



Stato di attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

1. La progettazione
- 2. Primi risultati**
3. Risultati finali

Roma, gennaio 2008

Questo rapporto è stato redatto dal Project management group (Pmg), gruppo di gestione e coordinamento del Piano nazionale della prevenzione del ministero della Salute (vedi il decreto di nomina sul sito del Ccm, www.ccm-network.it/documenti_Ccm/Prp/DECRETO_PMG.pdf).

responsabile generale del Pmg **Donato Greco**
responsabile operativo del Pmg **Paolo D'Argenio**

Il rapporto è a cura di **Stefania Vasselli**.

Alla stesura del rapporto hanno collaborato inoltre i responsabili e collaboratori Ccm per il Piano nazionale della prevenzione:

area prevenzione cardiovascolare	Roberto D'Elia (diabete) Giovanna Laurendi (carta del rischio e recidive cardiovascolari) Letizia Zanetti (obesità)
area vaccinazioni	Stefania Iannazzo
area incidenti	Maurizio Di Giorgio (infortuni sul lavoro) Tommasina Mancuso (incidenti stradali) Giuseppe Salamina (incidenti domestici)
area screening oncologici	Laura Cialdea Antonio Federici
segreteria tecnica	Mario Giaccio Sonia Mele
consulenza sulla gestione progetti	David Corbucci - Eureka Service Massimo Martinati - Eureka Service
consulenza per la comunicazione	Eva Benelli - Zadiroma Anna Maria Zaccheddu - Zadiroma
grafica e impaginazione	Corinna Guercini - Zadiroma

1- Il contesto	5
2- Le sfide per il sistema sanitario nazionale	9
3- Un primo bilancio	15
4- Quale futuro per il Pnp?	21
5- Il monitoraggio dell'avanzamento	25
6- I primi risultati sulla carta	29
7- Un network nazionale per il Pnp	35
8- I contributi del Pnp: strumenti e progetti di supporto	39
9- I contributi del Pnp: esperienze di formazione	43
10- Le schede per linea	53
Diffusione della carta del rischio cardiovascolare	57
Prevenzione delle recidive degli incidenti cardiovascolari	60
Contrasto all'obesità	63
Prevenzione delle complicanze del diabete	70
Vaccinazioni	74
Prevenzione degli incidenti domestici	80
Prevenzione degli infortuni sul lavoro	85
Prevenzione degli incidenti stradali	91
Programmi di screening	94
11- Glossario delle sigle	107

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

Il contesto

Con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 è stato adottato il Piano nazionale della prevenzione 2005-2007, che si propone di affrontare i rischi di salute attuali all'interno di un programma di azione omogeneo, coordinato ed efficace. L'Intesa ha identificato quattro ambiti di intervento e le rispettive finalità del Pnp:

- rischio cardiovascolare
 - diffusione della carta del rischio cardiovascolare
 - prevenzione dell'obesità
 - prevenzione delle complicanze del diabete
 - prevenzione delle recidive degli accidenti cardiovascolari
- cancro
 - attuazione dello screening per il cancro della mammella
 - attuazione dello screening per il cancro della cervice uterina
 - attuazione dello screening per il cancro del colon retto
- incidenti
 - prevenzione degli infortuni sul lavoro
 - prevenzione degli incidenti stradali
 - prevenzione degli incidenti domestici
- vaccinazioni
 - costruzione della gestione informatizzata delle anagrafi vaccinali
 - miglioramento dell'offerta vaccinale a gruppi di popolazione vulnerabile
 - miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale.

Nel triennio 2005-2007 sono stati stanziati complessivamente 1260 milioni di euro, in parte vincolati e in parte collegati al raggiungimento degli obiettivi del Pnp. La quota vincolata è stata rilasciata annualmente a seguito della valutazione positiva dello stato di avanzamento.

L'Intesa ha affidato il coordinamento tecnico del Pnp al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, con i compiti di indicare indirizzi e linee operative, fornire assistenza tecnica, definire il cronoprogramma delle attività, certificare l'attuazione dei piani regionali. Gli aspetti economici sono stati invece gestiti interamente dalle Regioni, che non erano tenute a una rendicontazione riguardo all'impiego delle risorse.

Per adeguarsi all'iter formale della certificazione delineato dall'Intesa (art. 12), a cui è subordinato il meccanismo di finanziamento, il Ccm ha condiviso la metodologia di valutazione con i due organi centrali individuati dall'Intesa per le funzioni di verifica: il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e il Tavolo di verifica degli adempimenti. Come da mandato normativo, i fondi svincolati a seguito della certificazione sono stati trasferiti alle Regioni dal ministero dell'Economia entro il 15 ottobre dell'anno successivo.

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

Le sfide per il sistema sanitario nazionale

Fin da subito il Pnp ha assunto i connotati di un processo molto ampio, complesso e fortemente innovativo, sul piano sia dei contenuti sia del metodo di lavoro. Un insieme di sfide che passiamo brevemente in rassegna.

L'efficacia e la base scientifica

Il Ccm ha avuto il compito di fornire gli indirizzi operativi su obiettivi tuttora oggetto di controversie:

- quali sono gli interventi efficaci per contrastare l'obesità infantile?
- Il calcolo del rischio globale assoluto (la cosiddetta carta del rischio) serve per ridurre il rischio cardiovascolare? E al riguardo, qual è l'algoritmo più adatto: quello ideato dall'Istituto superiore di sanità, quello tratto dallo studio Framingham? Oppure serve un algoritmo *ad hoc*, tarato sulla popolazione regionale?
- È stato mai dimostrato che l'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale migliora l'efficienza dei programmi e le coperture vaccinali?
- I programmi organizzati con l'offerta attiva della mammografia sono davvero il metodo migliore per fare lo screening senologico? Non bisognerebbe piuttosto curare di più la qualità diagnostica, aumentando la flessibilità clinica negli ambulatori di senologia preventiva ad accesso libero?

L'intersectorialità

Al sistema sanitario si chiede di fornire delle risposte a problematiche che, pur essendo di forte impatto in termini di salute e di costi socioeconomici, sono relativamente nuove. In altre parole, sia la programmazione delle strategie politiche e delle modalità di intervento, sia la disponibilità di evidenze scientifiche a sostegno dell'efficacia dei programmi non sono ancora del tutto condivise. Basti pensare agli interventi per il contrasto all'obesità o la prevenzione degli incidenti stradali, che si caratterizzano per essere fortemente multisettoriali: la loro pianificazione e attuazione coinvolge infatti non solo il mondo sanitario, ma anche altri ambiti come la scuola, gli enti locali, ecc.

Anche altri obiettivi che implicano l'attuazione di interventi più tradizionali, come i programmi di screening o la prevenzione delle recidive degli incidenti cerebrovascolari, inducono un cambiamento di prospettiva e, spesso, un salto notevole di qualità. Trattandosi di profili complessi di assistenza, infatti, richiedono l'integrazione di competenze, discipline, modelli organizzativi, professionalità e strutture della prevenzione collettiva e dell'assistenza distrettuale e ospedaliera.

Il lavoro per progetti

Sul piano dei metodi di lavoro, la sfida lanciata dal Pnp coinvolge in egual misura Regioni e organi centrali. Le Regioni hanno dovuto sperimentarsi nel lavoro di progettazione, che implica una definizione accurata degli obiettivi, un'analisi realistica e documentata del contesto regionale o locale, il coinvolgimento attivo dei vari gruppi di interesse, la costruzione di alleanze e reti, spesso intersectoriali, l'attivazione di sinergie tra i livelli istituzionali e quanti concretamente agiscono sul territorio. La progettazione richiede l'analisi per fasi e tappe del percorso che si intende portare a termine, uno sforzo di prevedere scadenze per azioni il cui successo dipende spesso da molteplici interdipen-

denze. Il lavoro per progetti, d'altro canto, ha il pregio della trasparenza e di consentire la comunicazione tra diversi soggetti.

Il coordinamento

A sua volta, il ministero della Salute si è trovato a dover ripensare il proprio ruolo e la propria organizzazione interna, per gestire un programma complesso. La rigida strutturazione in uffici con competenze specifiche si è rivelata inadeguata al coordinamento: è stato quindi necessario creare un gruppo di gestione inter-uffici composto da quindici membri, che si è avvalso anche di due consulenze esterne. Le Regioni hanno dovuto individuare i propri referenti per ogni linea progettuale.

In genere, le Regioni non hanno un responsabile per il diabete o per il settore cardiovascolare e non sono organizzate "per problemi di salute", ma per governare l'area dei distretti o gli ospedali. Pertanto, ai fini della gestione del Pnp, gli staff degli assessorati hanno dovuto riattrezzarsi, individuando in totale oltre duecento referenti regionali.

Il sostegno

Il Pnp, se da una parte valorizza l'autonomia regionale, dall'altra ne supera quella visione riduttiva che vede ogni Regione, grande o piccola che sia, ripetere gli stessi atti e organizzare gli stessi programmi. Il Pnp ha mostrato come dei progetti nazionali possano innestarsi e vivificare l'attività regionale, ora mobilitando il mondo scientifico, ora creando partnership con le professioni, per far fronte a esigenze comuni: valutazioni di efficacia, formazione, sorveglianza. Questi gli esempi più significativi:

- il Progetto Cuore ha prodotto un piano di formazione, definito dall'Iss e svolto in collaborazione con ciascuna Regione e con le società scientifiche della medicina generale
- il Progetto Igea sul diabete ha prodotto le linee guida per la gestione integrata e per il sistema informativo
- per gli screening sono state elaborate raccomandazioni ufficiali, attivati programmi di ricerca, rafforzato il sistema informativo, grazie ai progetti gestiti dall'Osservatorio nazionale screening
- in tema di incidenti, i progetti del Ccm hanno potenziato la sorveglianza.

Le interazioni istituzionali

Una preoccupazione costante è stata l'esigenza di mantenere la coerenza tra gli orientamenti del Pnp e gli indirizzi che si sono formati progressivamente sugli stessi temi nell'ambito degli organismi sanitari internazionali e nazionali. Basti pensare alle strategie e alle raccomandazioni messe a punto dall'Organizzazione mondiale della sanità e dall'Unione Europea per il contrasto alle malattie croniche e all'obesità, le leggi emanate dal Parlamento per potenziare gli screening oncologici, il programma del Governo per rendere più facili le scelte salutari, la revisione dei Lea, ma anche il Piano oncologico nazionale e il Piano nazionale diabete, entrambi in fase di elaborazione.

L'interazione tra il Pnp, che funziona per progetti, e le decisioni istituzionali da cui possono derivare regole o finanziamenti può infatti essere sinergica, ma anche devastante: perché ci sia sinergia è

necessario molto lavoro. Un esempio su tutti è quello degli screening oncologici, in cui è stato difficile far convergere due diverse fonti di finanziamento sugli stessi obiettivi, ma regolate da meccanismi e tempistiche differenti, senza che le Regioni dovessero sobbarcarsi l'onere di una duplicazione di atti.

La valutazione

L'Intesa Stato-Regioni ha previsto che il Ccm certificasse la realizzazione delle attività pianificate da parte delle Regioni. La valutazione è stata quindi una caratteristica del Pnp fin dalla fase progettuale: i piani regionali sono stati valutati, discussi e rivisti per ottenere progetti realizzabili, dotati di obiettivi realistici e di una tempistica esplicita, in modo che le Regioni si impegnassero a individuare tappe e adempimenti intermedi.

Su questa base è stato possibile misurare l'avanzamento dei progetti, uno per uno, e quindi nel complesso, Regione per Regione, considerando il Pnp come un'operazione unitaria. Questa valutazione è stata definita evolutiva perché, sebbene utilizzata anche a fini certificatori (vedi il mandato dell'Intesa), serve al pianificatore regionale per verificare dove il suo progetto è debole e come si potrebbe migliorare.

La comunicazione

L'ultima sfida è stata la comunicazione, sia tra Ccm e Regioni, sia verso tutti i diretti interessati. Indirizzi, progetti, valutazioni non sono rimasti nei cassetti o in grandi faldoni ben ordinati in grandi armadi, ma la gestione del Pnp è stata caratterizzata dalla trasparenza: linee operative e progetti regionali sono stati pubblicati sul sito web del Ccm (www.ccm-network.it/Pnp_intro) e distribuiti in formato cartaceo. In questo modo è stato possibile un confronto evolutivo, una naturale selezione dei progetti migliori e anche le società scientifiche hanno potuto dire la loro.

Nel triennio 2005-2007 il Pnp è stato quindi un'esperienza utile e, secondo il Ccm, si è andato configurando come un metodo per innovare la prevenzione in Italia sotto molteplici aspetti: gli ambiti di intervento, la modalità di lavoro per progetti, il coordinamento, la valutazione.

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

Un primo bilancio

La prima fase, relativa alla pianificazione, è stata caratterizzata da un duplice sforzo: a livello centrale sono state poste le basi per il coordinamento, a livello regionale sono stati elaborati piani e progetti esecutivi tarati sul contesto e i bisogni locali, ma coerenti con gli indirizzi centrali. L'adempimento stabilito per la certificazione 2005 consisteva nella disponibilità, al 31 dicembre 2005, dei piani regionali relativi a carta del rischio cardiovascolare, diabete, screening oncologici e vaccinazioni. Per queste aree infatti il Ccm aveva già diffuso le linee operative.

Tutte le Regioni hanno raggiunto l'adempimento, ottenendo la certificazione per il 2005, ma a quella data i piani risultavano tra loro molto disomogenei: da semplici dichiarazioni di intenti a progetti meglio congegnati, molto disomogenei nell'indicazione di obiettivi, attività, tempi e traguardi.

Tra il 2005 e il 2006 è stato completato il percorso della pianificazione: seguendo gli indirizzi forniti dal Ccm anche per le altre aree (incidenti, obesità e recidive degli accidenti cardiovascolari), le Regioni hanno prodotto un piano per tutte le linee di attività, generalmente riformulato oppure integrato da un progetto esecutivo e corredato di cronoprogramma. Quest'ultimo è lo strumento che l'Intesa ha individuato per la programmazione e la valutazione *in itinere* del Pnp. Ccm e Regioni hanno concordato un modello di cronoprogramma per pianificare gli interventi e monitorarne lo stato di avanzamento nella realizzazione.

Nel secondo anno, le Regioni avrebbero dovuto raggiungere o superare, al 31 dicembre 2006, un livello soglia di avanzamento nella realizzazione del Pnp. L'avanzamento è stato documentato dalle Regioni attraverso l'aggiornamento dei cronogrammi e valutato dal Ccm misurando quanto la Regione ha realizzato rispetto a quanto aveva previsto di fare entro la fine del 2006. Per questo il Ccm ha elaborato e condiviso con gli altri interlocutori istituzionali una metodologia di valutazione basata sul calcolo dell'indice di avanzamento del progetto, che mette infatti a confronto quanto realizzato con quanto era stato previsto nella fase di progettazione.

Da questa analisi è emerso che le Regioni hanno implementato i piani coerentemente alla propria progettazione, con scostamenti contenuti e comunque tali da poter stimare che, in media sul complesso delle linee di attività, il Pnp è stato realizzato almeno al 50% da tutte le Regioni e quindi poteva essere certificato, anche in questa fase del processo.

Cosa ha funzionato

Il bilancio dei primi due anni del Pnp è sostanzialmente positivo. Diverse sono le chiavi di lettura dei risultati:

- **la progettazione:** le Regioni hanno complessivamente elaborato oltre duecento progetti; grande impegno è stato dedicato a migliorare i piani iniziali, attraverso un *feedback* costante tra Ccm e Regioni, che ha permesso anche la conoscenza diretta tra i professionisti coinvolti
- **il coordinamento:** il Ccm ha ripensato la propria organizzazione per il coordinamento del Pnp formando un gruppo di gestione, istituito presso il dipartimento della Prevenzione e comunicazione del ministero della Salute (Decreto 142 del 30 gennaio 2007), per consentire la collaborazione tra gli uffici ministeriali coinvolti

- **il metodo di valutazione:** attraverso il cronoprogramma, Ccm e Regioni hanno tenuto il polso della situazione trovando un punto di equilibrio tra l'obbligo normativo della rendicontazione, finalizzata allo svincolo delle risorse, e il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi, componente essenziale per la gestione del progetto
- **la rete e gli staff dedicati:** per ciascuna linea di attività è stato individuato un referente regionale e uno all'interno del Ccm; nel complesso si è creata una rete di circa trecento professionisti che ha l'opportunità di potenziare e rafforzare le proprie competenze e diventare quindi un punto di riferimento per azioni di sistema coordinate
- **la ricerca delle sinergie con altri interventi istituzionali:** i contenuti del Pnp si sono sviluppati in sinergia con numerose altre iniziative istituzionali in corso, come l'applicazione della Legge 138/2004 sui programmi di screening, il Dpcm del 4 maggio 2006 "Guadagnare salute" con cui il Governo adotta il programma per il contrasto all'obesità e ai consumi di alcol e sigarette, la revisione dei Lea nell'area della prevenzione
- **il sostegno dei comitati scientifici e dei progetti del Ccm:** sono state messe in campo numerose collaborazioni con centri di competenza, organismi scientifici e professionali, istituzioni che operano nell'ambito della salute pubblica, amministrazioni locali, network di centri sanitari (ad esempio l'Ons) e attivati comitati scientifici e progetti coerenti con gli obiettivi del Pnp, in grado di integrarlo e rinforzarlo (per esempio, il Progetto Cuore e il Progetto Igea). Grazie a questi progetti e ai comitati scientifici Ccm si è aperto un canale, non rigidamente istituzionale, verso i centri di ricerca, le associazioni professionali e le società scientifiche della sanità pubblica
- **la formazione:** uno spazio rilevante è stato dato alla formazione mirata agli obiettivi del Pnp. Ad oggi i piani nazionali di formazione realizzati o avviati (carta del rischio cardiovascolare, gestione integrata del diabete, incidenti) contribuiscono all'obiettivo di costruire una rete di operatori, dedicati alla realizzazione e gestione di interventi di provata efficacia omogenei su tutto il territorio nazionale
- **l'attuazione dei piani:** a dicembre 2006, tutte le Regioni avevano conseguito un Iap superiore alla soglia del 50%, pur in un quadro estremamente variabile tra Regioni e singole linee di attività. Alcuni dati, come l'aumento dell'estensione e dell'adesione agli screening oncologici o della percentuale di medici che calcolano il rischio cardiovascolare individuale, testimoniano l'impatto del Pnp. Tuttavia, queste informazioni dovranno essere integrate con dati oggettivi provenienti da più fonti.

Cosa non ha funzionato

La prima fase del Pnp è stata all'insegna della novità e ha comportato un percepibile e comprensibile disorientamento. Ccm e pianificatori regionali hanno scontato l'impreparazione a trattare tematiche relativamente nuove per la nostra sanità, specialmente fenomeni come obesità e incidenti che si generano al di fuori del sistema sanitario e che vanno perciò affrontati coinvolgendo altri settori della società.

Inoltre, la fase della progettazione, che è un prerequisito di ogni processo di cambiamento, viene sottovalutata o trascurata in sanità pubblica e non ci si dota degli strumenti di gestione necessari a guidare l'elaborazione e l'attuazione dei progetti. Di conseguenza, il sistema di valutazione del Pnp non ha potuto impiantarsi su una tradizione solida ed è stato predisposto e sperimentato senza un'adeguata preparazione, per essere costruito e migliorato in corso di applicazione.

Questa condizione ha avuto il vantaggio di mettere tutte le forze coinvolte su un piano paritario, stimolando un dibattito costruttivo che, non senza fatica, ha portato ad alcuni punti fermi: la necessità di adottare un metodo di lavoro per progetti e l'esigenza di migliorare competenze e capacità in questo ambito, l'utilità di monitorare i processi e le attività previste dal singolo progetto, senza però perdere la visione di insieme e l'attenzione ai risultati. Questo vantaggio ha controbilanciato il limite, intrinseco nell'Intesa, di un piano che è stato stabilito a livello politico, ma ha mostrato nel suo sviluppo una connotazione fortemente tecnica e operativa e un ruolo cruciale non solo degli interlocutori istituzionali, nazionali e regionali, ma anche delle organizzazioni territoriali (prime fra tutte le Asl), scientifiche e professionali.

D'altro canto, l'esigenza di elaborare gli strumenti di gestione (progetti, valutazione) e di allestire i meccanismi di assistenza ha portato a una fase inerziale che, per alcuni obiettivi e in alcune Regioni, ha rappresentato e rappresenta il pericolo che il Pnp resti solo sulla carta.

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

Quale futuro per il Pnp?

La durata di vigenza del Pnp è scaduta il 31 dicembre 2007, con gran parte delle Regioni in piena fase di attuazione degli interventi già avviati. Peraltro già l'Intesa, nell'affermare la necessità di una durata almeno triennale del Pnp, evidenziava l'opportunità di un disegno che prevedesse una gradualità degli interventi per portare a regime l'intero piano.

Siamo tutti convinti che occorra consolidare e valorizzare quanto fatto finora, specialmente in quei settori più innovativi e complessi, come la prevenzione degli incidenti e dell'obesità. La conclusione del primo triennio permetterà di muovere più speditamente verso gli obiettivi definiti, coinvolgendo pienamente tutto il sistema sanitario con i suoi molteplici attori: strutture e professionisti che lavorano nel campo dell'organizzazione e della pianificazione, o che operano nella diagnostica e nel trattamento delle patologie, nei distretti, negli ospedali, ma anche centri di ricerca e associazioni scientifiche e professionali.

Nell'incontro del 19 luglio 2007, il ministro della Salute e gli assessori regionali alla Sanità hanno deciso il rinnovo del Pnp, attraverso non una semplice posticipazione del mandato normativo, ma un rinnovamento sostanziale dell'impegno, con una nuova Intesa che permetta di aggiornare e rinegoziare gli obiettivi e le modalità di coordinamento, valutazione e gestione. È stato quindi costituito un gruppo di lavoro Ccm-Regioni incaricato di elaborare il nuovo piano, che ha confermato per il 2008 il Pnp 2005-2007. Mantenendo inalterati obiettivi e modalità di coordinamento, nel 2008 saranno rivisti e ridefiniti gli obiettivi e i meccanismi di gestione, per arrivare a una proposta di Pnp 2009-2011 da concordare in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Ad oggi, il Pnp si configura come un motore di rinnovamento della cultura e della pratica della sanità pubblica in Italia, sotto molteplici aspetti.

- **Gli ambiti di intervento:** le aree individuate sono profondamente diverse e implicano un forte grado di partecipazione e, al tempo stesso, di governo, di energie e risorse dentro e fuori il sistema sanitario
- **la modalità di lavoro:** è stata definita e attuata una metodologia di lavoro per progetti, univoca per tutte le Regioni, ma nel contempo flessibile, per raggiungere obiettivi uniformi su tutto il territorio nazionale
- **il coordinamento:** il ruolo affidato agli organi centrali mira da un lato a rispettare l'autonomia della programmazione regionale nel fissare gli obiettivi specifici e i relativi tempi e modalità di realizzazione, dall'altro a perseguire la coesione nazionale identificando criteri e procedure il più possibile standardizzati come riferimento per la pianificazione e la valutazione dello stato di avanzamento dei progetti
- **la logica:** occorre osservare il processo ed essere pragmatici. Compatibilmente con gli obblighi normativi della certificazione, il Pnp viene monitorato nella sua evoluzione, misurandone i progressi e la coerenza con gli obiettivi che ogni Regione si è posta e per i quali ha definito la propria tabella di marcia e i traguardi intermedi e finali. Questo percorso di valutazione si costruisce in corso d'opera, eventualmente correggendo o ripianificando il processo in una direzione che porti il più vicino possibile ai risultati attesi e che sia orientata all'azione: la valutazione non vuole essere un atto formale, ma uno stimolo e un sostegno alle Regioni nella realizzazione di interventi efficaci

- **i risultati indiretti:** in linea con il processo di regionalizzazione innescato dalla riforma del Titolo V della Costituzione, nonché con la missione esplicita del Ccm, l'attuazione del Pnp induce e promuove il confronto costante non solo sul piano formale delle regole e procedure di valutazione, ma anche e soprattutto su quello sostanziale delle conoscenze e delle esperienze sul campo. La condivisione di ogni fase, a più livelli tra i diversi interlocutori, ha creato una rete di referenti e di *partnership* professionali e un solido retroterra tecnico e scientifico.

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

Il monitoraggio dell'avanzamento