

PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2009-2013  
DOCUMENTO DI INDIRIZZO

OSSERVAZIONI FVG

**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**

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

- 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.**

**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 organizzativo<sup>1</sup>, 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.

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

---

<sup>1</sup> 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...)

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.

Bisogna dunque evitare che il Piano Nazionale della Prevenzione si traduca in un passo indietro, ovvero nella concezione di uno Stato che, sostanzialmente<sup>2</sup> 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.

**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.**

## **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 LEA<sup>3</sup>, 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;
- 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 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.**

## **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:

- 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,

---

<sup>2</sup> Naturalmente sotto il profilo formale i provvedimenti assunti hanno ricevuto il consenso delle Regioni

<sup>3</sup> 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 eroghino . 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! **non sono totalmente d'accordo in quanto il PNP può anche avere il compito di tradurre nel concreto – tramite progettualità - obiettivi sottesi ai programmi (più che prestazioni, in prevenzione) individuati dai nuovi LEA che non sono pienamente operativi nelle diverse realtà del paese**

- 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;
- 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: *suggerisco un approccio positivo, ad es: è necessario allargare il coinvolgimento ad altre aree esterne al Dipartimento di Prevenzione, individuate in coerenza con organizzazioni e relazioni costruire all’interno delle singole regioni (con professionisti della salute operanti nel territorio, ma non solo) 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;*
  - 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.
  - 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 SSN<sup>4</sup> 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)
- 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

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

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 in 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 sconnesse 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.
- 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;

- 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.

*Non per tutti gli obiettivi del piano sarà possibile a mio parere trovare questa corrispondenza: pur condividendo il sacrosanto obiettivo di sostituire pratiche di non provata efficacia, suggerisco di non irrigidire troppo l'impianto*

**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.**

Ove si verifichi che l'intervento normativo sia da considerarsi il più efficace *(o necessario complemento per assicurare la coerenza del sistema)* – 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.

#### **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 patologie<sup>5</sup>; prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro; prevenzione da fattori di rischio ambientali, promozione della salute), degli obiettivi prioritari;

---

<sup>5</sup> 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) *concordo: vi sono anche patologie a “contagiosità sociale”*

- 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 fondato<sup>6</sup>.**

**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.**

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 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), 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.

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.

---

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