



PIANI DI PREVENZIONE

L'ATTUAZIONE E LA VALUTAZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE 2010-12 FRA CONTINUITÀ E INNOVAZIONE

Stefania Vasselli per il Gruppo Tecnico del Progetto CNESPS (ISS) di supporto al Piano Nazionale di Prevenzione*

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), generato dall'intesa del marzo 2005 tra Ministero della Salute, regioni e province autonome, ha rappresentato un punto di svolta nella programmazione sanitaria del nostro Paese, per la scelta delle regioni di investire ulteriormente nell'area della prevenzione, per la sperimentazione di una *governance* compartecipata, attraverso il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute, e per la decisione di subordinare la programmazione alle conoscenze disponibili, cioè di messa in atto di una strategia basata sulle prove (*evidence based policy*). L'intesa del 2005 aveva previsto 11 linee operative principali (rischio cardiovascolare, recidive degli incidenti cardiovascolari, complicanze del diabete, obesità, screening oncologici per cervice uterina, mammella, colon-retto, vaccinazioni, incidenti stradali, infortuni sul lavoro e incidenti domestici), un apposito finanziamento, complessivamente di 440 milioni, di cui 240 quale "vincolo d'uso" sulla quota del riparto CIPE (Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica) destinata al raggiungimento degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale, e un meccanismo di verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati. Di conseguenza, ogni regione ha rendicontato annual-

mente sullo stato d'avanzamento dei propri lavori e il CCM ne ha certificato i risultati ottenuti. Il Piano, adottato nel 2005 e, inizialmente, valido per un triennio, è stato prorogato per due volte, fino alla recente stipula del nuovo PNP 2010-12.

La realizzazione dei primi piani di prevenzione del Paese è stata accompagnata da una valutazione di processo che ha permesso di rilevare alcuni aspetti importanti, quali: la grande variabilità della qualità della progettazione tra le regioni e tra le diverse aree di intervento identificate dal Piano; le insufficienze riconducibili a carenze in fase di pianificazione anche per quelle linee progettuali relative a interventi già collaudati o comunque meno innovativi (ad esempio, screening, vaccinazioni); le numerose criticità riguardanti la definizione degli obiettivi, e quindi dei risultati attesi, generici e non sempre valutabili, l'accezione di attività di prevenzione prevalentemente limitata alla prevenzione primaria e quindi alle funzioni tradizionalmente svolte dai dipartimenti di prevenzione delle ASL.

Il nuovo PNP approvato con l'intesa tra governo, regioni e province autonome del 29 aprile 2010, ha tenuto conto in gran parte di queste istanze. Di fatto, l'azione preventiva è vista ora secondo un'ottica sempre più multidisciplinare

e intersettoriale, non centrata unicamente sui dipartimenti di prevenzione, con ambiti di intervento notevolmente estesi rispetto al passato, come evidenziato in Tabella, e con implicazioni, quindi, anche per la pianificazione che necessariamente richiederà più tempo e risorse. Ancora, migliorare le competenze in fatto di pianificazione costituisce l'obiettivo del supporto richiesto al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in un progetto finanziato dal Ministero della Salute-CCM che include un processo formativo e auto-formativo dei tecnici incaricati di studiare e redigere i piani regionali di prevenzione (PRP). Infine, la condivisione della metodologia e dei criteri per il monitoraggio e la valutazione dei PRP dovrà portare alla corretta, regolare e progressiva valutazione del raggiungimento degli obiettivi di salute e a tale scopo si prevede un impianto valutativo innovativo.

La valutazione è, infatti, un requisito irrinunciabile dell'azione pubblica, a cui è fortemente correlato il successo dei programmi e degli interventi messi in campo. Come tale, la valutazione deve essere prevista e adeguatamente pianificata direttamente all'interno dei documenti di programmazione ed essere messa in atto prima, durante e dopo ►

(*) Gruppo Tecnico del Progetto CNESPS di supporto al Piano Nazionale di Prevenzione: Alberto Perra, Stefania Salmaso, Roberto D'Elia, Antonio Federici, Nicoletta Bertozzi, Roberto Carloni, Maria Donata Giaimo, Maria Concetta Ladalarlo, Fulvio Longo, Luciano Marchiori, Giuseppe Salamina, Susanna Lana

Tabella - Macroaree e linee di intervento generali (in corsivo sono evidenziate le linee contenute nel Piano Nazionale di Prevenzione 2005-07 e successive proroghe)

<p>1. Medicina predittiva</p> <p>1.1 Valutazione del rischio individuale di malattia (compreso l'utilizzo della <i>carta del rischio cardiovascolare</i>)</p>
<p>2. Prevenzione universale</p> <p>2.1 <i>Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito stradale</i></p> <p>2.2 <i>Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito lavorativo e delle patologie lavoro correlate</i></p> <p>2.3 <i>Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico</i></p> <p>2.4 <i>Prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione</i></p> <p>2.5 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria</p> <p>2.6 Prevenzione delle malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazioni</p> <p>2.7 Prevenzione delle patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici</p> <p>2.8 Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano</p> <p>2.9 Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (<i>alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze</i>)</p>
<p>3. Prevenzione della popolazione a rischio</p> <p>3.1 <i>Tumori e screening</i></p> <p>3.2 <i>Malattie cardiovascolari</i></p> <p>3.3 <i>Diabete</i></p> <p>3.4 Malattie respiratorie croniche</p> <p>3.5 Malattie osteoarticolari</p> <p>3.6 Patologie orali</p> <p>3.7 Disturbi psichiatrici</p> <p>3.8 Malattie neurologiche</p> <p>3.9 Cecità e ipovisione</p> <p>3.10 Ipoacusia e sordità</p>
<p>4. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia</p> <p>4.1 Medicina della complessità e relativi percorsi di presa in carico</p> <p>4.2 Prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza</p>

la realizzazione del progetto stesso. In particolare, secondo il modello del PCM (*project cycle management*), condiviso all'interno del percorso formativo, la valutazione consiste in una verifica della pertinenza, efficienza, efficacia, impatto, fattibilità (anche economica e finanziaria) e sostenibilità di un progetto, allo scopo di misurare i traguardi raggiunti rispetto agli obiettivi programmati e di usare l'esperienza acquisita per migliorare il disegno e il funzionamento del progetto medesimo, in corso d'opera o nel futuro. Il PNP 2010-12 fa propria tale logica, confermando, rafforzando e sistematizzando alcuni elementi che già caratterizzavano il processo valutativo del precedente PNP ed enfatizzando ancor più il suo orientamento alla "valutazione di sviluppo e mirata all'azione", proprio al fine di assicurare partecipazione e trasparenza in tutte le fasi e sostegno all'azione attraverso la verifica di processo e di risultato, anche ai fini della riprogrammazione. In prati-

ca, la valutazione si prefigge tre obiettivi principali: 1) promuovere la qualità della programmazione regionale; 2) sostenere la qualità dell'azione in sanità pubblica; 3) permettere la certificazione 2010, 2011 e 2012 dei PRP.

I primi due obiettivi sono perseguiti attraverso il progetto CCM-CNESPS di supporto al PNP, il cui fine è proprio quello di dar vita ad un percorso formativo e auto-formativo centrato sulle competenze di progettazione e valutazione degli interventi, che abbia anche come prodotto la messa a punto dei PRP. Attraverso la formazione in presenza e la partecipazione alla comunità di pratica (www.comunitapnp.it) è infatti possibile, non solo condividere le varie fasi di questo processo, ma anche monitorarne progressivamente i risultati, attraverso l'utilizzo di strumenti di autovalutazione elaborati e condivisi nel corso del percorso formativo che ha coinvolto circa 130 tecnici regionali e ministeriali.

Riguardo al terzo obiettivo, ovvero la certificazione del PNP, l'oggetto della valutazione è diverso a seconda delle fasi di attuazione del PNP, nel corso dei tre anni della sua vigenza, ed esattamente:

- per il primo anno (2010), oggetto di valutazione sono i PRP formalmente adottati dalla regione (valutazione *ex ante*);
- per gli anni successivi (2011 e 2012) oggetto di valutazione sono lo stato di avanzamento nell'attuazione degli interventi programmati e i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi dichiarati, secondo i piani di valutazione definiti all'interno degli stessi PRP.

Da un punto di vista pratico, così come disposto dall'intesa, il processo di valutazione si avvierà parallelamente a quello di elaborazione e di attuazione dei PRP. Tale scelta risponde a varie esigenze: concretizzare, in fase sia di ideazione sia di realizzazione degli interventi, i principi chiave dell'azione in

sanità pubblica (evidenza di efficacia, modalità di lavoro per obiettivi, misurazione dei risultati); sostenere il perseguimento degli obiettivi di salute fissati dal PNP, coerentemente ai risultati *in itinere* conseguiti; adempiere agli obblighi certificativi dettati dall'intesa.

Riguardo ai criteri di valutazione, la valutazione *ex ante* introdotta dall'intesa è finalizzata a confermare che i PRP adottati dai competenti organi regionali da un lato siano metodologicamente validi e valutabili anche sotto il profilo della qualità metodologica oltre che della concreta attuazione degli interventi e dall'altro prevedano, dal punto di vista contenutistico:

- la continuità delle attività del PNP 2005-07 e successive proroghe, in termini di completamento degli obiettivi non ancora raggiunti e di consolidamento/estensione di quelli raggiunti;
- lo sviluppo di ciascuna delle macro aree individuate dal PNP 2010-12 (medicina predittiva, prevenzione universale, prevenzione nella popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia) e, all'interno di esse, di un congruo numero di linee di intervento con il coinvolgimento di una quota significativa del target potenziale, fatta salva l'inclusione dell'intervento medesimo nei livelli essenziali di

assistenza o in altri atti di pianificazione nazionale o regionale;

- la messa a regime delle attività di sorveglianza previste dal PNP 2010-12, in quanto strumento essenziale di conoscenza ad uso della programmazione, del monitoraggio, della valutazione e della riprogrammazione del piano stesso.

Il PNP 2010-12 costituisce la naturale evoluzione del vecchio piano, seppure con aspetti innovativi che attengono ai contenuti, come l'ampiezza e le caratteristiche del concetto di prevenzione ma anche ai metodi, come la valutazione già operativa in fase propedeutica (valutazione *ex ante*). ■

L'ELABORAZIONE DEI PIANI REGIONALI DI PREVENZIONE 2010-12 ATTRAVERSO LA CREAZIONE DI UNA COMUNITÀ DI PRATICA NAZIONALE: UNA SFIDA PER IL PAESE

Stefania Salmaso e Alberto Perra

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Il Piano Nazionale della Prevenzione approvato con la sottoscrizione dell'intesa della Conferenza Stato-Regioni nello scorso 29 aprile, presenta diversi aspetti innovativi, primo fra tutti il fatto che le regioni elaborano autonomamente il loro piano, tenendo conto delle proprie priorità di salute identificate su dati epidemiologici e sulla *evidence* proveniente da fonti accreditate. Dopo 5 anni (2006-10) di pianificazione e di realizzazione di interventi strutturati di prevenzione è tuttavia apparso chiaro che le regioni hanno accumulato un patrimonio di esperienze che, se condiviso, è in grado di facilitare la messa a punto di nuovi piani di migliore qualità e di maggiore efficacia. Il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS, su incarico del Ministero della Salute, ha identificato nella modalità della comunità di pratica (CoP) (1) uno strumento potenzialmente efficace per permettere uno scambio di informazioni fra i professionisti che sono incaricati, nelle diverse regioni, di studiare e redigere i piani regionali di prevenzione (PRP). La CoP è un gruppo sociale che ha come obiettivo fi-

nale il generare conoscenza organizzata e di qualità cui ogni individuo può avere libero accesso. In queste comunità gli individui mirano a un apprendimento continuo e hanno consapevolezza delle proprie conoscenze. Al suo interno non esistono differenze di tipo gerarchico: tutti hanno uguale importanza perché il lavoro di ciascuno è di beneficio all'intera comunità (2), con l'approccio collettivo di produrre l'eccellenza, in quanto la cooperazione dei singoli e dei sottogruppi mira a produrre il risultato migliore possibile. Tale miglioramento dell'efficienza che, nel caso del progetto del CNESPS (*cf.* articolo precedente), è oggetto principale della gestione della conoscenza o del *knowledge management* (3); quest'ultimo negli anni ha definitivamente acquistato peso come fattore critico nel produrre una crescita delle organizzazioni, genericamente intese. La CoP favorirà la gestione della conoscenza, in quanto i singoli professionisti che la compongono mettono in un primo momento a disposizione, sulla piattaforma web, risorse esterne o prodotte precedentemente dai membri della stessa comunità e, in un secondo

momento, i prodotti stessi frutto del lavoro attuale della comunità. La creazione di una CoP per i piani di prevenzione è facilitata da diversi fattori: un quadro normativo siglato definitivamente nell'aprile scorso che prevede che i piani siano studiati e prodotti seguendo una metodologia di programmazione e valutazione condivisi entro fine settembre 2010, il fatto che i professionisti che ne fanno parte condividano la cultura specifica della prevenzione e della salute pubblica (e in questo campo abbiamo maturato esperienze personali spesso pluridecennali), la predisposizione che tali professionisti hanno di migliorare le proprie competenze essenzialmente sull'autoapprendimento e "sull'imparar facendo". D'altra parte, costruire per il Paese e le sue regioni dei PRP efficaci non è questione di mero trasferimento di attività basate sulle prove nei nostri contesti di intervento, ma di messa in atto di attività innovative che spesso necessitano di "nuova conoscenza"; tale conoscenza prende corpo nella CoP dalla valorizzazione all'interno di una certa regione di *best practice* sperimentate in un'altra regione. ►

La formazione della CoP nasce con un percorso formativo e auto-formativo che costituisce anche l'essenziale del progetto del CNESPS e cioè la condivisione di metodi di lettura dei problemi di salute e la pianificazione degli interventi di prevenzione da parte degli operatori regionali incaricati dalle proprie regioni della preparazione, realizzazione, monitoraggio e valutazione dei PRP stessi delle regioni interessate. Questo percorso, della durata di 8 mesi (aprile-dicembre 2010), si intende finalizzato a promuovere le competenze necessarie alla costruzione del profilo regionale, all'analisi dei problemi di salute, all'uso delle tecniche del *project cycle management* (PCM), all'uso della *evidence* per la preparazione e la realizzazione dei progetti dei PRP per un centinaio di operatori regionali che costituiscono il nucleo iniziale e più importante per la CoP.

Il progetto del CNESPS è stato avviato all'inizio del 2010 con la costituzione di un Gruppo tecnico guida del progetto, che include 6 membri delle regioni e province autonome (identificati dal coordinamento interregionale per la prevenzione), 3 membri del Ministero della Salute e 2 del CNESPS.

Dal mese di aprile sono stati effettuati quattro corsi con 30-40 partecipanti ciascuno, in cui ogni regione ha inviato dai 3 agli 8 operatori sanitari formati sulla metodologia del PCM. Un percorso formativo simile ma adattato al ruolo previsto dall'intesa per i PRP, è stato realizzato per circa 40 funzionari e tecnici del Ministero della Salute con l'obiettivo di aprire alla piattaforma della CoP aree in cui gli operatori regionali e quelli ministeriali cooperino per la messa a punto dei piani, utilizzando lo stesso linguaggio metodologico e tecnico. Il personale regionale formato (106 persone) ed i coordinatori di piano in ogni regione (oltre 20 persone) attualmente animano la CoP su una piattaforma web in cui vengono discussi e scambiati testi e documenti di guida ("risorse") rilevanti per la programmazione regionale. A questo gruppo iniziale di "pianificatori" si è via via aggiunto un numero di operatori sanitari che nelle regioni collaborano allo studio dei PRP e che sono stati accreditati in alcune aree della piattaforma, quella regionale e l'area delle risorse. In tal modo il numero di membri della comunità delle regioni è aumentato di oltre 100

unità, per un totale provvisorio di circa 230 persone. La gestione del progetto e della piattaforma web su cui si esprime e lavora la CoP è affidata al Gruppo tecnico del progetto, coadiuvato da un informatico e due tutor esperti in gestione delle comunità virtuali. In sintesi, al momento attuale, la CoP è composta complessivamente da 291 persone con ruoli e attività diverse che gravitano ed operano su aree differenti della piattaforma web. Nei mesi da maggio a luglio, gli accessi unici totali in piattaforma sono aumentati da 700 a circa 1.000 al mese, con una media nei giorni lavorativi che va dai 25 nel mese di maggio ai 45 nel mese di luglio.

Le aree operative della piattaforma web (4) costituiscono la cucina in cui si sviluppano nuove idee in maniera condivisa da membri della CoP distanti fra loro fisicamente (e talora culturalmente) che cooperano spesso senza aver acquisito nessuna conoscenza "fisica" diretta gli uni degli altri. Alcune aree sono di particolare importanza, come quella della progettazione e metodologia, dove le 106 persone che hanno frequentato, suddivisi in 4 gruppi, i rispettivi corsi sull'applicazione del metodo PCM in campo socio-sanitario, si "incontrano" condividendo esperienze e costruendo strumenti di utilità comune. Gli interventi in quest'area nei 3 mesi di vita della CoP sono stati 248, ripartiti in 35 diversi argomenti di discussione, durante i quali si sono condivisi 62 documenti la cui tipologia è costituita da diversi *framework* per la raccolta degli elementi informativi (soprattutto indicatori), necessari per realizzare lo studio di contesto per alcune aree di intervento preventivo, come per l'ictus, gli incidenti stradali, gli infortuni sul lavoro, il diabete, ma anche "modelli logici" utili per sintetizzare l'intervento di prevenzione, servendo al tempo stesso come traccia per una strategia di ricerca delle prove in letteratura. In questa stessa area sono state segnalate e inserite in una base di dati dagli stessi membri della CoP delle risorse, cioè documenti, siti, articoli scientifici, basi di dati considerati importanti dai singoli membri e quindi da condividere per l'utilizzazione nel momento della pianificazione dei PRP. Al momento sono state inserite oltre 150 risorse, cui hanno accesso tutti i 291 attuali membri della CoP. Un'altra area essenziale per la performance della CoP

è costituita da uno spazio regionale (per ognuna delle regioni) in cui ogni gruppo regionale, costituito da poche unità fino a 30-40 persone, può incontrarsi per condividere strumenti di lavoro, per prendere decisioni e scambiarsi materiali. Tali materiali, quando il team regionale lo decidesse, possono essere messi a disposizione dell'intera CoP per eventuale utilizzazione in altri contesti regionali. Le implicazioni positive offerte dai membri della piattaforma in termini di costruzione di nuove conoscenze, ma anche di efficienza sono potenzialmente molto ampie. Infine, secondo le previsioni del progetto, nel mese di agosto si sta attivando un'area comune accessibile a tutte le persone accreditate in piattaforma, con l'intento di permettere l'apertura di discussioni tematiche (ad esempio, sul quadro logico dell'intervento per la patologia del cavo orale nei bambini in età scolare) o metodologiche (ad esempio, modalità per formulare gli obiettivi dei piani in maniera tale che rappresentino un beneficio per una popolazione target piuttosto che un obiettivo di servizio). L'obiettivo è di permettere a tutti i membri di esprimere le proprie opinioni e di mettere a disposizione la propria competenza, in maniera tale che i PRP che vedranno ben presto la luce (la data di conclusione dello studio dei PRP sembra prevista per il 31 dicembre) possano essere metodologicamente meglio strutturati e potenzialmente più efficaci nel produrre risultati di salute per la popolazione italiana. ■

Riferimenti bibliografici

1. Wenger E. *Communities of practice. Learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998. 318 p.
2. http://it.wikipedia.org/wiki/Comunit%C3%A0_di_pratica
3. Wiig KM. *Knowledge management foundations: thinking about thinking - how people and organizations, represent, create and use knowledge*. Schema Press; 1993.
4. <http://www.comunitapnp.it>

Comitato editoriale BEN

Paola De Castro, Carla Faralli,
Marina Maggini, Alberto Perra,
Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it