

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2009-2013
DOCUMENTO DI INDIRIZZO

OSSERVAZIONI CCM

Secondo noi si tratta di una posizione molto utile, soprattutto per quanto riguarda la descrizione della governance, ispirata ai principi di quella che OMS e Banca Mondiale chiamano *stewardship*, in cui il coordinatore non è sovraordinato, ma riceve il mandato – in questo caso – dalle regioni. Individua la responsabilizzazione delle regioni come punto di forza di un nuovo piano e la mancata responsabilizzazione come vero limite dell'azione fin qui intrapresa.

Ulteriori punti condivisibili sono il richiamo all'esigenza di organicità del piano e ai rischi di frammentazione.

Infine, è possibile leggere in filigrana un punto cruciale su cui è necessario convenire: il vero assente in questo lavoro comune è stato il ruolo dirigente delle regioni. Apparentemente esse hanno sottoscritto l'Intesa, apparentemente i componenti regionali dei Comitati Ccm (scientifico e strategico) che potevano orientare l'azione, ma – tranne che su alcuni punti specifici – o non lo hanno fatto, oppure chi doveva rappresentare le regioni non aveva titolo a farlo. A livello decisionale, la direzione operativa del Ccm non ha avuto un vero interlocutore capace di esprimere il punto di vista delle regioni, da confrontare con quello del Ministro, in modo da interagire per la determinazione delle linee strategiche.

Reali punti di divergenza sono:

- L'assimilazione della sorveglianza di sanità pubblica – vera guida all'azione e componente essenziale della sanità pubblica – ai sistemi informativi che permettono il monitoraggio e il governo delle attività, come se la sorveglianza delle malattie infettive non servisse a valutare i rischi infettivi nella popolazione, ma a misurare le attività di prevenzione, ad esempio delle vaccinazioni. Per misurare le vaccinazioni abbiamo i tassi di copertura, mentre la sorveglianza fornisce informazioni riguardo i rischi, i bisogni ed eventualmente l'impatto di salute.
- Il fraintendimento del ruolo del Ccm, all'interno del Ministero e delle sue potenzialità limitate, ma non scarse. L'aver attribuito al ccm una volontà di incidere sui livelli organizzativi o quella di voler chiudere la prevenzione nei dipartimenti di prevenzione. Si tratta di una incomprensione, in quanto per il ccm, protagonisti sono regioni e asl.
- Esiste poi un'azione diretta verso i professionisti, in quanto mondo professionale: i cardiologi, i diabetologi, i medici generali, gli igienisti e – domani – i pneumologi. Con queste associazioni il Ccm stabilisce alleanze che si muovono su un piano culturale e non istituzionale. Assimilabile a questa è l'azione verso i dipartimenti di prevenzione o i sian: un'azione di mobilitazione e riorientamento. Potremmo dire che mentre nell'azione istituzionale ci troviamo nel sistema sanitario, con l'azione di collaborazione con i professionisti ci troviamo in un ambito più ampio e sfumato, quello del "mondo della salute" (vedi la nozione di mondi vitali, in uso nelle scienze sociali).
- Infine, la questione delle priorità è pienamente condivisibile, sul piano del metodo. Per fortuna esistono molte analisi su *burden of diseases* fatte da OMS, studi economici fatti da OCSE ed indicazioni dell'Unione Europea che possono fare da retroterra. A questi bisogna aggiungere ciò che i responsabili delle regioni avvertono come principali bisogni di intervento (sembra che si accenni a questo quando si parla di passaggio della tematica

“ambiente e salute”) e le indicazioni relative ai contesti sanitari: ciò che realisticamente le aziende sanitarie sono in grado di fare nel breve e medio periodo.

Nel complesso riteniamo che il contributo dei colleghi dell'Assessorato della Lombardia sia generoso e utilizzabile. Di seguito discutiamo punto per punto.

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2009-2013 DOCUMENTO DI INDIRIZZO

Indice-schema di lavoro

1. Premessa
2. Il quadro istituzionale: perché un piano nazionale della prevenzione?
3. Gli obiettivi comuni del PNP: priorità di tutela della salute
4. Il metodo: elementi irrinunciabili
5. La traduzione del PNP : ruoli di Regioni e Ministero

1. Premessa

<p>Prima di individuare specifici obiettivi o linee operative per il prossimo quinquennio, si reputa sia necessario analizzare la situazione in cui il personale addetto alle diverse attività di prevenzione opera, in particolare</p> <ul style="list-style-type: none">- individuando obiettivi generali e metodo di lavoro comune;- privilegiando una visione complessiva dell'intera prevenzione, che superi la frammentarietà delle linee operative;- favorendo l'integrazione delle diverse discipline che appartengono alla prevenzione, che pur necessarie, devono maggiormente dialogare;- riconoscendo le diverse condizioni di contesto territoriale e di organizzazione di ciascuna Regione e Provincia autonoma, nella convinzione che perseguire obiettivi di carattere nazionale, non significa omogeneizzare condizioni diverse.	<p>Questo concetto andrebbe chiarito. Forse si intende: "... non significa considerare omogenee, cioè simili, le condizioni regionali diverse. Le regioni differiscono, sia per grado di offerta di programmi e servizi, sia – a volte – per la tipologia dei programmi o servizi offerti, sia per l'organizzazione che consente l'offerta.</p> <p>Inoltre, è possibile ci sia anche un pensiero rivolto alla necessità di mantenere, fermi restando gli obiettivi nazionali, le specificità delle realtà locali. Questa specificità può essere affermata come concetto generale, ma per esempio nel caso degli screening, come si può pensare ad un programma locale che non segua le indicazioni organizzative previste per gli screening?</p> <p>Inoltre, quando si parla di integrazione delle diverse discipline, è probabile ci si stia riferendo alle discipline afferenti al dipartimento di prevenzione. Tuttavia, alcuni interventi si giocano fuori del dipartimento.</p>
---	--

2. Il quadro istituzionale: perché un piano nazionale della prevenzione?

Con la Legge Costituzionale n.3 del 2001, l'assetto istituzionale in tema di tutela della salute si è configurato in modo chiaro: stabiliti principi fondamentali dallo Stato, spetta alle Regioni non solo l'organizzazione dei servizi, già loro prerogativa dalla Legge di riforma 833 del '78, ma anche la programmazione, regolamentazione e realizzazione dei differenti obiettivi.

A salvaguardia del diritto costituzionale per tutti i cittadini italiani sono poi i Livelli Essenziali di Assistenza, peraltro anch'essi, nella loro declinazione, frutto di un accordo condiviso tra Stato e Regioni.

Benchè tale quadro normativo non sia ancora pienamente realizzato nell'assetto organizzativo¹ [Eliminerei il riferimento oppure lo approfondirei: “Non è stata completata la revisione dell'assetto istituzionale che doveva discendere dalla riforma del titolo V, così che permangono sovrapposizioni e mancanza di sinergie tra istituti centrali, tra Dipartimenti del Ministero che a volte sembrano voler operare in un contesto pre riforma, con conseguenti inefficacia della loro azione e creazione di conflitti istituzionali”], il PNP, che trae la sua origine da un accordo tra gli Assessori regionali e Province Autonome ed il Ministro della Salute del 2005, ~~si pone in apparente contrasto con quanto previsto dal quadro normativo o, meglio,~~ come un passo ulteriore nell'evoluzione del sistema sanitario del nostro Paese.

Questa affermazione andrebbe cassata. L'Intesa sul Piano della Prevenzione è proprio coerente con il processo di decentralizzazione: l'atto istituzionale (Intesa) è condiviso, l'individuazione degli obiettivi comuni è quindi condivisa e il coordinamento è affidato al Ccm. Questo è un organismo che ha la direzione operativa nella DG Prevenzione del Ministero, ma non può fare nulla senza che il Comitato scientifico (metà dei membri regionali) e il comitato strategico (3 assessori regionali) non acconsentano. Si può discutere se i regionali hanno davvero rappresentato l'interesse delle regioni ma non si può negare che proprio le regioni hanno voluto che il Ccm avesse il ruolo di coordinamento del PNP. Si può inoltre discutere di come il ccm abbia svolto il proprio ruolo.

Si parte infatti dal riconoscimento della necessità di individuare degli *obiettivi di salute in ambito preventivo* che siano **comuni** a tutte le Regioni e Province Autonome e sui quali, quindi, queste ultime siano disponibili a tarare ed investire nei propri piani, nella salvaguardia tuttavia del principio fondante della riforma del titolo V della Costituzione: ossia la peculiarità e differenza dei contesti regionali, anche in tema di tutela della salute, che richiedono, evidentemente, risposte diverse.

La tutela della salute è garantita dalla Costituzione e quindi è unica sul territorio (LEA) quello che cambia è che essendo le realtà diverse devono essere date risposte diverse alle diverse necessità. Bisogna dunque evitare che il Piano Nazionale della Prevenzione si traduca in un passo indietro, ovvero nella concezione di uno Stato [secondo una concezione lo Stato italiano è formato dalle amministrazioni centrali e dalle autonomie, forse sarebbe meglio dire: il Governo Nazionale] che, sostanzialmente² tramite gli organismi ministeriali, definisce obiettivi (le linee progettuali), strumenti (percorsi formativi, pacchetti di comunicazione, rilevazioni statistiche), organizzazione (individuazione del referente regionale, creazione rete di responsabili di Servizi...), valutazioni (certificazione delle linee progettuali), lasciando alle regioni e province autonome la mera traduzione operativa/replicazione degli stessi.

¹ Si pensi alla struttura del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, ancora suddiviso per “materie” o alla sussistenza delle Commissioni tecniche nazionali a supporto del Ministro o dello stesso Consiglio Superiore di Sanità; o ancora di Strutture Organizzative che operano nel settore della salute, ma mantengono un'articolazione centralizzata (ISPELS, IZS, USMAF...)

² Naturalmente sotto il profilo formale i provvedimenti assunti hanno ricevuto il consenso delle Regioni

E' alle Regioni e Province autonome che invece spetta l'individuazione e la condivisione di questi obiettivi comuni, avvalendosi certamente del supporto, sotto il profilo tecnico-scientifico di Ministero - CCM e ISS, che sono in grado di fornire sia elementi conoscitivi epidemiologici indispensabili all'individuazione degli obiettivi, che strumenti operativi/normativi per un più efficace perseguimento di detti obiettivi.

[Questo potrebbe essere un punto di reale divergenza. Il Ccm è un organismo caratterizzato dal fatto che sta dentro il Ministero ma, in esso, il potere delle Regioni dovrebbe essere enorme. Non è un organismo scientifico, perché è composto da personale tecnico amministrativo. Può avere forti capacità di coordinamento. In ciò differisce dall'ISS che ha capacità tecnico scientifica ed operativa autonome. Il Ccm, ogni volta che deve realizzare, ad es. una linea guida, deve individuare un partner. Perciò il Ccm può fare il coordinamento, quando ciò appare necessario (alle Regioni).

Le Regioni devono stabilire gli obiettivi, fare la programmazione, l'organizzazione e la realizzazione. E' illusorio però pensare che tutte le regioni abbiano tutti i "pezzi" necessari e, per alcuni di questi pezzi sarebbe inefficiente avere 20 repliche: se è necessario elaborare una raccomandazione basata sulla revisione di articoli scientifici, se c'è necessità di creare una sorveglianza, una valutazione, un'azione di mobilitazione o infine un accordo con altro settore della società (mettiamo i panettieri), in questi casi è utile avere una funzione centrale: quello che è necessario è che le Regioni mantengano il potere di dire l'ultima parola sui loro bisogni: serve questa raccomandazione? Serve questa sorveglianza? Questo meccanismo eviterebbe al Ccm di diventare autoreferenziale.

C'è una confusione dei ruoli degli organismi centrali -ISS, CCM- etc e c'è la paura di un coordinamento che invece deve esserci a garanzia dei LEA. L'esperienza fatta evidenzia che - se prendiamo gli screening che avevano un finanziamento aggiuntivo e che per tale motivo il Ministero poteva richiedere verifiche puntuali e anche porre sanzioni- è successo che il Ministero ha condiviso con ogni singola regione il che fare, questo va nell'ottica del rispetto delle differenze e delle autonomie. Quello che si può fare è riflettere sui diversi ruoli e sulle modalità del supporto che sono diverse a secondo del ruolo dell'organismo- l'ISS da un supporto che va dalla ricerca alla formazione, il CCM nella sua legge istitutiva ha un compito di coordinamento per le grandi avversità e per la sorveglianza.

Infine, non si può accusare al Ccm di aver fatto la certificazione perché questo ruolo e l'attività conseguente era previsto dall'Intesa. Eventualmente bisogna cambiare l'Intesa.]

2. Gli obiettivi comuni del PNP: priorità di tutela della salute

Poiché il PNP si pone come un passaggio che aggiunge valore e, in qualche modo, riorienta la definizione dei LEA³, lo stesso dovrà individuare degli obiettivi non ancora raggiunti o non ancora previsti, perché frutto di valutazioni successive alla definizione dei LEA.

Ne deriva che :

- è necessaria un'attenta **analisi della situazione**, in primis **epidemiologica**, ma **anche socio-economica-culturale**, che superi il concetto di disciplina e specializzazione, ma guardi in modo integrato al contesto;
- è imprescindibile la definizione di un metodo che consenta di stabilire delle **priorità**: sarebbe infatti impensabile che un PNP consideri allo stesso modo diversi obiettivi, pena la sua sostanziale irrealizzabilità;

³ I LEA individuano infatti prestazioni che da subito debbono essere garantite a tutti i cittadini italiani : è dunque dato per scontato sia che siano il risultato di valutazioni di efficacia e costi/benefici positive, sia che le regioni li erogino . Al contrario il PNP individua nuovi obiettivi da perseguire, che, in prospettiva, andranno a modificare i LEA. Se così non fosse, non ci sarebbe necessità di un PNP!

- è fondamentale che non ci si rinchioda nel solo ambito dei *servizi/dipartimenti* di prevenzione, ma che si ragioni **in una logica di sistema sanitario**, cosicché i piani e progetti siano raccordati a livello nazionale, regionale, territoriale.

[Si concorda, con una precisazione: secondo il Ccm, protagonista del Piano è il Sistema Sanitario: Governo Regionale e Gestione Aziendale.

Inoltre, come accennato sopra il Ccm svolge un'azione in ambito culturale (EBP, Formazione alla sorveglianza e alla valutazione ecc.) volta ad un ri-orientamento dei dipartimenti di prevenzione verso i problemi di salute attuali, ai medici di famiglia e così via. Si veda la differenza sopra riportata tra sistema sanitario e mondo della salute]

Si tratta quindi di prevedere un percorso, propedeutico alla stesura degli obiettivi comuni, che consideri alcuni indicatori sintetici dello stato di salute e definisca i criteri per una graduazione dei rischi/effetti rilevati.

L'analisi è condivisibile è però necessario condividere le priorità e perseguirli è necessario evitare che il cambiamento delle priorità avvenga ogni anno perché in questo caso i risultati saranno pari a zero. Forse regioni e ministero alla luce dei dati già in possesso possono stabilire le priorità, che possono anche essere differenziate per le singole realtà in base alle differenze di contesto, e poi si cerchi in un periodo di tempo accettabile per realizzare gli interventi e valutare i risultati

3. Il metodo: elementi irrinunciabili

L'analisi dell'esperienza, non solo per quel che riguarda il PNP 2005-2007 ma anche dell'attività del CCM, ci ha condotto ad evidenziare alcune criticità

[vanno tenute distinte le attività del Ccm in generale da quelle che il Ccm ha messo in essere per svolgere i compiti assegnatigli dall'Intesa: il ruolo e il destino del Ccm sono all'esame di altri tavoli istituzionali, mentre questa discussione può utilmente influire sul nuovo Piano e conseguente ruolo del Ccm come coordinatore o steward del piano stesso. Mettiamo il Ccm a servizio del piano e non il contrario.]

- la frammentarietà d'intervento: il PNP è stato vissuto più come un insieme di progetti – le linee progettuali appunto, ma anche gli stessi progetti ccm- che come un piano integrato, capace cioè di individuare il quadro di insieme, nel quale possono poi trovare posto singole iniziative, che devono però essere coerenti con il Piano generale;

[Si può concordare con questa affermazione, tenendo però conto di due fatti: gli obiettivi del Piano sono stati decisi a un livello più alto; il Ccm ha avuto il compito di coordinarlo ed ha operato interpretando alcuni punti, ma mantenendosi fedele all'Intesa. Gli obiettivi possono essere messi in discussione, ma non sono astrusi, come potrebbe essere, per esempio “prevenzione dell'endometriosi”. Essi rientrano in ambiti che sono il cuore dei problemi di salute del Paese: rischio cardiovascolare, incidenti e così via. E' tuttavia vero che non sono stati eseguiti studi preparatori a queste decisioni. Bisogna dire che in base all'esperienza e al parere degli esperti di politiche sanitarie, le decisioni politiche e strategiche non si muovono secondo una logica razionalistica [(Sarebbe un discorso lungo. Ultra semplificando: le decisioni politiche sono prese in base alla pressione e composizione di diversi interessi e pressioni, incluso quelli della scienza. Vedi il testo “Making Health Policies”. Oxford University Press.)]

- la mancanza di alcune tematiche chiave della prevenzione, prima tra tutte quella del rapporto ambiente-salute;
- la difficoltà a trattare la prevenzione come “disciplina” , che dunque permea l'intero SSN e non singole strutture organizzative: il PNP non riguarda solo i Dipartimenti di Prevenzione!

Tuttavia, anche quando nel prendere atto di questo approccio, si è allargato il coinvolgimento ad altre aree, lo si è fatto individuando, dal centro, specifici interlocutori (MMG,PLS), senza considerare che, ancora una volta, le organizzazioni e quindi le relazioni intra-SSR, sono diverse e non possono essere gestite a livello nazionale;

[Attenzione ancora una volta a distinguere funzione di coordinamento del Piano svolta dal ccm e azione culturale di quest'ultimo di mobilitazione dei dipartimenti di prevenzione verso i problemi di salute attuali. La stessa cosa dicasi per i PIs e i MMG: si tratta di azioni di mobilitazione culturale e non di gestione di relazioni né tanto meno di affrontare problemi organizzativi. I MMG sono stati coinvolti nel progetto IGEA che mira a dire cosa è il chronic disease model in Italia, quindi un'azione di supporto alle regioni. Sono poi stati coinvolti nel piano nazionale di formazione per l'uso della carta del rischio. E' accettabile la critica che il Ccm abbia intrapreso queste azioni senza una decisione delle Regioni? In un certo senso sì, perché le istanze del Ccm che avrebbero dovuto rappresentare le Regioni, non hanno sempre pienamente svolto questo ruolo. Questo problema però riguarda la gestione del Ccm, motivo per cui tante volte è stato, in seguito, sollecitato il parere del coordinamento della prevenzione.]

- Il continuo sconfinamento tra linee di indirizzo tecnico-scientifiche e indicazioni organizzative - operative: un progetto nazionale non dovrebbe mai definire anche l'assetto organizzativo – quale è il Servizio che realizza il progetto- né stabilire relazioni tra diverse istituzioni difformi da quelle formalizzate.

[Non si concorda su questo punto. Il Ccm non ha mai detto quale è il servizio che realizza quel progetto, non c'è indicazione di questo tipo negli indirizzi del piano della prevenzione. Diverso è quando ci sono raccomandazioni, ad esempio sugli screening, in cui ci sono valutazioni sulla diversa efficacia e garanzie di equità degli screening organizzati. Un secondo punto che ha potuto causare confusione è l'attività di mobilitazione del Ccm, svolta ad esempio verso i sian (vedi sopra)],

- L'insufficiente traduzione nei fatti, e quindi nei provvedimenti, iniziative progetti, dei principi-guida: evidenza di efficacia, semplificazione, valutazione dei risultati.

Prima di declinare quale dovrà essere il metodo per la programmazione e realizzazione del PNP, è necessario sottolineare due aspetti-chiave, che debbono sottendere all'intero processo.

Un primo aspetto riguarda il contesto storico nel quale ci stiamo muovendo, con particolare riguardo al **ruolo della pubblica amministrazione**: la richiesta di semplificazione delle procedure burocratiche (nelle quali i servizi di prevenzione sono spesso coinvolti), la necessità di razionalizzazione delle risorse umane e strumentali, l'innovazione tecnologica, l'approccio delle direttive europee basate sulla responsabilizzazione delle imprese, necessitano di trovare una risposta che l'attuale sistema non è più in grado di dare, a meno di una profonda trasformazione.

La sfida è dunque quella di una pubblica amministrazione, e in specie, dei servizi di prevenzione del SSN⁴ che sia capace di :

- passare dall'autoreferenzialità (“controllo chi e come dico io”), alla trasparenza delle proprie scelte (“i criteri con cui definisco chi e come controllare sono questi”)
- responsabilizzare il cittadino e l'impresa nel rispetto dei requisiti, verificandone a posteriori l'effettiva attuazione (non autorizzazione prima, ma controllo in corso di attività)

⁴ Discorso completamente diverso è per i servizi di diagnosi e cura, che esercitano un ruolo completamente diverso

- verificare e controllare non in virtù di requisiti rigidi , ma in vista dei risultati e dell'impatto sulla salute che i requisiti hanno (non è sufficiente che l'impresa rispetti i requisiti, ma è necessario che prodotti/attività non siano di danno alla salute dei lavoratori e degli utenti)
- trovare soluzioni organizzative efficienti adeguate alle risorse disponibili, stabilendo delle priorità di intervento, evitando di anteporre ad richiesta la scarsità di personale.

Ulteriore elemento di contesto è rappresentato dalle politiche di promozione della salute che impongono alla prevenzione una visione di sistema, richiedono un forte impulso alla responsabilizzazione di tutti i settori "non sanitari" e necessitano, in tal senso, di una attenta e coerente definizione e valutazione dei processi messi in atto.

Il secondo aspetto di metodo generale riguarda **l'efficacia o meglio la dimostrazione di efficacia delle nostre attività**. Di EBP si parla molto, ma nel nostro approccio, permangono alcune convinzioni ("valutare l'efficacia in prevenzione è impossibile e non etico", "meglio fare qualcosa che niente", " i nostri interventi comunque producono effetti positivi o almeno non negativi") che rendono di fatto inapplicato ogni cambio di rotta.

Dunque un PNP del ventunesimo secolo non potrà non prendere in seria considerazione l'EBP, cioè porre in discussione tutte le prestazioni erogate per valutarne l'efficacia e ciò *soprattutto in fase di progettazione di nuovi interventi*, prevedendo dunque una valutazione dei dati di evidenza disponibili a priori e poi strumenti per la verifica a posteriori.

E' necessario considerare che in molti casi si agisce perché specifiche normative lo prevedono o enti lo richiedono: in questo modo l'attività è erogata su richieste/prescrizioni e l'attività di iniziativa resta residuale. La stessa modalità con cui si effettuano talune prestazioni è rigidamente dettata dalla norma, a scapito di qualsiasi valutazione sulla loro utilità.

La sfida in questo caso è dunque di superare questa inadeguatezza sia nelle attività di vigilanza ed ispezione, in quella dei servizi alla persona: il quadro epidemiologico - con la prevalenza di patologie determinate dai comportamenti individuali e - l'inaccettabilità, anche in termini di efficacia, di interventi impositivi - rendono necessario che **le attività non supportate da evidenza di efficacia siano sostituite da altre che invece ne hanno quantomeno i presupposti** (ove non disponibile la dimostrazione).

La logica di programmazione, alla base del nuovo PNP, presuppone la capacità di saper rispondere ad alcune caratteristiche metodologiche, che dovranno essere coerentemente rispettate in ciascuna iniziativa correlata:

- A. Gli obiettivi del PNP, ed i particolar modo le priorità definite, saranno identificate all'interno di un quadro complessivo, che consideri tutti gli aspetti influenti sulla salute e, dunque, chiarisca per ciascuno di essi il grado di priorità;
- B. Per ciascuno obiettivo dovranno essere identificati sistemi di rilevazione relativi a :
 - Indicatori del contesto (dati epidemiologici, consumi di prestazioni sanitarie, presenza di strutture/attività a rischio per la popolazione o lavoratori, dati comportamentali)
 - Indicatori di attività di prevenzione (prestazioni alla persona erogate, controlli/ispezioni per tipologia ed esiti...)

Tali sistemi informativi dovranno:

- Essere integrati nel quadro più complessivo del sistema informativo della prevenzione (evitando quindi l'attuale proliferare di raccolte di dati scoordinate tra loro)
- Essere attivati solo dopo aver verificato la mancanza di altre fonti informative, in grado di dare anche dati di minor dettaglio ma con un bilancio costi/benefici adeguato;

- Essere valutati nell'ambito del contesto di ciascuna regione e provincia autonoma, con la possibilità di differenti modalità di raccolta ed elaborazione, ma con la definizione di un set di output minimi condivisi.

[Questo punto, per quanto apparentemente condivisibile, nasconde una essenziale divergenza. Secondo il ccm, una cosa è il monitoraggio delle attività di sanità pubblica e prevenzione, effettuato in sostanza tramite misure di copertura (vaccinazioni, screening e altre.) o, in mancanza, con indicatori di volume; una cosa diversa è la sorveglianza di sanità pubblica, come la sorveglianza di malattie infettive, quella sui rischi comportamentali, i registri tumori, la sorveglianza sull'obesità infantile. In questo caso si tratta di una componente essenziale della sanità pubblica (confronta le posizioni dell'OMS, di World Bank o del CDC): la sorveglianza è un servizio che viene fatto per la comunità. Dal punto di vista del Ccm è del tutto evidente questo punto: è stato indispensabile costruire *Okkio alla salute!* Perché c'è una posizione, sostenuta dalle industrie alimentari che nega l'esistenza del fenomeno epocale rappresentato dall'incremento – anno dopo anno – dell'obesità. Non si tratta di un proliferare inconsulto di sistemi informativi, si tratta del fondamento della sanità pubblica, senza il quale non abbiamo direzione e guida. Su questo, nel campo delle malattie croniche non trasmissibili e degli incidenti, il nostro Paese è in forte ritardo, con sistemi – questi sì – frammentari: ogni regione si fa l'indagine sull'obesità infantile spendendo dieci volte più di Okkio! E senza avere, alla fine, uno straccio di dato affidabile da sottoporre al decisore e alla comunità locale, regionale o nazionale. I registri tumori e degli accidenti cardio e cerebrovascolari sono fuori legge. Non parliamo dello stato pietoso della mortalità per causa che probabilmente non sarà disponibile per il 2004 e 2005. Un'indagine ogni 5 anni sui principali rischi di malattia del nostro Paese?

- C. Gli strumenti per il conseguimento degli obiettivi – ossia i progetti o protocolli operativi – saranno definiti da ciascuna Regione, in relazione ai differenti contesti sociali ed organizzazione sanitaria. Tuttavia gli stessi dovranno:
- a. essere preceduti da una valutazione di efficacia o, ove possibile, da evidenza di efficacia;
 - b. essere assoggettabili ad una valutazione di efficacia, cioè verificabili da sistemi che consentano di valutarne a medio termine l'impatto ed il risultato; [su questo punto, nessuno potrebbe dichiararsi contrario, ma è difficilmente realizzabile. Più prudente assumere la posizione del CDC: gli interventi di sanità pubblica si misurano in termini di popolazione target coperta o non coperta. Solo dopo molti anni, si riesce a fare in Italia, qualche passo verso valutazioni di impatto degli screening. E' un'attività cui chiamare i ricercatori a collaborare con la sanità pubblica.]
 - c. essere compatibili/coordinabili, coerenti con altri progetti già in atto, evitando il sovrapporsi di iniziative già avviate o svolte, anche da altri soggetti, che si rivolgano ai medesimi target o trattino tematiche collegate;
 - d. essere accompagnati da contestuali interventi di abolizione di attività svolte, che verrebbero sostituite dalle nuove: con questo approccio va affrontata la semplificazione, non cioè come mera abolizione di attività inefficaci, ma con loro modifica o sostituzione.

Nell'elaborazione di tali progetti – significando ciò la messa a punto di interventi con obiettivi specifici, mezzi definiti (corsi, campagne di comunicazione, interventi strutturali...), metodi per valutare processo e risultati, (cronoprogrammi...)- le regioni e le province autonome, saranno supportate dalle strutture centrali, che avranno il compito non di omogeneizzare i progetti, ma di salvaguardare le esigenze e peculiarità dei diversi territori a fronte di obiettivi comuni.

Non si comprende che cosa significhi omogeneizzare i progetti. Questo non è stato fatto, i progetti sono stati accettati tali e quali. Sono stati dati suggerimenti solo in alcuni casi, quando gli obiettivi parevano irrealizzabili, in genere perché avevano target troppo alti. E' vero che in alcuni casi, la qualità progettuale è stata bassa. Per questo si potrebbe pensare a una commissione o un organismo terzo dotato di indipendenza e forte competenza, da mettere a servizio delle amministrazioni, o in posizione di consulente o in posizione di prima valutazione.

Ove si verifichi che l'intervento normativo sia da considerarsi il più efficace – si pensi alla normativa antifumo o a interventi sanzionatori in caso di guida pericolosa- il Ministero attiverà gli strumenti e gli iter procedurali conseguenti.

Ancora: il Ministero dovrà assumere un ruolo importante per quelle aree di confine che vedono sovrapporsi strutture dei SSR o degli Enti Locali a strutture che hanno mantenuto il riferimento statale ad altri Ministeri (si pensi alla Scuola o Università).

In questo senso una riflessione approfondita dovrà essere fatta sulla riforma universitaria dei percorsi formativi – che a medici, veterinari e altri dirigenti sanitari ha affiancato le figure dei tecnici della prevenzione e assistenti sanitari (ma anche dietisti e infermieri)- e quindi sull'impatto che esse dovranno avere negli assetti organizzativi (ma questo è compito delle regioni e province autonome) ma soprattutto sui meccanismi di reclutamento e contrattuali (che sono invece tuttora di pertinenza nazionale). Il PNP deve essere l'occasione per suggerire percorsi di riconoscimento delle competenze differenti da quelli vigenti in passato, che tardano ad essere adeguati.

Attenzione a non avventurarsi su un campo minato. Il volere troppo non porta a casa nulla. Va bene che il PNP si faccia carico di interpretare le nuove esigenze evidenziando il ruolo positivo di tutte le figure che possono essere interessate nel processo della prevenzione in senso lato, ma di sicuro non potrà dire quali devono essere i nuovi meccanismi di reclutamento e contrattuali.

4. La traduzione del PNP : ruoli di Regioni e Province autonome e Ministero

Il percorso prefigurato per la stesura del prossimo PNP, che sarà opportuno prevedere di durata quinquennale, prevede quindi:

- Analisi della situazione epidemiologica e di contesto nazionale al fine di individuare “cosa deve essere la prevenzione” nel futuro
- Individuazione, considerando tutti gli ambiti di intervento (prevenzione e controllo delle patologie⁵; prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro; prevenzione da fattori di rischio ambientali, promozione della salute), degli obiettivi prioritari;
- Condivisione di sistemi informativi che consentano di disporre di dati - di fabbisogno e di esito- confrontabili;
- Condivisione di metodo per l'approntamento dei progetti regionali, fondato sulla verifica preliminare e a posteriori dell'efficacia e sull'integrazione degli stessi all'interno dei SSR.

Le Regioni e le Province autonome hanno dunque l'onere, non solo *formale* di sottoscrivere l'Intesa sul nuovo PNP, ma prima di tutto *sostanziale* di operare delle scelte, condividendo un metodo scientificamente fondato⁶.

⁵ Pare da superare anche la suddivisione tra patologie trasmissibili e cronico-degenerative (si pensi all'AIDS o all'epatite virale) o ancora tra patologie professionali e non , poiché anche in questo caso è evidente come non vi sia una frattura così netta come in passato tra patologie da lavoro e extralavoro: (si pensi allo stress o alla patologia neoplastica)

In tal senso saranno superate le complesse procedure di certificazione che, nel nuovo quadro istituzionale, non assumono alcun significato, sostituendole, invece, con un reale supporto tecnico-scientifico.

La certificazione ha avuto attinenza non alle valutazioni di merito (qualità efficacia), ma unicamente alle valutazioni sul grado di attuazione, ai fini dell'accesso alla quota integrativa del FSN. Perché questo venga tolto il tutto si sposta su un altro piano di rapporto tra Stato e Regioni, forse i due aspetti andrebbero separati o forse bisognerebbe riflettere come proporre questa certificazione.

In base all'esperienza fatta, la sanità regionalizzata potrebbe giovare del sostegno, da una parte da centri di competenza tecnico scientifica, dall'altra di un monitoraggio. Il Ccm può garantire il coordinamento che consiste: a) nel mettere a fianco delle regioni le migliori competenze scientifiche, oppure la messa a disposizione di competenze di progettazione b) nell'effettuare il monitoraggio e la valutazione in base a criteri condivisi, c) nell'assistere un "vero" comitato indipendente o qualcosa di simile, che possa valutare la qualità dei progetti.

Il Ministero assume un ruolo differente da quello esercitato prima della riforma costituzionale, ma ancor più complesso:

- dovrà supportare le Regioni e province autonome, specie con l'organo tecnico del CCM, nel [coordinare centri di competenza che possano] fornire elementi tecnico-scientifici per la stesura e la realizzazione del PNP;
- dovrà sovrintendere la raccolta dei dati concordati per il monitoraggio del PNP: non è il tentativo di eludere il controllo sull'operato regionale (peraltro facilmente aggirabile [vero]), ma l'utilizzo di dati ed indicatori finalizzati ad innescare un circolo virtuoso che adegui sempre più gli interventi ai contesti cui sono diretti;

ma soprattutto si farà carico di allineare le Strutture che tuttora operano nel settore della prevenzione con loro articolazioni regionali, ma che tuttavia dipendono dai Ministeri – IZS, ISPELS, Direzioni Regionali/Provinciali del Lavoro, USMAF per le funzioni di sanità nazionale - al PNP.

[Prima osservazione: questo punto è condivisibile ma irrealistico. Sono le regioni che possono pretendere una riforma. Il Ccm non ha titolo per fare tutto questo, resta un organismo che può coordinare, utilizzando la leva finanziaria per sostenere attività di sostegno.]

Seconda osservazione: sembra che questa posizione non sia pienamente coerente con quanto affermato sopra: sulla prevenzione che non è patrimonio del solo Dipartimento di Prevenzione e sul ruolo di gestione complessiva, invece, della Azienda sanitaria. Tutte queste strutture hanno a che fare solo con la prevenzione e sanità pubblica intesa in senso stretto.

L'adozione del PNP, per essere realmente un'intesa tra Stato e Regioni, dovrà prevedere una chiara ed esplicita condivisione da parte di tali Istituzioni degli obiettivi e degli strumenti adottati, valutandosi anche l'opportunità di esplicite convenzioni o accordi di programma sull'utilizzo delle risorse.

⁶ Questo significa che il tavolo di predisposizione del PNP deve vedere le regioni come protagoniste del processo di programmazione