

Struttura e impostazione

Stephanie Zaza, MD, MPH, Robert S. Lawrence, MD, Charles S. Mahan, MD, Mindy Fullilove, MD, David Fleming, MD, George J. Isham, MD, Marguerite Pappaioanou, DVM, PhD, The Task Force on Community Preventive Services

Division of Prevention Research and Analytic Methods, Epidemiology Program Office (Zaza, Pappaioanou), Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia; Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health (Lawrence), Baltimore, Maryland; University of South Florida, College of Public Health (Mahan), Tampa, Florida; Columbia University, New York State Psychiatric Institute (Fullilove), New York, New York; Oregon Health Division (Fleming), Portland, Oregon; HealthPartners (Pappaioanou), Minneapolis, Minnesota.
 Marguerite Pappaioanou è attualmente presso l' Office of Global Health, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia.

Corrispondenza e altre richieste possono essere indirizzate a: Stephanie Zaza, MD, MPH, Community Preventive Services Guide Development Activity, Epidemiology Program Office, MS- K73, Centers for Disease Control and Prevention, 4770 Buford Highway, Atlanta, GA 30341.

Premessa

Poiché la *Guide to Community Preventive Services: Systematic Reviews and Evidence-Based Recommendations* (Guida o *Community Guide*) si rivolge ad un pubblico alquanto composito – quello dei responsabili decisionali nel settore della sanità pubblica – si è ritenuto indispensabile estendere il più possibile l'ambito di trattazione. Anche l'organizzazione e l'impostazione della Guida devono essere oggetto di attenta considerazione al fine di renderla uno strumento il più possibile utile per i lettori.

Definizione dell'ambito della Guida

I contenuti della Guida sono stati definiti in base agli obiettivi fissati nell'iniziativa Healthy People e alle cause di morte documentate. La selezione dei 15 argomenti oggetto di revisioni sistematiche è stata effettuata dopo aver stabilito un ordine di priorità in base ai seguenti criteri: entità del problema, prevenibilità, attinenza con altre iniziative nel settore della sanità pubblica, utilità del pacchetto di argomenti selezionati e livello attuale di ricerca e d'intervento nei settori pubblico e privato. Per ciascun argomento oggetto d'indagine sono stati presi in esame interventi a livello statale e locale, fra i quali strategie di popolazione, strategie individuali in contesti diversi da quello clinico e strategie di gruppo.

Organizzazione della Guida

La Guida si articola nelle seguenti parti: introduzione, revisioni e raccomandazioni (comprendente tre sezioni: cambiamento dei comportamenti a rischio; riduzione di malattie, lesioni e infermità; risposta alle sfide ambientali e dell'ecosistema), appendici e indici.

Discussione

L'ambito di trattazione e l'organizzazione della Guida sono stati stabiliti sulla base di criteri rilevanti di sanità pubblica e del parere di esperti al fine di fornire uno strumento utile e accessibile ad un vasto pubblico. Sebbene i contenuti definitivi della Guida possano cambiare nel corso della sua elaborazione, il piano di lavoro costituito dall'elenco di contenuti indicato nel presente capitolo rappresenta il quadro di riferimento per la stesura della Guida e ne definisce l'ambito e le finalità.

Parole chiave: community preventive services, burden of disease
Am J Prev Med 2000; 18(1S): 27– 34 © 2000 American Journal of Preventive Medicine

Premessa

La *Task Force on Community Preventive Services* si propone di formulare raccomandazioni relative a interventi finalizzati a promuovere la salute e a prevenire malattie, lesioni e infermità. Le raccomandazioni sono basate su revisioni sistematiche delle prove di efficacia e dei dati relativi ad altri effetti, applicabilità, valutazioni economiche e ostacoli all'attuazione.^{1,2} Le suddette raccomandazioni verranno pubblicate in un documento di indirizzo, la *Guide to Community Preventive Services: Systematic Reviews and Evidence-Based Recommendations* concepito quale strumento rivolto ai professionisti che, a va-

rio titolo, operano nei numerosi ambiti preposti all'erogazione di servizi sanitari pubblici e alla prevenzione delle malattie.² Data l'eterogeneità del pubblico al quale la Guida si rivolge, l'ambito di trattazione deve essere necessariamente molto vasto. Inoltre, al fine di rendere la Guida uno strumento il più possibile utile ai lettori ai quali è destinata, la sua organizzazione e il suo formato devono essere oggetto di attenta considerazione. Il presente documento descrive il procedimento adottato dalla *Task Force* per definire l'ambito e l'organizzazione della Guida e stabilire l'elenco degli argomenti proposti per il primo volume.

TABELLA 1. Argomenti esaminati e loro classificazione ai fini dell'inserimento fra i temi da trattare nel primo volume della Guide to Community Preventive Services

	Argomenti da inserire nel primo volume		Ordine di priorità per l'inserimento nel primo volume	
	Selezionati prima di aprile 1998	Selezionati nell'aprile 1998	Alta priorità*	Non proposti per l'inserimento
Argomenti considerati				
Cambiamento dei comportamenti a rischio				
Fumo ^b	√			
Abuso di alcol ^b	√			
Altre droghe che inducono dipendenza ^b	√			
Attività fisica ^b	√			
Alimentazione ^b		√		
Comportamento sessuale ^b	√			
Riduzione di specifiche malattie, lesioni e infermità				
Infermità e disabilità mentale				
Malattie polmonari croniche			√	
Cancro		√		
Malattie cardiovascolari			√	
Diabete			√	
Ictus				√
Altre malattie croniche/disabilità fisica				√
Lesioni a carico di occupanti di veicoli a motore ^b	√			
Lesioni a carico di persone non a bordo di veicoli a motore ^b				√
Cadute				√
Lesioni dovute a incendi o ustioni				√
Annegamento				√
Malattie professionali				
Disturbi a carico del tratto lombosacrale e altre lesioni			√	
Dermatiti allergiche e dovute a sostanze irritanti				√
Asma e BPCO				√
Anomalie della fertillizzazione e della gestazione				√
Ipoacusia e sordità				√
Malattie infettive^b				
Pneumoconiosi				√
Malattie prevenibili mediante vaccinazione ^b	√			
Infezioni iatrogene ^b				√
Malattie trasmesse sessualmente/HIV ^b			√	
Tubercolosi ^b				√
Miglioramento degli esiti delle gravidanze/salute perinatale				
Salute infantile		√		
Salute del cavo orale	√			
Comportamento violento e di abuso ^b	√			
Risposta alle sfide ambientali e a livello di ecosistema				
Inquinamento atmosferico				√
Risposta a calamità ed emergenze				√
Temperature estreme				√
Miglioramenti delle abitazioni			√	
Rifiuti solidi				√
Tossine ^b				√
Inquinamento delle acque				√
Malattie infettive resistenti ad antimicrobici ^b			√	
Sicurezza dei prodotti farmaceutici e biologici				√
Malattie di origine alimentare ^b			√	
Salute dei viaggiatori internazionali, dei rifugiati e degli immigrati ^b				√
Controllo dei vettori e degli animali ^b				√
Ambiente socioculturale		√		

^a Se il tempo e le risorse lo consentono

^b L'argomento è collegato a una causa di morte reale (fumo, abitudini alimentari/attività fisica, alcol, agenti microbici, agenti tossici, armi da fuoco, comportamento sessuale, veicoli a motore, uso illecito di droghe).⁶

^c Aggiunto nel giugno 1998.

Definizione dell'ambito della Guida Compilazione di un elenco di argomenti potenziali da affrontare nella Guida

Per definire l'ambito di trattazione della Guida, la *Task Force* ha preso in esame, innanzi tutto, l'iniziativa *Healthy People 2000*³ e le cause reali di morte indicate da McGinnis e Foege.⁴

L'iniziativa *Healthy People* fissa una serie di obiettivi sanitari generali a livello nazionale ben noti al pubblico al quale si rivolge la Guida. Non essendo ancora disponibile la struttura organizzativa di *Healthy People 2010*,⁵ ai fini della definizione delle priorità la *Task Force* ha fatto riferimento alla struttura di *Healthy People 2000* e procederà a una riorganizzazione della Guida, qualora ciò risulterà necessario per renderla compatibile con l'impostazione di *Healthy People 2010*. Numerosi Stati e comunità utilizzano dati locali per stabilire le proprie finalità e gli obiettivi basati su *Healthy People*. La Guida costituirà un valido strumento da affiancare agli obiettivi di *Healthy People 2010* fornendo una descrizione di interventi efficaci, economici e praticabili per raggiungere gli obiettivi fissati negli ambiti focali dell'iniziativa 2010.⁵ Inoltre, per assicurare che nella Guida vengano prese in esame tutte le principali cause di morte presso la popolazione degli Stati Uniti, la *Task Force* ha tenuto conto dell'opera pionieristica di McGinnis e Foege in cui vengono descritte le cause reali di morte negli Stati Uniti.⁴ Si tratta dei nove comportamenti a rischio o fattori di rischio che si ritiene abbiano concorso congiuntamente a determinare circa il 50 per cento di tutti i decessi delle persone fino a 65 anni di età registrati nel 1990.

Il personale che opera presso i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ha compilato un elenco esaustivo di 52 argomenti, ottenuto estendendo i titoli dei capitoli di *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives* (Tabella 1).³ Alcuni dei titoli dei capitoli di *Healthy People* sono stati ulteriormente suddivisi in argomenti più facilmente affrontabili (ad esempio la voce «Malattie croniche» è stata suddivisa in sei temi potenziali: malattie polmonari croniche [ossia asma, bronchite ed enfisema], cancro, malattie cardiovascolari, diabete, ictus, altre malattie croniche e disabilità fisica). L'elenco che ne è stato tratto è stato sottoposto all'esame di specialisti dei CDC e di altre agenzie federali. Inoltre le nove cause reali di morte individuate da McGinnis e Foege nel 1990 sono state inserite nell'elenco come argomenti singoli.⁶ Nel corso della prima riunione della *Task force*, svoltasi nell'agosto 1996, i partecipanti hanno selezionato i due argomenti iniziali per la stesura della Guida: le malattie prevenibili mediante vaccinazione e la prevenzione delle lesioni a carico degli occupanti dei veicoli a motore. I due temi sono stati scelti data la loro rilevanza dal punto di vista sanitario negli Stati Uniti e in quanto forniscono una serie di spunti per l'elaborazione di metodi applicabili all'intera Guida; in questa discussione preliminare non è stata adottata nessuna procedura formale. Altri sette argomenti (fumo, alcol, altre droghe che inducono dipendenza, comportamento sessuale, salute del cavo orale, com-

portamento violento e di abuso) sono stati selezionati in vista di revisioni e raccomandazioni nel corso di riunioni successive della *Task Force* utilizzando un'impostazione informale di formazione del consenso. Durante le numerose sedute di discussione sono stati definiti i sette ulteriori temi dando la priorità ai seguenti criteri: valutazione dell'entità del problema, condizioni o fattori di rischio e possibilità di prevenzione primaria. Per selezionare i restanti argomenti da includere nella prima fase di elaborazione della Guida, la *Task Force* ha adottato un metodo più strutturato di gerarchizzazione. I criteri utilizzati per la selezione fra i 43 argomenti rimasti sono stati i seguenti:

Rilevanza di malattie, lesioni, disabilità o esposizione. Si è tenuto conto delle stime relative alla mortalità e morbilità e, qualora disponibili, dei dati concernenti i tassi di dimissioni ed i costi dei ricoveri ospedalieri, qualora presi in considerazione.

Possibilità di prevenzione. Per ciascun argomento è stato valutato in che misura si poteva realisticamente ottenere una riduzione dell'entità del problema a condizione di disporre di risorse adeguate. La valutazione implicava numerosi giudizi soggettivi:

- disponibilità di interventi;
- efficacia presunta di tali interventi;
- fattibilità degli interventi da attuare;
- probabilità che i fattori di rischio potessero essere modificati (ad esempio, può risultare più difficile modificare comportamenti a rischio che eliminare taluni fattori di rischio dall'ambiente).

A ciascun argomento è stato assegnato un punteggio relativo alla prevenibilità: bassa (argomenti per i quali gli interventi disponibili erano pochi, difficilmente attuabili o non attuabili); media (argomenti per i quali gli interventi sono stati valutati come efficaci e discretamente attuabili); o elevata (argomenti per i quali gli interventi sono stati valutati come efficaci e attuabili). Le stime della prevenibilità sono state effettuate da esperti con competenze specifiche dei CDC e di altre agenzie federali.

Iniziative attinenti. Sono stati presi in esame i dati relativi agli obiettivi *Healthy People 2000*, ai rilevamenti Health Plan Employee Data and Information Set (HEDIS),⁶ e ad altre iniziative nazionali attinenti agli argomenti considerati. Agli argomenti ai quali è stata dedicata maggiore attenzione nel quadro delle suddette iniziative è stato attribuito maggiore peso nella scala di priorità.

Utilità del pacchetto di argomenti selezionati per il pubblico al quale si rivolge la Guida. La Tabella 2 è una tabella riassuntiva delle informazioni fornite alla *Task Force*. In fase di selezione, la *Task Force* ha deciso di tenere conto anche della misura in cui gli interventi compresi nella Guida fossero potenzialmente in grado di attrarre con continuità finanziamenti e investimenti per formulare linee guida basate su evidenze scientifiche, nonché di livelli elevati di ricerca o di intervento presso i dipartimenti sanitari statali e locali e nel settore privato.

TABELLA 2. Quadro riassuntivo dei dati sull'entità del problema, le possibilità di prevenzione e il numero di obiettivi Healthy People (HP) 2000 relativi ad argomenti potenzialmente idonei ad essere inseriti nella Guide to Community Preventive Services suddivisi in base alle stime della mortalità o alle possibilità di prevenzione.

Mortalità						
Argomento ^a	TGM ^e	YPLL ^f	Morbilità ^b	Prevenibilità ^c	Numero di obiettivi HP 2000	Rilevamento HEDIS ^d
Malattie cardiovascolari	280,7 g	1430,2 ^h	Prevalenza malattie cardiovascolari: 57 milioni di casi Ipertensione arteriosa: 23,1% nella fascia d'età 20-74 anni (stime aggiustate per età) ⁱ	Media	19	√
Cancro	204,9 g	1779,4 ^h	Incidenza: 409,0/ 100.000 (stime aggiustate per età) ^j 12	Media	19	√
Alimentazione	115,4 (stime 1990)		34,8% adulti in sovrappeso ^k	Ignota	34	
Ictus	60,1 ^l	241,1 ^h	3,2-31,9 dimissioni/1.000 persone (età 45-75+) ^k	Media	1	
Ambiente socioculturale	56,6 (povertà, stime) ^l			Media	5	
Salute infantile	42,8 (1-4 anni)		67,7 dimissioni /1.000 persone (<5 anni, tutte le cause)	Miste	63	√
	22,8 (5-14 anni) ^m		26,4 dimissioni /1.000 persone (5-14 anni, tutte le cause) ⁿ			
Asma, bronchite, enfisema e altre patologie	39,211	188,0 ^h	Prevalenza asma totale: 15 milioni di casi	Media	9	√
Broncopneumo-patia cronica ostruttiva			Bambini: 5 milioni di casi ¹⁴			
Infezioni iatrogene	33,9 (stime)		1,7 milioni di casi all'anno ¹⁶	Elevata	1	
Tossine	23,1 (stime 1990) ⁴			Media	8	
Diabete	22,6 ⁹	169,6 ^h	Prevalenza: 16 milioni di casi Incidenza: 1.700 casi diagnosticati al giorno ¹⁷	Media-bassa	6	√
Malattie trasmesse sessualmente/HIV	16,4 (HIV) ⁹	615,0 ^h	Incidenza: HIV 26,7/100.000 ^o Chlamydia: 182,2/100.000 ^p	Media	31	
Infermità e disabilità mentali	11,9 (suicidi) ⁹	395,0 ^h	Prevalenza (tutte le cause): 40 milioni di casi all'anno ¹⁸	Bassa	19	√
Altre malattie croniche/disabilità fisica	9,6 (epatopatia) ⁹	166,4 ^h	Il 14,3% della popolazione presenta limitazioni funzionali ^q	Media	18	√
Malattie infettive resistenti agli agenti antimicrobici	Utilizzate stime interne CDC		Utilizzate stime interne CDC 2,1 milioni di casi all'anno otite media da S. pneumoniae ¹⁹⁻²¹	Elevata	12	√
Lesioni traumatiche di origine professionale	4,4 (1994) ²²		17.000 casi di lesioni al giorno ²²	Elevata	3	
Malattie di origine alimentare	3,5(stime) ²³		6,5-33 milioni di casi all'anno ²³	Media	8	
Cadute	4,3 ⁸		583,8 visite di pronto soccorso ogni 10.000 persone (<5anni) 766,9 visite ogni 10.000 persone (> 75 anni) ^t	Media	8	
Lesioni a carico di persone non a bordo di autoveicoli	2,3 (pedoni) 0,3 (ciclisti) 0,6 (moto-ciclisti)			Elevata	11	
Annegamento	1,9 ⁸			Media	4	
Pneumoconiosi di origine professionale	1,6 (1992) ²⁴			Media	1	
Lesioni dovute a incendio	1,6 ⁸		60.000 ricoveri all'anno dovuti a ustioni ²⁵	Elevata	7	
Tubercolosi	0,5 ²⁶		8,0 casi ogni 100.000 persone ²⁶	Media-elevata	3	
Temperature estreme	0,20 (freddo) 0,26 (caldo) ²⁷		Elevata	1		
Risposta a calamità ed emergenze	0,03 ²⁷			Mista	0	
Malattie infettive di origine professionale	25 - 40 assistenza sanitaria lavoratori/anni (stime) ²⁸		5-10 casi all'anno (HIV) ²⁹ 450 casi all'anno (epatite B) ³⁰	Elevata	2	

TABELLA 2. Quadro riassuntivo dei dati sull'entità del problema, le possibilità di prevenzione e il numero di obiettivi Healthy People (HP) 2000 relativi ad argomenti potenzialmente idonei ad essere inseriti nella Guide to Community Preventive Services suddivisi in base alle stime della mortalità o alle possibilità di prevenzione.

Mortalità						
Argomento ^a	TGM ^e	YPLL ^f	Morbilità ^b	Prevenibilità ^c	Numero di obiettivi HP 2000	Rilevamento HEDIS ^d
Salute/mortalità infantile	7,6 / 1000 nati vivi ¹¹		Media	9	√	
Miglioramento degli esiti delle gravidanze	Mortalità fetale: 7,0/ 1.000 nati vivi e morti fetali ¹¹		Difetti di nascita: 3 ogni 100 nascite ³¹	Mista	25	√
Controllo vettori e animali				Elevata	2	
Ipoacusia e sordità di origine professionale			30 milioni di lavoratori all'anno esposti a livelli pericolosi di rumore ³²	Elevata	1	
Sicurezza dei farmaci e degli agenti biologici			Il 28% dei ricoveri di anziani negli USA è dovuto a non osservanza della terapia farmacologica e a reazioni indesiderate ³³	Media	2	
Ambienti domestici			890.000 bambini presentano livelli elevati di piombo nel sangue	Media	5	
Dermatiti allergiche e da sostanze irritanti di origine professionale			69/100.000 lavoratori a tempo pieno ³⁵	Media	1	
Asma e BPCO di origine professionale			28% incidenza asma in età adulta, 14 % BPCO di origine professionale ³²	Media	12	
Disturbi a carico del tratto lombosacrale di origine professionale			242/10.000 lavoratori a tempo pieno ³²	Media	1	
Disturbi muscoloscheletrici a carico			281.100 lesioni dovute a trauma degli arti superiori di origine professionale ripetuto (1996) ³²	Media	1	
Consulenza genetica e biologica				Mista	4	
Salute dei viaggiatori internazionali, dei profughi e degli immigrati				Mista	1	
Inquinamento atmosferico			Il 25% della popolazione USA vive in regioni in cui non vengono rispettate le norme nazionali in materia di qualità dell'aria ambiente (1994) ^y	Bassa	4	
Rifiuti solidi				Bassa	4	
Inquinamento delle acque				Bassa	4	
Indagine sui focolai epidemici				Ignota	0	
Sorveglianza				Ignota	9	
Anomalie della fertilità e della gestazione di origine professionale				Ignota	16	

^b I tassi di incidenza o prevalenza vengono indicati se disponibili. Per alcune voci vengono forniti i dati relativi a tassi di dimissione da reparti per le malattie in fase acuta e registrate ogni 1000 persone della popolazione considerata.
^c Valutazione della misura in cui l'entità del problema potrebbe essere realisticamente ridotta se fossero disponibili risorse adeguate. La prevenibilità viene qualificata come «mista» per le voci che comprendono un'ampia gamma di esiti sanitari prevenibili in misura variabile.
^d La disponibilità di Health Plan Employee Data and Information Set (HEDIS) 3.0

Reporting Set Measure for Effectiveness of Care viene indicata con il segno «√».
^e TGM= Tasso grezzo di mortalità ogni 100.000 persone della popolazione considerata. Tutti i dati sono relativi all'anno 1995 se non specificato diversamente. I tassi stimati non sono aggiustati e si basano su una popolazione totale di 260.000.000 di persone.
^f YPLL: anni di vita potenziale persi prima dell'età di 75 anni ogni 100.000 persone di età inferiore a 75 anni. I dati relativi a MST/HIV sono riferiti esclusivamente alle morti per HIV.
^g Tabella 53¹¹

^h Tabella 32¹¹
ⁱ Tabella 70¹¹
^j Tabella 72-73¹¹
^k Tabella 88¹¹
^l Stima del tasso grezzo di mortalità attribuibile a povertà, basata sulla frazione di popolazione-attribuibile per povertà (5,9) applicata al tasso grezzo di mortalità per il 1995.¹³
^m Tabella 37¹¹
ⁿ Tabella 85¹¹
^o Tabella 57¹¹
^p Tabella 56¹¹

^q Tabella 62¹¹
^r Stime calcolate con la seguente equazione: 24 milioni di visite per otite media²¹ x 30% dovuto a S. pneumoniae²² x 30% di S. pneumoniae resistente a terapia farmacologica.²³
^s Illustrazione 11¹¹
^t Illustrazione 24¹¹
^u Tabella 23¹¹
^v Tabella 74¹¹

Sulla base di queste informazioni sono stati selezionati cinque argomenti (nutrizione, disabilità e infermità mentale/servizi di igiene mentale, cancro, miglioramento degli esiti delle gravidanze/salute infantile, ambiente socioculturale) da aggiungere a quelli già individuati e destinati a una trattazione immediata (totale = 14, Tabella 1). La revisione di altri nove argomenti è stata giudicata altamente prioritaria in attesa di individuare ulteriori risorse (Tabella 1). Parecchi mesi dopo la conclusione della procedura formale di selezione, il DHHS ha chiesto alla *Task Force* di inserire uno degli argomenti supplementari ad alta priorità (il diabete) (cfr. Tabella 1).

Tipi di intervento esaminati nella Guida

Gli interventi compresi nell'ambito di trattazione della Guida sono quelli attuati principalmente a livello locale e statale mentre non vengono prese sistematicamente in considerazione le politiche di carattere nazionale o internazionale. Inoltre gli interventi esaminati nella Guida sono interventi rivolti a popolazioni (quali per esempio politiche o cambiamenti ambientali), a individui in ambiti diversi dal contesto clinico e ospedaliero (quali programmi di consulenza e test per l'HIV) o a gruppi di individui (es. educazione prenatale all'uso dei seggiolini auto per bambini). Esulano dall'ambito di trattazione della Guida gli interventi presi in esame nella *Guide to Clinical Preventive Services*⁷ e gli interventi clinici adottati esclusivamente da singoli operatori sanitari per pazienti individuali.

Organizzazione della Guida

La Guida si articola in quattro sezioni principali, i cui contenuti sono indicati nella Tabella 3.

■ Introduzione

Panoramica: il capitolo fornisce informazioni preliminari sull'esigenza di fornire orientamenti in merito all'efficacia di interventi sanitari a livello di popolazione ed espone le finalità del documento relative alle prassi adottate nel settore della sanità pubblica. Vengono inoltre fornite informazioni sul pubblico potenziale al quale si rivolge la Guida, su altre fonti attendibili e una definizione del termine «comunità» che ricorre in tutto il testo. Vengono infine descritti i metodi di selezione e di lavoro adottati dalla *Task Force*.²

Contesto degli interventi di comunità: vengono affrontate alcune problematiche chiave per la sanità pubblica (quali, ad esempio, i fattori sociali determinanti le condizioni di salute a livello collettivo, i servizi sanitari pubblici essenziali, il ruolo delle organizzazioni di managed care nell'erogazione di servizi di prevenzione a livello di comunità) al fine di contestualizzare gli interventi oggetto di revisione nell'ambito della prassi della sanità pubblica. Nel capitolo vengono inoltre illustrate tematiche emergenti nell'ambito della prevenzione a livello di comunità per le quali non è ancora disponibile un corpus di evidenze consolidato.

Metodi: il capitolo descrive dettagliatamente il procedimen-

TABELLA 3. Organizzazione della Guida	
Introduzione	
Quadro riassuntivo	
Contestualizzazione degli interventi comunitari	
Metodi	
Definizione, attuazione, valutazione e monitoraggio delle strategie di prevenzione	
Revisioni sistematiche e raccomandazioni basate su evidenze sperimentali	
Cambiamento dei comportamenti a rischio	
1. Consumo di tabacco	
2. Abuso di alcol	
3. Altre droghe che inducono dipendenza	
4. Attività fisica	
5. Alimentazione	
6. Comportamento sessuale	
Riduzione delle malattie, delle lesioni e delle infermità	
7. Cancro	
8. Diabete	
9. Malattie prevenibili mediante vaccinazione	
10. Miglioramento dell'esito delle gravidanze	
11. Salute del cavo orale	
12. Lesioni a carico degli occupanti di veicoli a motore	
13. Lesioni provocate da violenze	
14. Infermità e disabilità mentale/ servizi di igiene mentale	
Affrontare le sfide a livello dell'ambiente e dell'ecosistema	
15. Ambiente socioculturale	
Appendici	
Metodi specifici per ciascun capitolo	
Tabelle delle evidenze sperimentali	
Indici	

Healthy People 2010 Essential Public Health Services Guide to Clinical Preventive Services

to adottato nella Guida per eseguire le revisioni sistematiche, ivi compresi: la formazione dei gruppi di lavoro incaricati della stesura di ciascun capitolo; la definizione dei quadri teorici di riferimento; la selezione degli interventi; le strategie di ricerca e sintesi dei dati dagli studi e la valutazione della qualità degli studi stessi; la traduzione delle evidenze sperimentali in raccomandazioni; la selezione e sintesi dei dati di valutazione economica.^{8,9}

Definizione, attuazione, valutazione e monitoraggio delle strategie di prevenzione: il capitolo contiene una serie di raccomandazioni di carattere generale e traccia una panoramica delle strategie oggetto di esame approfondito nei successivi capitoli dedicati alle revisioni sistematiche basate su evidenze sperimentali. Vengono fornite inoltre informazioni sull'attuazione e valutazione degli interventi a livello di comunità e sul controllo dei risultati ottenuti attraverso il monitoraggio dell'andamento degli esiti sanitari.

■ Revisioni sistematiche basate su evidenze scientifiche

Dopo la parte introduttiva, nel corpo della Guida vengono espone le raccomandazioni e revisioni sistematiche basate su evidenze scientifiche relative agli argomenti selezionati dalla *Task Force*. Per stabilire i metodi più efficaci di trattazione degli argomenti inseriti nella Guida sono stati presi in esa-

me numerosi aspetti organizzativi. Sulla base della discussione di questi aspetti sono state definite tre sezioni. I contenuti di ciascuna sono riportati nella Tabella 3.

■ Cambiamento dei comportamenti a rischio

Poiché è probabile che il cambiamento di comportamenti a rischio, come il fumo, influisca su numerosi esiti sanitari, nella prima sezione della Guida vengono affrontati argomenti che riguardano principalmente i comportamenti a rischio (quali, per esempio, il fumo o il comportamento sessuale).

■ Riduzione di malattie, lesioni e infermità

I temi relativi a interventi che hanno attinenza specifica con determinate patologie (quali il cancro, il diabete, le malattie prevenibili mediante vaccinazione), lesioni (lesioni a carico degli occupanti di veicoli a motore), o infermità (infermità e disturbi mentali) vengono affrontati insieme nella seconda sezione.

■ Risposta alle sfide a livello dell'ambiente e dell'ecosistema

Per sottolineare l'importanza dell'ambiente fisico, biologico e socioculturale e la prospettiva ecologica della Guida, la *Task Force* ha infine ritenuto opportuno inserire una terza sezione dedicata a questi aspetti.

All'interno di ciascuna sezione, i singoli capitoli forniscono informazioni preliminari su un determinato argomento, comprendenti la descrizione della rilevanza del problema sanitario, dell'impostazione teorica adottata nell'affrontare l'argomento, la selezione degli interventi e i metodi specifici utilizzati. Ciascun intervento preso in esame viene definito e descritto; vengono sottoposte a revisione le prove di efficacia; vengono descritti gli effetti dell'intervento ed esaminata l'applicabilità della raccomandazione a varie popolazioni e contesti.⁸ Vengono inoltre illustrate le valutazioni economiche disponibili degli interventi e gli ostacoli potenziali all'attuazione degli stessi.⁹ Infine, ciascun capitolo comprende un elenco dei quesiti ancora aperti della ricerca al termine delle revisioni sistematiche.⁸

■ Appendici

Le appendici forniscono informazioni dettagliate sulle evidenze alle quali si fa riferimento nelle revisioni sistematiche. In alcuni casi vengono elencati per ciascun capitolo gli interventi disponibili che non sono stati oggetto di revisione, le tabelle delle evidenze sperimentali e quadri analitici che descrivono l'impostazione teorica adottata nella revisione delle prove di efficacia di ciascun intervento.

■ Indici

Una serie di indici consente ai lettori che hanno familiarità con strumenti quali *Healthy People 2000/2010*,^{3,5} *Essential Public Health Services*,¹⁰ *Guide to Clinical Preventive Services*⁷ e altri

riferimenti bibliografici di trovare facilmente nella Guida le raccomandazioni attinenti.

Discussione

L'organizzazione e l'ambito di trattazione della Guida sono stati definiti attentamente al fine di offrire uno strumento utile e accessibile ad un vasto pubblico. Nella prima fase di elaborazione della Guida, la *Task Force* ha selezionato alcuni argomenti che consentono di affrontare importanti questioni sanitarie e, all'interno di esse, gli interventi di prevenzione primaria e secondaria attuabili a vari livelli della popolazione. Inoltre la *Task Force* si è proposta di prendere in esame in questa prima fase i principali comportamenti a rischio che influiscono su numerosi esiti sanitari rinviando a una fase successiva la trattazione di questioni sanitarie specifiche. Per esempio, benché la prevenzione dell'HIV e delle malattie trasmissibili sessualmente non rientri fra gli argomenti selezionati per la prima fase, la *Task Force* ha scelto di prendere in esame argomenti quali il comportamento sessuale, l'uso di droghe che inducono dipendenza e il miglioramento degli esiti delle gravidanze coprendo così tutti i principali fattori di rischio relativi a questo problema sanitario.

Il piano di lavoro costituito dall'elenco di argomenti riportato nel presente capitolo definisce dunque il quadro di riferimento per l'elaborazione della prima fase della Guida, delineandone l'ambito e le finalità. Man mano che si procederà alla stesura dei capitoli potrà tuttavia risultare necessario modificare tanto i titoli che l'ordine dei capitoli in funzione dei contenuti degli stessi. Possono inoltre essere aggiunti o eliminati alcuni capitoli a seguito di cambiamenti dell'ordine di priorità. La *Task Force* prevede di fornire informazioni in ciascun capitolo man mano che vengono ultimati e di pubblicare la raccolta dei capitoli completati nel luglio 2001 e nel dicembre 2002.

Man mano che le comunità stabiliranno le priorità in ambito sanitario, fisseranno gli obiettivi e programmeranno i relativi interventi e rilevamenti, la Guida sarà disponibile quale strumento per individuare le misure efficaci al fine di raggiungere molti degli obiettivi previsti negli ambiti focali dell'iniziativa *Healthy People 2010*.⁵ Dato che i metodi di elaborazione della Guida sono finalizzati all'individuazione di ulteriori risorse e partner, la *Task Force* annuncia fin da ora che intende fornire aggiornamenti su argomenti già affrontati e, in un secondo tempo, passare in rassegna un maggior numero di temi.

Ringraziamenti: a tutte le persone che hanno fornito stime dell'entità dei problemi presi in esame in termini di incidenza di malattie, lesioni o esposizione per stabilire l'ordine di priorità e a quelle che hanno riletto il manoscritto: Robert Anderson, David Atkins, Tim Baker, Sherry Baron, David Bell, Denise Cardo, Robert Castellan, Scott Deitchman, Earl Ford, Adele Franks, Deborah Galuska, Ingrid Goldstrom, Prakash Grover, Robert Hahn, William Harlan, Donna Higgins, Alison Kelly, Nancy Krieger, Nancy Lee, Boris Lushniak, Leslie MacDonald, Jennifer Madans, Kate Prager, Noreen Qualls, Rosemary Ramsey, Peter Rheinstein, Harry Rosenberg, Charlotte Ross, Teresa Schorr, Craig Shapiro, David Sleet, Steve Solomon, Nancy Stout e Martina Vogel-Taylor.

Bibliografia

1. Pappaioanou M, Evans C Jr. Development of the Guide to Community Preventive Services: a US Public Health Service initiative. *J Public Health Management and Practice* 1998; 4(2): 48–54.
2. Truman BI, Smith-Akin CK, Hinman AR, et al. and the Task Force on Community Preventive Services. Developing the Guide to Community Preventive Services – overview and rationale. *Am J Prev Med* 18; 1(suppl 1): 18–26.
3. US Health and Human Services. Healthy People 2000: national health promotion and disease prevention objectives. US Health and Human Services Pub No PHS 91; 50212. Washington, DC: US Health and Human Services, 1990.
4. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. *JAMA* 1990; 270: 2207–12.
5. US Health and Human Services. *Healthy People 2010 objectives: draft for public comment*. Washington, DC: US Health and Human Services, 1998. [GPO Stock # 017–001–00537; available online at <http://www.health.gov/healthypeople/>.]
6. National Committee for Quality Assurance. *HEDIS 3.0 reporting and testing set measures: I. effectiveness of care reporting set measures*. Washington, DC: National Committee for Quality Assurance, 1997.
7. US Preventive Services Task Force. *Guide to clinical preventive services* 2nd ed. Alexandria, VA: International Medical Publishing, 1996.
8. Briss PA, Zaza S, Pappaioanou M, et al. and the Task Force on Community Preventive Services. Developing an evidence-based Guide to Community Preventive Services—methods. *Am J Prev Med* 18; 1(suppl 1): 35–43.
9. Carande-Kulis VG, Maciosek MV, Briss PA, et al. and the Task Force on Community Preventive Services. Methods for systematic reviews of economic evaluations for the Guide to Community Preventive Services. *Am J Prev Med* 2000; 18(suppl 1): 75–91.
10. Harrel JA, Baker EL. The essential services of public health. *Leadership in Public Health* 1994; 3: 27–30. *Am J Prev Med* 2000; 18(1S) 33
11. *Health United States 1996–97 and Injury Chartbook*. 1997. National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD.
12. Ries LAG, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Hurray A, Edwards BK, eds. SEER cancer statistics review, 1973–1994. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 1997. [NIH pub no 97; 2789]
13. Hahn RA, Eaker ED, Barker ND, Teutsch SM, Sosniak WA, Krieger N. Poverty and death in the United States. *Intl J Health Svcs* 1996; 26(4): 673–90.
14. Adams PF, Marano MA. Current estimates from the National Health Interview Survey, 1994. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 1995; 19(193).
15. Weinstein RA. Nosocomial infection update. *Emerging Infectious Diseases* 1998; 4: 416–20.
16. Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG. The nationwide nosocomial infection rate: a new need for vital statistics. *Am J Epidemiol* 1985; 121: 159–67.
17. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Disease Prevention and Health Promotion. Available at: <http://www.cdc.gov/nccdphp/diabetes.htm>. Accessed on March 1, 1998.
18. Bourdon KH, Rae DS, Narrow WE, Manderscheid RW, Regier DA. National prevalence and treatment of mental and addictive disorders. In: Manderscheid RW, Sonnenschein MA, eds. *Mental health, United States 1994*. DHHS Pub No (SMA) 94; 3000. Washington, DC: US Government Printing Office, 1994.
19. McCaig LF, Hughes JM. Trends in antimicrobial drug prescribing among office based physicians in the United States. *JAMA*, 1995; 273: 214–19.
20. Klein J. In: Mandell GL, Douglas RG, Dolin R, eds. *Mandel, Douglas, and Bennett's principles and practices of infectious diseases*, 4th ed. New York: Churchill Livingstone, 1995.
21. *Emerging Infections Program Active Bacterial Core Surveillance*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Infectious Disease, Atlanta, GA, 1998.
22. National Occupational Research Agenda. *NIOSH Pub No 96–115*. Washington, DC: National Institute for Occupational Safety and Health, April 1996.
23. CAST Report. *Foodborne Pathogens: Risks and Consequences* 1994. Council for Agricultural Science and Technology (CAST), Ames, IA.
24. National Institute for Occupational Safety and Health. Work-related lung disease surveillance report 1996. *NIOSH Publication No. 96–134*. Cincinnati: Dept of Health and Human Services, 1996.
25. Baker SP, O'Neill B, Ginsburg MJ, Li G. *The injury fact book*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1992.
26. *Reported tuberculosis in the United States*, 1996. July 1997. National Center for HIV, STD, and TB Prevention Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA.
27. *Compressed mortality files*. Office of Analysis and Epidemiology, National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, 1998.
28. *Hepatitis surveillance report* no. 56. 1995. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia.
29. Centers for Disease Control and Prevention. *HIV/AIDS Surveillance Summaries* 1998; 10(1).
30. Mahoney FJ, Stewart K, Hu H, Coleman P, Alter MJ. Progress toward the elimination of hepatitis B virus transmission among health care workers in the United States. *Arch Intern Med* 1997; 157(22): 2601–5.
31. Lynberg MC, Edmonds LD. Surveillance of birth defects. In: Halperin W, Baker EL, Jr, eds. *Public health surveillance*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1992.
32. Bureau of Labor Statistics Annual Survey 1996. Available at: www.bls.gov/oshsum96.htm. Accessed on March 1, 1998.
33. Col N, Fanale JE, Kronholm P. The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. *Arch Intern Med* 1990; 150(4): 841–5.
34. Centers for Disease Control and Prevention. Erratum: vol 46, no 7. *MMWR* 1997; 46: 607.
35. Bureau of Labor Statistics, US Dept of Labor, December 1997. Available at: www.bls.gov/oshsum97.htm. Accessed on March 1, 1998.

