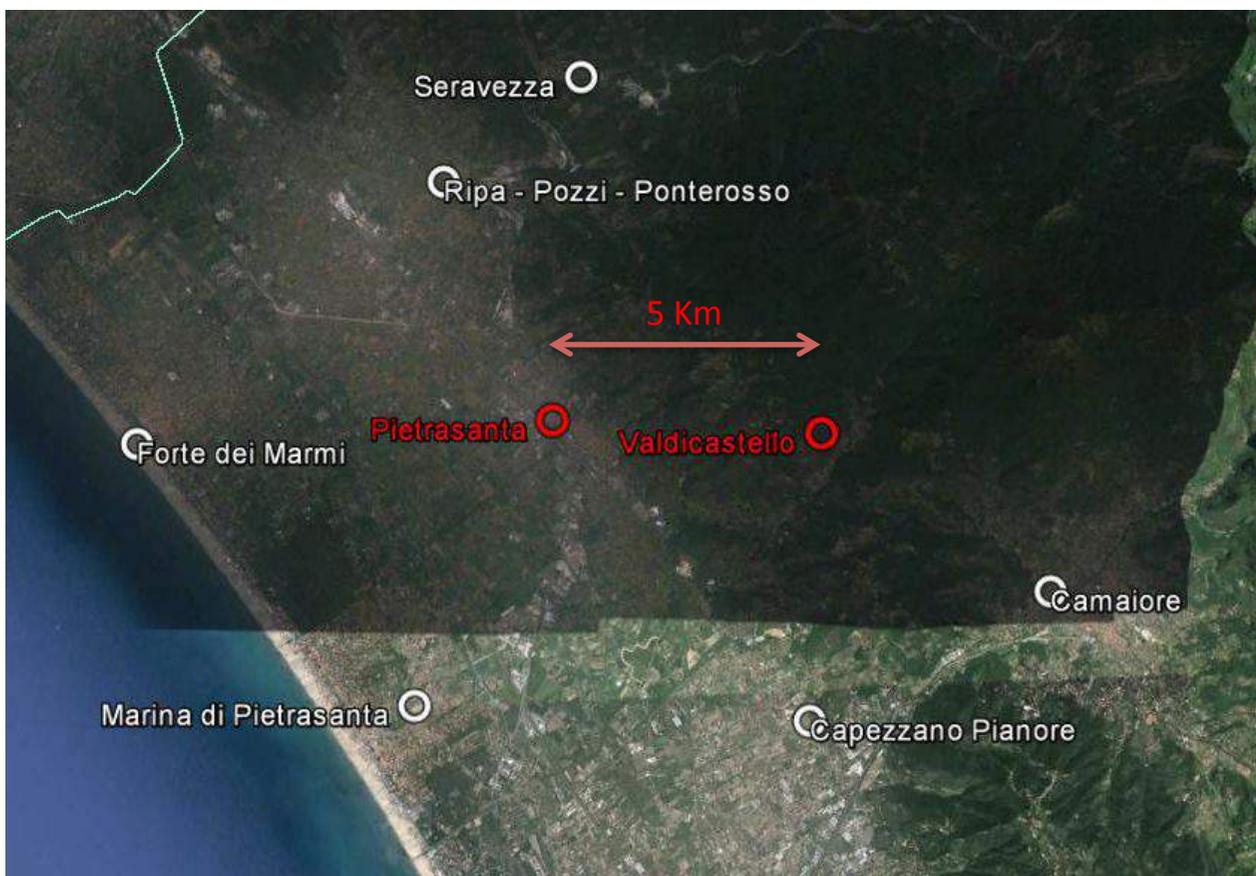


Veneto: la più ampia contaminazione ambientale nota con inquinamento da PFAS e PFOS (per- e polifluoroalchili): 250,000 persone con contenuti ematici elevati di PFAS dovuti a oltre 40 anni di sversamenti da parte di una ditta che ha inquinato il 35% delle fonti idriche della regione



Tallio e piani di sicurezza delle acque (decreto del Ministero della Salute e del Ministero dell'Ambiente 14 Giugno 2017)

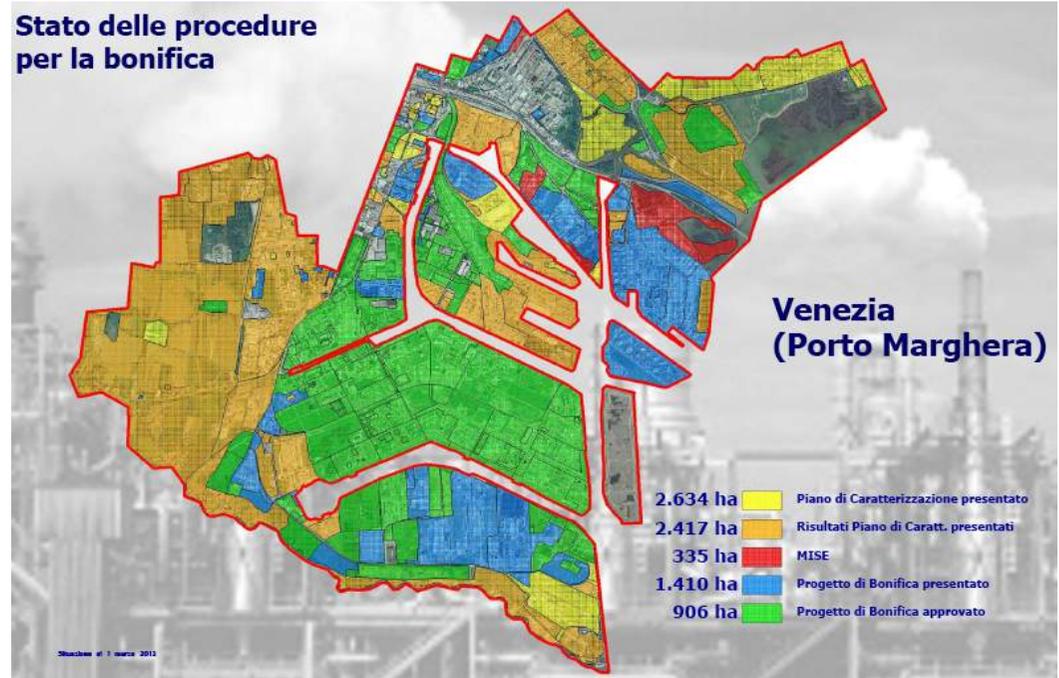
EU Direttiva 2015/1787: piani di sicurezza delle acque





Ministero dell'Ambiente

Laguna di Venezia: polo chimico nazionale dismesso nel 2010, dopo 45 anni di attività inquinante la laguna, uno dei nostri ecosistemi più fragili. Ci vorranno almeno 30 anni per il risanamento.





epo
EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE

Rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia
 ANNO 35 (5-6) SETTEMBRE-DICEMBRE 2011
 SUPPLEMENTO 4

S.E.N.T.I.E.R.I.
 STUDIO EPIDEMIOLOGICO NAZIONALE TERRITORI E INSEDIAMENTI ESPOSTI A RISCHIO DA INQUINAMENTO

Risultati

Results

A cura di:
 Roberta Pirastu
 Ivano Iavarone
 Roberto Pasetto
 Amerigo Zona
 Pietro Comba

SENTIERI - Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento:

SENTIERI Project - Mortality study of residents in Italian polluted sites:

inferenze

Inferenze Edizioni - Via Riccardi 10, 20149 Milano - Pagine 114 pagine - Sped. in abb. post. D. 30/05/2003 convertito in legge 27/02/2004 n. 46 - art.1, comma 1, D.M. 18/01/2004 - Una copia 25,00 euro - ISSN 1120-0775 settembre-dicembre 2011



Sentieri

Valutazione epidemiologica e monitoraggio delle aree di potenziale inquinamento e degli insediamenti umani potenzialmente colpiti: database multipli, fonti informative municipali e aziendali, con analisi temporale e spaziale delle possibili associazioni con patologie di vario tipo e indicatori sanitari multipli per le 49 aree di interesse nazionale (non analisi di relazione causale)



Il Decreto Ministro Ambiente del 11/01/2013 riassegna le competenze per i siti di bonifica di interesse nazionale:



http://www.minambiente.it/sites/default/files/archivio/allegati/trasparenza_valutazione_merito/PROCEDURE_BONIFICHE_2013.pdf



Aree con inquinamento da amianto (MATTM decreto 468/01)

1. Priolo (Eternit Siracusa, Sicilia): costo stimato 100 miliardi Euro
2. Casale Monferrato (Piemonte, area industriale dismessa e area urbana contaminata): costo stimato 22.6 miliardi Euro
3. Balangero (Piemonte): progetto di risanamento approvato per 62.2 miliardi Euro
4. Bagnoli (Eternit, Campania): costo stimato tra 550 a 650 miliardi Euro
5. Bari (Fibronit): costo stimato 15 miliardi Euro
6. Biancavilla (Catania): contaminazione aree urbane e periurbane con costo stimato di 40 miliardi Euro





Linee guida punti di ingresso, IHR

Circolari del 4 e 8 Aprile 2014

Linee guida e procedure standard per la sorveglianza sanitaria sindromica ai punti di entrata internazionali (porti e aeroporti), di responsabilità degli Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera – USMAF, focal point nazionali per i regolamenti sanitari internazionali





Screening di clandestini salvati, 2013 – 2017 per mese di arrivo (aggiornato a Settembre 2017)

Mese	2013	2014	2015	2016	2017 (provvisorio)	Totale
January	n.d.	1,813	2,833	4,310	4,121	13,077
February	n.d.	2,331	3,034	4,453	8,310	18,128
March	n.d.	4,361	1,974	9,096	10,262	25,693
April	n.d.	11,019	13,225	8,591	12,029	44,864
May	n.d.	11,201	18,305	19,846	22,485	71,837
June	n.d.	17,438	21,669	21,292	23,011	83,410
July	n.d.	20,083	19,010	22,225	11,081	72,399
August	1,734	21,480	20,665	17,566	3,368	64,813
September	3,591	22,748	14,661	16,257	795	58,052
October	3,574	12,336	7,697	28,348		51,955
November	1,659	8,753	2,406	12,993		25,811
December	256	6,478	7,973	8,146		22,853
Totale	10,814	140,041	133,452	173,123	95,462	552,892

POE	Total
REGGIO CALABRIA	105,425
AUGUSTA	94,806
SIRACUSA	60,345
CATANIA	53,303
PALERMO	39,848
TRAPANI	35,805
MESSINA	35,385
ALTRE LOCALITA'	30,059
TARANTO	24,992
SALERNO	19,113
CAGLIARI	16,333
PORTO EMPEDOCLE	16,201
BRINDISI	11,283
NAPOLI	5,848
CSPA CRI	1,559
BARI	887
CATANIA	534
LA SPEZIA	427
PORTO TORRES	387
ASP	156
GENOVA	106
GIOIA TAURO	84
PESCARA	5
SAVONA	1
Total	552,892



PNPV 2017-2019 e legge sull'obbligo vaccinale (Agosto 2017)

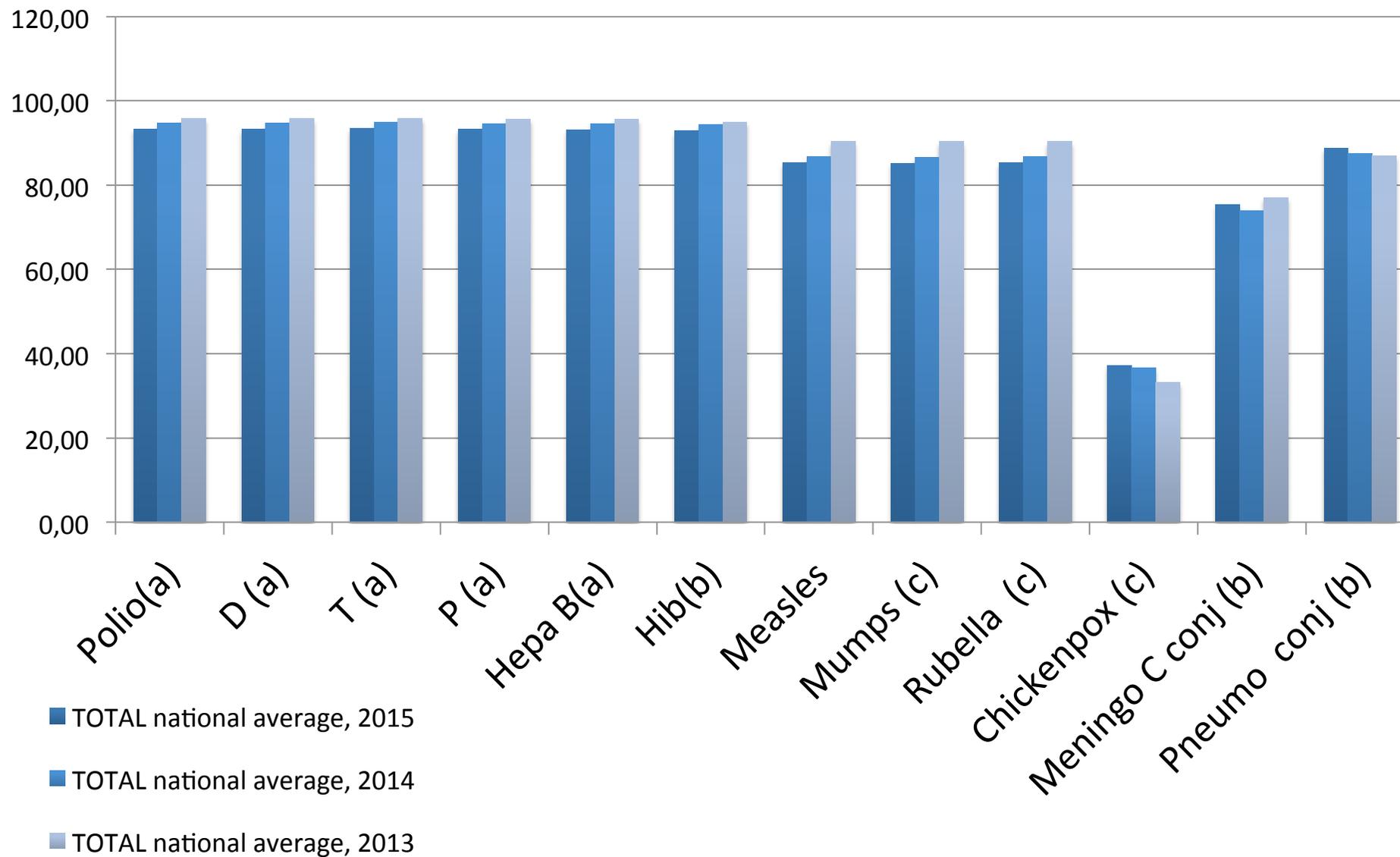




Vaccino	0gg-30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni	Soggetti ad aumentato rischio	
DTPa**		DTPa		DTPa			DTPa			DTPa***	dTpaIPV	1 dose dTpa**** ogni 10 anni			(1)	
IPV		IPV		IPV			IPV		IPV							
Epatite B	EpB- EpB*	Ep B		Ep B			Ep B								(2)	
Hib		Hib		Hib			Hib								(3)	
Pneumococco		PCV		PCV			PCV							PCV+PPSV	(4) ^^	
MPRV								MPRV		MPRV					(6) ^	
MPR								oppure MPR + V		oppure MPR + V					(5) *****	
Varicella															(6)^	
Meningococco C								Men C [§]			Men ACWY coniugato				(7)	
Meningococco B*^		Men B	Men B		Men B			Men B								
HPV											HPV°: 2-3 dosi (in funzione di età e vaccino)				(8)	
Influenza														1 dose all'anno	(9) °°	
Herpes Zoster														1 dose#	(10)	
Rotavirus		Rotavirus## (due o tre dosi a seconda del tipo di vaccino)														
Epatite A															(11)	

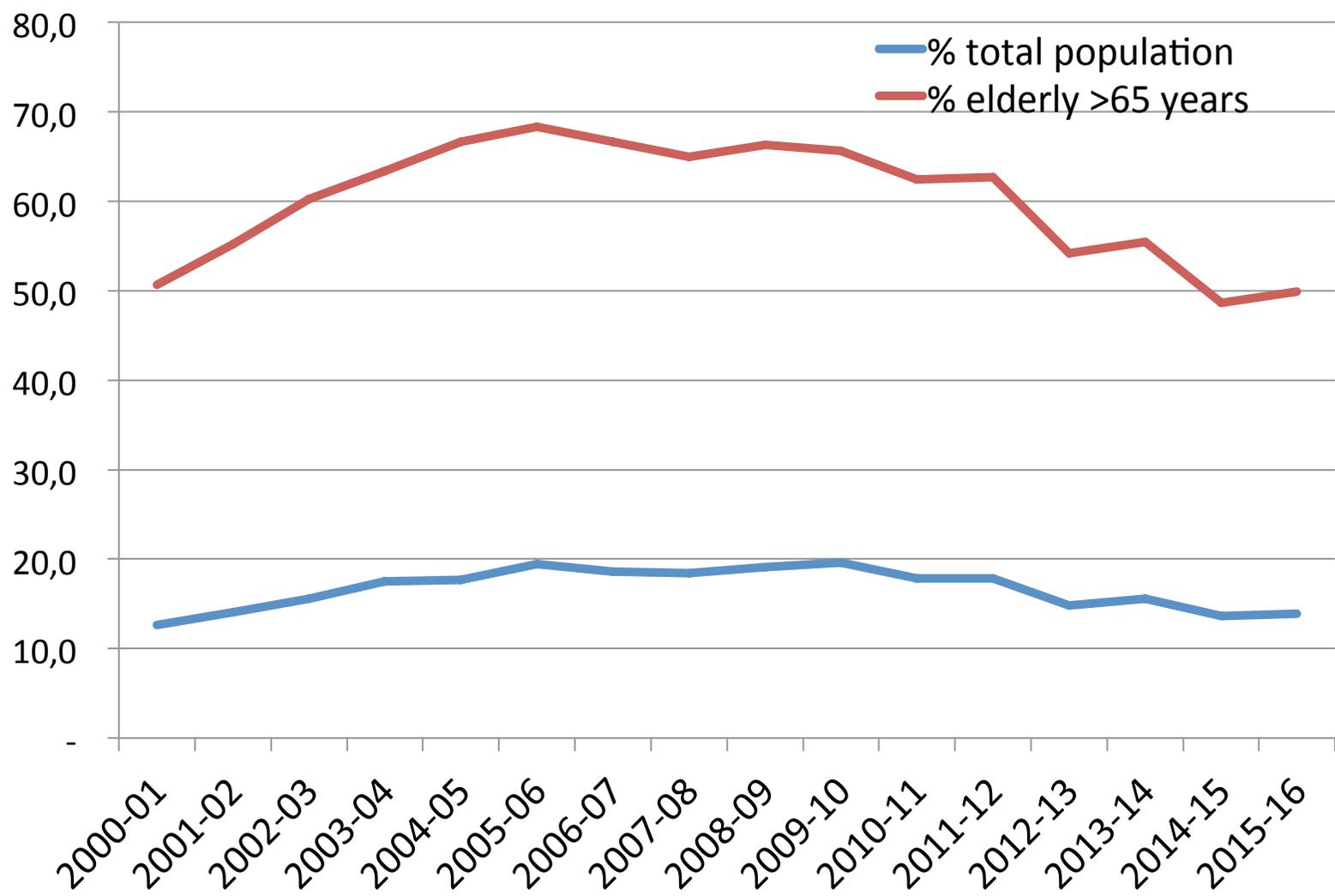
**schedula vaccinale 2017
(esavalente e quadrivalente obbligatori)**

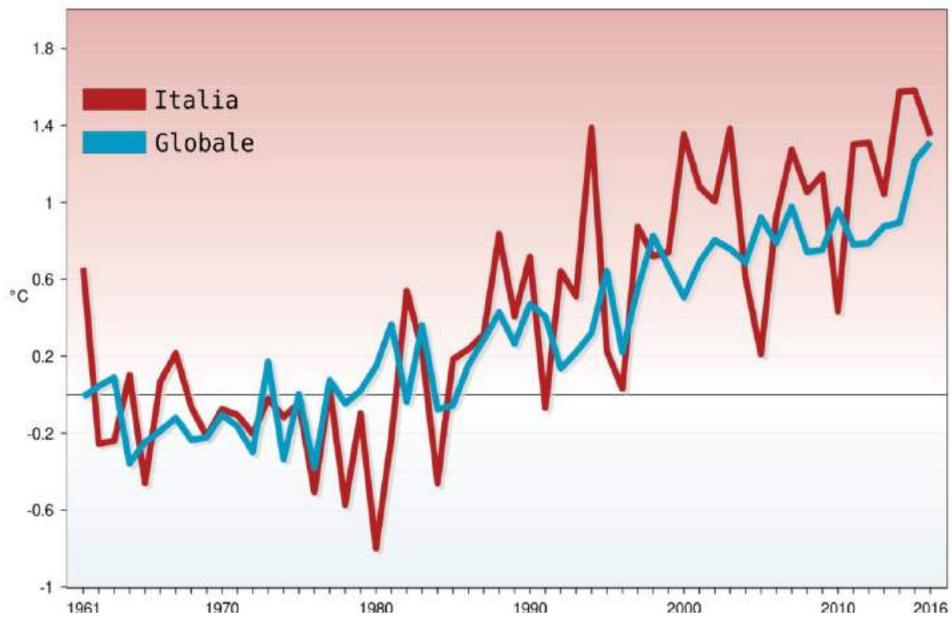
Copertura vaccinale (bambini)



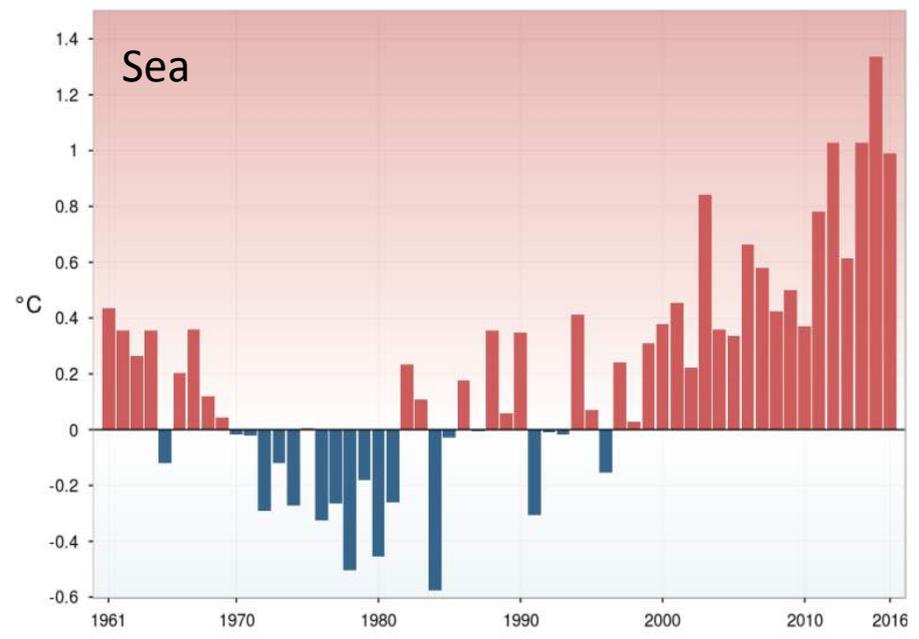
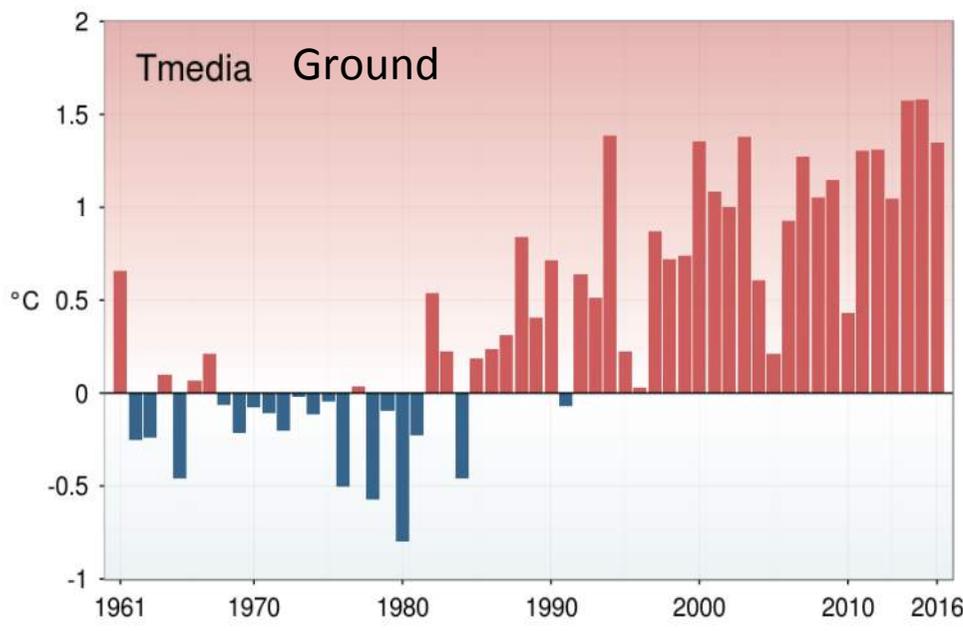


Copertura vaccinale (influenza)





Un nuovo capitolo: il cambiamento climatico



Malattie croniche in Italia

si confermano le principali cause di morte, disabilità e perdita di anni in buona salute

La domanda di servizi sanitari per soggetti anziani con patologie croniche è diventata sempre più alta

è cresciuto l'ammontare delle risorse sanitarie destinate a anziani con patologie croniche.



Malattie cardiovascolari:

- 41% delle morti

Tumori:

- seconda causa di morte (30% dei decessi)



Malattie respiratorie croniche:
terza causa di morte
prevalenza destinata ad aumentare (invecchiamento)

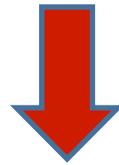
Diabete:

3.000.000 di malati (5% della popolazione)
circa un milione di persone non ancora consapevoli



Le evidenze sulla cronicità

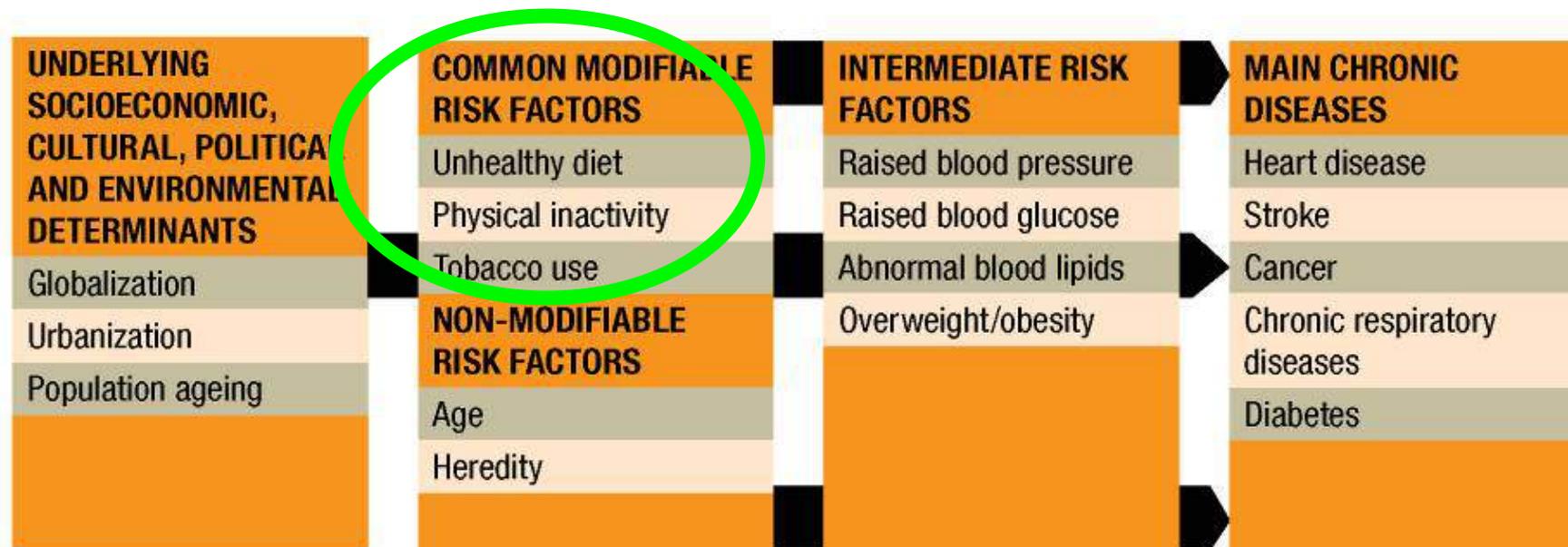
- Il numero dei soggetti con cronicità è in continua crescita
- Aumentano i costi dell'assistenza (nuovi farmaci)
- **Aumenta l'attesa di vita**
- **Migliorano le sopravvivenze**



Il sistema universale di assistenza sociosanitaria è a rischio di implosione per l'eccessivo assorbimento di risorse

Le cause

Interazione tra i «determinanti» che influenzano lo stato di salute e ne causano le differenze (o disuguaglianze)



I fattori di rischio modificabili sono:

- pochi
- comuni alle diverse patologie

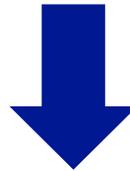


- **Tabagismo, alimentazione scorretta, inattività fisica e sedentarietà o, in generale, non tener conto degli effetti sulla salute di determinate attività quotidiane**
- **sembrano scelte derivanti dalle caratteristiche intrinseche degli individui e dalle loro preferenze**

- **Sono anche fortemente condizionate da:**
 - **pressioni sociali o del mercato**
 - **mancanza di adeguate informazioni**
 - **insufficiente livello d'istruzione**
 - **non corretta valutazione delle conseguenze**
 - **informazione insufficiente o non adeguata**

La visione

- La salute è un prerequisito dello sviluppo
- Tutte le politiche hanno impatto sulla salute
- Nella prevenzione solo l'*intersectorialità* degli interventi porta a risultati



- **Governo unitario del bene “salute” obiettivo prioritario per tutti i settori del Paese**
- **Strategie condivise**
- **Azioni intersettoriali**
- **Coinvolgimento dei portatori di interesse**
- **Strumenti adeguati (informazione/educazione/norma/regolazione)**



- Ridurre il tasso di mortalità materna globale
- Mettere fine alle morti evitabili di neonati e bambini sotto i 5 anni di età,
- Porre fine alle epidemie di AIDS, tubercolosi, malaria e malattie tropicali trascurate e combattere l'epatite, le malattie legate all'uso dell'acqua e altre malattie trasmissibili
- **Ridurre di un terzo la mortalità prematura da malattie non trasmissibili attraverso la prevenzione e la cura e promuovere la salute mentale e il benessere**
- Rafforzare la prevenzione e trattamento di abuso di sostanze, tra cui abuso di stupefacenti e **uso nocivo di alcool**
- Dimezzare il numero di decessi a livello mondiale e le lesioni da incidenti stradali
- Garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva
- Conseguire una **copertura sanitaria universale**, l'accesso a servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e a farmaci essenziali sicuri, efficaci, di qualità e a prezzi accessibili e vaccini per tutti
- Ridurre sostanzialmente il numero di decessi e malattie da sostanze chimiche pericolose e da inquinamento e contaminazione di aria, acqua e suolo
- **Rafforzare l'attuazione della «FCTC»**
- Sostenere la ricerca e lo sviluppo di vaccini e **farmaci per le malattie trasmissibili e non trasmissibili** che colpiscono soprattutto i paesi in via di sviluppo, fornire l'accesso ai farmaci essenziali e ai vaccini a prezzi accessibili,
- Aumentare sostanzialmente il finanziamento della sanità e il reclutamento, lo sviluppo, la formazione e il mantenimento del personale sanitario nei paesi in via di sviluppo,
- Rafforzare la capacità di tutti i paesi, in particolare i paesi in via di sviluppo, per la prevenzione, la riduzione e la gestione dei rischi per la salute nazionale e globale



Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018

Visione, Principi e Priorità

- Afferma il ruolo cruciale della **promozione della salute** e della **prevenzione** come fattori di sviluppo della società
- Recepisce gli obiettivi sottoscritti a livello internazionale
- Mira a ridurre il carico di malattia, garantire equità e contrasto alle disuguaglianze e rafforzare l'attenzione ai gruppi fragili
- Definisce un numero limitato di (macro) obiettivi comuni prioritari misurabili e i relativi indicatori
- Promuove una sistematica attenzione alla intersectorialità e alla trasversalità degli interventi
- Investe sul benessere dei giovani in un approccio dal forte contenuto formativo e di empowerment
- Considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente



PNP 2014-2018: lo scenario

Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano 10 luglio 2014, sul nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016

ART. 17

Piano nazionale della Prevenzione

1. Le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, in coerenza con lo schema di Piano nazionale della Prevenzione, in corso di approvazione, convengono di confermare per gli anni 2014-2016, a valere sulle risorse di cui all'articolo 1 comma 1 del presente Patto, la destinazione di 200 milioni di euro annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota di finanziamento vincolato per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1996, n.662 e successive integrazioni.

2. Con il presente Patto le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano convengono che il 5 per mille della quota vincolata per il Piano nazionale della prevenzione, di cui agli accordi previsti per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale indicati al comma 1, venga destinato a una linea progettuale per lo svolgimento di attività di supporto al Piano nazionale della prevenzione medesimo da parte dei network regionali dell'Osservatorio nazionale screening, Evidence-based prevention, Associazione italiana registri Tumori.

3. Le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano si impegnano a mettere in atto ogni utile intervento per promuovere la salute in tutte le politiche ed attuare la promozione della salute attraverso politiche integrate e intersettoriali a sostegno del diritto di ciascun cittadino a realizzare il proprio progetto di vita in un disegno armonico di sviluppo del territorio e della comunità in cui vive ciascuno.

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE

Confermata la destinazione di 200 milioni annui, oltre alle risorse individuate a valere sulla quota delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale

Il 5 per mille sulla quota vincolata per il Piano nazionale prevenzione sarà destinato ad attività di supporto al Piano da parte dei network regionali dell'Osservatorio nazionale screening, Evidence-based prevention e Associazione italiana registri tumori

Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano si impegnano a mettere in atto ogni utile intervento per promuovere la salute in tutte le politiche ed attuare la promozione della salute attraverso politiche integrate



II PNP 2014-2018

Macro obiettivi		Obiettivi centrali	Indicatori centrali
MO1	Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	15	31
MO2	Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	2	2
MO3	Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani	2	2
MO4	Prevenire le dipendenze da sostanze	1	1
MO5	Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	3	5
MO6	Prevenire gli incidenti domestici	5	7
MO7	Prevenire gli infortuni e le malattie professionali	8	8
MO8	Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	12	16
MO9	Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	13	45
MO10	Attuare il Piano Nazionale Integrato dei Controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	12	22
TOTALE	10	73	139

Approccio life course



e per «SETTING» specifici



ARTICOLAZIONE PER SETTING



- Per raggiungere più facilmente individui e gruppi prioritari
- Per creare ambienti sociali e fisici favorevoli alla salute
- Per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione
- Per garantire il potenziamento dell'integrazione tra professionisti e strutture, sanitari e non



L'APPROCCIO DELLE REGIONI

- Accordi intersettoriali
- Coinvolgimento «paritario» del sistema scolastico
- Rafforzamento della medicina d'iniziativa (MMG e PLS)
- Formazione operatori sanitari (su empowerment, counseling motivazionale, ecc.)
- Formazione operatori di altri settori (alimentazione e ristorazione, Enti locali, sport, turismo, trasporti, scuola, ecc.)
- Sviluppo reti luoghi di lavoro (WHP - Workplaces Health Promoting)
- Comunicazione



ACCORDI A SUPPORTO DELL'INTERSETTORIALITÀ DELLE AZIONI

- SCUOLA**
- Enti Locali, associazioni sportive e del volontariato** per costruire maggiori opportunità di attività fisica per tutti;
- mondo dell'urbanistica, dei trasporti, della pianificazione territoriale** per creare ambienti di vita più sani
- associazioni di categoria** (*panificatori, ristorazione collettiva, ecc.*)
- costruire strategie integrate per la promozione della salute**
- una nuova cultura della salute sempre più orientata ad interventi di empowerment della persona**

L'ESISTENZA DI INTESE PREESISTENTI CONSENTE:

- continuità e sistematicità ad azioni e programmi in essere già da svariati anni**
- una visione di programmazione partecipata e congiunta**
- valorizzazione delle risorse esistenti**
- creazione di una “rete locale per la promozione della salute”**



PNP 2014-2018: percorso e vincoli

Pianificazione

- Stato e Regioni definiscono:
 - i **macro obiettivi (MO) di salute** prioritari da raggiungere nel quinquennio
 - i **fattori di rischio/determinanti di salute**, relativi ai MO, da contrastare o promuovere e le relative **strategie** da attuare per raggiungere i MO
 - gli **obiettivi centrali** da perseguire, garantendo la coesione nazionale, per il raggiungimento dei MO
 - gli **indicatori centrali (e relativi standard)** da misurare per valutare il raggiungimento degli obiettivi

Attuazione

- Le Regioni, nell'ambito dei Piani regionali di prevenzione (PRP), si impegnano a perseguire **tutti i MO e tutti gli obiettivi centrali** declinandoli opportunamente nei contesti regionali/locali (obiettivi specifici)
- Il livello centrale provvede a definire e dare sviluppo ed attuazione alle **Linee di supporto centrali al PNP 2014-2018 (AC)**

Valutazione

- Stato e Regioni, attraverso il sistema di **indicatori (centrali, di processo, sentinella)** si impegnano a monitorare e valutare il raggiungimento degli obiettivi fissati (specifici e centrali)

- **Intesa Stato Regioni 13 novembre 2014 di adozione del PNP 2014-2018**
- **Accordo Stato Regioni 25 marzo 2015 di adozione del Documento di valutazione del PNP 2014-2018**
- **DM 25 gennaio 2016 di adozione del Documento di indirizzo per l'attuazione delle Linee di supporto centrali al PNP 2014-2018**



Monitoraggio e valutazione

Documento di valutazione del PNP 2014-2018 - Certificazione

3.4

“indicatori sentinella” e relativi standard, idonei a valutare e documentare l’avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici. Il numero degli indicatori sentinella è commisurato alla complessità del programma. La scelta di tali indicatori deve essere adeguatamente motivata;

5.3

Per gli anni 2016, 2017

a) almeno il 70% di tutti gli indicatori sentinella di tutti i programmi presenta uno scostamento tra valore osservato e standard non superiore al 20%

3. Per l’anno 2018

a) almeno l’80% di tutti gli indicatori sentinella di tutti i programmi presenta uno scostamento tra valore osservato e standard non superiore al 20%

*Per un **monitoraggio non solo formale del Piano**, delle sue difficoltà attuative e dei fattori di successo, l’impianto nazionale di valutazione del Piano è improntato ad una logica di sviluppo unitario sul piano tecnico-scientifico, organizzativo e operativo, seppure nel pieno rispetto delle scelte attuative regionali.*

- In tale prospettiva, opera presso il Ministero della salute un **Tavolo di lavoro con la partecipazione degli Uffici del Dicastero e di rappresentanti delle Regioni, di altri attori, quali AGENAS, ISS, ISTAT.**
- Valutazione per l’assolvimento di adempimenti (certificazione)**
- Valutazione per misurare gli effetti e supportare le policy**



La visione strategica del PNP diventa «LEA» (DPCM 12/01/2017)

Area di intervento B:

Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati

Programmi/attività

3. Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica

Area di intervento F :

Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale

Programmi/attività

1. Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di **programmi inter-settoriali** con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale «Guadagnare salute»
2. **Sorveglianza** dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione
3. **Prevenzione delle malattie croniche** epidemiologicamente più rilevanti, promozione comportamenti favorevoli alla salute
4. Prevenzione e contrasto del **tabagismo**, del consumo a rischio di **alcol**
5. Promozione dell'**attività fisica** e tutela sanitaria dell'attività fisica
6. Promozione di una **sana alimentazione** per favorire stili di vita salutari
7. Promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno e di una corretta alimentazione complementare
8. Screening oncologici
9. Prevenzione delle dipendenze



Il Piano nazionale della prevenzione (PNP) è finanziariamente sostenuto dal Fondo sanitario nazionale.

*Nell'Intesa del 23 marzo 2005, di adozione del PNP 2005-2007, le Regioni hanno convenuto (Articolo 4) di destinare alla completa attuazione di quanto previsto nel citato Piano, **200 milioni di Euro annui**, oltre alle risorse previste dagli Accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale (**240 milioni di Euro annui**) ai sensi dell'Articolo 1, commi 34 e 34 bis della Legge 23 dicembre 1996, n.662 per la realizzazione degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale.*

La medesima Intesa (Allegato 1) definisce gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per accedere al "maggior finanziamento" delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale (anche detti adempimenti LEA, dei quali il PNP è parte integrante), ovvero all'incremento delle risorse finanziarie a carico del bilancio dello Stato. Agli adempimenti individuati dall'Intesa del 23 marzo 2005 si sono aggiunti nel tempo quelli fissati da Leggi successive, Accordi e Intese in Conferenza Stato-Regioni e altri atti di programmazione sanitaria.

Sia le risorse vincolate agli obiettivi di Piano, sia quelle relative al maggior finanziamento, sono legate a sistemi di valutazione (certificazione) definiti in specifici atti, ovvero rese disponibili a seguito degli esiti istruttori degli Uffici e degli organi competenti.

A partire dal PNP 2005-2007, tutti quelli successivi (ovvero: proroga al 2008 del PNP 2005-2007, sancita con Intesa Stato Regioni 20 marzo 2008; PNP 2010-2012 adottato con Intesa Stato Regioni 29 aprile 2010; proroga al 2013 del PNP 2010-2012, sancita con Intesa Stato Regioni 7 febbraio 2013; PNP vigente 2014-2018 adottato con Intesa Stato Regioni 13 novembre 2014) hanno confermato i suddetti meccanismi di finanziamento e di svincolo dei medesimi, nonché l'entità delle risorse destinate al PNP (240 milioni di Euro annui a valere sulle risorse vincolate per gli obiettivi di Piano sanitario nazionale ai sensi dell'Articolo 1, commi 34 e 34 bis della Legge 23 dicembre 1996, n.662, più 200 milioni di Euro annui che le Regioni mettono a disposizione come previsto dall'Articolo 4 dell'Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005). In particolare, per il PNP vigente, l'Intesa Stato Regioni 10 luglio 2014, concernente il Patto per la salute 2014-2016, conferma (Articolo 17) che tali somme sono finalizzate a sostenere il raggiungimento degli obiettivi del PNP 2014-2018, lo sviluppo di sistemi di sorveglianza e l'armonizzazione delle attività di prevenzione negli ambiti territoriali.

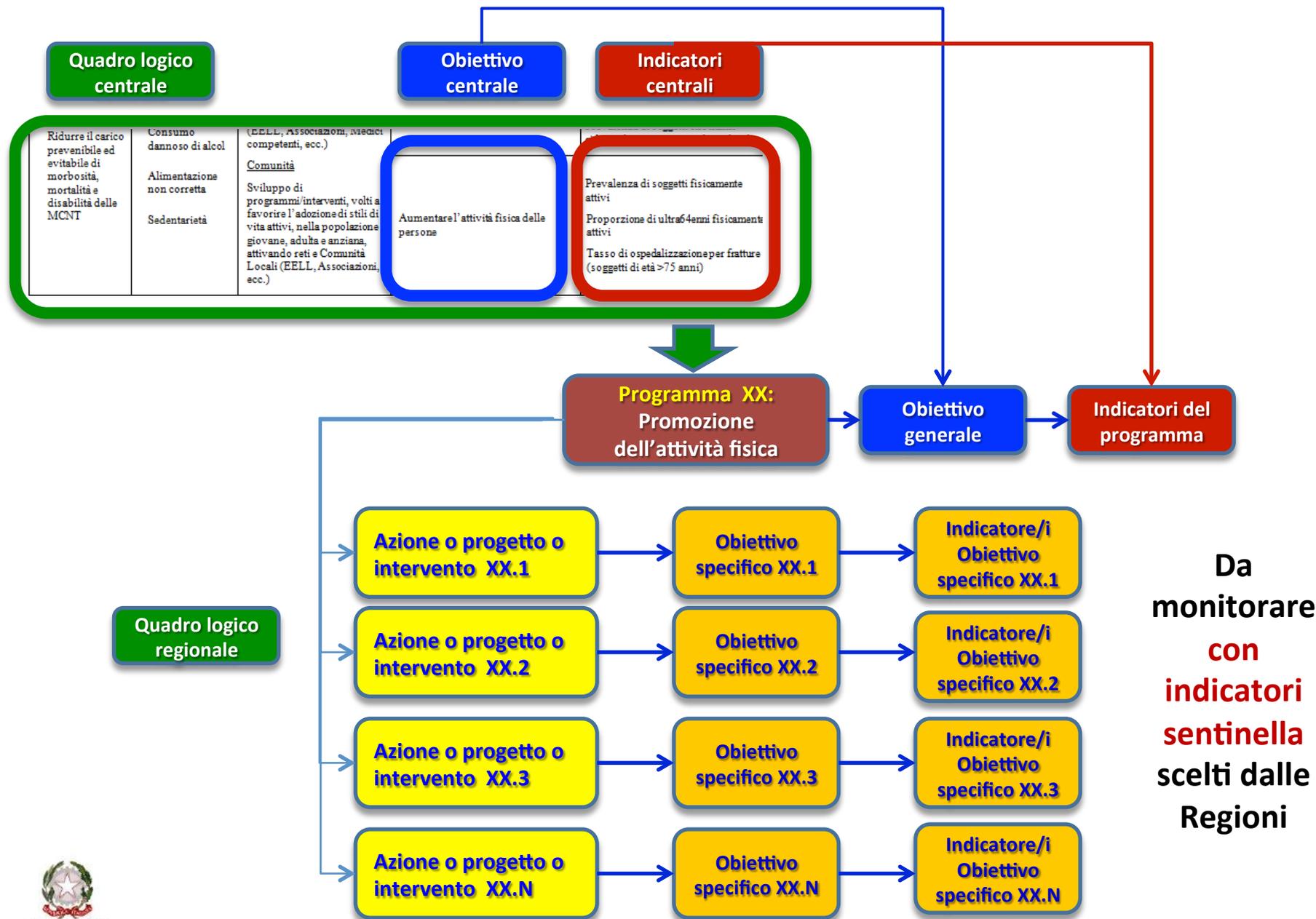
Per la normativa, oltre a quelle citata, occorre far riferimento a tutti gli Accordi/intese sugli Obiettivi di Piano

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=programmazioneSanitariaLea&menu=obiettivi

Il Quadro logico centrale (QLc) (per ogni MO)

Macro obiettivo	Fattori di rischio /determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali	
<p>Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT</p>	<p>Fumo</p> <p>Consumo dannoso di alcol</p> <p>Alimentazione non corretta</p> <p>Sedentarietà</p>	<p>Definizione di accordi intersettoriali a livello nazionale (Guadagnare salute/salute in tutte le politiche)</p> <p>Attivazione in ogni Regione di processi intersettoriali per la salute in tutte le politiche</p>	<p>Stesura e realizzazione di un piano di azione intersettoriale di promozione della salute nei diversi ambiti, con definizione di accordi e condivisione di indirizzi con i settori della pianificazione territoriale</p>	<p>Numero di accordi quadro intersettoriali nazionali attivati e/o mantenuti</p> <p>Proporzione di Regioni che hanno recepito gli accordi</p>	
		<p>Sviluppo di programmi/interventi volti a favorire l'allattamento al seno</p>	<p>Aumentare i bambini in allattamento materno esclusivo fino al sesto mese (180 giorni di vita)</p>	<p>Prevalenza di bambini allattati al seno alla fine del sesto mese</p>	
		<p><u>Ambiente scolastico</u></p> <p>Sviluppo di programmi di promozione della salute integrati per i quattro fattori di rischio e condivisi tra servizi sanitari e istituzioni educative</p>	<p>Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol) nella popolazione giovanile e adulta</p>	<p>Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l'80% delle classi) alla progettazione regionale specifica</p>	
		<p><u>Ambiente di lavoro</u></p> <p>Sviluppo di programmi/interventi integrati per i quattro fattori di rischio e condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari e "datori di lavoro", volti a favorire l'adozione di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol), attivando reti e Comunità Locali (EELL, Associazioni, Medici competenti, ecc.)</p>	<p>Ridurre il numero dei fumatori</p>	<p>Prevalenza di fumatori nella popolazione</p>	
			<p>Estendere la tutela dal fumo passivo</p>	<p>Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato</p>	
			<p>Ridurre il consumo di alcol a rischio</p>	<p>Prevalenza di consumatori di alcol a rischio</p>	
			<p>Aumentare il consumo di frutta e verdura</p>	<p>Prevalenza delle persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno</p>	
			<p><u>Comunità</u></p> <p>Sviluppo di programmi/interventi, volti a favorire l'adozione di stili di vita attivi, nella popolazione giovane, adulta e anziana, attivando reti e Comunità Locali (EELL, Associazioni, ecc.)</p>	<p>Ridurre il consumo eccessivo di sale</p>	<p>Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale</p> <p>Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale</p>
			<p>Aumentare l'attività fisica delle persone</p>	<p>Prevalenza di soggetti fisicamente attivi</p> <p>Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi</p> <p>Tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età >75 anni)</p>	

Il Quadro logico regionale (QLr) (per ogni programma)





La valutazione

Accordo Stato Regioni 25 marzo 2015) –
Adozione del Documento di valutazione del
PNP 2014-2018

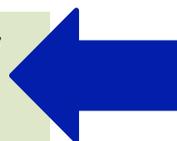
Produrre
evidenze



Il PNP è corredato di un adeguato **“Piano di valutazione”**, il più possibile legato agli obiettivi che si intendono perseguire a tutti i livelli e basato su un approccio condiviso, che conduca non solo alla **messa a punto di metodi e procedure di monitoraggio e valutazione dei processi e dei risultati comuni e rigorosi, ma anche alla creazione delle condizioni necessarie all’utilizzo dei risultati stessi della valutazione, per il miglioramento dell’efficacia e della sostenibilità degli interventi e dei processi in atto e per la produzione dei cambiamenti attesi.**

Il Piano 2014-2018 prevede la possibilità nel 2017 di **una ri-modulazione alla luce dell’avanzamento verso gli obiettivi concordati e i relativi risultati attesi e dell’eventuale mutamento del contesto nazionale e di quelli regionali, fermo restando il quadro logico centrale.**

Dal processo di valutazione vengono estrapolati
gli **elementi necessari per le finalità della
certificazione (verifica adempimenti LEA)**



Monitorare la garanzia dei
LEA

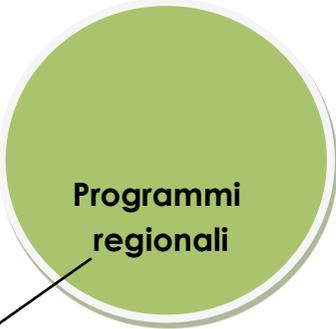
Orientare e
supportare la
riprogrammazione



Per gestire un **monitoraggio sostanziale** e non solo formale del Piano, delle sue difficoltà attuative e dei fattori di successo, è necessario che l’impianto nazionale di valutazione del Piano, sia improntato ad una **logica di sviluppo unitario sul piano tecnico-scientifico, organizzativo e operativo, seppure nel pieno rispetto delle scelte attuative regionali.**

In tale prospettiva, opera presso il Ministero della salute un **Tavolo di lavoro con la partecipazione, oltre che dei competenti Uffici del Minsalute e di rappresentanti delle Regioni e di altri attori, quali AGENAS, ISS, ISTAT**

Quadro logico centrale

Macro obiettivo	Fattori di rischio / determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali
Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT	Fumo Consumo dannoso di alcol Alimentazione non corretta Sedentarietà	 Programmi regionali	Ridurre il numero dei fumatori	Prevalenza di fumatori nella popolazione

**Indicatori sentinella
(di processo)**

Piano di valutazione

Obiettivo centrale	Codice indicatore	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
4. Ridurre il numero di fumatori	1.4.1	Prevalenza di fumatori nella popolazione	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni	Anno 2013: 27,2%	-10,0%	Sistema di sorveglianza PASSI

PNP 2014-2018: il percorso della valutazione

4. Criteri e oggetto della valutazione (*Documento di valutazione del PNP 2014-2018*)

Anno 2014: valutazione del recepimento regionale del PNP

- Viene valutata la sussistenza dei requisiti stabiliti nell'Intesa 13 novembre 2014

Anno 2015: valutazione della pianificazione del PRP (ex ante)

- Vengono verificati, tenuto conto dei criteri riportati nella **Griglia di valutazione della pianificazione (Allegato 2)**:

- ✓ la sussistenza dei requisiti di struttura del PRP;
- ✓ il rispetto, nei PRP, dei principi del PNP;
- ✓ la congruenza tra QLr e QLC;
- ✓ la coerenza interna dei PRP (tra i diversi programmi e all'interno dei programmi).

Anni 2016, 2017: valutazione di processo

- Viene misurato il livello di avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici regionali, attraverso lo scostamento tra valori osservati e standard degli **indicatori "sentinella"**. Tale valutazione avviene annualmente sulla base dei cronoprogrammi regionali, a far data dall'avvio dei PRP

Anno 2018: valutazione di processo (come sopra) e valutazione di risultato

- Viene documentato e valutato, attraverso i valori osservati regionali di tutti gli **indicatori centrali**, il livello di raggiungimento degli obiettivi centrali. Tale valutazione si effettua a conclusione del periodo di riferimento del PNP e ferma restando l'eventuale ri-modulazione di metà percorso

Il percorso formale della valutazione

4. Criteri e oggetto della valutazione

Anno 2014: valutazione del recepimento regionale del PNP

•Viene valutata la sussistenza dei requisiti stabiliti nell'Intesa SR 13 novembre 2014

Anno 2015: valutazione della pianificazione del PRP

•Vengono verificati i criteri riportati nella **Griglia di valutazione ex ante (Allegato 2)**

Anni 2016, 2017: valutazione di processo

•Viene misurato il livello di avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici regionali, attraverso lo scostamento tra valori osservati e standard degli indicatori "sentinella". Tale valutazione avviene annualmente sulla base dei cronoprogrammi regionali, a far data dall'avvio dei PRP

Anno 2018: valutazione di processo (come sopra) e valutazione di risultato

•Viene documentato e valutato, attraverso i valori osservati regionali di tutti gli **indicatori centrali**, il livello di raggiungimento degli obiettivi centrali. Tale valutazione si effettua a conclusione del periodo di riferimento del PNP e ferma restando l'eventuale ri-modulazione di metà percorso

5. Tempistica e Regole della valutazione finalizzata alla certificazione dei PRP

La Regione ogni anno fa pervenire, **entro il primo trimestre**, adeguata e documentata rendicontazione relativa all'annualità precedente e inerente lo stato di avanzamento del PRP.

Verificata la rendicontazione pervenuta sulla base e con le modalità sopra indicate, la certificazione ha esito positivo nei seguenti casi:

Anno 2015

a) il PRP soddisfa tutti i criteri della Griglia ex ante

Anni 2016, 2017

a) almeno il 70% di tutti gli indicatori sentinella di tutti i programmi presenta uno scostamento tra valore osservato e standard non superiore al 20%

Anno 2018

a) almeno l'80% di tutti gli indicatori sentinella di tutti i programmi presenta uno scostamento tra valore osservato e standard non superiore al 20%

b) la rendicontazione è corredata dalla documentazione dei valori osservati regionali di tutti gli indicatori centrali

Documentazione che le Regioni devono trasmettere ai fini degli adempimenti previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 per l'accesso (escluse: Valle d'Aosta, PA Bolzano, PA Trento, Friuli Venezia Giulia, Sardegna) al maggior finanziamento delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale (quota integrativa del 3% prevista dall'art. 2, comma 68, della Legge n. 191 del 23 dicembre 2009, ai sensi dell'art. 15, comma 24, del D.L. n. 95/2012, convertito, con modificazioni, in Legge n. 135/2012)

<p style="text-align: center;">  Ministero della Salute DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA COMITATO PERMANENTE PER LA VERIFICA DELL'EROGAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA IN CONDIZIONI DI APPROPRIATEZZA ED EFFICACIA NELL'UTILIZZO DELLE RISORSE, DI CUI ALL'INTESA STATO-REGIONI DEL 23 MARZO 2005 NOTE PER LA COMPILAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SUI SINGOLI ADEMPIMENTI PER L'ANNO 2015 </p> <p style="text-align: center;">REGIONE _____</p>	<p style="text-align: center;">Indice</p> <table border="0"> <tr><td>C) OBBLIGHI INFORMATIVI</td><td>5</td></tr> <tr><td>E) MANTENIMENTO EROGAZIONE DEI LEA</td><td>15</td></tr> <tr><td>F) ASSISTENZA OSPEDALIERA</td><td>28</td></tr> <tr><td>G) ADEMPIMENTI</td><td>29</td></tr> <tr><td>H) LISTE D'ATTESA</td><td>31</td></tr> <tr><td>I) CONTROLLO SPESA FARMACUTICA</td><td>33</td></tr> <tr><td>N) CONTABILITA' ANALITICA</td><td>33</td></tr> <tr><td>O) CONTABILITA' DIRETTORI GENERALI</td><td>34</td></tr> <tr><td>P) DISPOSITIVI MEDICI</td><td>35</td></tr> <tr><td>S) ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE</td><td>35</td></tr> <tr><td>U) PREVENZIONE</td><td>39</td></tr> <tr><td> A) ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO</td><td>43</td></tr> <tr><td> B) IMPLEMENTAZIONE PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI</td><td>44</td></tr> <tr><td> C) LEA AGGIUNTIVI</td><td>44</td></tr> <tr><td> D) ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE</td><td>44</td></tr> <tr><td> E) SPERIMENTAZIONI ED INNOVAZIONI GESTIONALI</td><td>45</td></tr> <tr><td> F) RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE EROGANTI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO</td><td>48</td></tr> <tr><td> G) CONTROLLO CASELLE E CLINICHE</td><td>48</td></tr> <tr><td> H) CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE</td><td>50</td></tr> <tr><td> I) SANITA' PEDIATRIKA</td><td>52</td></tr> <tr><td> L) PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' DEI BILANCI DEGLI ENTI DEL SSN</td><td>55</td></tr> <tr><td> M) SISTEMA CUP</td><td>56</td></tr> <tr><td> N) SISTEMA INFORMATIVO PER SALUTE MENTALE NSIS-SISM</td><td>56</td></tr> <tr><td> O) SISTEMA INFORMATIVO PER LA DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI NSIS-SEND</td><td>57</td></tr> <tr><td> P) SISTEMA FASCIOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSSE)</td><td>58</td></tr> <tr><td> Q) ATTIVITA' TRASFUSIONALE</td><td>58</td></tr> <tr><td> R) PERCORSO NASCITA</td><td>59</td></tr> <tr><td> S) EMERGENZA URGENZA</td><td>59</td></tr> <tr><td> T) CURE PRIMARIE</td><td>62</td></tr> <tr><td> U) RIABILITAZIONE</td><td>63</td></tr> <tr><td> V) PREVENZIONE DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA</td><td>64</td></tr> <tr><td> W) LINEE GUIDA PER LA DEMATERIALIZZAZIONE</td><td>74</td></tr> <tr><td> X) ALTRI ASSETTI DELL'ASSISTENZA FARMACUTICA</td><td>74</td></tr> <tr><td> Y) STANDARD PER L'INDIVIDUAZIONE DI STRUTTURE SEMPLICI E COMPLESSE DEL SSN EX ART. 75 (ORDIN. 1.146/10) DATO PER LA SALUTE 2010-2011</td><td>75</td></tr> <tr><td> Z) LINEE DI INDIRIZZO PER LA TELEMEDICINA</td><td>76</td></tr> <tr><td> AA) MONITORAGGIO GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE</td><td>77</td></tr> </table>	C) OBBLIGHI INFORMATIVI	5	E) MANTENIMENTO EROGAZIONE DEI LEA	15	F) ASSISTENZA OSPEDALIERA	28	G) ADEMPIMENTI	29	H) LISTE D'ATTESA	31	I) CONTROLLO SPESA FARMACUTICA	33	N) CONTABILITA' ANALITICA	33	O) CONTABILITA' DIRETTORI GENERALI	34	P) DISPOSITIVI MEDICI	35	S) ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	35	U) PREVENZIONE	39	A) ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO	43	B) IMPLEMENTAZIONE PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI	44	C) LEA AGGIUNTIVI	44	D) ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE	44	E) SPERIMENTAZIONI ED INNOVAZIONI GESTIONALI	45	F) RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE EROGANTI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	48	G) CONTROLLO CASELLE E CLINICHE	48	H) CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	50	I) SANITA' PEDIATRIKA	52	L) PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' DEI BILANCI DEGLI ENTI DEL SSN	55	M) SISTEMA CUP	56	N) SISTEMA INFORMATIVO PER SALUTE MENTALE NSIS-SISM	56	O) SISTEMA INFORMATIVO PER LA DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI NSIS-SEND	57	P) SISTEMA FASCIOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSSE)	58	Q) ATTIVITA' TRASFUSIONALE	58	R) PERCORSO NASCITA	59	S) EMERGENZA URGENZA	59	T) CURE PRIMARIE	62	U) RIABILITAZIONE	63	V) PREVENZIONE DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA	64	W) LINEE GUIDA PER LA DEMATERIALIZZAZIONE	74	X) ALTRI ASSETTI DELL'ASSISTENZA FARMACUTICA	74	Y) STANDARD PER L'INDIVIDUAZIONE DI STRUTTURE SEMPLICI E COMPLESSE DEL SSN EX ART. 75 (ORDIN. 1.146/10) DATO PER LA SALUTE 2010-2011	75	Z) LINEE DI INDIRIZZO PER LA TELEMEDICINA	76	AA) MONITORAGGIO GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE	77	<p style="text-align: right;">AAO) OBIETTIVI DIRETTORI GENERALI..... 76 AAB) PIANO NAZIONALE PER LE MALATTIE RARE..... 77 AAS) RETI ONCOLOGICHE..... 77</p> <div style="background-color: #4F81BD; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> Criteria 2015 per la verifica dell'adempimento U) Prevenzione </div> <p>U.1 Piano regionale della prevenzione 2014-2018 (PRP) che recepisce il Piano nazionale della prevenzione 2014-2018 (valutazione della pianificazione regionale)</p> <p>U.2.1 Tasso di indagini di laboratorio (morbillo)</p> <p>U.2.2 Origine dell'infezione identificata (morbillo)</p> <p>U.3 Proporzione di tumori in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (tumori screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza</p> <p>U.4 Unità locali oggetto di intervento ispettivo</p>
C) OBBLIGHI INFORMATIVI	5																																																																									
E) MANTENIMENTO EROGAZIONE DEI LEA	15																																																																									
F) ASSISTENZA OSPEDALIERA	28																																																																									
G) ADEMPIMENTI	29																																																																									
H) LISTE D'ATTESA	31																																																																									
I) CONTROLLO SPESA FARMACUTICA	33																																																																									
N) CONTABILITA' ANALITICA	33																																																																									
O) CONTABILITA' DIRETTORI GENERALI	34																																																																									
P) DISPOSITIVI MEDICI	35																																																																									
S) ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	35																																																																									
U) PREVENZIONE	39																																																																									
A) ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO	43																																																																									
B) IMPLEMENTAZIONE PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI	44																																																																									
C) LEA AGGIUNTIVI	44																																																																									
D) ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE	44																																																																									
E) SPERIMENTAZIONI ED INNOVAZIONI GESTIONALI	45																																																																									
F) RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE EROGANTI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	48																																																																									
G) CONTROLLO CASELLE E CLINICHE	48																																																																									
H) CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	50																																																																									
I) SANITA' PEDIATRIKA	52																																																																									
L) PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA' DEI BILANCI DEGLI ENTI DEL SSN	55																																																																									
M) SISTEMA CUP	56																																																																									
N) SISTEMA INFORMATIVO PER SALUTE MENTALE NSIS-SISM	56																																																																									
O) SISTEMA INFORMATIVO PER LA DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI NSIS-SEND	57																																																																									
P) SISTEMA FASCIOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSSE)	58																																																																									
Q) ATTIVITA' TRASFUSIONALE	58																																																																									
R) PERCORSO NASCITA	59																																																																									
S) EMERGENZA URGENZA	59																																																																									
T) CURE PRIMARIE	62																																																																									
U) RIABILITAZIONE	63																																																																									
V) PREVENZIONE DI SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA	64																																																																									
W) LINEE GUIDA PER LA DEMATERIALIZZAZIONE	74																																																																									
X) ALTRI ASSETTI DELL'ASSISTENZA FARMACUTICA	74																																																																									
Y) STANDARD PER L'INDIVIDUAZIONE DI STRUTTURE SEMPLICI E COMPLESSE DEL SSN EX ART. 75 (ORDIN. 1.146/10) DATO PER LA SALUTE 2010-2011	75																																																																									
Z) LINEE DI INDIRIZZO PER LA TELEMEDICINA	76																																																																									
AA) MONITORAGGIO GRANDI APPARECCHIATURE SANITARIE	77																																																																									

l'Atto di adozione delle modifiche/ integrazioni al PRP a seguito dell'interlocuzione tecnica Ministero Regioni prevista dall'Accordo 25 marzo 2015 rappresenta l'oggetto della valutazione per le finalità certificative (verifica adempimenti LEA) per l'anno 2015



Documentazione che le Regioni devono trasmettere ai fini degli adempimenti previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 per l'accesso (escluse: Valle d'Aosta, PA Bolzano, PA Trento, Friuli Venezia Giulia, Sardegna) al maggior finanziamento delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale (quota integrativa del 3% prevista dall'art. 2, comma 68, della Legge n. 191 del 23 dicembre 2009, ai sensi dell'art. 15, comma 24, del D.L. n. 95/2012, convertito, con modificazioni, in Legge n. 135/2012)



Ministero della Salute

**DIREZIONE GENERALE
DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

**COMITATO PERMANENTE PER LA VERIFICA DELL'EROGAZIONE DEI LIVELLI
ESSENZIALI DI ASSISTENZA IN CONDIZIONI DI APPROPRIATEZZA ED
EFFICACIA NELL'UTILIZZO DELLE RISORSE, DI CUI ALL'INTESA STATO-
REGIONI DEL 23 MARZO 2005**

**NOTE PER LA COMPILAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SUI
SINGOLI ADEMPIMENTI PER L'ANNO 2016**

REGIONE _____

INDICE

C) OBBLIGHI INFORMATIVI..... 5

E) MANTENIMENTO EROGAZIONE DEI LEA..... 26

F) ASSISTENZA OSPEDALIERA..... 40

G) APPROPRIATEZZA..... 41

H) LISTE D'ATTESA..... 44

L) CONTROLLO SPESA FARMACEUTICA..... 46

N) CONTABILITA' ANALITICA..... 46

S) ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE..... 47

U) PREVENZIONE..... 49

V) ACCREDITAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO..... 53

W) ACCORDI SUCCESSIVI AL DPCM 29/11/2001..... 53

X) IMPLEMENTAZIONE PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI..... 53

Y) LEA AGGIUNTIVI..... 54

AH) ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE..... 54

AK) RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE EROGANTI
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO..... 54

AM) CARTELLE CLINICHE..... 54

AO) CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE..... 57

AP) SANITA' PENITENZIARIA..... 58

AS) RISCHIO CLINICO E SICUREZZA DEI PAZIENTI..... 59

AT) PERCORSI ATTUATIVI DELLA CERTIFICABILITA DEI BILANCI DEGLI ENTI DEL SSN..... 60

AU) SISTEMA CUP..... 61

AAD) SISTEMA FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO (FSE)..... 61

AAE) ATTIVITA' TRASFUSIONALE..... 61

AAF) PERCORSO NASCITA..... 62

AAH) CURE PRIMARIE..... 63

AAJ) PREVENZIONE IN SICUREZZA ALIMENTARE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA..... 64

AAK) STANDARD PER L'INDIVIDUAZIONE DI STRUTTURE SEMPLICI E COMPLESSE DEL SSN EX
ART. 12, COMMA 1, lett. b), PATTO PER LA SALUTE 2010-2012..... 67

AAO) LINEE DI INDIRIZZO PER LA TELEMEDICINA..... 68

AAQ) OBIETTIVI DIRETTORI GENERALI..... 68

- Criteria 2016-2017 per la
verifica
dell'adempimento
U) Prevenzione**
- U.1
Attuazione del Piano regionale
della prevenzione 2014-2018
(PRP)**
 - U.2.1
Tasso di indagine di
laboratorio (morbillo)**
 - U.2.2 Origine dell'infezione
identificata (morbillo)**
 - U.3
Proporzione di tumori in stadio
II+ rilevati dai programmi di
screening per il tumore della
mammella (tumori screen-
detected) ai round successivi a
quello di prevalenza**
 - U.4
Unità locali oggetto di
intervento ispettivo**
 - U.5
Anagrafe Vaccinale
Informatizzata (AVI)**

**Quale documentazione/informazione
oltre agli indicatori sentinella?**

Il percorso e gli step formali (verifica adempimenti LEA *)

2015

- ❑ **Regioni:** Recepimento dell'Intesa del PNP
- ❑ **Regioni:** Delibere regionali di adozione dei PRP
- ❑ **Ministero:** valutazione (ex ante) della pianificazione regionale
- ❑ **Ministero e Regioni:** interlocuzione tecnica e perfezionamento della pianificazione regionale

2016

- ❑ **Regioni:** avvio della implementazione dei PRP
- ❑ **Ministero:** avvio dell'attuazione delle Azioni centrali di supporto al PNP

2017

- ❑ **Regioni:** rendicontazione del primo anno di attuazione (2016) dei PRP
- ❑ **Ministero:** valutazione (di processo) della realizzazione dei programmi regionali nel 2016

Documento di valutazione del PNP

Adempimento Anno 2015

•**Valutazione della pianificazione:**
Vengono verificati i criteri riportati nella Griglia di valutazione ex ante (Allegato 2 al Documento di valutazione).

La valutazione ha esito positivo se il PRP soddisfa tutti i criteri della Griglia ex ante

Adempimento Anno 2016

•**Valutazione di processo:**
Viene misurato il livello di avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici, attraverso lo scostamento tra valori osservati e standard degli indicatori "sentinella".

La valutazione ha esito positivo se almeno il 70% di tutti gli indicatori sentinella di tutti i programmi presenta uno scostamento tra valore osservato e standard non superiore al 20%

** Adempimenti a carico delle Regioni per l'accesso al maggior finanziamento delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale, previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e dall'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, concernente il Patto per la salute 2010-2012 e l'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016*

Regione	Percentuale indicatori sentinella (sul totale degli indicatori sentinella del PRP) con scostamento osservato vs atteso non superiore al 70%
Abruzzo	77%
Basilicata	70%
Calabria	77%
Campania	60% (in attesa di integrazioni)
EMR	92%
FVG	92%
Lazio	92%
Liguria	96%
Lombardia	93%
Marche	80%
Molise	78%
PA Bolzano	93%
PA Trento	70%
Piemonte	96%
Puglia	73%
Sardegna	72%
Sicilia	83%
Toscana	95%
Umbria	76%
VdA	Non valutabile (PRP pianificato nel 2016)
Veneto	86%

Progetto CCM 2014: *Supporto alla valutazione del PNP (Partner: Agenas)*

Definizione di modelli concettuali per la valutazione di impatto.

Domande di valutazione

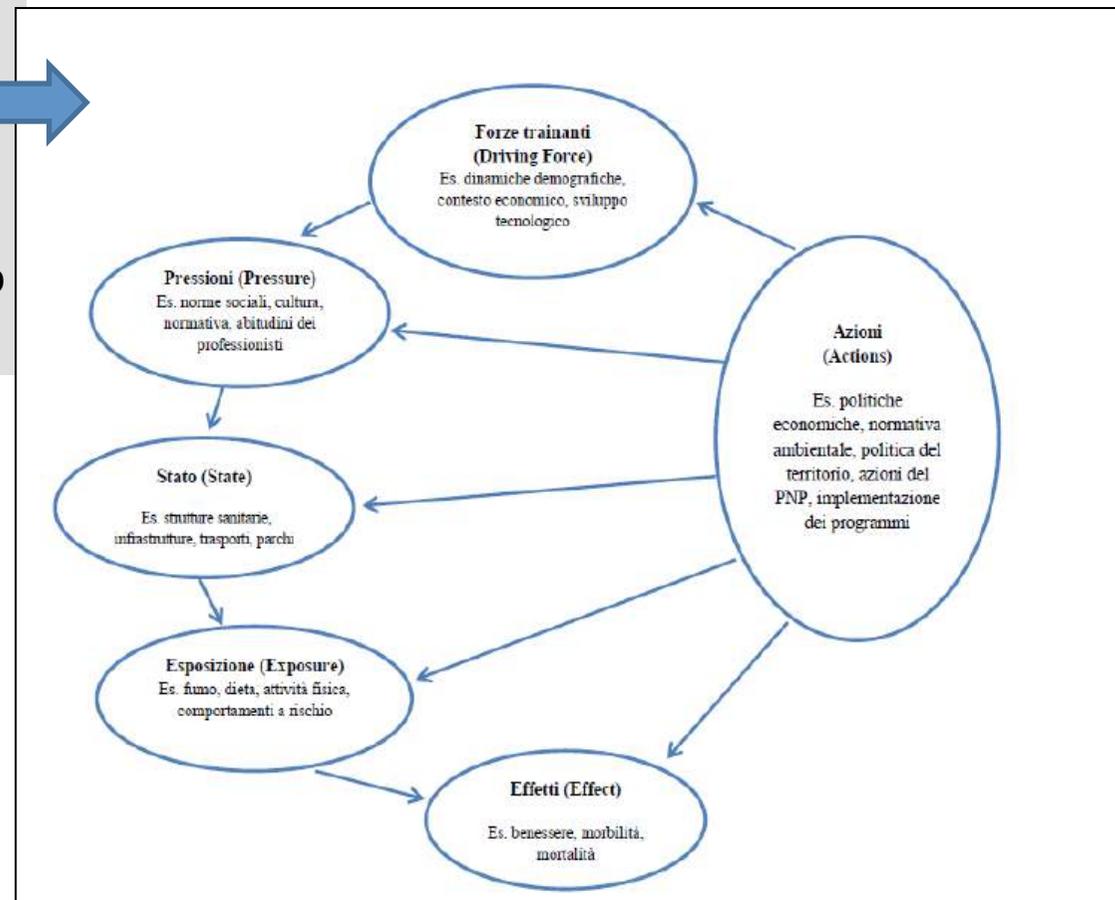
A partire dal Quadro logico del PNP, come definire e interpretare (per alcuni ambiti/obiettivi centrali selezionati) il **nesso causale** tra azioni messe in campo e risultati di salute, tenendo conto dei diversi fattori che agiscono, interagiscono o sono di confondimento/distorsione?

- Applicazione del modello in alcuni ambiti del PNP coerenti con i MO (infortuni sul lavoro, incidenti stradali, screening oncologici, prevenzione dell'obesità infantile e nell'adolescente, inquinamento dell'aria, tabagismo, sorveglianza delle malattie trasmesse da alimenti, intolleranze alimentari)

- Case study di validazione dei modelli

Modello di riferimento: DPSEEA: (http://www.integrated-assessment.eu/eu/guidebook/dpseea_framework.html)

(Briggs, D. 1999. Environmental Health Indicators: Framework and Methodologies. Geneva: Nene Centre for Research, University College Northampton, WHO: Driving Force-Pressure-State-Exposure-Effect-Action)



EFFETTI / IMPATTO