


Il PNP, lo screening e la prevenzione primaria

Antonio Federici

Regione Lombardia
ASL Mantova

GISCOR
Gruppo
Italiano
Screening
Colorettale

Con il Patrocinio di
MILANO 2015
INIZIATIVE PER IL BIENESSERE
ENERGIA PER LA VITA



Autore: Camilla Fahní - IC Castiglione 1 - Scuola Secondaria
l'grado Pascal Asola (MN)

Workshop

**Dallo screening alla prevenzione primaria:
andata e ritorno**

Gli screening e la promozione della salute

Mantova, 29 maggio 2015
MAMU Mantova Multicentre, Largo Pradella 1

Obiettivo dell'intervento

- Descrivere come il PNP «gestisce» l'integrazione tra interventi di prevenzione: opportunità e limiti
- Quali possibili sviluppi futuri sono ipotizzabili

Prologo: come sta cambiando il contesto

- Patto per la salute -linee progettuali :
 - Piano regionale prevenzione
 - Sostegno ai Network (ONS)
- Adempimenti LEA (indicatori traccianti):
 - Diffusione screening (Adempimento E)
 - Mammella: ‘tumori piccoli’ (Adempimento U)
 - Colonretto: adenomi avanzati (Adempimento U)
 - Stili di vita (Adempimento E)
- NSIS-DWH screening



Ministero della Salute

Piano Nazionale della Prevenzione

2014-2018

VISION E PRINCIPI

- Affermare il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare
- Adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle diseguaglianze
- Porre le popolazioni e gli individui al centro degli interventi con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile
- Basare gli interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute sulle migliori evidenze di efficacia
- Accettare e gestire la sfida della costo-efficacia degli interventi, dell'innovazione, della governance
- Perseguire per i professionisti, la popolazione e gli individui lo sviluppo di competenze per un uso appropriato e responsabile delle risorse



Ministero della Salute

Piano Nazionale della Prevenzione

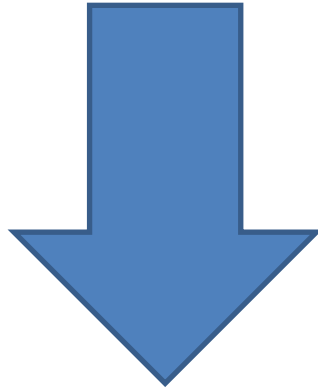
2014-2018

LE PRIORITA'

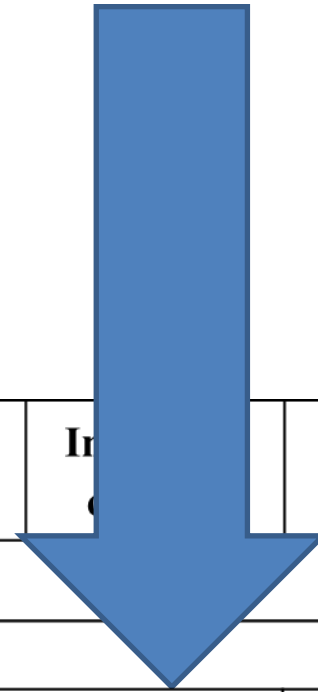
- Ridurre il carico di malattia
- Investire sul benessere dei giovani
- Rafforzare e confermare il patrimonio comune di pratiche preventive
- Rafforzare e mettere a sistema l'attenzione a gruppi fragili
- Considerare l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente
- Garantire sistematica attenzione alla intersettorialità ai vari livelli di sistema

La struttura 'logica' del PNP

Macro obiettivo	Fattori di rischio/Determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali	Standard	Obiettivi specifici	Popolazione target	Programmi	Azioni	Indicatori	Standard
Ministero e Regioni						Regioni					



Macro obiettivo	Fattori di rischio/Determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali	Standard
Ministero e Regioni					



Obiettivi specifici	Popolazione target	Programmi	Azioni	Indicatori	Standard
Regioni					

Macro obiettivi del PNP

Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili

Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali

Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani

Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti

Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti

Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti

Prevenire gli infortuni e le malattie professionali

Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute

Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie

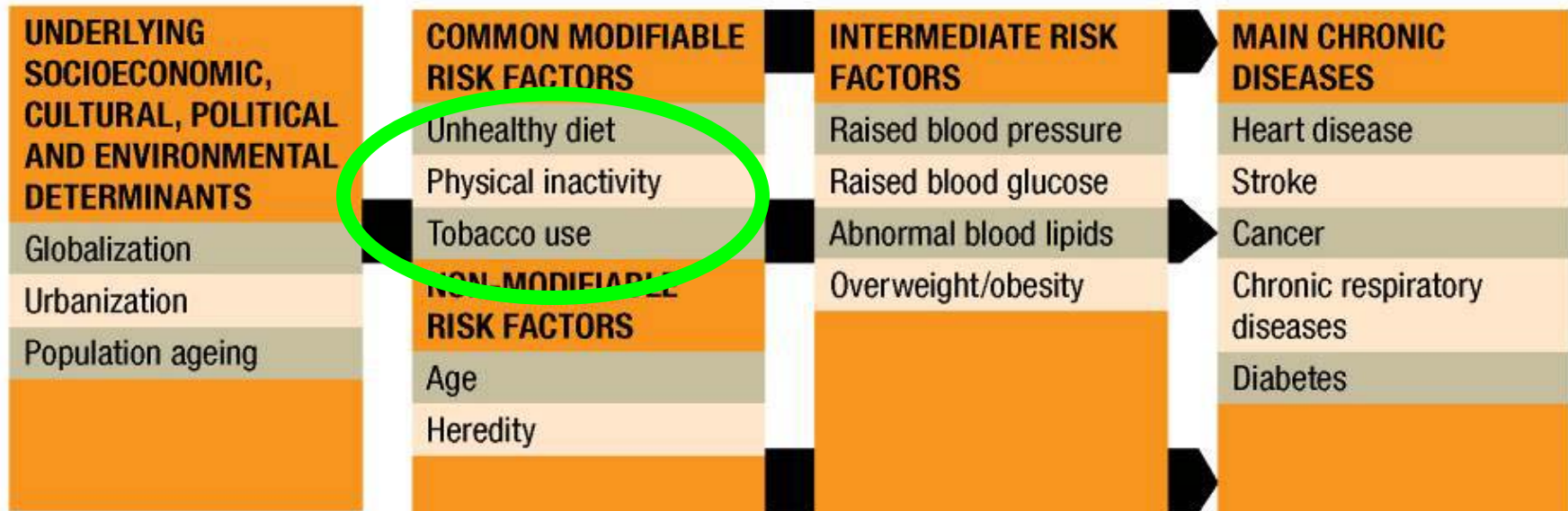
Attuare il Piano Nazionale Integrato dei Controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

Accountability dell'organizzazione e sostenibilità della prevenzione

MO1	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><u>Ambiente scolastico</u> Sviluppo di programmi di promozione della salute integrati per i quattro fattori di rischio e condivisi tra servizi sanitari e istituzioni educative</p> <p><u>Ambiente di lavoro</u> 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><u>Comunità</u> 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>Promuovere il potenziamento dei fattori di protezione (life skill, empowerment) e l’adozione di comportamenti sani nella popolazione giovanile e adulta</p> <p>Ridurre il numero dei fumatori. Estendere la tutela dal fumo passivo</p> <p>Ridurre il consumo di alcol a rischio</p> <p>Aumentare il consumo di frutta e verdura</p> <p>Ridurre il consumo eccessivo di sale</p> <p>Aumentare l’attività fisica delle persone</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporzione di istituti scolastici che aderiscono (con almeno l’80% delle classi) alla progettazione regionale specifica ▪ Prevalenza di fumatori nella popolazione ▪ Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato ▪ Prevalenza di consumatori di alcol a rischio <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevalenza delle persone che consumano almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno ▪ Prevalenza di soggetti che hanno ricevuto suggerimenti da operatori sanitari per la riduzione del consumo di sale ▪ Prevalenza di soggetti che hanno ridotto il consumo giornaliero di sale <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevalenza di soggetti fisicamente attivi ▪ Proporzione di ultra64enni fisicamente attivi ▪ Tasso di ospedalizzazione per fratture (soggetti di età >75 anni)

Le opportunità della prevenzione primaria

«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

PNP 2014-2018MO1: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT

Fattori di rischio /determinanti	Strategie	Obiettivi centrali	Indicatori centrali	atteso al 2018
Lesioni precancerose e cancerose iniziali per i carcinomi della cervice uterina, della mammella del colon retto	Identificazione precoce con programmi di popolazione dei soggetti a rischio per i carcinomi della cervice uterina, della mammella e del colon retto per età	Aumentare l'estensione reale dei programmi di screening alla popolazione target (per ognuno dei 3 tumori oggetto di screening)	<input type="checkbox"/> Percentuale di persone che ricevono l'invito a partecipare al programma di screening sulla popolazione bersaglio	
		Aumentare i soggetti a rischio sottoposti a screening oncologico	<input type="checkbox"/> Percentuale di persone che hanno aderito all'invito sulla popolazione bersaglio	
		Riorientare/avviare i programmi di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA	<input type="checkbox"/> Adozione di indirizzi regionali programmatori per lo screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro un anno dall'avvio del PRP) <input type="checkbox"/> Avvio del programma di screening per il cancro della cervice uterina introducendo il test HPV-DNA (entro il 2018)	
Rischio eredo-familiare per tumore della mammella	Definizione di percorsi diagnostico terapeutici, integrati con i programmi di screening in essere, per donne ad alto rischio di cancro alla mammella per mutazioni genetiche di BRCA1 e BRCA2	Identificare precocemente i soggetti a rischio eredo-familiare per tumore della mammella	<input type="checkbox"/> Adozione di indirizzi regionali programmatori (entro un anno dall'avvio del PRP) <input type="checkbox"/> Adozione dei percorsi in tutte le aziende secondo programmazione regionale (entro il 2018)	

Es: MO 1: Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT

Fattori di rischio /determinanti

Fattori di rischio modificabili
(fumo, alcol, sedentarietà,
alimentazione non corretta)

Fattori di rischio intermedi
(sovrappeso/obesità,
ipertensione, dislipidemie,
iperglicemia, lesioni
precancerose e cancerose
iniziali)

**Rischio eredo-familiare per
tumore**

S
O
R
V
E
G
L
I
A
N
Z
E

Strategie

➤ Strategie di popolazione

- Facilitare-promuovere la scelta di stili di vita salutari, implementando gli obiettivi del Programma nazionale **“Guadagnare Salute”**, secondo i principi di **“Salute in tutte le politiche”**

Strategie basate sull'individuo

- Identificazione precoce e valutazione integrata per una presa in carico sistemica (programmi di comunità , percorsi terapeutico-assistenziali specifici)
- **Consiglio breve nei contesti opportunistici**
- Programmi organizzati di screening oncologico
- Percorsi organizzati di screening per pazienti ad alto rischio di sviluppo di cancro (rischio eredo-familiare)

La programmazione regionale

- PNP fissa (pochi) obiettivi comuni a Stato e Regioni
- lascia alla programmazione inserita nei vari contesti regionali la definizione delle popolazioni target e la gestione delle azioni funzionali al raggiungimento di tali obiettivi (salvo LEA)
- si prospetta un'ottica di Piano nazionale "alto" rispetto al quale venga fin dall'inizio previsto un momento di "ri-modulazione" delle azioni intraprese per una loro maggiore efficacia nel raggiungere obiettivi comuni.
- Il risultato che si auspica è migliorativo in termini di:
 - coerenza nella relazione tra determinanti /strategie /obiettivi /interventi /risultati
 - di integrazione e trasversalità degli interventi programmati dalle Regioni rispetto ai vari gruppi di popolazione, condizioni queste che favoriscono l'efficacia degli interventi stessi.

Integrazione screening e prevenzione primaria

Consideriamo un esempio paradigmatico: HPV

Il caso HPV

- Vaccinazione: problemi di copertura
- Screening : problemi di protocollo
- Integrazione: problemi organizzazione

Integrazione screening e prevenzione primaria

Consideriamo un fattore di rischio degli stili di vita

Quota di tumori attribuibili a vari fattori di rischio

Fattore di rischio	USA, 2012*	Regno Unito, 2010**
	%	%
Tabacco	33	19
Dieta	5	9
Sovrappeso, obesità	20	5
Inattività fisica	5	1
Abuso di bevande alcoliche	3	4
Fattori occupazionali	5	4
Infezioni	8	3
Radiazioni ionizzanti e esposizione a raggi UV	2	5
Inquinamento ambientale	2	-

TABELLA 1. Quota di tumori attribuibili a vari fattori di rischio.

* American Association for Cancer Research – AACR Cancer Progress Report 2013. Available at: www.cancerprogressreport.org Accessed 12/05/2014

** DM Parkin¹, L Boyd, LC Walker. The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. Br J Cancer. 2011 December 6; 105

Determinante: fumo

Obiettivo centrale	Nome indicatore	Definizione operativa	Valore Baseline	Standard	Fonte dei dati
Ridurre il numero di fumatori	Prevalenza di fumatori nella popolazione	Prevalenza di fumatori di età 18-69 anni	Anno 2013: 27,2%	-10,0%	PASSI Istat-multiscopo
Estendere la tutela dal fumo passivo	Prevalenza di persone che riferiscono che nel proprio ambiente di lavoro il divieto di fumo è sempre o quasi sempre rispettato	Prevalenza di p.18-69 anni che lavorano in locali chiusi e che rispondono "sempre" o "quasi sempre" alla domanda sul rispetto del divieto di fumo sul lavoro	Anno 2013: 91,4%	+5%	PASSI Istat-multiscopo

Il caso screening e stili di vita e...

- primaria: non riguardano direttamente il (livello di) rischio del singolo individuo
- Secondaria: per ogni singolo individuo target considerano un livello di rischio (generico) 'medio'

conclusioni

- Il PNP fornisce un quadro di valori, principi e obiettivi unitario
- Gli obiettivi della prevenzione primaria e secondaria sono « concorrenti»
- È ipotizzabile un percorso (culturale, scientifico, organizzativo) verso una prevenzione più tailored?

E) Griglia LEA

OBIETTIVO

Fornire una panoramica complessiva dell'effettiva erogazione dei Lea attraverso un punteggio finale

Ripartizione degli indicatori e dei pesi

Livello di assistenza	Dimensioni del livello di assistenza	N. Indicatori	Peso complessivo del livello di assistenza
Prevenzione	6	11	5
Assistenza distrettuale	9	13	11
Assistenza ospedaliera	5	7	9
TOTALE	20	31	25

Assegnazione dei punteggi

1	VALORE NORMALE	9 punti
2	SCOSTAMENTO MINIMO	6 punti
3	SCOSTAMENTO RILEVANTE MA IN MIGLIORAMENTO	3 punti
4	SCOSTAMENTO NON ACCETTABILE	0 punti
5	DATO MANCANTE O PALESEMENTE ERRATO	- 1 punto

Esito della verifica

Valutazione	Intervallo del punteggio
Adempiente	> 160
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	130 - 160
Inadempiente	< 130

Indicatore composito sugli stili di vita

Punteggi	<p>FUMO 0 = Mai fumatore ed ex-fumatore (non fuma attualmente) 1 = Fumatore moderato (<20 sigarette) 2 = Fumatore forte (≥ 20 sigarette)</p> <p>ECESSO PONDERALE 0 = Normopeso + sottopeso (BMI < 25 kg/m²) 1 = Sovrappeso (BMI: [25.0-29.9] kg/m²) 2 = Obeso (BMI ≥ 30 kg/m²)</p> <p>ALCOL 0 = Astemio + consumo moderato 1 = Consumo a rischio (consumo abituale elevato, binge, fuori pasto,)</p> <p>SEDENTARIETA' 0 = Parzialmente attivi (nessuna attività lavorativa pesante + attività fisica nel tempo libero che non raggiunge però i livelli raccomandati dalle linee guida, ovvero, meno di 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana o meno di 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni settimanali) o Attivi (secondo le linee guida) 1 = Sedentari (nessuna attività lavorativa pesante + nessuna attività nel tempo libero)</p>
Calcolo	<ul style="list-style-type: none">• Per ogni unità intervistata si sommano i punteggi dei quattro indicatori semplici.• Il range della somma dei punteggi varia da 0 a 6.• Al valore zero è associata la popolazione contemporaneamente non fumatrice, normopeso, non sedentaria e astemia o con consumo moderato di alcol.• Al valore 6 è associata la popolazione contemporaneamente forte fumatrice, obesa, sedentaria e con consumo rischioso di alcol. Ai valori intermedi saranno associate popolazioni che presentano uno o più fattori di rischio.• Ogni Regione avrà quindi la propria popolazione suddivisa nelle varie classi di punteggio (0,1,2, ...)• L'indicatore per ogni singola Regione è rappresentato dalla prevalenza della popolazione con valore maggiore o uguale al valore soglia
Valutazione	<ul style="list-style-type: none">• Il valore soglia (indicato per la prima sperimentazione) è: 2• Significato: più è alta la percentuale delle persone con punteggio maggiore o uguale a 2, più la popolazione regionale può considerarsi caratterizzata da comportamenti a rischio.

U. 3 Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza

Anno 2015

Formula	Valore soglia	Range di scostamento dal valore soglia e relativi punteggi	Calcolo effettuato da:	Razionale/significato	Note
<p>Numeratore: numero dei cancro invasivi screen- detected</p> <p>Denominatore: numero di tutti i cancro screen- detected *100</p>	<= 25%	<p>Punteggio su se: % cancro avanzati <25% indicatore Griglia LEA >50% % missing (cancro invasivi la cui stadiazione è ignota) <10% Il punteggio massimo (pari a 20) viene penalizzato nel modo seguente:</p> <p>% cancro avanzati <25% penalizzazione = 0 25% -30% penalizzazione = 4 >30% penalizzazione = 13</p> <p>Indicatore Griglia LEA >50% penalizzazione = 0 35% - 50% penalizzazione = 2 20% -34 % penalizzazione = 4 10%- 19% penalizzazione = 9 <10% penalizzazione = 20</p> <p>% missing <10% penalizzazione = 0 10% - 20% penalizzazione= 4 >20% penalizzazione = 9</p>	<p>Sistema informativo screening: dati elaborati dall'Osservatorio Nazionale Screening. L'indicatore può essere calcolato annualmente</p>	<p>Indicatore tracciante della capacità di predisporre interventi di prevenzione secondaria di popolazione. Esprime la capacità del programma di screening di identificare i tumori precocemente in modo da ottimizzare le capacità di intervento. Riferimento: indicatore delle Linee guida Europee.</p>	

Tasso di identificazione di adenoma avanzato sulla popolazione generale

numero di adenomi avanzati diagnosticati allo screening in soggetti di età 50-69 anni di entrambi i sessi al primo episodio di screening + successivi / popolazione residente nella regione di età 50-69 anni di entrambi i sessi

- ❑ è una misura dell'impatto del programma di screening sulla popolazione (e non solo sugli screenati o sugli aderenti alla colonscopia...);
- ❑ permette di valutare in maniera omogenea i programmi che utilizzano il test per la ricerca del sangue occulto fecale – SOF) e quelli misti (rettosigmoidoscopia + SOF);
- ❑ misura l'impatto dell'intera filiera dello screening e pertanto è sensibile alle diverse azioni di miglioramento già in campo e/o attuabili: estensione degli inviti, adesione al primo livello, adesione all'approfondimento, sensibilità diagnostica alla colonscopia, correttezza delle diagnosi anatomopatologiche
- ❑ sposta il focus dell'impatto dei programmi dalla riduzione di mortalità ottenibile riducendo il tasso di tumori in stadio avanzato alla riduzione di incidenza (e quindi di mortalità) che si ottiene attraverso la bonifica di precursori del tumore; questo valorizza la specificità del programma di screening coloretale, che ottiene risultati anche sull'incidenza e non solo sulla mortalità

MO1	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>Soggetto in sovrappeso</p> <p>Ipereso</p> <p>Dislipidemico</p> <p>Iperglicemico</p> <p>Fumatore</p> <p>Sedentario</p> <p>Consumatore di bevande alcoliche a rischio</p>	<p>Identificazione precoce e valutazione integrata dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico sistemica, in grado di potenziare le risorse personali (empowerment individuale) per l'adozione consapevole degli stili di vita corretti, o quando necessario, verso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari</p> <p>Offerta di consiglio breve, in particolare in presenza di soggetti con fattori di rischio, nei contesti sanitari "opportunistici" (es. Ambulatori, Consultori, Certificazioni, Medici Competenti, ecc.)</p>	<p>Aumentare l'offerta di approccio comportamentale o farmacologico per le persone con fattori di rischio per MCNT.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Realizzazione di uno studio di fattibilità e attivazione del programma</p> <p>Proporzione di fumatori che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di smettere</p> <p>Proporzione di persone in eccesso ponderale che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di perdere peso</p> <p>Proporzione di consumatori di alcol a rischio che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di ridurre il consumo</p> <p>Proporzione di persone con patologia cronica che hanno ricevuto da un operatore sanitario il consiglio di praticare regolare attività fisica</p>

E) Indicatore composito sugli stili di vita

❑ Le malattie cronic-degenerative hanno in comune alcuni **fattori di rischio legati a comportamenti individuali** non salutari modificabili (ma fortemente condizionati dal contesto economico, sociale e ambientale in cui si vive e si lavora)



❑ L'indicatore intende descrivere i cambiamenti relativi nel tempo della prevalenza di soggetti con determinati comportamenti/stili di vita, **come proxy dell'outcome/efficacia degli interventi di prevenzione** e di promozione della salute messi in atto sul territorio



❑ L'innovatività dell'indicatore e la necessità di "sinergia" tra tutti gli strumenti valutativi e certificativi in atto impone una prima applicazione sperimentale (**Addendum alla Griglia LEA per gli anni 2013 e 2014; introduzione nella Griglia LEA a partire dal 2015**)

N.	Definizione	Peso
1	1.1 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	1
	1.2 Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	0,2
	1.3 Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>= 65 anni)	0,2
2	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	0,6
3	3.1 Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	0,3
	3.2 Indicatore composito sugli stili di vita	0,7
4	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	0,5

Strategie di popolazione (di comunità)

Si tratta di programmi di promozione della salute e, in particolare, di stili di vita e ambienti favorevoli alla salute della popolazione, finalizzati a creare le condizioni per rendere facile l'adozione di comportamenti salutari, che adottino un approccio

- multi componente (trasversale ai determinanti di salute)
- per ciclo di vita (life course)
- per setting (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario)
- intersettoriale (politiche educative, sociali, di pianificazione urbana, dei trasporti, dell'agricoltura, ecc.)
- con il coinvolgimento (empowerment di comunità) di tutti i livelli interessati, dai responsabili politici, alle comunità locali.

Strategie individuali

□ in presenza di soggetti già con fattori di rischio comportamentali o intermedi, diffondendo le tecniche del **counseling motivazionale**, indirizzando i soggetti verso le offerte derivanti da programmi di comunità o terapeutico specifici

□ Identificazione precoce delle persone in condizioni di rischio aumentato per MCNT, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico sistemica in grado di potenziare le risorse personali (empowerment individuale) per l'adozione consapevole di stili di vita corretti

Indicatore composito sugli stili di vita


Definizione	Peso	Punteggi di valutazione					Validità del dato
		Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0	-1	
3.2 Indicatore composito sugli stili di vita	0,7	la prevalenza osservata della popolazione con punteggio ≥ 2 presenta un IC 95% sovrapponibile all'IC 95% della prevalenza al tempo t0 (atteso 2012)	la prevalenza osservata della popolazione con punteggio ≥ 2 presenta un IC 95% sovrapponibile all'IC 90% della prevalenza al tempo t0 (atteso 2012)	(si può calcolare solo a partire dal secondo anno) si considera uno scostamento non accettabile ma migliore rispetto all'anno precedente	la prevalenza osservata della popolazione con punteggio ≥ 2 presenta un IC 95% il cui estremo inferiore è maggiore dell'estremo superiore all'IC 90% della prevalenza al tempo t0 (atteso 2012)	Per ogni anno dal 2013 al 2016	
		la prevalenza osservata della popolazione con punteggio ≥ 2 presenta un IC 95% il cui estremo superiore è minore dell'estremo inferiore dell'IC 95% della prevalenza al tempo t0 (atteso 2012)	la prevalenza osservata della popolazione con punteggio ≥ 2 presenta un IC 95% il cui estremo superiore è minore dell'estremo inferiore dell'IC 90% della prevalenza al tempo t0 (atteso 2012)	si considera uno scostamento non accettabile ma migliore rispetto all'anno precedente	la prevalenza osservata della popolazione con punteggio ≥ 2 presenta IC 95% sovrapponibile o superiore all'IC 90% della prevalenza al tempo t0 (atteso 2012)		


Adempienza se:



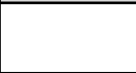










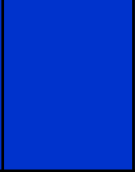

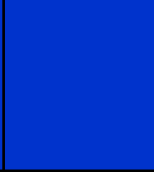




**Annualmente:
Non peggioramento significativo rispetto alla stima di trend**

**Al quinto anno:
Miglioramento significativo rispetto alla stima di trend**

Adempimento U)

 Criterio valutativo

 Criterio informativo

Indicatori	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
U.1 Piano regionale della prevenzione (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 (cancro screen-detected) ai rapporti successivi a quello di prevalenza				
U.5 Unità locali oggetto di intervento ispettivo				

pesi



Vision

- affermare il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società e di sostenibilità del welfare in particolare alla luce delle dinamiche demografiche che la caratterizzano;
- adottare un approccio di sanità pubblica che garantisca equità e contrasto alle diseguaglianze;
- esprimere la visione culturale nei valori, obiettivi e metodi della sanità pubblica (maturata anche attraverso le esperienze dei due precedenti PNP) di una “prevenzione, promozione e tutela della salute” che pone le popolazioni e gli individui al centro degli interventi con la finalità di conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile;
- basare gli interventi di prevenzione, promozione e tutela della salute sulle migliori evidenze di efficacia, implementati in modo equo e che siano programmati per ridurre le diseguaglianze;
- accettare e gestire la sfida della costo-efficacia degli interventi, dell’innovazione, della governance;
- perseguire per i professionisti, la popolazione e gli individui lo sviluppo di competenze per un uso appropriato e responsabile delle risorse disponibili.