

# La piattaforma per la pianificazione e il monitoraggio dei Piani Regionali di Prevenzione 2020-2025: definizione di una metodologia di analisi dei dati e applicazione al campo della prevenzione oncologica

Tania Lopez<sup>a</sup>, Alberto Gagliani<sup>b</sup>, Angela Meggiolaro<sup>c</sup>, Laura Timelli<sup>c</sup>, Daniela Galeone<sup>c</sup>, Silvia Francisci<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

<sup>b</sup> Dipartimento di Scienze Cardio-Toracico-Vascolari e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Padova

<sup>c</sup> Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma

## SUMMARY

### The platform for planning and monitoring Regional Prevention Plans 2020-2025 in Italy: definition of a data analysis methodology and application to the field of cancer prevention

#### Introduction

Evidence has amply demonstrated how acting on modifiable risk factors reduces non-communicable diseases (NCDs) deaths by a percentage around 40%. The objective of this article is to propose a methodology for analysing current Regional Prevention Plans in Italy, using action as the unit of reference and oncological prevention as field of application.

#### Materials and methods

A web-based platform for planning, monitoring and evaluating Regional Prevention Plans provided the database, including 308 programs and 2,715 actions at regional level. Actions were selected and classified by four prevention domains (i.e. lifestyle, cancer screening, infectious diseases and exposure to carcinogens), identified as relevant in the prevention of NCDs, particularly cancer, and by three levels of action (i.e. governance, social and health workers, population or individual).

#### Results

A total of 724 actions referring to 168 programs was identified as related to oncological prevention. Promoting healthy lifestyle is the most represented category of action (52%), followed by cancer screening and exposition to carcinogenic agents (respectively 22% and 18%), and infectious diseases, such as Human Papilloma Virus and Hepatitis C Virus (8%). Within each category the majority of actions is dedicated to: physical activity (36% of lifestyle category), Human Papilloma Virus vaccination (63% of infectious disease included in the sample), and cervical and breast cancer screening (37% of oncological screening). Governance and population are the main targets of the intervention in any domain.

#### Discussion and conclusions

The proposed methodology provides a summary of the relevant contents of the platform useful for drawing the general framework of prevention strategies activated by the Italian regions at local level. Furthermore, this tool is applicable to other areas of prevention.

**Key words:** regional prevention plan; modifiable risk factors; oncology prevention

[tania.lopez@iss.it](mailto:tania.lopez@iss.it)

## Introduzione

La riduzione del carico prevenibile ed evitabile delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) è riconosciuta come priorità a livello mondiale, essendo identificate come la prima causa di morbosità, invalidità e mortalità. Le evidenze hanno ormai ampiamente dimostrato che agire sui fattori di rischio modificabili riduca in media del 30-40% le morti attribuibili e come, in tal senso, la prevenzione rappresenti lo strumento d'elezione (1).

Per quanto riguarda specificamente l'ambito oncologico, la rilevanza della prevenzione primaria per la riduzione del rischio di sviluppare il cancro è ribadita nei piani oncologici disponibili sia a livello nazionale che europeo (2, 3). Per

l'Italia in particolare, si stima che i fattori di rischio comportamentali e, quindi, modificabili, siano responsabili ogni anno di circa 65.000 decessi oncologici (2). La proiezione delle stime di incidenza al 2022, fornite sempre per l'Italia (4), indica più di 1.000 nuove diagnosi di tumore al giorno (390.700 diagnosi/annue) a carico soprattutto della fascia d'età adulta. I sistemi di sorveglianza PASSI e PASSI d'Argento, d'altro canto, indicano per il biennio 2021-2022 come sedentaria il 30% della popolazione in età compresa tra i 18 e 69 anni (42% per gli ultra 65enni), obesa il 10% (il 15% per gli ultra 65enni), mentre il 17% fa un consumo di alcol definito a "maggiore rischio" per la salute e poco meno di un intervistato su quattro fuma (18% e 11% per gli ultra 65enni) (5, 6).

Sul versante della prevenzione secondaria, gli indicatori di estensione e adesione ai programmi di screening oncologici mostrano una ripresa nel 2022, ma risentono ancora del calo significativo dovuto alla pandemia, con differenze critiche, in termini di recupero, tra una Regione e l'altra (7).

L'Italia si è dotata ormai da quasi venti anni del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), declinato sul territorio attraverso i Piani Regionali di Prevenzione (PRP). Il PNP svolge un ruolo di governance e di orientamento dell'intero sistema della prevenzione, favorendo il collegamento e l'integrazione tra le azioni previste da leggi, regolamenti, piani di settore e tracciando il quadro teorico metodologico di riferimento della programmazione della prevenzione, in coerenza con gli orientamenti strategici internazionali in termini di salute in tutte le politiche, ottica One Health e approccio life-course degli interventi (8).

L'attuale ciclo di programmazione della prevenzione, il quarto a partire dal 2007, copre il periodo 2020-2025 e introduce importanti novità, tra le principali: riduce il numero dei macro obiettivi da dieci a sei, che nel complesso rappresentano tutte le aree della prevenzione; contiene un nucleo di dieci programmi predefiniti che devono essere adottati obbligatoriamente da tutte le Regioni e introduce una piattaforma web-based come strumento esclusivo e vincolante in uso alle Regioni e al Ministero della Salute per la pianificazione, il monitoraggio e la valutazione dei PRP (in breve PF-PRP) (9). Lo sviluppo della PF-PRP è stato affidato all'Istituto Superiore di Sanità.

L'utilizzo di uno strumento informatico, pur comportando un certo grado di rigidità in fase di pianificazione dei PRP, ha permesso di raccogliere i dati con un buon livello di standardizzazione, agevolandone la consultazione e l'analisi. La PF-PRP lascia comunque ampio margine alle Regioni per descrivere la loro programmazione, fornendo un livello di dettaglio via via crescente che, partendo dal programma, arriva a descrivere la singola azione. La ricchezza delle informazioni caricate dalle Regioni nella piattaforma è notevole, come pure le chiavi di lettura dell'attività di prevenzione sono molteplici e spaziano dall'ambito tematico (MCNT, salute materno infantile, vaccini), agli assi trasversali d'intervento, al setting, alla popolazione target, alla modalità di intervento.

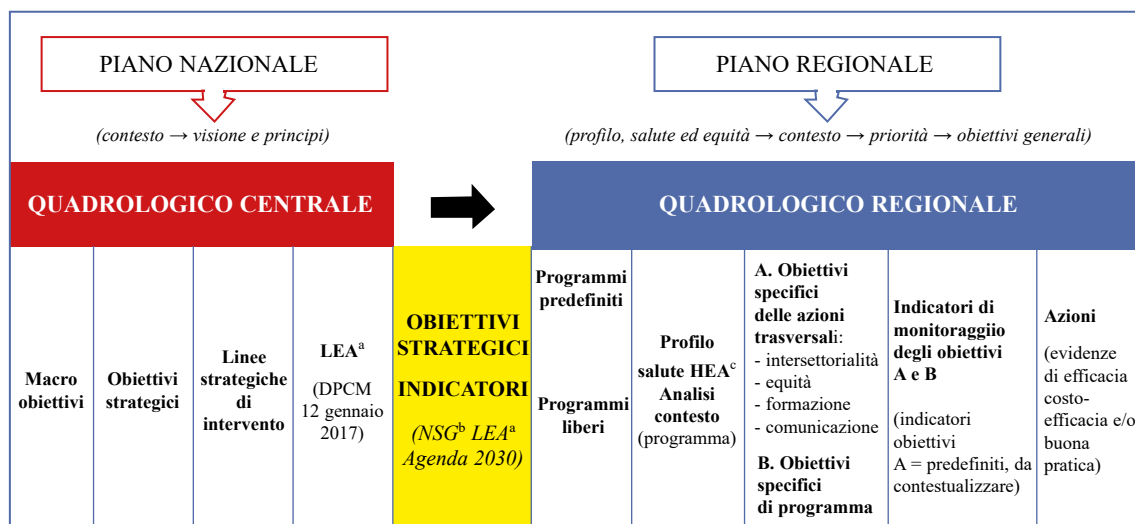
Obiettivo dell'articolo è proporre una metodologia di analisi degli attuali PRP a partire dalla piattaforma, utilizzando come unità di riferimento l'azione. Al fine di presentare tale metodologia si è scelto come ambito di applicazione la prevenzione oncologica.

## Materiali e metodi

### La base dati

L'infrastruttura sui cui poggia la PF-PRP è un database relazionale che collega i vari elementi che compongono i piani, secondo la gerarchia definita nel PNP dal Quadro logico centrale e nei PRP dal Quadro logico regionale (Figura 1).

L'attività di prevenzione si articola in programmi: 10 sono predefiniti nel PNP (PP) e devono essere sviluppati in tutte le Regioni, altri sono liberi (PL)



(a) LEA: Livelli essenziali di assistenza; (b) NSG: Nuovo Sistema di Garanzia; (c) Health Equity Audit

**Figura 1** - Schema sintetico dell'infrastruttura gerarchica della piattaforma per la pianificazione, il monitoraggio e la valutazione dei Piani Regionali di Prevenzione.

Fonte: Intervento di Stefania Vasselli al Seminario Satellite dell'Associazione Italiana di Epidemiologia "Verso il monitoraggio dell'equità nel Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA", del 30 aprile 2021

e vengono pianificati su iniziativa delle singole Regioni con il vincolo di copertura degli obiettivi strategici di prevenzione residuali rispetto ai 10 PP.

Complessivamente, la prevenzione regionale conta 210 PP e 108 PL. Il raggiungimento degli obiettivi di programma è perseguito tramite la formulazione degli interventi sul territorio, le cosiddette azioni, la cui pianificazione e monitoraggio sono stabilite liberamente dalle Regioni, con l'unico vincolo di definire almeno un'azione orientata al contrasto alle disuguaglianze per ciascun programma (azione equity-oriented). Un ulteriore vincolo, imposto dal livello centrale, è la presenza in tutti i programmi di obiettivi trasversali, ossia afferenti ai quattro assi strategici: comunicazione, formazione, intersectorialità ed equità.

L'azione, che descrive l'intervento di prevenzione sul territorio, è l'unità di maggior dettaglio disponibile nella piattaforma e per questo è stata scelta come unità di analisi. Le Regioni hanno pianificato complessivamente 2.715 azioni, di cui 318 equity-oriented.

### Procedura di selezione del campione di azioni

Il **primo passo** del metodo è consistito nel restringere l'osservazione ai contenuti riconducibili all'area della prevenzione oncologica, in coerenza con le evidenze di letteratura (10) e utilizzando i seguenti criteri:

1. Inclusione automatica dei seguenti programmi, presenti in tutte le Regioni:
  - PL screening oncologici;
  - PP comunità attive.
2. Selezione dei seguenti PP e PL in base alla presenza di obiettivi strategici e/o linee strategiche di intervento riferibili all'ambito oncologico:
  - luoghi di lavoro che promuovono salute (PP3);
  - dipendenze (PP4);
  - rischio cancerogeno professionale (PP8);
  - ambiente, clima e salute (PP9);
  - alimentazione (10 PL);
  - MCNT (attività fisica e stili di vita) (5 PL);
  - cronicità (6 PL);
  - malattie infettive e vaccinazioni (22 PL).

Per i PL sono indicati gli ambiti tematici per cui si rimanda al **Materiale aggiuntivo - Appendice A**.

I PP sono stati analizzati per tutte le Regioni, i PL per le Regioni che li hanno adottati.

Il **secondo passo** del metodo è consistito nella lettura integrale delle azioni contenute nei programmi selezionati, al fine di identificare quelle riferibili all'ambito della prevenzione oncologica secondo i criteri di inclusione/esclusione descritti a seguire.

**Criteri di inclusione** delle azioni nel campione in analisi:

- presenza, nel titolo e o nella descrizione delle azioni, di termini corrispondenti o riconducibili a uno dei seguenti fattori di rischio (o fattori protettivi corrispondenti);
  - alcol;
  - fumo;
  - sedentarietà (attività fisica);
  - obesità (dieta/alimentazione);
  - infezioni da Human Papilloma Virus (HPV) ed Hepatitis C Virus (HCV);
  - esposizione ai cancerogeni occupazionali, amianto, radon, radiazioni ionizzanti.

### Criteri di esclusione

- Azioni di prevenzione dell'inquinamento ambientale: sono state escluse tutte, tranne quelle relative al contenimento dell'esposizione a radiazioni ionizzanti, amianto, radon e cancerogeni professionali;
- Azioni dedicate in modo esclusivo al setting scuola e alle relative fasce d'età, infanzia e adolescenza, poiché statisticamente meno esposte al rischio di tumore.

Il **terzo passo** del metodo è stato quello della riclassificazione delle azioni per ambito tematico e per livello d'intervento. Gli ambiti tematici utilizzati sono:

- promozione di stili di vita salutari (attività fisica, alimentazione e contrasto alla dipendenza da alcol e fumo);
- malattie infettive (HPV ed HCV);
- esposizione a sostanze cancerogene (cancerogeni occupazionali, amianto, radon, radiazioni ionizzanti);
- screening oncologici.

I livelli d'intervento, che rappresentano il target dell'intervento, sono trasversali alle diverse categorie e sottocategorie di azione in base a cui in piattaforma era richiesto alle Regioni di classificare le azioni (**Materiale aggiuntivo - Appendice B**). I livelli individuati sono:

- governance: azioni volte a sostenere la governance regionale (costruzioni di reti, infrastrutture, sistemi informativi e di sorveglianza, ecc.), lo sviluppo di processi intersectoriali (accordi istituzionali, stesura di protocolli di collaborazione, ecc.), la modifica ambientale/organizzativa di un setting;
- operatori: azioni volte allo sviluppo di competenze, tra cui i corsi di formazione dedicati agli operatori sociosanitari, attività di promozione dell'accessibilità e appropriatezza dei servizi di screening svolte dai medici di medicina generale (MMG),

attività di controllo e vigilanza sui luoghi di lavoro e, in generale, attivazione di gruppi di lavoro intersettoriali;

- popolazione/individuo: azioni volte ad aumentare l'accessibilità e l'appropriatezza dei servizi sociosanitari e l'adesione a misure di prevenzione, a promuovere la sicurezza e la tutela dei cittadini, lavoratori e consumatori attraverso, ad esempio, campagne di comunicazione, sensibilizzazione, informazione, servizi di screening, vaccinazioni, percorsi diagnostico-terapeutici, marketing sociale.

Secondo questa impostazione, un'azione volta a migliorare l'accessibilità e l'appropriatezza dei servizi sociosanitari e l'adesione a misure di prevenzione (categoria 5 in **Materiale aggiuntivo - Appendice B**), atterrà al livello governance se riguarda la stesura di accordi preliminari all'istituzione di un percorso di screening, al livello operatori se prevede l'erogazione di corsi di formazione per il personale sociosanitario, al livello popolazione/individuo se riguarda campagne di promozione o chiamata attiva allo screening.

Le analisi descrittive sono state svolte sulla base della selezione operata nei passi 1 e 2 e sono state stratificate in base alle classificazioni individuate nel passo 3. Al fine delle analisi descrittive sono state usate anche le classificazioni proposte in piattaforma e selezionate dalle Regioni relativamente a: setting di intervento e ciclo di vita (dettagli in **Materiale aggiuntivo - Appendice C**). Le distribuzioni di frequenza presentate in forma grafica e tabellare sono riferite al pool delle Regioni, per tutti gli ambiti. I risultati relativi agli screening oncologici sono invece stratificati per macroarea geografica (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud e Isole).

## Risultati

Sono stati identificati 168 programmi (105 PP e 63 PL) e 724 azioni riferibili all'ambito della prevenzione oncologica, pari al 27% delle 2.715 totali dei PRP.

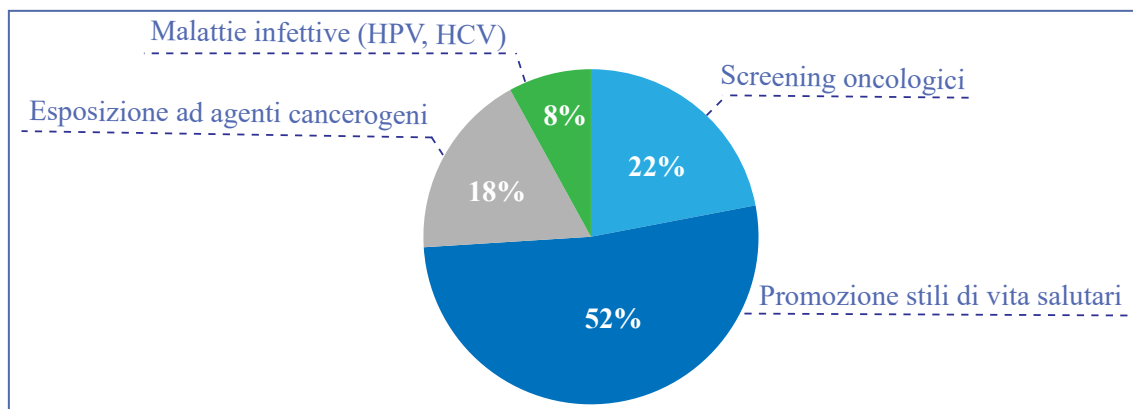
La **Figura 2** mostra la distribuzione delle 724 azioni, per il pool delle Regioni, secondo l'ambito tematico. Più della metà degli interventi risulta orientata verso la promozione di stili di vita salutari; un'azione su cinque riguarda gli screening oncologici, mentre gli interventi su cancerogeni occupazionali e ambientali rappresentano il 18% del totale; infine, l'8% delle azioni è volta alla prevenzione delle malattie infettive correlate al rischio di tumore, ossia alle vaccinazioni per prevenire l'infezione da HPV e ridurre così il rischio di sviluppare il tumore della cervice uterina e allo screening del virus dell'HCV per la prevenzione del tumore del fegato.

### Focus sulla categoria promozione di stili di vita salutari

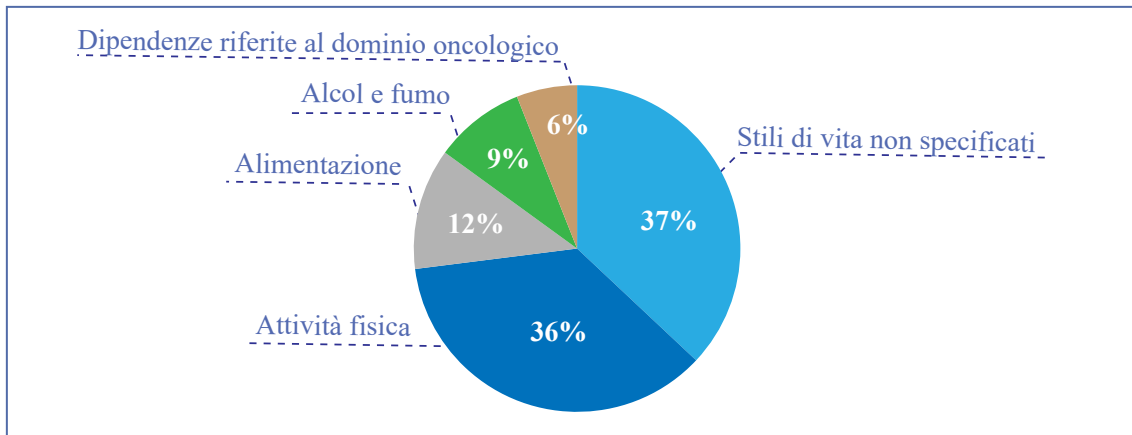
Complessivamente, sono state incluse in questo ambito 369 azioni; di queste il 43% rientra nelle due categorie stili di vita e dipendenze (rispettivamente 37% e 6%), di cui fanno parte azioni mirate alla prevenzione contemporanea di più fattori di rischio. Il restante 57% include azioni orientate sul singolo determinante di salute, in particolare: il 36% sono azioni di promozione dell'attività fisica, il 12% di promozione di corretti stili alimentari, il 9% di contrasto al consumo eccessivo di alcol e al tabagismo (**Figura 3**).

La **Tabella 1** presenta una lettura di dettaglio delle azioni incluse nell'ambito della promozione di stili di vita salutari per livello dell'intervento, ciclo di vita e setting. Azioni di promozione dell'attività fisica sono presenti in tutte le Regioni, mentre circa due Regioni su tre hanno pianificato interventi di prevenzione sul corretto stile alimentare e sul contrasto al consumo dannoso di fumo e alcol (16 e 13 Regioni, rispettivamente).

Relativamente ai livelli d'intervento, la promozione dell'attività fisica si concretizza maggiormente attraverso interventi che riguardano



**Figura 2** - Distribuzione delle azioni di prevenzione oncologica per ambito tematico. Pool nazionale



**Figura 3** - Promozione di stili di vita salutari: distribuzione delle azioni per ambito. Pool nazionale

**Tabella 1** - Stili di vita: distribuzione delle azioni specifiche per fattore di rischio tra livello intervento, target e setting

	Regioni n.	Azioni n.	Livello dell'intervento			Ciclo vita			Setting			
			Governance %	Operatori <sup>a</sup> % n.	Popolazione individuale %	Età adulta %	Terza età %	Donne in età fertile %	Lavoro %	Comunità %	Servizi prev. %	Comune, municipalità %
Attività fisica	21	132	50	27 (20/35)	42	93	90	35	33	87	52	58
Alimentazione	16	44	34	48 (7/21)	50	80	66	45	39	64	59	23
Fumo e alcol	13	32	31	31 (10/32)	43	69	28	34	41	47	56	16

(a) n. azioni di formazione sul totale

la governance del territorio. Al contrario, azioni a sostegno di un'alimentazione sana ed equilibrata e di contrasto alle dipendenze da fumo e alcol si collocano perlopiù a livello di popolazione/individuo. Gli operatori del territorio sono coinvolti soprattutto nella promozione del corretto stile alimentare (48%), in un caso su tre (7/21) come destinatari di attività formative. Interventi di promozione dell'attività fisica per la prevenzione oncologica sono orientati principalmente alla terza età, mentre le azioni di contrasto al consumo di fumo e alcol si rivolgono preferibilmente alla fascia d'età delle donne in età fertile (34%). L'analisi

per setting mostra un orientamento marcato alla comunità per quanto riguarda la promozione dell'attività fisica e della corretta alimentazione, mentre i servizi di prevenzione sono maggiormente coinvolti nelle azioni di contrasto alla dipendenza da fumo e alcol (56% delle Regioni).

### Focus sulla categoria malattie infettive (HPV, HCV)

Sono 60 le azioni riferite alla prevenzione delle infezioni da HPV e HCV (Tabella 2). Vaccinazione HPV o interventi di screening orientati a donne già vaccinate sono presenti in 18 Regioni, con due

**Tabella 2** - Malattie infettive: distribuzione delle azioni per livello di intervento, target e setting

	Regioni n.	Azioni n.	Livello dell'intervento			Ciclo vita			Setting			
			Governance %	Operatori <sup>a</sup> % n.	Popolazione individuale %	Età adulta %	Terza età %	Donne in età fertile %	Lavoro %	Comunità %	Servizi prev. %	Comune, municipalità %
Vaccinazioni HPV	18	38	29	18 (5/32)	66	100	63	66	16	66	82	11
Screening HCV	11	22	36	23 (0/22)	64	72	22	19	9	53	50	13

(a) n. azioni di formazione sul totale

interventi su tre rivolti alle donne in età fertile. Azioni per favorire lo screening per l’HCV sono pianificate nella metà delle Regioni, con più di un’azione dedicata per Regione e, a differenza delle vaccinazioni HPV, risultano maggiormente realizzate nel setting comunità.

Sia per le vaccinazioni HPV che per lo screening HCV, l’intervento è orientato prevalentemente alla popolazione/individuo, mentre è basso o nullo il numero di azioni dedicate alla formazione per gli operatori sanitari (5/32 e 0/22).

### Focus sugli screening oncologici

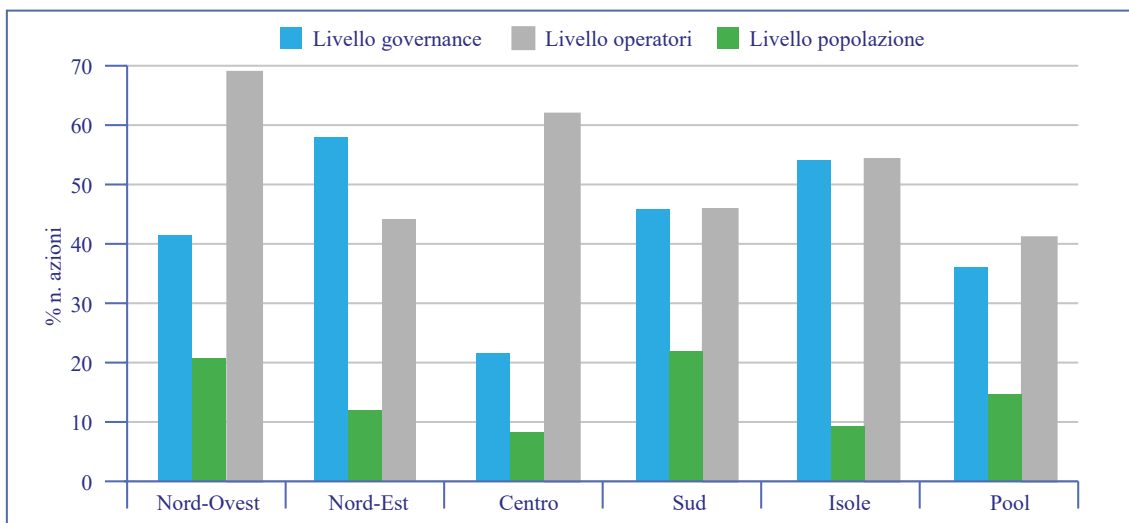
Tutte le Regioni hanno previsto almeno un PL dedicato agli screening oncologici. Per questa categoria sono state analizzate un totale di 157 azioni, distribuite sui tre programmi di screening attivi in Italia (tumore del colon retto, della mammella e della cervice uterina). La **Figura 4** presenta la distribuzione delle azioni per macroarea geografica e livello d’intervento.

La distribuzione per livello di intervento mostra una contenuta variabilità geografica rispetto alla media nazionale; il Centro e il Nord-Ovest

sono maggiormente orientati verso azioni sulla popolazione/individuo e il Nord-Est più sbilanciato sul livello governance. Il coinvolgimento degli operatori è contenuto, in generale, e si qualifica interamente come formazione degli operatori sanitari.

Il setting privilegiato è quello dei servizi di prevenzione per tutte le aree geografiche. Per Sud e Isole si osserva un allineamento tra azioni di governance e interventi a livello di popolazione, che si collocano entrambi sopra la media nazionale.

La **Tabella 3** presenta i risultati relativi alla distribuzione per programma di screening e per macroarea geografiche. La maggior parte degli interventi riguarda la messa a sistema sul territorio dell’attività di screening in generale (categoria attività screening) che include azioni indirizzate ad aumentare l’estensione e l’adesione della popolazione tramite chiamata attiva, iniziative di comunicazione/informazione, sensibilizzazione degli MMG, ma anche implementazione di sistemi informatizzati per agevolare la sorveglianza sulla popolazione a rischio. Osservando gli interventi programma-specifici, si nota una maggiore



**Figura 4** - Screening oncologici: distribuzione delle azioni per livello di intervento e per macroarea geografica

**Tabella 3** - Screening oncologici: distribuzione delle azioni tra i 3 programmi screening e la categoria generale attività di screening

Regione	Screening mammella %	Screening cervicale %	Screening colon retto %	Attività di screening %
Nord-Ovest	18	18	7	57
Nord-Est	21	14	12	53
Centro	16	19	11	54
Sud	22	16	3	59
Isole	18	36	0	45
Pool	19	18	8	55

frequenza di azioni di attuazione dei programmi screening con target specifico sulla popolazione femminile (mammografico e cervicale 37%) rispetto a quello colorettole, con target maschile e femminile (8%). Lo screening cervicale, in particolare, ha un numero di interventi dedicati molto alto nelle Isole (36%), più contenuto al Centro e nel Nord-Ovest (19% e 18%). A Sud e nel Nord-Est un'azione su cinque del programma screening è dedicata alla prevenzione del tumore della mammella. La tipologia di intervento per lo screening mammografico va dalla chiamata attiva ai protocolli di estensione della fascia d'età a 45-74 anni, all'inserimento in percorsi diagnostici, terapeutico-assistenziali (PDTA) dedicati per le donne ad alto rischio ereditario familiare per mutazioni genetiche BRCA 1 e 2. Per lo screening del tumore del colon-retto, gli interventi vanno dall'estensione alla fascia di età 70-74 anni e valutazione d'impatto del programma, all'aggiornamento dei protocolli dei PDTA.

Infine, limitatamente agli screening della cervice, si trovano azioni volte all'organizzazione di percorsi differenziati di screening per donne vaccinate per HPV entro i 15 anni di età, all'estensione della gratuità della vaccinazione anti HPV a maschi e femmine, all'integrazione dell'anagrafe vaccinale HPV con il sistema informativo degli screening oncologici.

### Focus sulla categoria esposizione ad agenti cancerogeni

Le azioni relative a questa categoria ricadono tutte nel PP8 e nel PP9. In particolare, nel PP8 ritroviamo un totale di 62 azioni di contrasto all'esposizione ai cancerogeni occupazionali, escluse quelle relative all'amianto. I risultati presentati nella **Tabella 4** mostrano che 19 Regioni su 21 hanno almeno un'azione focalizzata sulla prevenzione specifica del rischio amianto e radon. Il livello d'intervento principale, per tutti gli agenti considerati è di governance (56%, 77% e 81%), con azioni volte prevalentemente all'attuazione di modelli territoriali d'intervento (piani mirati di prevenzione,

Piano regionale amianto), alla bonifica ambientale e alla sorveglianza esposti, all'implementazione di sistemi di controllo e vigilanza e, nel caso del radon, a interventi di costruzione e ristrutturazione di edifici. I setting principali sono il luogo di lavoro per i cancerogeni occupazionali e per l'amianto e la comunità per il radon.

Solo la metà delle Regioni ha pianificato un'azione specifica volta a contenere l'esposizione alle radiazioni ultraviolette (UV), principale fattore di rischio per lo sviluppo di melanoma. Tali azioni nel 90% dei casi sono rivolte alla popolazione, attraverso campagne di informazione relative ai rischi di esposizione alle radiazioni UV. I setting principali sono i luoghi di lavoro, in particolare se all'aperto, e la comunità.

### Discussione e conclusioni

I PRP declinano sul territorio le strategie di prevenzione individuate a livello nazionale. Sono documenti articolati e complessi, caratterizzati da un'ampia eterogeneità nella formulazione che rispecchia la varietà dei contesti regionali e le specificità organizzative dei sistemi sanitari locali. Sebbene la vista di sintesi qui offerta nell'ambito della prevenzione oncologica implichi una inevitabile perdita delle informazioni di dettaglio, la metodologia proposta e applicata alla piattaforma offre una descrizione utile a valutare nel complesso l'orientamento delle politiche regionali di prevenzione, il loro allineamento o scostamento dagli indirizzi centrali raccomandati dal Ministero della Salute e le eventuali aree di criticità.

Una volta ristretto il campo di osservazione alle azioni più chiaramente riconducibili all'area di interesse, si è potuto procedere a un'analisi di dettaglio, inclusiva di tutta la documentazione depositata dalle Regioni, mettendo così a fuoco le strategie di prevenzione evidence-based adottate, sia che agiscano a livello di fattori di rischio promuovendo stili di vita salutari, sia che favoriscano una diagnosi precoce della malattia attraverso i programmi di screening.

**Tabella 4** - Esposizione ad agenti cancerogeni: distribuzione delle azioni per livello intervento, ciclo di vita e setting

	Regioni n.	Azioni n.	Livello dell'intervento			Ciclo vita			Setting			
			Governance %	Operatori <sup>a</sup> % n.	Popolazione %	Età adulta <sup>b</sup> %	Terza età %	Donne in età fertile %	Lavoro %	Comunità %	Servizi prev. %	Comune, municipalità %
Cancerogeni occupazionali	18	62	56	52 (11/32)	29	100	11	16	95	16	31	6
Amianto	19	40	77	18 (3/7)	35	75	70	37	82	65	42	32
Radon	19	26	81	27 (2/7)	46	88	77	50	65	88	58	50
UV <sup>c</sup>	10	10	20	30 (1/3)	90	80	40	40	90	90	40	10

(a) n. azioni di formazione sul totale; (b) in questo caso per età adulta si intende età lavorativa; (c) radiazioni ultraviolette

La rilevanza degli interventi di promozione dell'attività fisica, all'interno della categoria stili di vita salutari, ad esempio, è in linea con l'attenzione dedicata a livello nazionale attraverso l'inserimento di un PP comunità attive nel PNP e con l'aggiornamento delle Linee di indirizzo sull'attività fisica nel 2021 (11). È inoltre coerente con i dati di prevalenza sulla sedentarietà che nel periodo 2008-2022 registrano un incremento della quota di persone sedentarie a livello nazionale (23% nel 2008 vs 28% nel 2022) (5), con un gradiente geografico a sfavore delle Regioni meridionali (17% Nord, 28% Centro e 41% Sud e Isole, anni 2021-2022) (5, 12).

Lo scarso peso delle azioni in ambito di nutrizione, intesa come corretto stile alimentare, è in parte dovuto all'esclusione dall'analisi del setting scuola. D'altra parte le attività di prevenzione rivolte alla scuola hanno un impatto sui comportamenti che mira globalmente a ridurre il rischio di MCNT, rendendo impossibile isolare le azioni sicuramente orientate alla riduzione del rischio di tumore, su cui la presente analisi è focalizzata. I dati italiani confermano una scarsa attenzione all'alimentazione corretta con una diminuzione, dal 2017 al 2022, di quasi 3 punti percentuali della prevalenza di persone 18-69 anni che consumano 5 porzioni al giorno di frutta e verdura (10% vs 7%). Nel tema della correlazione tra alimentazione e rischio tumore, per cui sussiste un'evidenza scientifica ormai consolidata (13), è degna di nota l'azione dedicata alla promozione della cultura alimentare per la prevenzione dei tumori (Med-Food Anticancer Program), da parte di una Regione del Sud.

Sempre nella categoria stili di vita, ambito dipendenze, il 15% delle azioni sono dedicate al contrasto della dipendenza da fumo e alcol. Questo dato, unitamente al fatto che tali azioni sono presenti solo nella metà delle Regioni, meriterebbe un ulteriore approfondimento, in considerazione del trend crescente del tumore al polmone nella popolazione femminile, soprattutto nelle Regioni del Sud, e dell'andamento crescente della prevalenza delle fumatrici nelle stesse aree (a livello nazionale, si registra un trend in aumento dal 18% al 20% nella classe di età 25-44 anni, dal 2018 a oggi - fonte Istat).

Sul fronte delle malattie infettive rilevanti ai fini della prevenzione oncologica, la metodologia di selezione ha consentito di ottenere un quadro abbastanza preciso della programmazione regionale, essendo le azioni perlopiù dedicate al singolo fattore di rischio. L'esclusione dall'analisi della categoria malattie sessualmente trasmesse, in cui l'HPV è ricompreso per definizione, può aver sottostimato la numerosità degli interventi in

questo ambito. Quasi tutte le Regioni mostrano di aver recepito le raccomandazioni per la transizione verso la vaccinazione HPV nella prevenzione del tumore cervicale, mentre circa la metà dedica azioni allo screening dell'epatite C, una infezione virale correlata al rischio di sviluppare il tumore del fegato, per la quale non è ancora disponibile un vaccino.

Le azioni selezionate nell'ambito dei tre programmi di screening oncologico (il 22% del campione), a differenza degli altri ambiti, sono analizzate per macroarea geografica. La scelta in tal senso è motivata dalla forte differenziazione regionale nel livello di attuazione dei programmi di screening, ragion per cui assume particolare rilevanza il dato sulla distribuzione territoriale. I risultati ottenuti mostrano una maggiore frequenza di azioni nei programmi rivolti al target femminile, in linea con l'aumento dell'incidenza del tumore della mammella e la riduzione della mortalità del tumore della cervice uterina in Italia e un diverso livello di intervento tra le varie macroaree. L'assenza nelle Isole di azioni dedicate specificamente allo screening coloretale va attribuita al criterio di categorizzazione, per cui azioni con focus generico sullo screening sono confluite nella categoria attività screening.

Azioni sui cancerogeni occupazionali, su radon e amianto, sottocategorie nell'ambito dei cancerogeni ambientali, sono presenti in quasi tutte le Regioni. La prevenzione del rischio di melanoma dovuta all'esposizione ai raggi UV è meno presidiata, forse anche in ragione della minore incidenza di questo tumore nel nostro Paese, rispetto per esempio a quelli del Nord Europa e alla prognosi favorevole (4).

L'ambito della prevenzione terziaria, orientato a pazienti cronici o fragili, seppure poco rappresentato, si concretizza soprattutto nei programmi di attività fisica adattata (AFA), con almeno 17 azioni censite, di cui i 2/3 nel Centro e nel Sud; in azioni di vaccinazione nei confronti di pazienti fragili, presenti in almeno una Regione su tre; in azioni sulla corretta alimentazione rivolte a pazienti fragili e/o istituzionalizzati.

La base dati della PF-PRP è sufficientemente standardizzata e dettagliata da consentire tramite l'applicazione della metodologia proposta un quadro di sintesi sull'orientamento delle politiche regionali nell'ambito della prevenzione e sul loro grado di coerenza rispetto alle strategie nazionali.

Un ulteriore punto di forza dello studio è l'applicabilità della metodologia proposta ad altri ambiti della prevenzione grazie alla individuazione di una procedura di selezione standardizzata che prende come riferimento un elemento della programmazione comune a tutti i PRP, l'azione.



L'accessibilità ai dati della PF, ancora limitata al gruppo di lavoro (responsabili scientifici progetto, ISS, Ministero della Salute) e l'inevitabile margine di soggettività nella categorizzazione delle azioni e nei criteri di selezione utilizzati, rappresentano due limiti dello studio proposto. Ad esempio, l'esclusione dall'analisi delle fasce di età dell'infanzia e dell'adolescenza, meno esposte al rischio di tumore, ha comportato di tralasciare nella descrizione delle politiche di prevenzione oncologica l'intero setting scolastico e di conseguenza l'approccio life-course e intersettoriale che caratterizzano la programmazione regionale.

In conclusione, lo studio propone una metodologia di analisi e di sintesi dei contenuti dei piani della prevenzione regionale che si applica alla base dati raccolta attraverso la piattaforma, dalla cui applicazione deriva la produzione di evidenze utili alla gestione delle politiche sanitarie regionali.

**Citare come segue:**

Lopez T, Gagliani A, Meggiolaro A, Timelli L, Galeone D, Francisci S. La piattaforma per la pianificazione e il monitoraggio dei Piani Regionali di Prevenzione 2020-2025: definizione di una metodologia di analisi dei dati e applicazione al campo della prevenzione oncologica. *Boll Epidemiol Naz* 2023;4(2):1-9.

**Conflitti di interesse dichiarati:** nessuno.

**Finanziamenti:** lo studio è stato condotto nell'ambito del progetto finanziato dal Ministero della Salute (Fondi CCM 2021) "Nuovi sviluppi della Piattaforma dei Piani Regionali di Prevenzione 2020-25: uno strumento di lavoro a sostegno dell'attività di prevenzione regionale".

**Authorship:** tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

**Riferimenti bibliografici**

1. World Health Organization. Invisible numbers: the true extent of noncommunicable diseases and what to do about them. Geneva: World Health Organization; 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057661>; ultimo accesso 25/9/2023.
2. Ministero della Salute. Piano Oncologico Nazionale: documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione e il contrasto del cancro 2023-2027. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3291\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3291_allegato.pdf); ultimo accesso 25/10/2023
3. European Commission. Europe's Beating Cancer Plan. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu\\_cancer-plan\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf); ultimo accesso 25/10/2023.
4. Associazione Italiana di Oncologia Medica. *I numeri del cancro in Italia 2022*. Roma: Intermedia Editore; 2022.
5. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. La Sorveglianza PASSI. <https://www.epicentro.iss.it/passi/>; ultimo accesso 25/10/2023.
6. Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro. La Sorveglianza PASSI d'Argento. <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>; ultimo accesso 25/10/2023.
7. Osservatorio Nazionale Screening. Passata l'emergenza, lo screening è vivo e vitale. <https://www.osservatorionazionale screening.it/content/rapporto>; ultimo accesso 25/10/2023.
8. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-25. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2955\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf); ultimo accesso 25/10/2023.
9. Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute. Piattaforma per la pianificazione, il monitoraggio e la valutazione dei Piani Regionali di Prevenzione. 2021. [www.pianiregionalidellaprevenzione.it](http://www.pianiregionalidellaprevenzione.it); ultimo accesso 25/10/2023.
10. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Human cancer: known causes and prevention by organ site. IARC monographs on the identification of carcinogenic hazards to humans and handbooks for cancer prevention. 2022. <https://monographs.iarc.who.int/wp-content/uploads/2019/12/OrganSitePoster.PlusHandbooks.pdf>; ultimo accesso 25/10/2023.
11. Ministero della Salute. Linee di indirizzo sull'attività fisica. Revisione delle raccomandazioni per le differenti fasce d'età e situazioni fisiologiche e nuove raccomandazioni per specifiche patologie. 2021. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_5693\\_1\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5693_1_file.pdf); ultimo accesso 25/10/2023.
12. Faralli C, Luzi I, Possenti V, Valli M, Palermo V, Luzi P, et al. L'attività fisica in Italia: trend, programmi e politiche di indirizzo (2008-2020). *Boll Epidemiol Naz* 2021;2(4):46-56. doi: 10.53225/BEN\_036
13. European Agency for Research on Cancer, World Health Organization. European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). <https://epic.iarc.fr/>; ultimo accesso 25/10/2023.

## Materiale Aggiuntivo: appendice A, B e C

### Appendice A

#### I PROGRAMMI IN ANALISI:

- PP2 Comunità attive
- PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute
- PP4 Dipendenze
- PP8 Rischio cancerogeno professionale
- PP9 Ambiente, Clima e Salute
  
- Screening oncologici (21 PL)
- Alimentazione (10 PL)
- Malattie Croniche Non Trasmissibili (Attività fisica e Stili di vita) (5 PL)
- Cronicità (6 PL)
- Malattie infettive e vaccinazioni (22 PL)

#### Dettaglio dei PL per ambito tematico

	SCREENING ONCOLOGICI	MALATTIE INFETTIVE E VACCINAZIONI	Cronicità	ALIMENTAZIONE	MCNT
<b>Abruzzo</b>	SCREENING ONCOLOGICI (PL11)	MALATTIE INFETTIVE E VACCINAZIONI (PL12)			
<b>Basilicata</b>	PL15-BASILICATA - SCREENING ONCOLOGICI	PL14-LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE		PL18-Alimentazione e Nutrizione - Basilicata	

<b>Calabria</b>	PL15-SCREENING ONCOLOGICI	PL12-MALATTIE INFETTIVE E VACCINAZIONI	PL16-LA PREVENZIONE COME MODELLO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO E MULTICRONICO		
<b>Campania</b>	PL13-Screening oncologici	PL15-Profilassi e sorveglianza delle malattie infettive prioritarie		PL12-Nutrizione, sicurezza alimentare e prevenzione delle malattie zoonoziche	PL14-Sorveglianze di Popolazione ed equità
<b>Emilia Romagna</b>	PL13-Screening oncologici	PL16-Vaccinazioni			
		PL17-Malattie infettive			PL20-Sani stili di vita: dalla promozione alla presa in carico.
<b>Friuli Venezia Giulia</b>	PL11-Gli screening oncologici	PL15-Miglioramento della sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive		PL12-Alimentazione salute e sostenibilità	
<b>Lazio</b>	PL15-Screening oncologici	PL11-Malattie infettive	PL14-Prevenzione e identificazione precoce dei fattori di rischio nella gestione integrata della cronicità		
		PL12-Vaccinazioni			
<b>Liguria</b>	PL11-Screening oncologici				
<b>Lombardia</b>	PL14-Screening oncologici	PL18-Malattie Infettive Prevenibili da Vaccino	PL20-Prevenzione della Cronicità	PL12-Nutrire la Salute	
		PL21: Malattie infettive sessualmente trasmesse			
		PL23: Malattie infettive correlate alle condizioni di vita			

<b>Marche</b>	PL11-screening oncologici	PL12-Malattie Infettive e Vaccinazioni			
<b>Molise</b>	PL11-Screening oncologici	PL14-Integrazione calendario per la vita		PL13: Alimentare la salute	
<b>Piemonte</b>	PL15-Screening oncologici	PL14-Prevenzione delle malattie infettive	PL12-Setting sanitario: la promozione della salute nella cronicità	PL13-Alimenti e salute	
<b>Prov. Aut. Bolzano</b>	PL11-Screening oncologici				
<b>Prov. Aut. Trento</b>	PL11-Screening Oncologici	PL15-Malattie infettive		PL14-Alimenti e nutrizione	
<b>Puglia</b>	PL13-Screening Oncologici	PL14-Vaccinazioni		PL12-Tutela dei consumatori e prevenzione nutrizionale	
<b>Sardegna</b>	PL13-Consolidamento dei programmi organizzati di screening oncologico	PL11-Miglioramento dei sistemi informativi e di sorveglianza delle malattie infettive, della prevenzione e risposta alle emergenze infettive			
<b>Sicilia</b>	PL12-Screening Oncologici		PL11-Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia cronica in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità		
<b>Toscana</b>	PL12-Screening oncologici	PL13-Malattie infettive e Vaccinazioni		PL14-La promozione di alimenti sani, sicuri e della salute: strategie, alleanze e interventi in tema di nutrizione e di igiene degli alimenti	

<b>Umbria</b>	PL14-Screening oncologici	PL16-Ridurre la frequenza delle malattie trasmissibili: strategie e interventi di prevenzione, sorveglianza e controllo		PL12-Alimenti Nutrizione e Sicurezza	
<b>Valle d'Aosta</b>	PL11-Screening oncologici	PL13-Malattie infettive prioritarie			
<b>Veneto</b>	PL13-Screening oncologici	PL14-La prevenzione delle malattie trasmissibili nel paziente fragile con particolare riferimento a quelle prevenibili da vaccinazione	PL11-Sistema integrato per il contrasto dei determinanti della cronicità		

## Appendice B

<b>AZIONI DI PROGRAMMA (PREDEFINITO O LIBERO)</b>
<b>Categoria principale</b>
<b>1. AZIONI VOLTE A SOSTENERE LA GOVERNANCE REGIONALE DEL PRP</b>
<b>Sottocategoria</b>
1.1 Emanazione di atti di indirizzo regionali di carattere strategico e/o tecnico
1.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione, protocolli di intesa, convenzioni
1.3 Implementazione, integrazione e miglior utilizzo dei sistemi di sorveglianza, registri
1.4 Implementazione e miglior utilizzo di sistemi informativi (quantitativi e qualitativi) regionali
1.5 Predisposizione/diffusione di Profili di salute ed Equità
1.6 Allestimento di strumenti per monitoraggio, valutazione, coordinamento dei livelli locali (es. piattaforme informatiche, sistemi di reporting, ecc.)

1.7 Ricognizione, sistematizzazione e documentazione di “pratiche” locali – Produzione e disseminazione di Reportistiche. Sottomissione di “Pratiche” locali a sistemi validati di valutazioni terze di Buona Pratica
1.8 Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di “Pratiche Raccomandate” e/o “Buone Pratiche”
1.9 Attivazione tavoli/gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori
1.10 Formazione per lo sviluppo e il consolidamento di reti collaborative
1.11 Comunicazione – Marketing sociale
1.12 Attività di “Ricerca –Azione” finalizzata a processi partecipati, ecc.
1.13 Altro ( <i>specificare</i> ) – <i>campo con testo libero obbligatorio, se scelto</i>
<b>Categoria principale</b>
<b>2. AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE</b>
<b>Sottocategoria</b>
2.1 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
2.2 Formazione MMG – PDF
2.3 Formazione al “Counseling motivazionale breve”
2.4 Formazione congiunta “operatori sanitari e sociosanitari e settore Scuola”
2.5 Formazione congiunta “operatori sanitari e sociosanitari e altri Settori”
2.6 Formazione operatori settore Scuola (Insegnanti, Dirigenti Scolastici, ecc.)
2.7 Formazione operatori di altri Settori (es. OSA, Associazioni, RLSP, ecc.)
2.7 Comunicazione – Marketing sociale
2.8 Attività di “Ricerca-Azione” (per processi partecipati, ecc.)
2.9 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
2.10 Altro ( <i>specificare</i> ) – <i>campo con testo libero obbligatorio, se scelto</i>
<b>Categoria principale</b>

### 3. AZIONI VOLTE ALLA MODIFICA AMBIENTALE/ORGANIZZATIVA DI UN SETTING PER FAVORIRE L'ADOZIONE COMPETENTE E CONSAPEVOLE DI STILI DI VITA FAVOREVOLI ALLA SALUTE

#### Sottocategoria

3.1 Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di "pratiche raccomandate", ecc.

3.2 Supporto ai Settori responsabili di un "ambiente organizzato" (*setting*) nella adozione di "pratiche raccomandate" per favorire una alimentazione salutare (miglioramento/orientamento di capitolati d'appalto di mense - ristorazione collettiva- e vending, di spuntini/merende, di bar interni, di ristorazione pubblica)

3.3 Supporto ai Settori responsabili di "ambienti organizzati" (*setting*) nella adozione di "pratiche raccomandate" per favorire stile di vita attivo (pause attive, Pedibus, Playground, Gruppi di cammino, Scale per la salute, Bike to work, ecc.)

3.4 Supporto ai Settori responsabili di "ambienti organizzati" (*setting*) nella adozione di "pratiche raccomandate" per la creazione di "setting libero dal fumo"

3.5 Supporto ai Settori responsabili di un "ambiente organizzato" (*setting*) nella adozione di "pratiche raccomandate" per il contrasto a comportamenti additivi (alcol, sostanze, gap, doping, ecc.)

3.6 Recepimento e implementazione di LG, indirizzi nazionali, WHO, norme UE di settore

3.7 Formazione operatori sanitari e sociosanitari

3.8 Formazione operatori di altri settori

3.9 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)

3.10 Sottoscrizione accordi di collaborazione con soggetti di altri Settori

3.11 Comunicazione – Marketing sociale

3.12 Attività di "Ricerca –Azione" finalizzata a processi partecipati, ecc.

3.13 Altro (*specificare*) – campo con testo libero obbligatorio, se scelto

#### Categoria principale

### 4. AZIONI VOLTE ALLO SVILUPPO DI PROCESSI INTERSETTORIALI

#### Sottocategoria

4.1 Sottoscrizione di accordi di collaborazione – protocolli d’intesa, convenzioni con Istituzioni e/o titolari di policy (es. USR, Prefetture, Assessorati regionali Sport, Formazione, Turismo, ecc.)
4.2 Sottoscrizione di accordi di collaborazione – protocolli d’intesa, convenzioni con stakeholder (es. Associazioni di categoria, di cittadini, di pazienti, di promozione sociale e sportiva, Società Scientifiche, ecc.)
4.3 Attività di formazione, accompagnamento, co-progettazione con altri Settori per avvio/sviluppo di Reti di setting che “promuovono salute” (scuole, comuni, luoghi di lavoro, ambienti sanitari, ecc.)
4.4 Attività finalizzate alla partecipazione a network WHO (es. Schools for Health in Europe Network Foundation),
4.5 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)
4.6 Comunicazione – Marketing sociale
4.7 Attività di “Ricerca –Azione” finalizzata a processi partecipati, HEA, ecc.
4.8 Altro ( <i>specificare</i> ) – campo con testo libero obbligatorio , se scelto
<b>Categoria principale</b>
<b>5. AZIONI VOLTE AD AUMENTARE L’ACCESSIBILITÀ E L’APPROPRIATEZZA (EFFICACIA, SOSTENIBILITÀ, INTEGRAZIONE) DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E L’ADESIONE A MISURE DI PREVENZIONE, IN RELAZIONE ALL’OFFERTA INDIVIDUALE (obesità, tabagismo, screening oncologici, percorso nascita, consultori, vaccinazioni, dipendenze, NPI, ecc.)</b>
<b>Sottocategoria</b>
5.1 Istituzione/miglioramento/sviluppo di servizi di diagnosi precoce e chiamata attiva organizzata
5.2 Attivazione protocolli di collaborazione tra Servizi sociosanitari finalizzati a migliorarne l’integrazione
5.3 Predisposizione, adozione e implementazione di PPDTA (percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziale)
5.4 Ciclo HEA di un Servizio Sociosanitario (es. Consultori, Screening, Materno-Infantile, ecc.)
5.5 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
5.6 Formazione operatori di altri settori (settore educativo, Parti sociali, Associazionismo, terzo settore, ecc.)
5.7 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione percorsi, ecc.)



5.8 Sottoscrizione accordi di collaborazione con altri Settori (Associazioni di cittadini/pazienti, Società Scientifiche, ecc.)
5.9 Predisposizione, adozione e diffusione di documenti tecnici/ di indirizzo metodologico, raccolte di “pratiche raccomandate”, reportistica, ecc.
5.10 Implementazione e miglior utilizzo di sistemi informativi
5.11 Comunicazione – Marketing sociale
5.12 Attività di “Ricerca –Azione” finalizzata a processi partecipati, HEA, ecc.
5.13 Recepimento e implementazione di indirizzi nazionali, WHO, norme UE di settore
5.14 Altro (specificare) – <i>campo con testo libero obbligatori, se scelto</i>
<b>Categoria principale</b>
<b>6. AZIONI VOLTE A PROMUOVERE LA SICUREZZA E LA TUTELA DELLA SALUTE DEI CITTADINI, LAVORATORI E CONSUMATORI</b>
<b>Sottocategoria</b>
6.1 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di controllo/ispezione/vigilanza
6.2 Organizzazione/miglioramento/sviluppo delle attività di gestione delle emergenze
6.3 Formalizzazione accordi di collaborazione tra Servizi e con altri Settori finalizzati a promuovere integrazione, coordinamento, cooperazione
6.4 Ciclo HEA di un Servizio Sociosanitario (es. SPRESAL, SIAN, ecc.)
6.5 Formazione operatori sanitari e sociosanitari
6.6 Formazione operatori di altri settori (OSA, Gestori mense, Associazionismo, ecc.)
6.7 Attivazione gruppi di lavoro con rappresentanti di altri Settori (per condivisione protocolli, percorsi, ecc.)
6.8 Formalizzazione accordi di collaborazione con altri Settori (Associazioni di cittadini/pazienti, Società Scientifiche, Associazioni di mediazione culturale, ecc. )
6.9 Informazione

6.10 Comunicazione – Marketing sociale
6.11 Attività di “Ricerca –Azione” finalizzata a processi partecipati, HEA, ecc.
6.12 Recepimento e implementazione di indirizzi nazionali, WHO, norme UE di settore
6.13 Altro (specificare) – <i>campo con testo libero obbligatori, se scelto</i>

## **APPENDICE C**

### Setting di intervento:

- scuola
- comunità (intesa come l’insieme dei cittadini che vivono sul territorio)
- luoghi di lavoro
- comune, municipalità (inteso come rete di interlocutori aziendali pubblici e privati che agiscono sul territorio)
- servizi di prevenzione

### Ciclo di vita della popolazione:

- infanzia
- adolescenza
- età adulta
- età lavorativa
- donne in età fertile
- terza età