



# Stato di attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

1. La progettazione
2. Primi risultati (previsto giugno-luglio 2007)
3. Risultati finali (previsto marzo-aprile 2008)

Roma 15 febbraio 2007

Questo rapporto è stato redatto dal Project management group (Pmg), gruppo di gestione e coordinamento del Piano nazionale della prevenzione del ministero della Salute.

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 screening oncologici	<b>Laura Cialdea</b> <b>Antonio Federici</b>
area prevenzione cardiovascolare	<b>Roberto D'Elia</b> <b>Giovanna Laurendi</b> <b>Letizia Zanetti</b>
area vaccinazioni	<b>Stefania Iannazzo</b> <b>Maria Grazia Pompa</b> <b>Elvira Rizzuto</b>
area incidenti	<b>Maurizio Di Giorgio</b> <b>Maria Giuseppina Lecce</b> <b>Giancarlo Marano</b>
procedure e regole	<b>Alessandro Magliano</b>
segreteria tecnica	<b>Sonia Mele</b> <b>Mario Giaccio</b>
consulenza sulla gestione progetti	<b>Massimo Martinati</b> - Eureka Service <b>David Corbucci</b> - Eureka Service
consulenza per la comunicazione	<b>Eva Benelli</b> - Zadigroma <b>Anna Maria Zaccheddu</b> - Zadigroma
progetto grafico e impaginazione	<b>Bruno Antonini</b> - Zadigroma

1- Il documento in sintesi	5
2- Prospetto degli Atti conseguenti all'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005	9
3- Progetti Ccm e altre interazioni sinergiche con il Pnp	13
4- Qualità della pianificazione regionale	19
5- Modalità di certificazione nel primo anno	79
6- Criteri per la certificazione 2006	83

## Appendice

Nuova organizzazione interna del Ccm: il Project management group (Pmg)	87
---	----



Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

## **Il documento in sintesi**



# il documento in sintesi

## Il documento in sintesi

Questo documento è:

- una descrizione della prima fase del Piano nazionale di prevenzione 2005-2007 dedicata alla progettazione: un *excursus* sulla genesi e sull'evoluzione della progettazione a livello centrale e regionale
- uno strumento nell'ambito di un processo di miglioramento della qualità che, partendo dall'analisi e dalla valutazione dei progetti regionali presentati, fornisca un *feedback* ai professionisti impegnati nel ministero della Salute, nelle Regioni e nelle aziende sanitarie, evidenziando punti di forza e criticità, fornendo indizi e suggerimenti utili per migliorare e per implementare le azioni preventive a livello locale
- la prima parte di un resoconto che prevede il rapporto sui primi risultati, per giugno 2007, e il rapporto finale, per marzo 2008.

Con l'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 è stato avviato un impegnativo Piano nazionale della prevenzione, con cui sono stati indicati al sistema sanitario le priorità per la prevenzione, per contribuire ad affrontare i problemi di salute attuali: rischio cardiovascolare, cancro, incidenti e malattie prevenibili con vaccino. Nel corso del 2005, il Ccm ha rilasciato le linee operative per la pianificazione regionale riguardo a diverse linee di intervento: diffusione della carta del rischio cardiovascolare, *disease management* del diabete, vaccinazioni e screening oncologici (prima parte, giugno), quindi obesità, prevenzione secondaria di incidenti cardiovascolari, infortuni sul lavoro, incidenti stradali e domestici (seconda parte, ottobre).

La complessità del Piano emerge dalla lettura delle linee operative, che descrivono attività e programmi molto diversi tra loro: programmi intersettoriali, programmi organizzati di prevenzione individuale, introduzione di nuovi strumenti diagnostici, tecniche di gestione integrata dei problemi di salute. Oltre alla sanità pubblica, quindi, sono fortemente coinvolte anche la medicina generale e specialistica. Ma prima di tutto questa esperienza mette alla prova la capacità del Ccm e quella dei pianificatori regionali.

Il criterio di certificazione per l'anno 2005 è stato semplicemente la presentazione dei piani da parte delle Regioni. Una richiesta minima, se si considera che il Piano 2005-2007 è stato deciso a marzo e le linee operative sono state rilasciate tra giugno e ottobre. Inoltre, per la prima volta sono stati definiti indirizzi uniformi per la pianificazione, rappresentati dalle linee operative del Ccm.

Per sostenere il Piano, il Ccm ha costruito sinergie con altre iniziative istituzionali e avviato progetti speciali. Presidiare la coerenza tra diverse iniziative istituzionali che hanno simili obiettivi ha richiesto un'attenzione continua e uno sforzo importante. Per esempio:

- le iniziative promosse dalla legge 138/2004 (sostegno agli screening oncologici con 52 milioni di finanziamento) sono state fuse con il Piano e le modalità di erogazione dei fondi via via assimilate alle modalità di certificazione
- grazie alle attività finanziate dalla legge 138/2004 sono state prodotte linee guida per gli screening, linee di indirizzo, monitoraggio dell'estensione e della partecipazione, comunicazione individuale ai componenti della popolazione target e campagne di comunicazione di massa
- il Progetto Cuore del Ccm è andato ad alimentare i piani regionali per la diffusione della carta del rischio cardiovascolare, attuando un ambizioso Piano nazionale di formazione
- ben sei progetti Ccm sostengono il Piano della prevenzione dell'obesità, mirando tra l'altro all'attivazione dei pediatri, alla mobilitazione dei Servizi di igiene degli alimenti e nutrizione (Sian), all'individuazione degli interventi efficaci, alla sorveglianza nutrizionale
- il progetto Integrazione, gestione e assistenza del diabete (Igea) costruisce le linee guida per il *disease management* del diabete, il piano nazionale di formazione e un'attività di promozione delle pratiche migliori, oltre alla predisposizione di uno spazio web dedicato e all'organizzazione annuale di eventi
- il progetto Ccm sulla sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici e stradali offre un percorso formativo a supporto delle attività di progettazione delle Regioni e in seguito, con la collaborazione di alcune

Regioni, attività di assistenza, affiancamento e sostegno all'avvio dei Piani regionali di prevenzione degli incidenti domestici e stradali

- la sorveglianza epidemiologica e di laboratorio delle malattie prevenibili con vaccinazioni e le azioni di rinforzo del Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, sostenute dal Ccm, forniscono informazioni essenziali per la programmazione delle attività vaccinali previste dal Piano e, contemporaneamente, ne permettono il monitoraggio.

La certificazione 2006 si baserà sulla valutazione dell'entità dello scostamento tra quanto programmato e quanto realizzato al 31 dicembre 2006. Il documento che fornisce i dati necessari per questa valutazione è il cronoprogramma delle attività (la metodologia è riportata in questo documento, vedi [capitolo 4](#)).

I primi risultati del Piano potranno essere descritti a giugno, quando saranno disponibili e valutati gli stati di avanzamento 2006. D'altra parte, avendo dato importanza all'indirizzo e alla progettazione, il Piano ha scontato una fase iniziale lunga e complessa, giocata prevalentemente nel rapporto tra ministero della Salute e Regioni.

Per far fronte agli impegni del Piano nazionale della prevenzione, il Ccm ha dovuto rivedere la propria organizzazione interna, costruendo un gruppo per la gestione del Piano, costituito dai responsabili delle singole linee operative e da gruppi di lavoro per i temi comuni (per esempio formazione, sistema informativo, regole e procedure, ecc).

Da alcune Regioni, e in alcuni campi, il Piano è stato colto come un'opportunità e quindi ha rappresentato un'esperienza positiva di rinnovamento, scambio e sviluppo. Laddove invece è stato letto nell'ottica della produzione di atti burocratici, il lavoro risulta povero e non potrà produrre un sostanziale progresso per la prevenzione. In molti casi si è assistito a un lento processo di attivazione di energie attorno al Piano: ecco allora che alcune Regioni hanno cambiato il referente perché era stato troppo passivo e altre hanno formato un gruppo di interfaccia dopo aver constatato di aver affidato un impegno progettuale enorme su spalle troppo esili.

Una grossa parte del lavoro è stata dedicata a migliorare i piani iniziali, in modo da renderli più realistici e operativi: questo ha permesso anche la conoscenza diretta tra i professionisti impegnati nel Ccm e nelle Regioni. Il nuovo documento prodotto è stato denominato progetto esecutivo.

Sebbene siano numerosi i progetti eccellenti, la qualità è comunque molto variabile tra Regioni e aree di intervento. In molti documenti, per esempio, gli obiettivi non sono ben disegnati e il monitoraggio è piuttosto sottovalutato. A volte le carenze riguardano anche interventi oramai considerati maturi in Italia, come screening e vaccinazioni; indubbiamente, però, i limiti maggiori sono in aree del tutto innovative, come la prevenzione secondaria degli accidenti cardiovascolari. Inoltre, il cronoprogramma non è stato diffusamente adottato e non è ancora da tutti percepito come un supporto per i pianificatori; questa criticità può creare ostacoli alla descrizione degli stati di avanzamento, che si misurano proprio a partire dai cronogrammi.

Per favorire questo processo di maturazione della capacità di pianificazione occorrerà utilizzare in modo strategico i fondi Ccm destinati alle cosiddette funzioni di "interfaccia con Ccm", che di fatto andranno a potenziare gli staff regionali della prevenzione. Si tratta di circa 16 milioni di euro che dovrebbero essere utilizzati in questa direzione.

Dopo aver scontato un'inerzia iniziale e una difficoltà strutturale a lavorare per progetti, sembra finalmente che il sistema sanitario si stia muovendo verso gli obiettivi definiti dal Piano. Questo movimento si basa sulla capacità di pianificazione delle Regioni e su quelle di coordinamento del Ccm, che insieme tendono a costituire comunità professionali in grado di guidare l'attuazione delle misure di prevenzione.

Sulla base di questa disamina emerge quindi la proposta di far ripartire il Piano, con una nuova Intesa Stato Regioni che confermi gli obiettivi per il triennio 2008-2010. Un Piano rinnovato, che potrà essere preparato durante quest'anno, in modo da garantire una maggiore qualità e uniformità dell'azione centrale, regionale e locale.

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

**Prospetto degli atti conseguenti  
all'Intesa Stato Regioni  
del 23 marzo 2005**

## Prospetto degli Atti conseguenti all'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005

Atti	2005										
	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	
Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005	■										
Rilascio linee operative prima parte				■							
Presentazione Piani regionali prima parte				■	■	■	■	■	■	■	
Rilascio linee operative seconda parte								■			
Presentazione Piani regionali seconda parte								■	■	■	
Individuazione criteri certificazione											
Certificazione 2005											
Richiesta progetti esecutivi prima parte									■	■	
Presentazione progetti esecutivi prima parte									■	■	
Richiesta progetti esecutivi seconda parte									■		
Presentazione progetti esecutivi seconda parte											
Richiesta stato di avanzamento prima parte											
Presentazione stato di avanzamento al 30 giugno 2006											
Richiesta stato di avanzamento al 31 dicembre 2006											
Presentazione stato di avanzamento al 31 dicembre 2006											





Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

**Progetti Ccm  
e altre interazioni sinergiche con il Pnp**

## Progetti Ccm e altre interazioni sinergiche

Con l'avvio del Piano nazionale della prevenzione è emersa da subito l'esigenza di creare un retroterra scientifico comune di supporto alle Regioni. In accordo con il proprio ordinamento, il Ccm ha quindi costituito diversi comitati scientifici e stipulato convenzioni con numerose strutture tecnico-operative con due obiettivi principali:

- ideare e redigere le linee operative per guidare la pianificazione regionale
- favorire la costituzione di partnership professionali che affiancassero le Regioni.

La tabella seguente mostra, per ciascuna linea del Piano, la struttura operativa coinvolta e l'organo di riferimento interno al Ccm.

linea del Piano	struttura operativa	organo Ccm
rischio cardiovascolare	reparto di Epidemiologia cardiovascolare (Istituto superiore di sanità)	comitato scientifico
<i>disease management</i> del diabete	reparto di Farmacoepidemiologia (Istituto superiore di sanità)	comitato scientifico
obesità		comitato scientifico
vaccinazioni		
screening oncologici	Osservatorio nazionale screening	gruppi di esperti della legge 138/2004
infortuni sul lavoro		comitato scientifico
incidenti stradali		comitato scientifico
incidenti domestici		comitato scientifico

In particolare, il Ccm si è impegnato a garantire la coerenza tra diverse iniziative istituzionali che perseguono obiettivi simili, mirando a creare sinergie, evitare confusione e incertezze nelle Regioni.

Ad esempio, la legge 138 del 2004 (art. 2 bis) aveva destinato un finanziamento e un intervento speciale agli screening oncologici; era stato previsto che, per accedere ai finanziamenti, le Regioni avrebbero dovuto presentare progetti finalizzati. Il Ccm ha integrato questa iniziativa al Piano nazionale della prevenzione, in modo che gli adempimenti necessari coincidessero. Un altro esempio è costituito dal Piano di eradicazione del morbillo e della rosolia congenita, che è stato integralmente inserito nel Piano della prevenzione.

Uno dei rischi più forti era che tutto lo sforzo si riducesse a uno scambio di documenti tra ministero della Salute e Regioni. Per evitare una sterile burocratizzazione, il Ccm ha sviluppato un insieme di progetti finalizzati ad alimentare il Piano della prevenzione: in questo modo si è consentito ad altre forze, come centri di ricerca, organismi professionali e istituzioni che operano nel campo della sanità pubblica, di accomunare i propri sforzi. L'impegno del Ccm e dei centri collaboratori è stato piuttosto consistente in quantità e qualità, come descritto nelle tabelle seguenti, in cui sono riportati progetti, obiettivi e partner istituzionali per ciascuna linea del Piano.

# Pnp e altri progetti Ccm

## rischio cardiovascolare

titolo del progetto	partner	inizio	fine	attività e obiettivi del progetto
Progetto Cuore. Anno finanziario 2004	Istituto superiore di sanità	dicembre 2005	maggio 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ diffusione carta del rischio cardiovascolare</li> <li>▪ Piano nazionale di formazione</li> </ul>
	Agenzia italiana del farmaco	ottobre 2005	luglio 2007	
	Società italiana di medicina generale	ottobre 2005	dicembre 2006	
Progetto Cuore-Epidemiologia e prevenzione delle malattie cardio e cerebrovascolari. Anno finanziario 2005-2006	Istituto superiore di sanità	marzo 2007	marzo 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aggiornamento del software</li> <li>▪ sostegno alle Regioni nella formazione</li> <li>▪ implementazione progetti regionali</li> </ul>
	Istituto superiore di sanità	marzo 2007	marzo 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ continuità assistenziale sul territorio:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ lettera di dimissione</li> <li>▸ Piano nazionale di formazione</li> <li>▸ <i>disease management</i> dello scompenso cardiaco</li> </ul> </li> <li>▪ sorveglianza:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▸ registri accidenti cardiovascolari</li> <li>▸ Osservatorio epidemiologico cardiovascolare</li> </ul> </li> </ul>
	Agenzia sanitaria regionale Emilia Romagna	marzo 2007	marzo 2009	progetto di un piano di formazione per la prevenzione secondaria di accidenti cerebrovascolari

## diabete

titolo del progetto	partner	inizio	fine	attività e obiettivi del progetto
Progetto Igea	Istituto superiore di sanità	gennaio 2006	gennaio 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ linee guida <i>disease management</i> diabete</li> <li>▪ Piano di formazione per la gestione integrata del diabete</li> <li>▪ organizzazione convegni annuali sulla gestione integrata del diabete</li> <li>▪ valutazione criticità gestione integrata del paziente diabetico</li> <li>▪ sito web dedicato alla gestione integrata del diabete rivolto ai professionisti e ai pazienti</li> <li>▪ sostegno alla <i>task force</i> per lo sviluppo di sistemi informatici per la gestione integrata del diabete</li> </ul>

## obesità

titolo del progetto	partner	inizio	fine	attività e obiettivi del progetto
Azioni per una vita in salute	Regione Emilia Romagna	marzo 2007	marzo 2009	ridurre il sovrappeso nella popolazione in Italia attraverso l'aumento della percentuale di persone che svolgono una regolare attività fisica e adottano una corretta alimentazione
Buone pratiche per l'alimentazione e l'attività fisica in età prescolare: promozione e sorveglianza	Regione Friuli Venezia Giulia	marzo 2007	marzo 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ promuovere allattamento al seno e alimentazione complementare</li> <li>■ transizione verso una sana dieta familiare e un'attività fisica in età prescolare (0-5 anni) con misure di sorveglianza e collaborazione intersettoriale</li> </ul>
Programmi efficaci per la prevenzione dell'obesità: il contributo dei Sian	Regione Toscana	novembre 2006	novembre 2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ migliorare la capacità dei Sian nel programmare e realizzare interventi efficaci nel campo della prevenzione della obesità</li> <li>■ implementazione network dei Sian</li> </ul>
Progetto esperienze locali di intersettorialità per favorire comportamenti salutari nella popolazione	Formez	marzo 2007	marzo 2009	individuare, valorizzare e favorire l'estensione delle migliori esperienze locali di prevenzione sul territorio, realizzate o in realizzazione, basate sull'interconnessione tra le varie componenti e sulla cooperazione tra istituzioni pubbliche in sintonia con la strategia "Guadagnare salute"
La comunità dei promotori per la prevenzione alimentare e contro la sedentarietà	Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori Istituto superiore di sanità	marzo 2007	marzo 2009	promuovere la collaborazione tra sanità pubblica, mondo della ricerca e organizzazioni di cittadini per attivare strategie contro l'obesità, con diffusione dell'informazione scientifica e la promozione di una cultura per la prevenzione
Sistema di indagini sui rischi comportamentali nei ragazzi	Istituto superiore di sanità	marzo 2007	marzo 2009	attività di sorveglianza nutrizionale e indagine sui rischi comportamentali nei bambini e negli adolescenti

# Pnp e altri progetti Ccm

## screening oncologici

titolo del progetto	partner	attività e obiettivi del progetto
Piano screening in applicazione della legge 138/2004		modalità di impiego del finanziamento di 52 milioni di euro
linee operative	Osservatorio nazionale screening	linee di indirizzo per la progettazione dei programmi di screening
monitoraggio	Osservatorio nazionale screening	monitoraggio estensione e adesione della popolazione agli screening
aggiornamento delle raccomandazioni per organizzare i programmi di screening	esperti + Osservatorio nazionale screening	nuove raccomandazioni per l'organizzazione degli screening
comunicazione agli individui e comunicazione di massa	Poste Italiane Lilt	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ invio degli inviti alla popolazione target</li> <li>■ informazione e propaganda</li> </ul>
ricerca	diversi centri	ricerca sul miglioramento dei test e metodi di screening
Decreto del ministro della Salute d'intesa con le Regioni		trasferimento dei fondi 2005 e 2006 a seguito del raggiungimento degli obiettivi
<i>Datawarehouse</i>	Osservatorio nazionale screening	Sperimentazione di un monitoraggio informatizzato
Web Screening	Osservatorio nazionale screening	progettazione di un sito web per gli screening oncologici
Progetto Regioni meridionali	Regione Basilicata	individuazione dei problemi specifici delle Regioni meridionali

## vaccinazioni

titolo del progetto	partner	inizio	fine	attività e obiettivi del progetto
Sorveglianza epidemiologica delle malattie prevenibili con vaccinazioni e rinforzo del Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita	Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute - Reparto malattie infettive	ottobre 2005	ottobre 2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ stimare i tassi di incidenza di pertosse, morbillo, rosolia, parotite epidemica e varicella in età pediatrica (0-14 anni di età), per fascia di età ed area geografica</li> <li>■ ottenere gli indicatori di processo e di esito del Piano nazionale di eliminazione del morbillo e rosolia congenita</li> </ul>
Sorveglianza di laboratorio delle malattie prevenibili con vaccinazione e rinforzo del Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita	Loredana Nicoletti	ottobre 2007	ottobre 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ indagare con appropriate indagini di laboratorio i casi sospetti di morbillo, rosolia in gravidanza e rosolia congenita</li> <li>■ descrivere l'epidemiologia delle meningiti batteriche e di altre malattie batteriche invasive, per agente eziologico area geografica, fascia di età e stato vaccinale</li> </ul>

## infortuni sul lavoro

titolo del progetto	partner	inizio	fine	attività e obiettivi del progetto
Infortuni mortali sul lavoro: condivisione del patrimonio informativo dei dipartimenti di Prevenzione, a livello nazionale	Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro	settembre 2006	settembre 2008	monitoraggio infortuni: miglioramento della capacità di controllo e analisi degli infortuni gravi da parte dei dipartimenti di Prevenzione, con interventi sostenibili e condivisione delle informazioni raccolte per la sorveglianza nazionale
Lavoro e salute: sistema informativo integrato per la sorveglianza degli infortuni da lavoro	Regione Piemonte	ottobre 2005	ottobre 2007	attivazione di un sistema di sorveglianza degli infortuni basato sul collegamento di fonti informative correnti: dati su storia lavorativa e sui problemi di salute per stimare il rischio infortunistico
Gli infortuni mortali sul lavoro: efficacia degli interventi	Ausl 10 Firenze	luglio 2006	luglio 2008	censire le esperienze esistenti e valutare l'efficacia delle azioni di prevenzione intraprese per individuare le migliori pratiche

## incidenti domestici e stradali

titolo del progetto	partner	inizio	fine	attività e obiettivi del progetto
Sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali e domestici	Regioni	marzo 2007	marzo 2009	<p>coordinare e sostenere l'avvio dei Piani regionali di prevenzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ realizzare un percorso "formativo" pragmatico che fornisca ai partecipanti protocolli di attività e capacità progettuali</li> <li>▪ offrire assistenza e affiancamento alla programmazione regionale</li> </ul>

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

## Qualità della pianificazione regionale



# qualità della pianificazione

- **Questo documento vuole fornire una valutazione della qualità della progettazione regionale** nell'ambito del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 e della sua congruenza rispetto alle indicazioni fornite dal Ccm. L'obiettivo è fotografare la fase iniziale delle attività, rappresentata dalle linee operative prodotte dal Ccm e dai progetti presentati dalle Regioni.
- **La valutazione riguarda tanto le Regioni quanto il Ccm:** non solo la capacità delle Regioni di progettare in questo specifico contesto, ma anche come e quanto il Ccm è in grado di coordinare le attività e di valutare tutte le fasi del Piano.
- **La capacità di elaborare un progetto è un prerequisito per lo sviluppo del Piano:** la valutazione serve quindi per mettere in luce eventuali difficoltà nella progettazione che possano diventare un ostacolo strutturale nelle fasi successive.
- **La valutazione è stata effettuata a posteriori,** sulla base di criteri qualitativi (chiedendosi, per esempio, se un obiettivo è chiaro e pertinente) e di giudizi soggettivi espressi dai responsabili di ciascuna linea operativa all'interno del Ccm. Ciononostante, rimane una componente irrinunciabile dello sviluppo del Piano stesso.
- **I risultati della valutazione non verranno utilizzati ai fini della certificazione del Piano** che, per l'anno 2006, si baserà sulla valutazione dello scostamento tra quanto programmato e quanto realizzato.
- Il bilancio attuale è che tutti i professionisti impegnati a portare avanti il Piano nazionale della prevenzione, sia all'interno del Ccm sia nelle Regioni, **hanno bisogno di migliorare e uniformare le metodologie e gli strumenti con cui hanno progettato finora.**
- **Nasce perciò la proposta di rinnovare il Piano per il triennio 2008-2010,** a seguito di una fase preparatoria da sviluppare nel corso del 2007.

## 1. Il contesto

### 1.1 Obiettivi della valutazione

Questo documento descrive la metodologia e i risultati della valutazione della progettazione regionale nell'ambito del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007, effettuata dal Ccm in accordo con il suo mandato normativo (Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005).

Viene presentato lo stato dell'arte della progettazione a dicembre 2006. Per ogni Regione e per ciascuna area di intervento del Piano, il Ccm ha analizzato e valutato i piani regionali, i progetti esecutivi e i cronoprogrammi. La valutazione è essenzialmente finalizzata a:

- delineare un quadro di insieme della qualità della progettazione regionale nell'ambito del Piano, valutando:
  - la qualità della progettazione, le principali criticità, le esperienze migliori e quelle che necessitano di un maggior sostegno
  - l'aderenza dei progetti alle linee operative definite dal Ccm
  - la coerenza dei progetti rispetto a standard minimi, secondo l'approccio del *project management*
- fornire elementi utili per gli orientamenti futuri del Piano.

Il secondo obiettivo è particolarmente importante, dal momento che il Piano si sta connotando sempre di più come un percorso di sviluppo che si costruisce ed evolve in corso d'opera. Finora sono emerse alcune difficoltà, legate per lo più a carenze nelle capacità di progettazione, monitoraggio e valutazione, a livello sia centrale che regionale. Questo rappresenta per certi versi un limite, per altri un'opportunità. Infatti, essendo ormai avviato il processo di gestione del Piano, con scadenze fissate dall'Intesa per la certificazione, non è possibile proporre una rivisitazione radicale dei piani regionali: la valutazione, quindi, è più funzionale a una presa di coscienza dei limiti e delle potenzialità dei piani attuali. D'altro canto, questo percorso è caratterizzato da un processo parallelo, più lento e meno sistematico, di crescita culturale, che si alimenta anche di esperienze esterne alla gestione del Piano: ogni criticità può quindi diventare uno stimolo al miglioramento che, se non verrà totalmente utilizzato nell'impianto attuale del Piano, potrà comunque intervenire a posteriori come indicazione mirata alla definizione della strategia futura.

Infatti, il Piano ha obiettivi estremamente ambiziosi, sia nei contenuti che nel metodo di lavoro. Per i contenuti, il sistema sanitario deve misurarsi con problematiche come l'obesità o gli incidenti stradali, che richiedono approcci di popolazione e politiche intersettoriali, obbligando le Aziende sanitarie a "giocare fuori casa", con approcci innovativi. In altri casi, come per il rischio cardiovascolare, il Piano obbliga le Regioni a governare processi estremamente frammentati. In altri su cui l'esperienza è più avanzata, come le vaccinazioni e gli screening, viene messa in gioco la capacità di creare team interdisciplinari e interventi di miglioramento della qualità. In altre parole, il Piano, ponendo giustamente l'enfasi sui problemi di salute attuali, comporta un rinnovamento delle attività e dei servizi di prevenzione. D'altro canto, sul piano delle modalità di lavoro, la sfida riguarda la capacità di progettazione degli staff regionali, di supervisione e coordinamento da parte del ministero della Salute e, per tutti, di gestire il conflitto potenziale o latente tra autonomia regionale e necessità di integrazione.

È evidente quindi che l'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 ha individuato quelle che attualmente sono le priorità per la prevenzione, fornendo al sistema sanitario un orientamento sul lungo periodo. In questo modo si potranno non solo ridefinire le priorità, ma anche individuare obiettivi unificanti e utilizzare la pianificazione come metodo e il Ccm come strumento per il coordinamento, in uno sforzo destinato a durare ben oltre l'orizzonte dei tre anni.

In questa prospettiva, questo documento riconsidera le modalità di lavoro per progetti, così come finora sono state attuate, e prepara un modello di riferimento rinnovato per riproporre il Piano nel triennio 2008-2010.

### 1.2 Le aree di intervento e le linee operative

La valutazione del Piano ha per oggetto la progettazione, da parte delle Regioni, di interventi in ciascuna delle quattro aree indicate dall'Intesa. Le aree si articolano in 13 linee progettuali ([prospetto 1](#)), per un totale di oltre 200 progetti valutati dal Ccm.

*Prospetto 1. Aree di intervento e linee progettuali del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007*

area di intervento	linea progettuale
prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria	diffusione carta del rischio cardiovascolare
	contrasto all'obesità
	gestione integrata del diabete
	prevenzione delle recidive degli accidenti cardiovascolari
screening oncologici	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
	attuazione del Piano nazionale vaccini e del Piano eliminazione morbillo e rosolia congenita
	miglioramento dell'offerta vaccinale a gruppi di popolazione vulnerabili
	miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale

Per ogni linea progettuale, le Regioni hanno prodotto un piano, seguendo le linee operative del Ccm, pensate come guida alla progettazione, contenenti sia elementi formali (una traccia alla stesura di un piano) sia indicazioni di contenuto: linee di attività, modalità di azione, ambiti di applicazione a cui le Regioni avrebbero dovuto attenersi per pianificare e attuare interventi efficaci, anche sulla base di evidenze scientifiche o di esperienze di successo consolidate. Le linee operative sono state elaborate dal Ccm in due tempi (maggio e ottobre 2005): anche i piani regionali sono stati quindi resi disponibili in tempi diversi e classificati in due categorie: piani relativi alla prima e alla seconda parte delle linee operative ([prospetto 2](#)).

*Prospetto 2. Classificazione delle linee progettuali del Piano in base alle linee operative elaborate dal Ccm*

suddivisione delle linee operative	area di intervento	linea progettuale
prima parte delle linee operative	prevenzione cardiovascolare primaria	diffusione carta del rischio cardiovascolare
		gestione integrata del diabete
	screening oncologici	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
	vaccinazioni	costruzione della gestione informatizzata delle anagrafi vaccinali
		attuazione del Piano nazionale vaccini e del Piano eliminazione morbillo e rosolia congenita
miglioramento offerta vaccinale a gruppi di popolazione vulnerabile		
miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale		
seconda parte delle linee operative	prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria	contrasto all'obesità
		prevenzione delle recidive degli accidenti cardiovascolari
	incidenti	prevenzione degli infortuni sul lavoro
		prevenzione degli incidenti stradali
		prevenzione degli incidenti domestici

Le linee operative sono risultate molto eterogenee tra loro, proprio perché sono finalizzate a orientare la progettazione in aree estremamente diverse. Alcune aree, infatti, sono caratterizzate da un livello di partenza ben più evoluto rispetto ad altre, o da una minore complessità nell'individuazione degli obiettivi e delle corrispondenti azioni: basti pensare, per esempio, a interventi di lunga tradizione come gli screening e le vaccinazioni e, per contro, a quelli più innovativi come la prevenzione dell'obesità e degli incidenti.

Inoltre, sebbene l'Intesa faccia esplicito riferimento a tecniche tipiche della gestione per progetti (come il cronoprogramma), di fatto non è stato adottato un modello logico-concettuale generale, sul tipo della gestione per progetti. In sostanza, pur rappresentando una guida alla pianificazione per ciascuna area di intervento, data la variabilità tra Regioni le linee operative hanno fornito solo limitate indicazioni metodologiche per la progettazione, come per esempio il cronoprogramma.

### 1.3 Gli adempimenti per il 2005

Per ottenere la certificazione relativa all'anno 2005, le Regioni dovevano presentare entro il 31 dicembre 2005 i piani relativi agli obiettivi per cui le linee operative erano state rilasciate nel giugno 2005, ovvero: diffusione della carta del rischio cardiovascolare, gestione integrata del diabete, vaccinazioni, screening del cancro della cervice uterina, screening del cancro della mammella, screening del cancro del colon retto.

Per quanto riguarda gli obiettivi per i quali le linee operative erano state rilasciate a ottobre 2005 (obesità, prevenzione delle recidive degli incidenti cardiovascolari e incidenti), la scadenza per la presentazione dei piani è stata fissata al 31 luglio 2006.

Tutte le Regioni hanno raggiunto l'adempimento e hanno quindi ottenuto la certificazione 2005. Nel luglio del 2006, come da mandato normativo (art. 12 dell'Intesa), il Ccm ha prodotto la certificazione e l'ha comunicata alle Regioni e al Tavolo degli adempimenti. Contestualmente, le Regioni hanno rielaborato i piani per tradurli in progetti esecutivi, corredati di cronoprogramma. Il progetto esecutivo consiste sostanzialmente in una ridefinizione, concordata tra Ccm e Regioni, del piano iniziale, finalizzata al suo miglioramento in termini di realismo, coerenza interna, aspetti operativi utili alla valutazione. Il cronoprogramma è invece lo strumento che l'Intesa ha individuato per la gestione del Piano, cioè per la programmazione operativa e il monitoraggio *in itinere* dei piani. Tutte le Regioni sono quindi tenute a predisporre il cronoprogramma e il Ccm deve utilizzarlo come strumento di monitoraggio e valutazione. Al contrario, non tutte le Regioni hanno predisposto il progetto esecutivo: in alcuni casi, infatti, i piani iniziali erano già sufficientemente strutturati o necessitavano solo di alcune integrazioni. In aderenza al proprio ruolo di assistenza tecnica alle Regioni conferitogli dall'Intesa, il Ccm ha fornito indicazioni in merito durante i vari incontri e contatti con i referenti regionali.

### 1.4 Gli adempimenti per il 2006

Nel corso del 2006 è stato portato a termine il processo di pianificazione. Le Regioni hanno cioè prodotto un piano per tutte le 13 linee progettuali, generalmente riformulato o integrato da un progetto esecutivo e corredato di cronoprogramma. Ai fini della certificazione per l'anno 2006, il Ccm dovrà effettuare il monitoraggio dell'avanzamento dei piani, valutandone lo stato di realizzazione al 31 dicembre 2006, così come risulta dai cronoprogrammi aggiornati a quella data.

## 2. La valutazione

### 2.1 La metodologia

Per ciascuna linea progettuale sono state effettuate una valutazione formale e una valutazione di qualità su progetto esecutivo (o piano in assenza del progetto esecutivo) e cronoprogramma. Lo strumento utilizzato rappresenta un compromesso tra la necessità di far emergere un quadro generale e sintetico della qualità della progettazione e quella di essere sufficientemente analitico e sensibile alle differenze riscontrate tra Regioni e linee progettuali.

#### 2.1.1. Valutazione dei progetti esecutivi

La griglia di valutazione dei progetti esecutivi è illustrata nel [prospetto 3](#). Per ciascuno dei progetti è stata effettuata:

- una valutazione di aderenza alle linee operative: obiettivo di questa valutazione è verificare se e quanto il progetto aderisce, nella struttura e nei contenuti, alle indicazioni fornite dal Ccm attraverso le linee operative<sup>1</sup>
- una valutazione formale: in questo caso lo scopo è verificare la presenza o assenza di quegli elementi che, secondo la teoria della progettazione, costituiscono il nucleo essenziale di un progetto di qualità, ovvero:
  - ▶ l'individuazione del problema e del contesto
  - ▶ la definizione di obiettivi specifici
  - ▶ la definizione di un piano operativo
  - ▶ la definizione di un piano di valutazione dei risultati
- una valutazione di qualità: questa valutazione è finalizzata a verificare se e quanto i quattro elementi sopracitati aderiscono nei contenuti a quello che, secondo la teoria della progettazione, è lo standard minimo di qualità di un progetto. Questo standard è rappresentato da un insieme di requisiti, come per esempio chiarezza e documentabilità di problema e contesto, pertinenza e misurabilità degli obiettivi specifici, ecc
- una valutazione complessiva: questa valutazione sintetizza in un punteggio complessivo i risultati delle tre precedenti valutazioni.

Le scale di valore utilizzate per misurare i criteri e quindi assegnare punteggi sono diverse:

- nella valutazione formale è stata adottata, per ciascun criterio, una scala a due punteggi: 1 (positivo) se il criterio è presente, 0 (negativo) se assente
- nella valutazione di aderenza e di qualità è stata adottata, per ciascun criterio, una scala a 3 valori: 2 (positivo), 1 (parzialmente positivo) e 0 (negativo) a seconda che l'aderenza al criterio sia totale, parziale o del tutto assente
- nella valutazione complessiva è stata adottata una scala a 6 valori, a ciascuno dei quali è associato un giudizio finale, come segue:

▶ <50	non adeguato	} adeguati
▶ 50-59	quasi adeguato	
▶ 60-69	sufficiente	
▶ 70-79	discreto	
▶ 80-89	buono	
▶ 90-100	ottimo.	

<sup>1</sup> Pur avendo elementi comuni, le linee operative sono tra loro diverse in quanto tarate sulla specifica area di intervento (rischio cardiovascolare, screening, obesità, ecc). Pertanto l'aderenza dei progetti alle linee operative può essere misurata rispetto a:

- i contenuti del progetto, cioè la tipologia di intervento pianificata rispetto a quelle raccomandate
- la struttura del progetto, cioè lo schema di progettazione adottato rispetto a quello suggerito.

Il primo criterio (aderenza ai contenuti) è comunque prioritario rispetto al secondo, in quanto non più rettificabile. Infatti, mentre il progetto può essere migliorato da un punto di vista formale attraverso il cronoprogramma, per esempio ridefinendo le attività o inserendone delle nuove, non è più possibile fare altrettanto se la linea progettuale seguita è completamente incongruente con quanto richiesto (per esempio se, nell'area "prevenzione obesità", la Regione ha pianificato solo interventi nel campo delle cure primarie a fronte di una possibilità di scelta tra le dieci linee di intervento suggerite nel campo della prevenzione primaria), poiché la fase di pianificazione si è conclusa con l'eventuale consegna dei progetti esecutivi.

Ciascuna delle tre valutazioni (di aderenza, formale, di qualità) produce quindi un punteggio che contribuisce alla valutazione complessiva. Questo contributo avviene però con pesi diversi (vedi [prospetto 3](#)): si è ritenuto opportuno, infatti, che la valutazione di qualità e quella di aderenza alle linee operative pesassero di più di quella formale.

Alla base di questa scelta c'è l'idea di voler enfatizzare gli aspetti qualitativi della progettazione, valorizzando quelli che dovrebbero essere i passaggi fondamentali del processo logico che porta all'ideazione di un intervento e alla stesura di un progetto: l'identificazione e la descrizione del problema, la progettazione della soluzione attraverso la definizione degli obiettivi, l'individuazione delle attività necessarie al raggiungimento di questi obiettivi, l'identificazione delle modalità di monitoraggio e valutazione dei risultati.

D'altro canto, poiché questo processo logico non è in contrasto con le indicazioni fornite dalle linee operative, il cui valore aggiunto è quello di aver suggerito non solo elementi di forma, ma anche un orientamento dell'azione verso gli interventi di maggiore efficacia, si è deciso di dare un certo rilievo all'aderenza o, per contro, alla totale incoerenza dei progetti rispetto alle linee operative.

*Prospetto 3. Griglia di valutazione dei progetti esecutivi*

A) valutazione di aderenza alle linee operative				
obiettivo della valutazione	criterio di valutazione	misura del criterio		
		punteggio	peso	punteggio ponderato
valutare se il progetto è compatibile con le linee operative dal punto di vista dei contenuti e, secondariamente, della struttura	aderenza del progetto alle indicazioni fornite nelle linee operative elaborate dal Ccm	2	<b>positivo:</b> i contenuti e la struttura del progetto sono sostanzialmente coerenti con le linee operative	30
		1	<b>parzialmente positivo:</b> c'è una coerenza sostanziale nei contenuti ma non nella struttura del progetto	15
		0	<b>negativo:</b> il progetto è totalmente incoerente nei contenuti, anche a fronte di una struttura rispondente alle linee operative	0

B) valutazione formale				
obiettivo della valutazione	criterio di valutazione	misura del criterio		
		punteggio	peso	punteggio ponderato
verificare la presenza o assenza degli elementi che compongono uno standard minimo di progettazione	problema e contesto	1	<b>positivo:</b> presente	4
		0	<b>negativo:</b> assente	0
	obiettivi specifici	1	<b>positivo:</b> presente	8
		0	<b>negativo:</b> assente	0
	piano operativo	1	<b>positivo:</b> presente	6
		0	<b>negativo:</b> assente	0
	modalità di monitoraggio e valutazione	1	<b>positivo:</b> presente	2
		0	<b>negativo:</b> assente	0

# la valutazione

C) valutazione di qualità					
obiettivo della valutazione	criterio di valutazione	misura del criterio			
		punteggio	peso	punteggio ponderato	
valutare la qualità del progetto rispetto a uno standard minimo di qualità della progettazione	problema e contesto	2	<b>positivo:</b> sono presenti tutti e tre i seguenti requisiti: <ul style="list-style-type: none"> <li>il problema viene enunciato in modo chiaro ed eventualmente tradotto in uno o più obiettivi generali</li> <li>il problema viene contestualizzato, cioè vengono presentati dati (e relative fonti) che documentano la dimensione del problema e gli eventuali interventi già in atto a livello regionale</li> <li>viene individuato l'ambito geografico o il target del progetto</li> </ul>	5	10
		1	<b>parzialmente positivo:</b> almeno uno dei suddetti requisiti è presente		5
		0	<b>negativo:</b> nessuno dei suddetti requisiti è presente		0
	obiettivi specifici	2	<b>positivo:</b> ciascun obiettivo specifico possiede tutti i seguenti requisiti: <ul style="list-style-type: none"> <li>chiaro e specifico: l'obiettivo è espresso in modo non generico e non ambiguo (cosa si vuole fare rispetto a chi o cosa)</li> <li>pertinente: l'obiettivo è coerente rispetto al problema</li> <li>valutabile: l'obiettivo individua un risultato atteso misurabile</li> </ul>	10	20
		1	<b>parzialmente positivo:</b> almeno un obiettivo specifico possiede tutti i suddetti requisiti		10
		0	<b>negativo:</b> nessuno degli obiettivi specifici presenta i suddetti requisiti		0
	piano operativo	2	<b>positivo:</b> le azioni che si intende attuare per affrontare il problema vengono elencate e descritte e riferite agli obiettivi specifici	7,5	15
		1	<b>parzialmente positivo :</b> le azioni che si intende attuare sono elencate ma totalmente o parzialmente non descritte o non riferite a obiettivi specifici		7,5
		0	<b>negativo:</b> è totalmente assente l'individuazione delle azioni che si intende attuare		0
	modalità di monitoraggio e valutazione	2	<b>positivo:</b> le modalità di monitoraggio e valutazione del progetto sono descritte e vengono identificati e definiti gli indicatori necessari a misurare i risultati o il processo	2,5	5
		1	<b>parzialmente positivo:</b> le modalità di monitoraggio e valutazione del progetto sono descritte genericamente, senza una chiara definizione degli indicatori		2,5
		0	<b>negativo:</b> è totalmente assente la definizione delle modalità di monitoraggio e valutazione		0

Anche le singole componenti della valutazione formale e di quella di qualità sono state pesate diversamente, per quanto tutte facciano parte integrante di uno standard minimo: l'individuazione di obiettivi specifici è considerata prioritaria rispetto alla definizione del piano operativo e questa, a sua volta, è più rilevante rispetto alla descrizione del problema e del contesto e alla definizione delle modalità di monitoraggio e valutazione dei risultati (vedi [prospetto 3](#)).

Il calcolo dei punteggi per ciascuna valutazione è esemplificato nella [tabella 1](#).

*Tabella 1. Esempio di applicazione della griglia di valutazione dei progetti esecutivi*

Regione	valutazione di aderenza alle linee operative		valutazione formale					valutazione di qualità				
	aderenza del progetto alle indicazioni fornite nelle linee operative Ccm (a)	punteggio totale (a)	problema e contesto (b)	obiettivi specifici (c)	piano operativo (d)	modalità di monitoraggio e valutazione (e)	punteggio totale (b)*p1+(c)*p2+(d)*p3+(e)*p4	problema e contesto (f)	obiettivi specifici (g)	piano operativo (h)	modalità di monitoraggio e valutazione (i)	punteggio totale (f)*p5+(g)*p6+(h)*p7+(i)*p8
Regione 1	2	2x15=30	1	1	1	1	1x4+1x8+1x6+1x2=20	2	2	2	2	2x5+2x10+2x7,5+2x2,5=50
Regione 2	1	1x15=15	0	0	1	1	0x4+0x8+1x6+1x2=8	0	0	2	2	0x5+0x10+2x7,5+2x2,5=20
...												
Regione n	0	0x15=0	1	1	1	0	1x4+1x8+1x6+0x2=18	1	2	2	0	1x5+2x10+2x7,5+0x2,5=40



Regione	valutazione complessiva		
	punteggio complessivo (somma dei punteggi totali delle tre valutazioni) il punteggio complessivo può variare tra 0 e 100	giudizio finale	criticità rilevanti nella progettazione
Regione 1	30+20+50=100	ottimo	
Regione 2	15+8+20=43	non adeguato	
...			
Regione n	0+18+40=58	quasi adeguato	non aderente alle linee operative Ccm

## 2.1.2. Valutazione dei cronogrammi

La griglia adottata per la valutazione dei cronogrammi è illustrata nel [prospetto 4](#). Per ciascun cronogramma è stata effettuata:

- una valutazione formale: obiettivo di questa valutazione è verificare se il cronogramma soddisfa tutti e tre i seguenti criteri:
  - ▶ è disponibile
  - ▶ è aderente al modello fornito dal Ccm e illustrato nel [prospetto 5](#)
  - ▶ è completo, nella parte relativa alla pianificazione, di tutte le informazioni che sono ritenute necessarie per il successivo monitoraggio dello stato di avanzamento
- una valutazione di qualità: questa valutazione è finalizzata a verificare se e quanto il cronogramma aderisce, nei contenuti, a quello che, secondo la teoria della progettazione, è lo standard minimo di qualità di questo strumento, rappresentato dai seguenti requisiti: coerenza delle attività rispetto agli obiettivi specifici del progetto, coerenza logico-temporale delle attività, chiarezza dei traguardi e loro coerenza con le attività che li producono
- una valutazione complessiva: questa valutazione sintetizza in un giudizio finale i risultati della valutazione di qualità. La valutazione formale non influisce sulla valutazione complessiva.

Le scale di valore utilizzate per misurare i criteri e quindi assegnare punteggi sono binarie, sia per la valutazione formale sia per quella di qualità: si assegna cioè punteggio 0 o 1 a seconda che il criterio sia presente o assente. Anche la valutazione complessiva è di tipo dicotomico, come segue:

- <55          non adeguato
- ≥55          adeguato

Analogamente al progetto esecutivo, anche per il cronogramma i criteri che contribuiscono al punteggio complessivo vengono pesati diversamente (vedi [prospetto 4](#)). Il peso maggiore è attribuito alla coerenza delle attività pianificate rispetto agli obiettivi del progetto, perché se viene meno lo stesso cronogramma perde di valore come strumento per il monitoraggio dei progressi dei piani verso i risultati attesi. A sua volta, la coerenza logico temporale delle attività è considerata un elemento cruciale e prioritario rispetto all'individuazione di traguardi di processo chiari e misurabili. Il calcolo dei punteggi per ciascuna valutazione è esemplificato nella [tabella 2](#).

## 2.1.3. Le criticità rilevanti nella progettazione

Sono state infine enunciate le principali criticità della progettazione:

- per i progetti esecutivi la totale non aderenza, nei contenuti, alle linee operative elaborate dal Ccm
- per i cronogrammi, il mancato invio al Ccm oppure la disponibilità di un cronogramma che non è aderente al modello Ccm o è incompleto delle informazioni ritenute indispensabili ai fini del monitoraggio e della valutazione *in itinere*.

Entrambe le criticità sono significative. Nel primo caso, denotano le Regioni che hanno pianificato interventi totalmente diversi da quelli suggeriti a livello centrale e quindi, presumibilmente, non hanno appieno colto lo spirito dell'Intesa. Nel secondo caso, sono vincolanti ai fini della certificazione per l'anno 2006, che sarà basata proprio sulla valutazione dello stato di avanzamento dei piani, come risulta dai cronogrammi aderenti al modello Ccm e aggiornati al 31 dicembre 2006.

Prospetto 4. Griglia di valutazione dei cronoprogrammi (Cp)

A) valutazione formale		
criterio di valutazione	misura del criterio	
	punteggio	
disponibilità del Cp	1	<b>positivo:</b> il Cp è stato presentato entro la data fissata per il monitoraggio
	0	<b>negativo:</b> il Cp non è stato presentato entro la data fissata per il monitoraggio
aderenza del Cp al modello Ccm	1	<b>positivo:</b> il Cp adotta il modello Ccm cioè è rappresentato da una tabella contenente i seguenti campi: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pianificazione: codice attività, descrizione attività, peso % attività, data inizio prevista, data fine prevista, traguardo, vincoli o criticità</li> <li>▪ avanzamento: data inizio effettiva, data fine effettiva, valore rilevato del traguardo, note</li> </ul>
	0	<b>negativo:</b> il Cp non adotta il modello Ccm
completezza delle informazioni	1	<b>positivo:</b> sono compilati, nella parte relativa alla pianificazione, tutti i campi ritenuti essenziali ai fini del monitoraggio dell'avanzamento del piano, cioè: descrizione attività, peso %, data inizio prevista, data fine prevista, traguardo
	0	<b>negativo:</b> non sono compilati uno o più campi ritenuti essenziali

B) valutazione di qualità			
criterio di valutazione	misura del criterio		
	punteggio	Peso	Punteggio ponderato
coerenza delle attività rispetto agli obiettivi specifici del progetto	1	<b>positivo:</b> tutte le attività sono coerenti con gli obiettivi specifici del progetto	45
	0	<b>negativo:</b> una o più attività sono parzialmente o totalmente incoerenti con gli obiettivi specifici del progetto	0
coerenza logico-temporale delle attività	1	<b>positivo:</b> per tutte le attività, le date d'inizio e fine previste mostrano una corretta relazione logico-temporale fra le attività	35
	0	<b>negativo:</b> le date d'inizio e fine previste non mostrano per tutte le attività una corretta relazione logico-temporale	0
chiarezza dei traguardi e loro coerenza con le attività che li producono	1	<b>positivo:</b> tutti i traguardi sono coerenti con le relative attività e chiaramente identificati	20
	0	<b>negativo:</b> uno o più traguardi sono totalmente o parzialmente incoerenti con le relative attività o non chiaramente identificati	0

# la valutazione

Prospetto 5. Modello di cronoprogramma definito dal Ccm

titolo del progetto:										
linea progettuale:										
referente progetto: <i>nominativo e recapiti</i>										
cronoprogramma										
pianificazione							avanzamento			
codice attività	descrizione attività	peso % attività	data inizio prevista	data fine prevista	traguardo	vincoli o criticità	data inizio effettiva	data fine effettiva	valore rilevato del traguardo	note
1										
2										
...										
...										
...										
n										
		100%								

Tabella 2. Esempio di applicazione della griglia di valutazione dei cronoprogrammi

Regione	valutazione formale				valutazione di qualità			
	disponibilità del Cp (a)	aderenza del Cp al modello Ccm (b)	completezza delle informazioni (c)	punteggio totale (a)+(b)+(c)	coerenza delle attività rispetto agli obiettivi specifici del progetto (d)	coerenza logico-temporale delle attività (e)	chiarezza dei traguardi e loro coerenza con le attività che li producono (f)	punteggio totale (d)xp1+(e)xp2+(f)x p3
Regione 1	1	1	1	3	1	2	2	1x45+1x35+1x20=100
Regione 2	0	0	1	1	0	0	2	0x45+1x35+0x20=35
...								
Regione n	1	1	0	2	0	2	2	0x45+1x35+1x20=55



Regione	valutazione complessiva		
	punteggio complessivo (coincide con il punteggio totale della valutazione di qualità) il punteggio complessivo può variare tra 0 e 100	giudizio finale	criticità rilevanti nella progettazione
Regione 1	100	adeguato	
Regione 2	35	non adeguato	
...			
Regione n	55	adeguato	non disponibile o non aderente o incompleto rispetto al modello Ccm (quindi non utilizzabile ai fini della certificazione 2006)

## 2.2 I risultati

Le modalità di presentazione dei risultati della valutazione rispondono all'esigenza di:

- produrre una sintesi efficace, immediata e di facile lettura
- mantenere il dettaglio dell'analisi, ossia la possibilità di enucleare e interpretare le diverse componenti della valutazione
- consentire il confronto tra Regioni e tra linee progettuali, non solo per misurare la variabilità interna al Piano, ma anche e soprattutto per individuare gli aspetti specifici della progettazione (per esempio, per i progetti esecutivi la definizione degli obiettivi, piuttosto che l'analisi del contesto o l'individuazione delle azioni conseguenti agli obiettivi, ecc) che risultano più forti o più carenti e come questi aspetti si distribuiscono per Regione e per area di intervento.

Per ogni linea progettuale è stato quindi elaborato un breve resoconto contenente i seguenti elementi.

### 2.2.1. I risultati della valutazione dei progetti esecutivi

- Per ogni Regione, l'aderenza alle linee operative, la valutazione formale e la valutazione di qualità, quest'ultima con il dettaglio dei singoli criteri (problema e contesto, obiettivi specifici, piano operativo, modalità di monitoraggio e valutazione)
- un grafico a torta che aggrega le Regioni in base all'aderenza alle linee operative del Ccm, classificando i progetti in:
  - ▶ aderenti alle linee operative, se aderiscono parzialmente o totalmente
  - ▶ non aderenti alle linee operative, se si riscontra una totale assenza di aderenza
- un grafico a torta che aggrega le Regioni in base alla valutazione complessiva, risultante dalla combinazione delle tre valutazioni, classificando i progetti in:
  - ▶ non adeguati, se il punteggio complessivo è minore di 50
  - ▶ adeguati, se il punteggio complessivo varia tra 50 e 100:
    - quasi adeguati (50-59)
    - sufficienti (60-69)
    - discreti (70-79)
    - buoni (80-89)
    - ottimi (90-100).

### 2.2.2. I risultati della valutazione dei cronoprogrammi

- Per ogni Regione, la valutazione formale e la valutazione di qualità, entrambe con il dettaglio dei singoli criteri (per la prima: disponibilità, aderenza al modello Ccm, completezza delle informazioni; per la seconda: coerenza delle attività con gli obiettivi specifici, coerenza logico-temporale delle attività, chiarezza dei traguardi e loro coerenza con le attività)
- un grafico a torta che aggrega le Regioni in base all'aderenza alle indicazioni fornite dal Ccm, classificando i cronoprogrammi in:
  - ▶ non inviati, non aderenti o incompleti: se non erano disponibili presso il Ccm alla data della valutazione, se risultano parzialmente o totalmente non aderenti al modello di cronoprogramma definito dal Ccm o non includono tutte le informazioni ritenute necessarie per il successivo monitoraggio (per esempio, se manca l'indicazione del peso di ogni attività pianificata)
  - ▶ aderenti e completi, se disponibili, aderenti al modello Ccm e completi di tutte le informazioni necessarie al monitoraggio
- un grafico a torta che aggrega le Regioni in base alla valutazione della qualità dei cronoprogrammi pervenuti, classificandoli in:
  - ▶ adeguati, se il punteggio della valutazione di qualità è maggiore o uguale a 55
  - ▶ non adeguati: se il punteggio della valutazione di qualità è minore di 55.

Nel caso dei cronoprogrammi, la valutazione di qualità è indipendente da quella formale: tutti i cronoprogrammi pervenuti, anche quelli non aderenti o incompleti, sono stati infatti valutati per la qualità. Ciò non toglie che, come già detto, l'aderenza al modello e la completezza delle informazioni viene ritenuta fondamentale ai fini dell'adozione di criteri oggettivi e uniformi di valutazione dello stato di avanzamento dei progetti e quindi sarà vincolante per la certificazione 2006.

## 2.2.3. I commenti dei referenti di linea all'interno del Ccm

- Per ogni linea progettuale, una relazione sintetica finalizzata a guidare e integrare la lettura dei risultati della valutazione, contestualizzandoli rispetto al contesto e alle caratteristiche della specifica area in oggetto, evidenziando i punti di forza e le criticità e delineando un possibile scenario di futuro sviluppo del Piano.

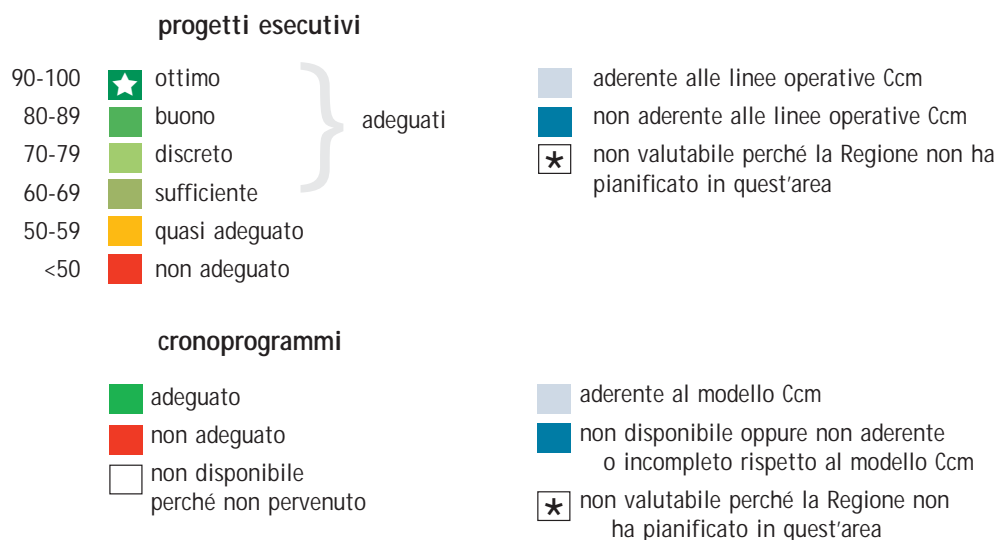
## 2.2.4. I risultati in sintesi

- Per tutte le linee progettuali, un quadro di insieme della qualità complessiva della progettazione, che mostra i giudizi finali dei progetti esecutivi (da non adeguati a ottimi) e dei cronoprogrammi (non adeguati, adeguati)
- per tutte le linee progettuali, la segnalazione di quegli elementi (non aderenza alle linee operative, non conformità al modello di cronoprogramma) che rappresentano possibili ostacoli a una gestione del Piano il più possibile coerente con i principi e gli obiettivi dell'Intesa e con le regole della certificazione, ma al tempo stesso mettono in luce l'esigenza di rafforzare il coordinamento e la condivisione tra livello centrale e Regioni.

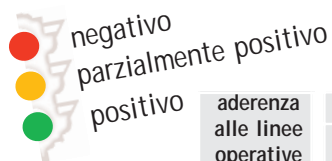
Alcune Regioni sono state escluse dalla valutazione, in quanto i progetti non sono stati presentati oppure si limitano a una descrizione di programmi già da tempo attivi e per i quali non sono stati pianificati nuovi interventi nell'ambito del Piano (è il caso della Liguria per lo screening mammografico e della Valle d'Aosta per lo screening mammografico e cervicale e per gli incidenti stradali).

Alla elaborazione e analisi dei risultati ha partecipato il gruppo che, all'interno del Ccm, opera per la gestione e il coordinamento del Piano. Ogni responsabile di linea progettuale ha effettuato la valutazione e commentato i risultati, avvalendosi della propria esperienza e del proprio ruolo all'interno del processo di assistenza tecnica alle Regioni svolto dal Ccm.

Nelle prossime pagine sono illustrati, linea per linea, i risultati della valutazione di progetti esecutivi e cronoprogrammi, secondo la seguente legenda:

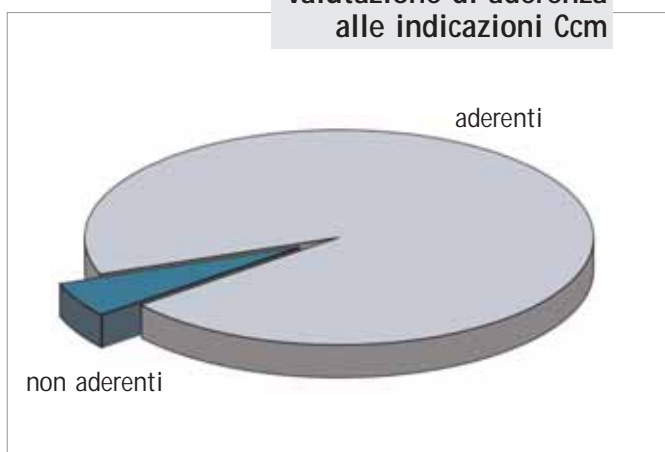


# carta rischio cardiovascolare

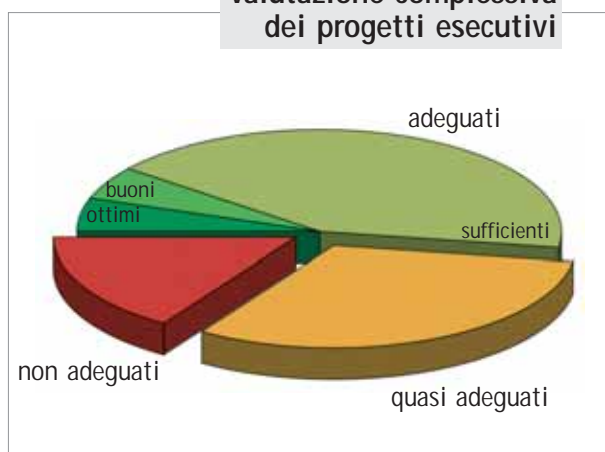


	aderenza alle linee operative	valutazione formale				valutazione di qualità			
		problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione	problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione
Piemonte	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo
Valle d'Aosta	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo
Lombardia	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Veneto	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo
Friuli Venezia Giulia	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo
Liguria	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Emilia Romagna	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Toscana	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	negativo	negativo	parzialmente positivo
Umbria	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo
Marche	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo
Lazio	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Abruzzo	parzialmente positivo	negativo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Molise	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Campania	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo
Puglia	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	negativo	negativo	negativo
Basilicata	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Calabria	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Sicilia	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo
Sardegna	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	positivo

valutazione di aderenza alle indicazioni Ccm



valutazione complessiva dei progetti esecutivi

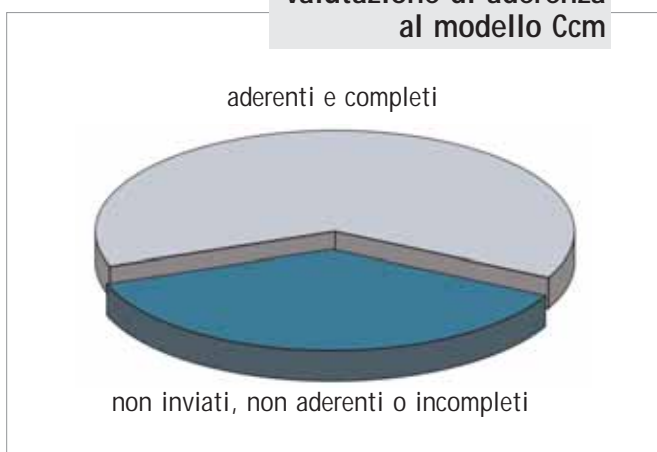


# carta rischio cardiovascolare



	valutazione formale			valutazione di qualità		
	disponibilità	aderenza al modello Ccm	completezza informazioni	coerenza attività con obiettivi specifici	coerenza logico-temporale attività	chiarezza traguardi e coerenza con attività
Piemonte	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	negativo
Valle d'Aosta	positivo	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo
Lombardia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Veneto	negativo					
Friuli Venezia Giulia	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	negativo
Liguria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Emilia Romagna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Toscana	negativo					
Umbria	positivo	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo
Marche	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Lazio	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo
Abruzzo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Molise	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Campania	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Puglia	positivo	positivo	negativo	negativo	positivo	negativo
Basilicata	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	negativo
Calabria	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo
Sicilia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo
Sardegna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo

valutazione di aderenza al modello Ccm

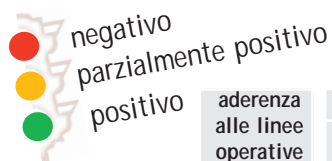


valutazione complessiva della qualità dei cronoprogrammi



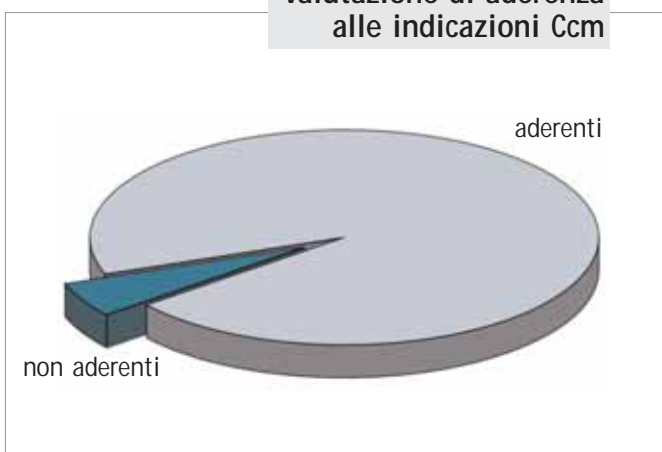
## i cronoprogrammi

# recidive cardiovascolari



	aderenza alle linee operative	valutazione formale				valutazione di qualità			
		problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione	problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione
Piemonte	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	negativo	negativo	negativo
Valle d'Aosta	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	negativo	negativo	negativo
Lombardia	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo	negativo
Veneto	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo
Friuli Venezia Giulia	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Liguria	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Emilia Romagna	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	positivo
Toscana	parzialmente positivo	positivo	positivo	negativo	negativo	parzialmente positivo	negativo	negativo	negativo
Umbria	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo
Marche	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	negativo	negativo	negativo
Lazio	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Abruzzo	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	negativo	negativo	negativo
Molise	parzialmente positivo	positivo	positivo	negativo	negativo	parzialmente positivo	negativo	negativo	negativo
Campania	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Puglia	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	parzialmente positivo	negativo	negativo	negativo
Basilicata	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Calabria	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	negativo	parzialmente positivo	negativo
Sicilia	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	parzialmente positivo	negativo	parzialmente positivo	negativo
Sardegna	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo	parzialmente positivo

valutazione di aderenza alle indicazioni Ccm



valutazione complessiva dei progetti esecutivi

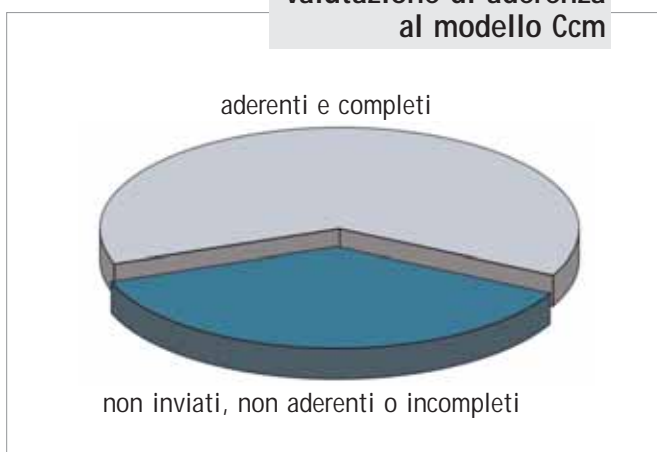


# recidive cardiovascolari



	valutazione formale			valutazione di qualità		
	disponibilità	aderenza al modello Ccm	completezza informazioni	coerenza attività con obiettivi specifici	coerenza logico-temporale attività	chiarezza traguardi e coerenza con attività
Piemonte	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	negativo
Valle d'Aosta	positivo	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo
Lombardia	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo
Veneto	negativo					
Friuli Venezia Giulia	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	negativo
Liguria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Emilia Romagna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Toscana	negativo					
Umbria	negativo					
Marche	negativo	positivo	positivo	negativo	negativo	negativo
Lazio	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Abruzzo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	negativo
Molise	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	negativo
Campania	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Puglia	positivo	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo
Basilicata	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo
Calabria	positivo	negativo	negativo	positivo	positivo	positivo
Sicilia	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	negativo
Sardegna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo

valutazione di aderenza al modello Ccm



valutazione complessiva della qualità dei cronoprogrammi



## i cronoprogrammi



# carta rischio e recidive cardiovascolari

## Contesto

Il Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 si interseca con l'attività già programmata dal Ccm nel 2004 che prevedeva attraverso il Progetto Cuore l'applicazione e la diffusione della carta del rischio cardiovascolare.

## Risultati

All'interno della prevenzione clinica, l'applicazione della carta del rischio, e ancor più la prevenzione delle recidive cardiovascolari, rappresentano un ambito di lavoro piuttosto complesso.

Infatti, alle differenti realtà regionali a cui si associano diversi livelli di sviluppo, bisogna aggiungere la difficoltà di dover fornire indicazioni anche nell'ambito delle organizzazioni territoriali e del sistema sanitario (Asl e ospedali).

Si è così deciso di fornire delle linee operative generali e di non entrare nel merito delle singole programmazioni regionali. Questa decisione, sebbene abbia favorito il dialogo e la partecipazione delle Regioni, ha comunque messo in evidenza le notevoli differenze organizzative e strutturali delle varie realtà e non ha permesso di intervenire in modo determinante su alcune problematiche.

Quasi tutte le Regioni hanno collaborato e si sono rese disponibili a intraprendere un percorso comune di interazione con il Ccm. Questa collaborazione sarà sicuramente utile e necessaria per lo sviluppo e la crescita dei progetti e, conseguentemente, della prevenzione.

Nonostante le carenze riscontrate all'interno delle due linee progettuali, non tutte da attribuire alle Regioni, sono stati ottenuti notevoli risultati tra gennaio 2006 e gennaio 2007:

- la sostanziale adesione da parte delle regioni alle linee operative previste dal Ccm
- la formazione di 2826 medici nell'ambito del Piano nazionale di formazione
- la diffusione del software della carta del rischio tra 11.500 medici di medicina generale.

Nell'ambito della prevenzione delle recidive, sarà cura del gruppo di lavoro del Ccm fornire alle regioni il supporto necessario (Piano nazionale della formazione e lettera di dimissione) per proseguire le attività previste dalle linee operative. Sulla base di questi risultati, il giudizio complessivo per le due linee progettuali è sostanzialmente positivo.

## Conclusioni e sviluppi

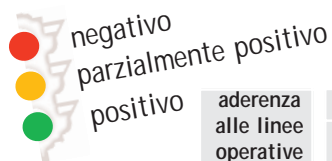
La valutazione dei progetti è stata sempre subordinata a un'ottica di sviluppo e di realizzazione pratica degli stessi.

Gli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione dovranno consentire a tutte le aree del Paese, in particolare a quelle meno avanzate, di migliorare l'offerta dei servizi di prevenzione utilizzando gradualità nella messa a regime degli interventi.

Questa prima fase progettuale, che si potrebbe definire sperimentale, ha comunque avviato un nuovo modo di lavorare e di collaborare tra istituzioni centrali e periferiche.

Il confronto e la partecipazione delle Regioni favorirà l'evoluzione e il miglioramento di un sistema necessario per lo sviluppo del Paese.

# gestione integrata diabete



	aderenza alle linee operative	valutazione formale				valutazione di qualità			
		problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione	problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione
Piemonte	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Valle d'Aosta	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Lombardia	parzialmente positivo	positivo	positivo	negativo	negativo	positivo	parzialmente positivo	negativo	negativo
Veneto	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Friuli Venezia Giulia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Liguria	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Emilia Romagna	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Toscana	parzialmente positivo	positivo	positivo	negativo	negativo	positivo	parzialmente positivo	negativo	negativo
Umbria	parzialmente positivo	positivo	positivo	negativo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo	negativo
Marche	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo	negativo
Lazio	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Abruzzo	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	positivo	parzialmente positivo
Molise	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Campania	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Puglia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	positivo
Basilicata	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Calabria	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Sicilia	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	parzialmente positivo	positivo	positivo	negativo
Sardegna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	positivo

valutazione di aderenza alle indicazioni Ccm



valutazione complessiva dei progetti esecutivi

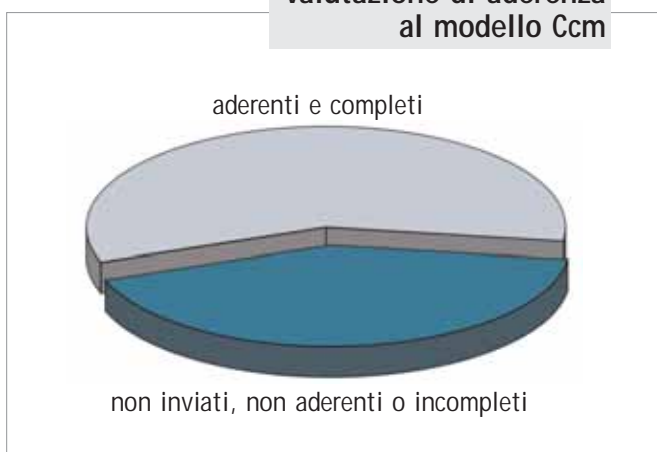


# gestione integrata diabete



	valutazione formale			valutazione di qualità		
	disponibilità	aderenza al modello Ccm	completezza informazioni	coerenza attività con obiettivi specifici	coerenza logico-temporale attività	chiarezza traguardi e coerenza con attività
Piemonte	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Valle d'Aosta	negativo					
Lombardia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo
Veneto	negativo					
Friuli Venezia Giulia	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo
Liguria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Emilia Romagna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Toscana	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo
Umbria	positivo	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo
Marche	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo
Lazio	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo
Abruzzo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo
Molise	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	negativo
Campania	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Puglia	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	negativo
Basilicata	positivo	negativo	negativo	positivo	positivo	negativo
Calabria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo
Sicilia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo
Sardegna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo

valutazione di aderenza al modello Ccm



valutazione complessiva della qualità dei cronoprogrammi



## i cronoprogrammi



# gestione integrata diabete

## Contesto

Il Pnp nasce nel 2005 e, come ad esempio per il cardiorischio, la prevenzione delle complicanze del diabete si innesta su un'attività già programmata dal Ccm nel 2004 che prevedeva una convenzione con l'Istituto superiore di sanità per la sperimentazione della gestione integrata della patologia (*disease management*) in alcune realtà territoriali (Progetto Igea - Integrazione, gestione e assistenza) e che aveva portato alla nomina di uno specifico sottocomitato scientifico. Di conseguenza, le linee operative per le Regioni, inviate nel giugno 2005, prendono origine dal Progetto Igea e ne ricalcano fedelmente l'impostazione.

Il progetto e il sottocomitato risentono a loro volta di questo cambio di strategia e si trasformano nell'impianto centrale del Pnp-diabete, con funzioni di coordinamento e assistenza tecnico-scientifica alle attività progettuali delle Regioni. A Igea sono ad esempio delegati compiti come la revisione delle linee guida sul *disease management*, la messa a punto di un Piano nazionale di formazione e la definizione dei requisiti dei sistemi informativi.

La grande maggioranza delle Regioni ha presentato il proprio progetto e il relativo cronoprogramma entro le date previste. La fase progettuale si è conclusa nel giugno 2006.

## Risultati

Come per altre linee del Pnp, anche i progetti di prevenzione delle complicanze del diabete risentono di una notevole variabilità interregionale e di differenti gradi di aderenza a quanto prescritto dal Ccm.

La qualità media della progettazione è discreta, con alcune punte di eccellenza e diverse situazioni di insufficienza. Questi livelli di qualità andranno comunque verificati in fase di attuazione dei progetti.

Non si è evidenziata la presenza di un gradiente qualitativo Nord-Sud; anzi, alcune delle situazioni più ambigue sono emerse proprio in Regioni del Centro-Nord. Va comunque considerato che la traccia offerta dal Progetto Igea forniva alle Regioni uno standard progettuale qualitativamente adeguato.

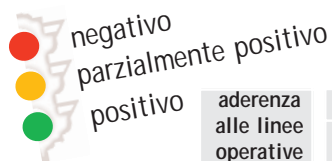
Alcune Regioni hanno, infine, dimostrato una scarsa volontà di aderenza sia alle linee operative, sia al modello di cronoprogramma messi a punto dal Ccm.

## Conclusioni e sviluppi

Le problematiche emerse andranno verificate in fase di attuazione. Non va, comunque, trascurato che la partecipazione al Piano nel suo complesso e anche per quel che riguarda lo specifico del diabete da parte delle Regioni è stata massiva.

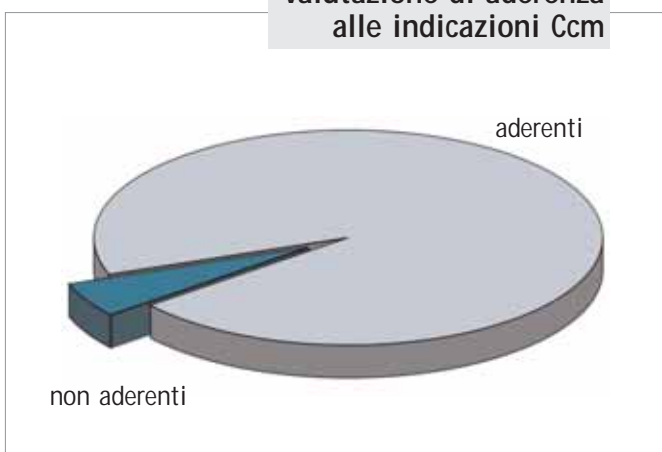
Le dinamiche attivate dal Piano, dove vengano messe a frutto le esperienze maturate in questa prima fase, potranno in futuro portare a un notevole miglioramento da un lato delle attività di prevenzione e assistenza, dall'altro delle capacità progettuali degli operatori coinvolti.

Uno sforzo particolare andrà fatto per coinvolgere in maniera più convinta e collaborativa alcune realtà regionali che potrebbero, per storia e tradizione, assumere un ruolo guida anche per quelle Regioni che invece stanno muovendo i primi passi in direzione di nuovi modelli organizzativi, più efficienti ed efficaci, cercando parallelamente di sviluppare delle proprie abilità programmatiche.

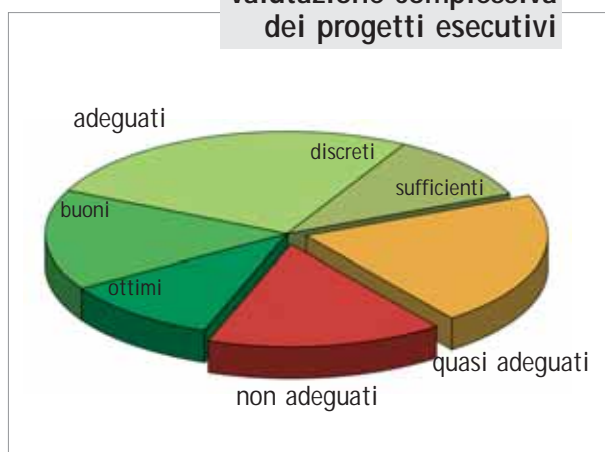


	aderenza alle linee operative	valutazione formale				valutazione di qualità			
		problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione	problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione
Piemonte	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	positivo	parzialmente positivo
Valle d'Aosta	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Lombardia	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Veneto	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Friuli Venezia Giulia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Liguria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	positivo
Emilia Romagna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Toscana	positivo	positivo	positivo	negativo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo
Umbria	negativo	positivo	positivo	positivo	negativo	parzialmente positivo	negativo	negativo	negativo
Marche	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Lazio	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Abruzzo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Molise	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo
Campania	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Puglia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Basilicata	parzialmente positivo	positivo	positivo	negativo	negativo	parzialmente positivo	negativo	negativo	negativo
Calabria	parzialmente positivo	positivo	positivo	negativo	negativo	parzialmente positivo	negativo	negativo	negativo
Sicilia	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo
Sardegna	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo

valutazione di aderenza alle indicazioni Ccm



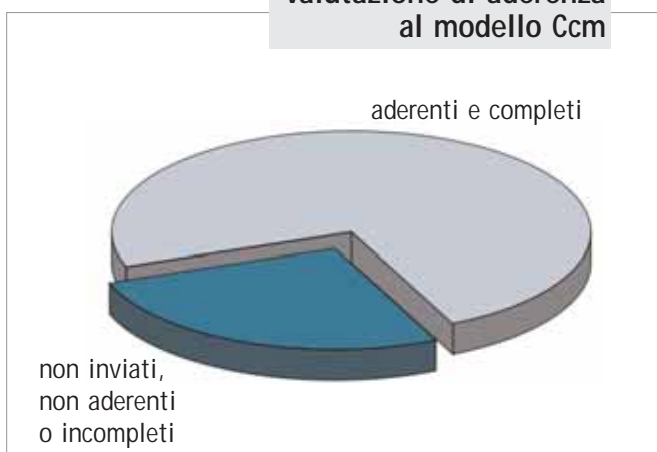
valutazione complessiva dei progetti esecutivi





	valutazione formale			valutazione di qualità		
	disponibilità	aderenza al modello Ccm	completezza informazioni	coerenza attività con obiettivi specifici	coerenza logico-temporale attività	chiarezza traguardi e coerenza con attività
Piemonte	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Valle d'Aosta	negativo					
Lombardia	positivo	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo
Veneto	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Friuli Venezia Giulia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Liguria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Emilia Romagna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Toscana	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Umbria	negativo					
Marche	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo
Lazio	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Abruzzo	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	negativo
Molise	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	negativo
Campania	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	negativo
Puglia	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	negativo
Basilicata	positivo	positivo	positivo	negativo	negativo	positivo
Calabria	positivo	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo
Sicilia	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	negativo
Sardegna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo

valutazione di aderenza al modello Ccm



valutazione complessiva della qualità dei cronoprogrammi



## i cronoprogrammi



## Contesto

Questa linea progettuale nasce nell'ambito della prevenzione delle malattie cardiovascolari e comprende tutte le azioni di contrasto all'obesità, riconosciuta come fattore di rischio non solo delle malattie cardiache, ma anche di altre malattie croniche come il diabete tipo 2, alcuni tipi di tumori, le malattie osteoarticolari.

La multifattorialità delle cause dell'insorgenza dell'obesità e, pertanto, la complessità degli interventi di prevenzione hanno spinto il Ccm a elaborare una "Strategia contro l'obesità" nella quale sono state individuate dieci linee di intervento generali. La strategia si rivolge a vari gruppi di popolazione (neonati, bambini in età scolare, anziani, ecc) e si applica in diversi ambiti (scuola, lavoro, tempo libero, ecc), indicati come fulcro per l'elaborazione dei Piani di prevenzione regionali. Infatti la lotta contro l'obesità si gioca con interventi coordinati e multisettoriali, coinvolgendo figure professionali e operatori di vari settori (sanità, istituzioni locali, scuola, distributori alimentari, associazioni sportive, ecc), così come consigliato e ribadito anche dai numerosi documenti elaborati a livello internazionale (Oms, Cdc, società scientifiche, ecc).

Nell'ottobre 2005 sono state messe a punto le linee operative per l'elaborazione formale dei progetti regionali (contestualizzazione, disegno del progetto, cronoprogramma, ecc), inviate alle Regioni assieme alla "Strategia contro l'obesità" per l'individuazione degli ambiti di azione. I relativi progetti esecutivi sono stati presentati dalle Regioni entro settembre 2006.

Inoltre, a supporto e a integrazione della progettazione regionale, il Ccm ha sostenuto ed elaborato, assieme ad alcuni partner, sei progetti su ambiti di intervento specifici.

## Risultati

Nell'elaborazione dei progetti si è potuta rilevare una notevole variabilità di progettazione tra le diverse Regioni. Si passa infatti da piani regionali caratterizzati da una buona analisi del contesto con una chiara individuazione degli obiettivi e una buona definizione degli interventi e del monitoraggio, ad altri in cui, pur essendo abbastanza chiara la rilevanza del problema, l'individuazione degli interventi è risultata poco incisiva sulla realtà regionale e non ben monitorata.

La principale criticità è rappresentata dalla difficoltà di disegnare un programma di azione coerente, coordinato ed efficace, con cronoprogrammi ben strutturati e descrizione degli indicatori di processo e di esito, data la mancanza in letteratura di interventi standardizzati e di evidente efficacia.

Inoltre, gli obiettivi dei progetti sono risultati a volte poco rilevanti rispetto alla strategia di contrasto dell'obesità.

I punti di forza sono stati la valorizzazione di esperienze già avviate e l'inserimento dell'obesità nelle priorità dei problemi di sanità pubblica, coinvolgendo e sensibilizzando operatori regionali e figure professionali di altri settori interessati ad affrontare l'obesità in team multidisciplinari.

## Conclusioni e sviluppi

L'elaborazione e la realizzazione di questa linea progettuale hanno confermato l'opportunità di implementare la collaborazione multidisciplinare e l'intersettorialità per affrontare questo problema di sanità pubblica.

Inoltre un confronto e uno scambio di esperienze tra Regioni con una capacità progettuale e operativa più collaudata, coordinate e valorizzate dal Ccm, non possono che essere di incentivo a portare a piena realizzazione progetti efficaci, uniformi e comparabili sull'intero territorio nazionale, pur nel rispetto delle diversità e delle autonomie locali.

Infine, a sostegno e integrazione delle iniziative regionali, il Ccm sta avviando sei progetti con vari partner per facilitare le sinergie e potenziare e incentivare l'azione di contrasto all'obesità a livello locale.

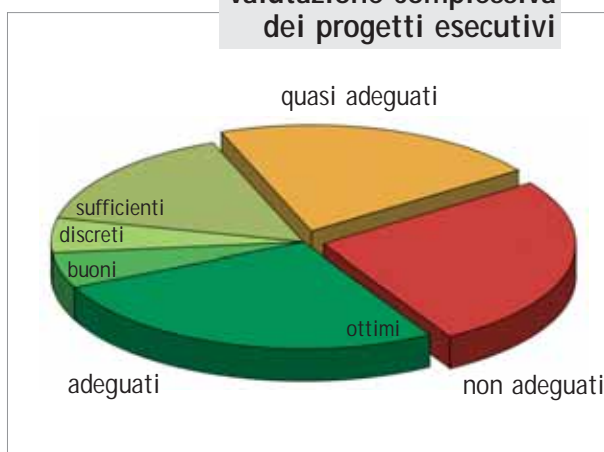
● negativo  
● parzialmente positivo  
● positivo

	aderenza alle linee operative	valutazione formale				valutazione di qualità			
		problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione	problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione
Piemonte	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo
Valle d'Aosta	parzialmente positivo	positivo	positivo	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo
Lombardia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo
Veneto	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	negativo	parzialmente positivo	positivo
Friuli Venezia Giulia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Liguria	parzialmente positivo	positivo	negativo	negativo	positivo	positivo	negativo	negativo	parzialmente positivo
Emilia Romagna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo
Toscana	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo
Umbria	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Marche	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Lazio	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Abruzzo	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo
Molise	negativo	positivo	positivo	negativo	positivo	negativo	negativo	negativo	negativo
Campania	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	positivo	positivo	negativo
Puglia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Basilicata	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo
Calabria	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Sicilia	negativo	positivo	positivo	positivo	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo
Sardegna	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo	negativo

valutazione di aderenza alle indicazioni Ccm



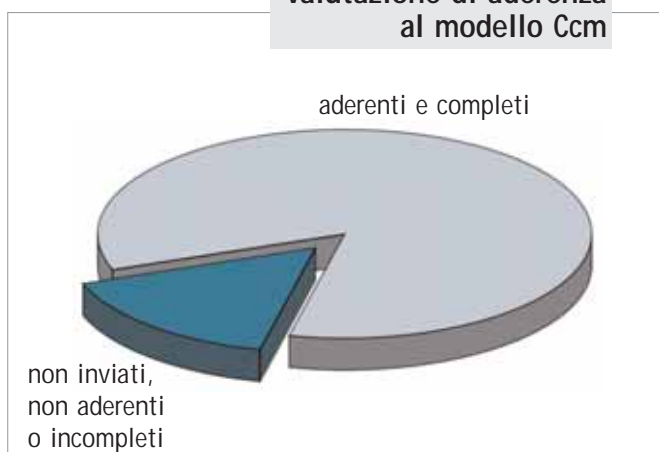
valutazione complessiva dei progetti esecutivi





	valutazione formale			valutazione di qualità		
	disponibilità	aderenza al modello Ccm	completezza informazioni	coerenza attività con obiettivi specifici	coerenza logico-temporale attività	chiarezza traguardi e coerenza con attività
Piemonte	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Valle d'Aosta	positivo	positivo	negativo	negativo	negativo	negativo
Lombardia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Veneto	positivo	negativo	negativo	positivo	positivo	positivo
Friuli Venezia Giulia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Liguria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Emilia Romagna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo
Toscana	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Umbria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Marche	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Lazio	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Abruzzo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Molise	positivo	negativo	positivo	positivo	negativo	negativo
Campania	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Puglia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Basilicata	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo
Calabria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Sicilia	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	negativo
Sardegna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo

valutazione di aderenza al modello Ccm



valutazione complessiva della qualità dei cronoprogrammi



## i cronoprogrammi

## Contesto

In Italia l'attività vaccinale rientra sicuramente tra gli interventi di prevenzione meglio consolidati.

In primo luogo, perché si tratta di uno strumento antico, che si è però evoluto di pari passo con i progressi della scienza e della tecnologia, per cui si assiste alla disponibilità di vaccini sempre più efficaci e sicuri. Altro elemento importantissimo è il fatto che si svolge nell'ambito del patrimonio professionale e delle prestazioni del Ssn, con un sistema di governo delle attività vaccinali che garantisce equità di accesso e parità di offerta delle vaccinazioni a tutta la popolazione target. Altro elemento cardine è l'esistenza di una rete di servizi vaccinali pubblici consolidata ed esperta di vaccinazioni.

Accanto a questi punti di forza, non possono, tuttavia, essere trascurate alcune criticità storiche del sistema vaccinale:

- la mancanza di una rete, a valenza nazionale, di anagrafi vaccinali informatizzate, che consentirebbe, tra l'altro, di calcolare le coperture vaccinali reali
- la necessità di supportare e implementare il Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, che è parte di un piano dell'Organizzazione mondiale della sanità a cui l'Italia ha aderito e che deve essere realizzato, nei suoi obiettivi irrinunciabili, nei tempi concordati
- la mancanza di esperienza riguardo alla vaccinazione dei soggetti a rischio, prioritaria poiché permetterebbe di ridurre la mortalità, la morbosità, i ricoveri e la spesa sanitaria legata alle malattie infettive, e attualmente critica soprattutto per la difficoltà di identificare i soggetti a rischio e per l'assenza di interventi standardizzati per l'offerta attiva della vaccinazione
- la necessità, per una buona qualità dell'attività vaccinale stessa, che le strutture si adeguino ai progressi tecnologici e che anche gli operatori siano formati e continuamente aggiornati, anche per rispondere a nuove istanze, frutto di un cambiamento culturale nella popolazione e nel ruolo del medico.

La soluzione è stata offerta proprio dal Piano nazionale della prevenzione 2005-2007, che ha incluso, tra gli obiettivi di salute prioritari, le vaccinazioni, individuando tre ambiti prioritari:

- mantenimento e implementazione dei livelli di copertura vaccinale efficaci per il contenimento delle malattie prevenibili, grazie alla realizzazione dell'anagrafe vaccinale informatizzata
- elevate coperture vaccinali per morbillo e rosolia nei gruppi di età individuati dal Piano nazionale per l'eliminazione ed elevate coperture vaccinali per i vaccini previsti dal Piano nazionale di vaccinazione per i soggetti appartenenti a gruppi vulnerabili
- miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale.

La maggior parte delle Regioni ha presentato un piano e relativo cronoprogramma entro le date previste. La fase progettuale si è conclusa ufficialmente nel giugno 2006.

## Risultati

Dal momento che, in merito all'organizzazione delle attività vaccinali, la situazione è diversa nelle varie Regioni del Paese, i piani regionali hanno seguito due tipi di finalità progettuale (anche coesistenti, nello stesso piano):

- progetti di attivazione di uno o più obiettivi, laddove nulla era stato ancora realizzato in merito
- progetti di miglioramento e implementazione di uno o più obiettivi se già realizzati, in parte o completamente.

Come per altre linee del Pnp, anche tra i Piani regionali di prevenzione relativi all'area vaccinazioni è stata registrata una certa variabilità interregionale in termini di qualità della progettazione e di aderenza alle linee operative fornite dal Ccm, in cui è quasi ravvisabile un gradiente qualitativo Nord-Sud.

Infine, nonostante in alcuni casi sia stato espresso un giudizio di insufficienza, considerata la natura quasi pionieristica del Pnp nel panorama delle esperienze di progettazione in sanità pubblica in Italia, la qualità media della progettazione si può considerare soddisfacente.

## Conclusioni e sviluppi

I principali punti di forza dell'area vaccinazioni del Pnp, emersi dall'analisi dei piani presentati e ribaditi nel corso di incontri con i referenti regionali, sono stati:

- evidenza "storica" dei problemi comuni da risolvere nel sistema vaccinale
- analisi condivisa con gli operatori del settore degli elementi del sistema vaccinale da implementare
- condivisione con tutte le Regioni delle linee operative e delle conseguenti azioni principali
- adattabilità delle linee operative alle diverse realtà locali e contestualizzazione dei piani stessi
- coinvolgimento, in qualità di attori principali, di strutture e operatori competenti impegnati in un'attività istituzionale corrente, presenti su tutto il territorio
- trasparenza del processo, dalla pianificazione alla valutazione
- partecipazione massiva delle Regioni.

Questi stessi elementi, utili nella fase di progettazione e confronto con i referenti regionali, consentono di guardare con ottimismo anche alla realizzazione dei piani regionali.

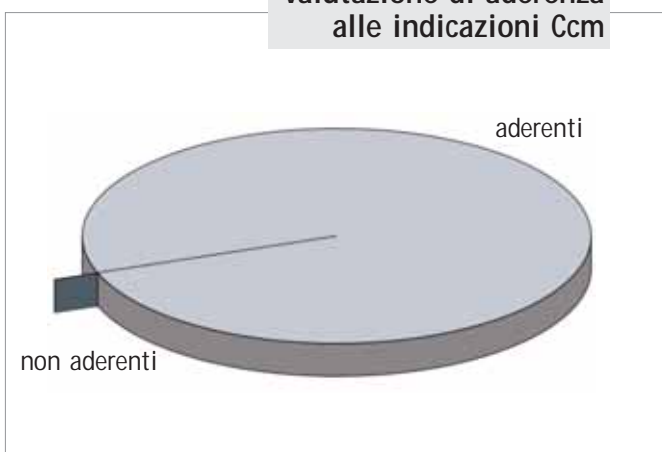
Infatti, l'esperienza è senza dubbio pionieristica e il livello di preparazione e di opportunità è stato differenziato. Tuttavia, la scelta di un processo operativo le cui parole chiave sono trasparenza, condivisione e partecipazione non può che essere vincente, permettendo, da un lato, di risolvere le criticità evidenziate e, dall'altro, di avere un atteggiamento di apertura fiduciosa verso nuove sfide.

# screening colon retto

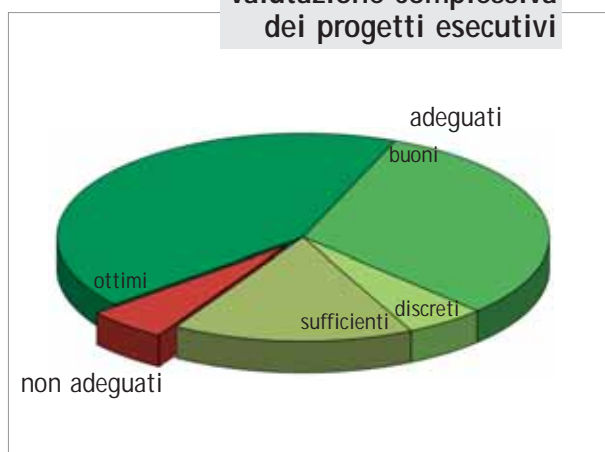
● negativo  
● parzialmente positivo  
● positivo

	aderenza alle linee operative	valutazione formale				valutazione di qualità			
		problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione	problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione
Piemonte	green	green	green	green	green	green	green	green	orange
Valle d'Aosta	green	green	green	green	green	green	green	green	green
Lombardia	green	green	green	green	green	green	orange	orange	orange
Veneto	green	green	green	green	green	green	green	orange	orange
Friuli Venezia Giulia	orange	green	green	green	green	orange	orange	orange	orange
Liguria	green	green	green	green	green	green	orange	orange	orange
Emilia Romagna	green	green	green	green	green	orange	orange	orange	orange
Toscana	orange	green	green	green	green	green	green	green	orange
Umbria	green	green	green	green	green	green	green	green	orange
Marche	green	green	green	green	green	green	green	green	orange
Lazio	green	green	green	green	green	green	green	green	orange
Abruzzo	green	green	green	green	green	green	orange	orange	green
Molise	green	green	green	green	green	green	orange	orange	orange
Campania	green	green	green	green	green	green	orange	orange	green
Puglia	green	green	green	green	green	green	green	orange	green
Basilicata	orange	green	green	green	green	orange	orange	orange	orange
Calabria	orange	green	red	red	green	orange	red	red	orange
Sicilia	orange	green	green	green	green	orange	orange	orange	orange
Sardegna	green	green	green	green	green	green	orange	green	green

valutazione di aderenza alle indicazioni Ccm



valutazione complessiva dei progetti esecutivi

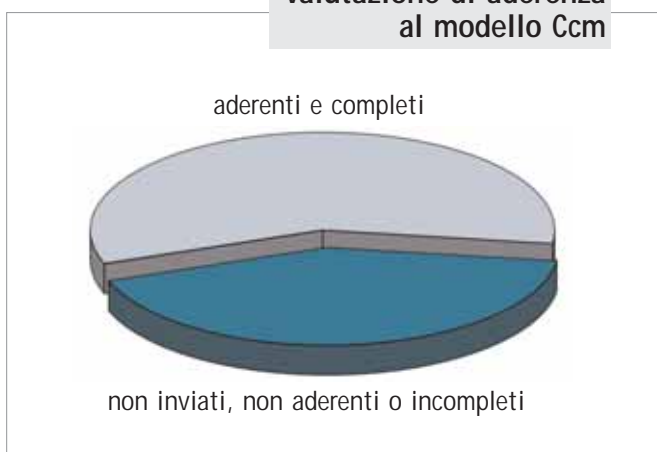


# screening colon retto



	valutazione formale			valutazione di qualità		
	disponibilità	aderenza al modello Ccm	completezza informazioni	coerenza attività con obiettivi specifici	coerenza logico-temporale attività	chiarezza traguardi e coerenza con attività
Piemonte	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Valle d'Aosta	positivo	negativo	negativo	positivo	positivo	negativo
Lombardia	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo
Veneto	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo
Friuli Venezia Giulia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Liguria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Emilia Romagna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Toscana	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Umbria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Marche	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo
Lazio	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo
Abruzzo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Molise	negativo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Campania	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Puglia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Basilicata	positivo	negativo	negativo	positivo	positivo	positivo
Calabria	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo
Sicilia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Sardegna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo

valutazione di aderenza al modello Ccm

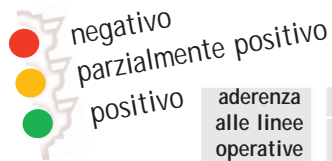


valutazione complessiva della qualità dei cronoprogrammi



## i cronoprogrammi

# screening cervice uterina

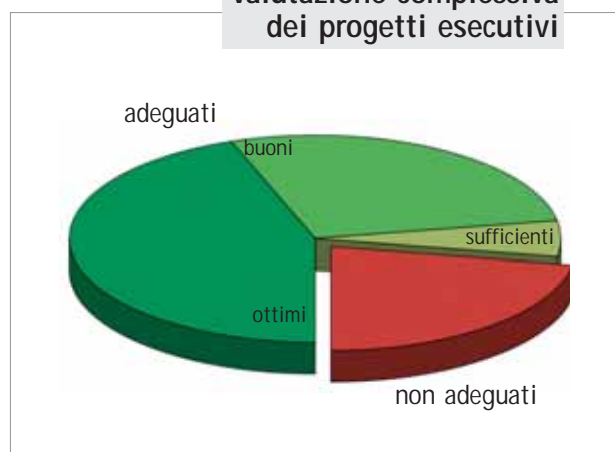


	aderenza alle linee operative	valutazione formale				valutazione di qualità			
		problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione	problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione
Piemonte	parzialmente positivo	positivo	negativo	negativo	negativo	parzialmente positivo	negativo	negativo	negativo
Valle d'Aosta	* esclusa dalla valutazione perché non ha pianificato in quest'area								
Lombardia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Veneto	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Friuli Venezia Giulia	parzialmente positivo	positivo	negativo	negativo	negativo	positivo	negativo	negativo	negativo
Liguria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Emilia Romagna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Toscana	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Umbria	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Marche	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Lazio	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Abruzzo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Molise	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Campania	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Puglia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Basilicata	parzialmente positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo	parzialmente positivo
Calabria	parzialmente positivo	positivo	negativo	negativo	positivo	parzialmente positivo	negativo	negativo	parzialmente positivo
Sicilia	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Sardegna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo

valutazione di aderenza alle indicazioni Ccm



valutazione complessiva dei progetti esecutivi

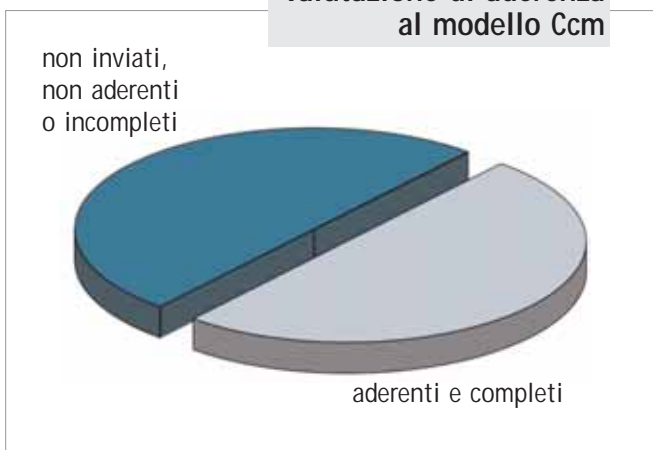


# screening cervice uterina



	valutazione formale			valutazione di qualità		
	disponibilità	aderenza al modello Ccm	completezza informazioni	coerenza attività con obiettivi specifici	coerenza logico-temporale attività	chiarezza traguardi e coerenza con attività
Piemonte	negativo					
Valle d'Aosta	* esclusa dalla valutazione perché non ha pianificato in quest'area					
Lombardia	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo
Veneto	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	negativo
Friuli Venezia Giulia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Liguria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Emilia Romagna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Toscana	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Umbria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Marche	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo
Lazio	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo
Abruzzo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Molise	negativo					
Campania	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Puglia	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo
Basilicata	positivo	negativo	negativo	positivo	positivo	positivo
Calabria	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo
Sicilia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Sardegna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo

valutazione di aderenza al modello Ccm

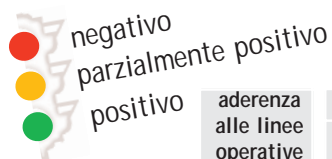


valutazione complessiva della qualità dei cronoprogrammi



## i cronoprogrammi

# screening mammella



	aderenza alle linee operative	valutazione formale				valutazione di qualità			
		problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione	problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione
Piemonte	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo
Valle d'Aosta		* esclusa dalla valutazione perché non ha pianificato in quest'area							
Lombardia	parzialmente positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	parzialmente positivo	negativo	negativo	parzialmente positivo
Veneto	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Friuli Venezia Giulia	parzialmente positivo	positivo	negativo	negativo	negativo	parzialmente positivo	negativo	negativo	negativo
Liguria		* esclusa dalla valutazione perché non ha pianificato in quest'area							
Emilia Romagna	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Toscana	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo
Umbria	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	negativo	parzialmente positivo	negativo
Marche	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo
Lazio	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo
Abruzzo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo
Molise	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Campania	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	positivo
Puglia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	positivo
Basilicata	parzialmente positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo	parzialmente positivo
Calabria	parzialmente positivo	positivo	negativo	negativo	positivo	parzialmente positivo	negativo	negativo	parzialmente positivo
Sicilia	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Sardegna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	positivo	parzialmente positivo

valutazione di aderenza alle indicazioni Ccm



valutazione complessiva dei progetti esecutivi

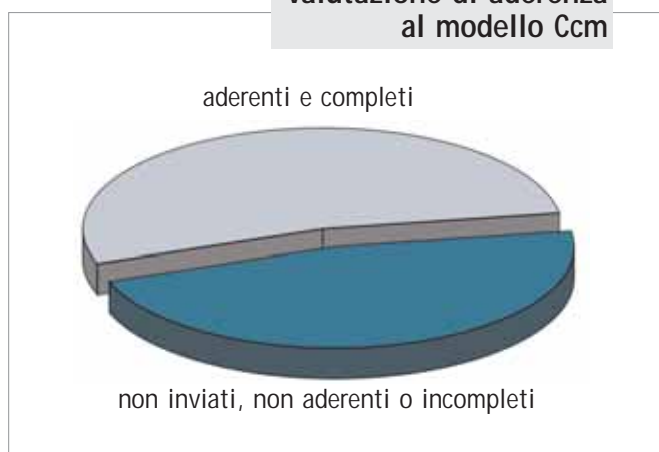


# screening mammella



	valutazione formale			valutazione di qualità		
	disponibilità	aderenza al modello Ccm	completezza informazioni	coerenza attività con obiettivi specifici	coerenza logico-temporale attività	chiarezza traguardi e coerenza con attività
Piemonte	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Valle d'Aosta	★ esclusa dalla valutazione perché non ha pianificato in quest'area					
Lombardia	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo
Veneto	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo
Friuli Venezia Giulia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Liguria	★ esclusa dalla valutazione perché non ha pianificato in quest'area					
Emilia Romagna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Toscana	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Umbria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Marche	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo
Lazio	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo
Abruzzo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Molise	negativo					
Campania	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Puglia	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo
Basilicata	positivo	negativo	negativo	positivo	positivo	positivo
Calabria	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo
Sicilia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Sardegna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo

valutazione di aderenza al modello Ccm



valutazione complessiva della qualità dei cronoprogrammi



## i cronoprogrammi

## Contesto

Gli obiettivi del Piano nazionale della prevenzione relativi al miglioramento dell'offerta degli screening oncologici in Italia erano già stati individuati dal Parlamento con la legge 138 del 2004, che ha previsto interventi e destinato risorse aggiuntive per attivare lo screening del cancro del colon retto e per colmare gli squilibri tra le varie realtà regionali in materia di prevenzione secondaria dei tumori della cervice uterina e della mammella.

Il Ccm ha armonizzato queste due linee di intervento, che prevedevano fonti di finanziamento distinte, sulla base di un manuale per la predisposizione dei piani screening inviato alle Regioni, per fornire una guida per la presentazione di progetti per l'estensione e il miglioramento degli screening.

La presentazione dei progetti ha consentito di erogare i primi finanziamenti di cui alla legge 138 (art. 2 bis) e, allo stesso tempo, di certificare il primo degli adempimenti regionali in materia di screening oncologici ai sensi dell'Intesa del 23 marzo 2005.

Sono stati individuati due meccanismi di controllo dell'andamento dei progetti regionali:

- la verifica dell'attuazione di quanto previsto dal cronoprogramma del progetto
- la verifica del raggiungimento entro il 2007 dei traguardi finali, che sono:
  - ▶ estensione pari al 50% dell'offerta degli screening nelle aree non coperte da alcun programma
  - ▶ estensione pari al 90% dell'offerta degli screening nelle aree in cui sono già attivi programmi di screening.

Nel campo degli screening viene inoltre utilizzato, d'intesa con le Regioni, un meccanismo di finanziamento che prevede una metodologia di verifica dell'attuazione dei programmi regionali, per esempio fondi in cambio di effettivi avanzamenti nella realizzazione dei progetti. Nel caso la Regione non abbia raggiunto gli obiettivi prefissati, ad esempio per la fine del 2006, non riceve il finanziamento previsto dalla legge 138, e la stessa Regione si sottopone a verifica dopo sei mesi, e così via.

Le Regioni hanno quindi condiviso l'unitarietà della programmazione per quanto riguarda la legge 138 e il Pnp, producendo un unico progetto, l'identificazione di obiettivi quantitativi assimilabili a obiettivi di salute. Infine hanno convenuto che l'erogazione dei finanziamenti della legge 138 avvenga su verifiche supplementari semestrali, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi.

## Risultati

L'applicazione del Pnp e della legge 138 ha consentito di disporre delle raccomandazioni per l'organizzazione degli screening, un documento essenziale che aggiorna le vecchie linee guida ufficiali che risalivano al 2001.

Inoltre, è stato sostenuto e migliorato il monitoraggio interno degli screening: l'Osservatorio nazionale screening fornisce, con un tempo di latenza oramai ridotto a un solo anno, gli indicatori di estensione e adesione ai programmi di screening. Da notare che è altrettanto importante il potenziamento del monitoraggio esterno degli screening, ovvero quanto la popolazione target dichiara di utilizzare effettivamente la diagnosi precoce. Questo monitoraggio viene effettuato dall'Istat con l'indagine multiscopo e dall'Istituto superiore di sanità e dalle Regioni con il sistema di sorveglianza Passi (Progressi della aziende sanitarie per la salute in Italia).

L'impegno delle Regioni per assicurare il rispetto dei Lea e gli ulteriori impegni assunti in base alla legge 138 del 2004 e al Pnp hanno prodotto nella maggioranza dei casi una convinta adesione al Pnp. La disomogeneità dell'attuale organizzazione degli screening oncologici in Italia giustifica l'ampio spettro di proposte progettuali, tale che:

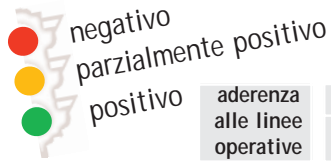
- le Regioni senza programmi di screening o con programmi poco attivi hanno progettato *ex novo* questi programmi
- le Regioni già attive hanno presentato progetti anche molto settoriali di *upgrade* degli interventi (per esempio l'introduzione di sistemi gestionali elettronici o di mammografia digitale).

## Conclusioni e sviluppi

Sono stati evidenziati alcuni limiti nei piani regionali. La guida alla progettazione prevedeva la precisazione di obiettivi specifici, conseguenti cronoprogrammi, sistemi di monitoraggio e valutazione dei risultati raggiunti. Le Regioni che avevano programmi già ben funzionanti hanno sottovalutato o, in alcuni casi, ritenuto inutile la progettazione, facendo coincidere la realizzazione del Pnp con il buon andamento dello screening nella Regione.

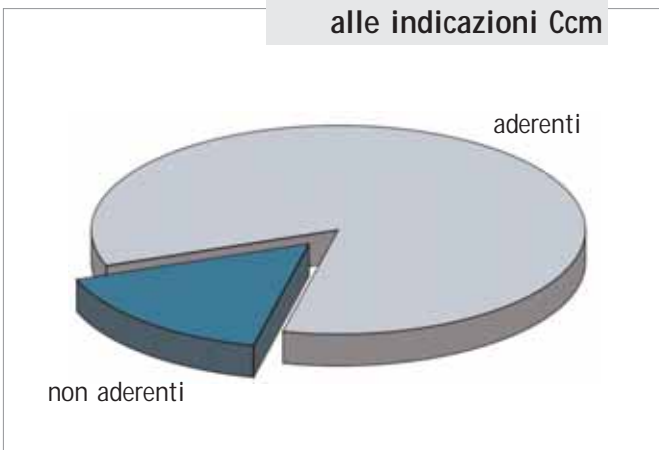
Paradossalmente, possiamo quindi avere progetti formalmente non adeguati presentati da Regioni che hanno ottimi programmi, come evidenziato dal monitoraggio dell'Osservatorio nazionale screening, e confermato dall'indagine multiscopo dell'Istat e da Passi. Questo è in parte imputabile a una mancanza di indicazioni da parte del Ccm, che si è impegnato maggiormente a sostenere le realtà che devono colmare il divario nell'offerta di screening.

# incidenti domestici



	aderenza alle linee operative	valutazione formale				valutazione di qualità			
		problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione	problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione
Piemonte	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	positivo	parzialmente positivo
Valle d'Aosta	negativo	negativo	positivo	negativo	positivo	negativo	negativo	negativo	negativo
Lombardia	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo	negativo
Veneto	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Friuli Venezia Giulia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Liguria	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	parzialmente positivo	positivo	negativo
Emilia Romagna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo
Toscana	parzialmente positivo	positivo	positivo	negativo	negativo	parzialmente positivo	positivo	negativo	negativo
Umbria	negativo	positivo	negativo	positivo	negativo	parzialmente positivo	negativo	negativo	negativo
Marche	positivo	positivo	negativo	negativo	negativo	parzialmente positivo	negativo	negativo	negativo
Lazio	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Abruzzo	parzialmente positivo	negativo	negativo	positivo	negativo	negativo	negativo	parzialmente positivo	negativo
Molise	parzialmente positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	parzialmente positivo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Campania	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo
Puglia	parzialmente positivo	positivo	negativo	positivo	negativo	parzialmente positivo	negativo	parzialmente positivo	negativo
Basilicata	negativo	positivo	positivo	positivo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo
Calabria	positivo	positivo	positivo	negativo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo	negativo
Sicilia	parzialmente positivo	positivo	negativo	positivo	negativo	parzialmente positivo	negativo	parzialmente positivo	negativo
Sardegna	positivo	positivo	positivo	negativo	negativo	positivo	parzialmente positivo	negativo	negativo

valutazione di aderenza alle indicazioni Ccm



valutazione complessiva dei progetti esecutivi

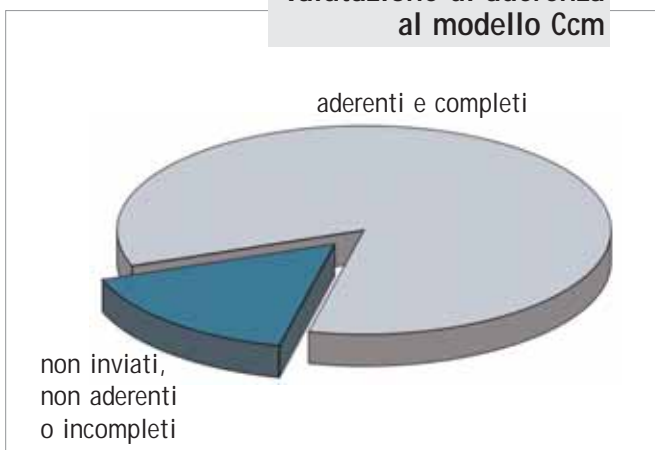


# incidenti domestici



	valutazione formale			valutazione di qualità		
	disponibilità	aderenza al modello Ccm	completezza informazioni	coerenza attività con obiettivi specifici	coerenza logico-temporale attività	chiarezza traguardi e coerenza con attività
Piemonte	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo
Valle d'Aosta	negativo					
Lombardia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Veneto	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Friuli Venezia Giulia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Liguria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Emilia Romagna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Toscana	positivo	negativo	negativo	positivo	positivo	positivo
Umbria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Marche	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Lazio	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Abruzzo	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	negativo
Molise	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	negativo
Campania	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Puglia	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo
Basilicata	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	negativo
Calabria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Sicilia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Sardegna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo

valutazione di aderenza al modello Ccm



valutazione complessiva della qualità dei cronoprogrammi



## i cronoprogrammi

## Contesto

La prevenzione degli incidenti domestici, che rappresentano una chiara priorità in sanità pubblica, è caratterizzata da uno scenario molto variegato e, spesso, difficilmente conoscibile e valutabile.

Anche in questo ambito esistono normative (legge 493/99) che prevedono, oltre all'assicurazione obbligatoria presso l'Inail delle casalinghe, la costituzione di un sistema informativo nazionale su questi eventi (denominato Siniaca) presso l'Istituto superiore di sanità e l'attuazione di interventi di prevenzione da parte dei servizi dei dipartimenti di Prevenzione delle Asl.

Il sistema informativo ha già raggiunto un certo grado di sviluppo, ma è necessario realizzare modalità di utilizzo integrato fra le varie fonti di dati esistenti, per migliorare la capacità descrittiva di questi incidenti soprattutto per quanto riguarda i fattori di rischio e le modalità con cui avvengono.

Molto spesso le attività di prevenzione sono realizzate in maniera frammentaria e con elementi di efficacia e di valutazione fortemente carenti. Infatti, gli interventi raccomandati come efficaci in questo ambito sono pochi e, comunque, non sempre riproducibili in tutti i contesti.

Inoltre, per quanto ci sia un chiaro mandato normativo, i dipartimenti di Prevenzione non operano in maniera diffusa su questa problematica. Si assiste invece a un impegno trasversale di varie strutture delle Asl, a sua volta inefficace. Questa trasversalità da un lato è un elemento positivo, in quanto, essendo gli incidenti domestici distribuiti in varie fasce d'età (oltre alle casalinghe, bambini e anziani sono quelli maggiormente colpiti e con esiti più gravi), servirebbe coinvolgere servizi più propriamente afferenti ai distretti sanitari. Dall'altro lato, però, questa situazione richiede ancora di più lo sviluppo di linee di indirizzo omogenee, per garantire uniformità ed efficacia degli interventi.

Il Pnp si presenta perciò come un valido strumento di indirizzo e di input per tutte le Regioni, anche per recuperare le disuguaglianze che si registrano in questo ambito di prevenzione.

I cardini dell'impianto del Piano sono:

- la realizzazione e lo sviluppo del sistema di sorveglianza, con la logica di definire le fonti esistenti, il loro utilizzo, la loro integrazione
- la realizzazione di interventi di prevenzione rivolti ai target specifici (innanzitutto bambini e anziani), definendo obiettivi ma soprattutto attività chiaramente rispondenti a criteri di efficacia. In questa definizione l'accento è stato posto anche sul coinvolgimento di tutti gli altri soggetti (scuole, enti locali, ecc) che a vario titolo si interfacciano in questa attività
- la promozione di attività di aggiornamento del personale, per contribuire all'omogeneità degli interventi, anche facendo tesoro delle esperienze già maturate e validate in alcune realtà.

## Risultati

La frammentazione e, spesso, la mancanza di scelte operative senza chiari riferimenti si sono in parte rispecchiate nella formulazione dei Piani, alcune volte nei contenuti specifici, e molto spesso nell'articolazione e definizione degli obiettivi e delle attività.

Anche in questo caso, queste differenze hanno dimostrato la capacità e, molto più spesso, la possibilità di ciascuna Regione di mettere in campo risorse professionalmente e numericamente adeguate alle esigenze del Piano.

Come per gli infortuni sul lavoro, queste criticità, che peraltro delineano realisticamente le peculiarità regionali, indicano la necessità di ricondurre su parametri omogenei tutto il complesso delle attività.

La formulazione dei cronoprogrammi, almeno nella prima stesura, ha evidenziato come spesso la programmazione regionale riproducesse nei contenuti una prassi di lavoro, piuttosto che l'adeguamento a quanto previsto nelle linee di indirizzo nazionali. Tuttavia il lavoro di affiancamento e confronto del Ccm con le Regioni ha permesso, attraverso la revisione dei contenuti e dello sviluppo operativo dei piani, di produrre cronoprogrammi generalmente coerenti con quanto previsto a livello nazionale.

Un punto di forza, comunque, è che la maggioranza delle Regioni ha formulato il piano nel rispetto dei contenuti generali del Pnp. Questo ha significato che:

- l'attivazione, o lo sviluppo a seconda dei casi, del sistema di sorveglianza, basato sui dati del Pronto soccorso o di

# incidenti domestici

- altri fonti (Siniaca, Sdo, ecc), è stato individuato come obiettivo specifico dei piani
- gli interventi di prevenzione sono stati strutturati tenendo abbastanza conto delle indicazioni sul target e, soprattutto, delle tipologie di interventi raccomandati
- molte Regioni hanno previsto, come supporto alle attività del Piano, l'aggiornamento del personale.

Uno dei primi e rilevanti risultati è l'organizzazione e il prossimo svolgimento, da parte del Ccm, di un corso di aggiornamento per tutti i referenti regionali del Piano, con l'obiettivo di definire, discutere e condividere strumenti e metodologie di intervento per le varie attività previste dal Piano stesso.

Un altro aspetto è che, attraverso specifiche convenzioni Ccm, si è dato il compito ad alcune Regioni che hanno sviluppato esperienze rilevanti e valide di mettere a disposizione il proprio bagaglio di conoscenze ed esperienze per supportare il lavoro dei colleghi delle altre Regioni che stanno sviluppando le attività del Piano.

## Conclusioni e sviluppi

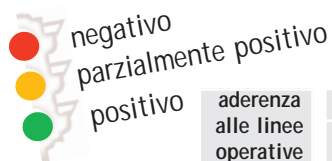
È indubbio quanto la proposizione del Pnp sugli incidenti domestici stia rappresentando un validissimo stimolo e punto di riferimento per il miglioramento delle attività di prevenzione in un ambito così articolato. È forse la prima volta che questa tematica viene affrontata in maniera così diffusa e, tendenzialmente, omogenea e mirata all'efficacia.

Questo si sta realizzando, pur dentro le differenze già descritte fra Regioni diverse e all'interno dello stesso territorio regionale, e comunque sta contribuendo a far emergere esperienze rilevanti da cui mutuare indicazioni per il futuro sviluppo del Piano.

Sicuramente questi sviluppi riguardano innanzitutto la capacità della programmazione nazionale e regionale di essere sempre meno improvvisata e sempre più organica nei suoi vari aspetti.

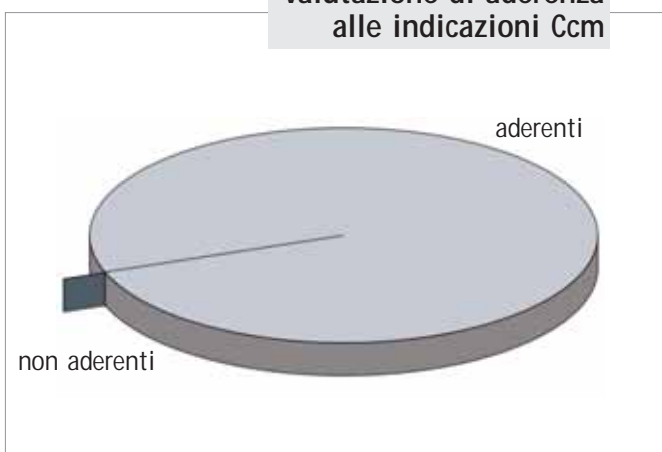
Anche in questo caso, come prospettiva di medio termine, tutta l'attività di monitoraggio del Ccm che accompagnerà il Piano fino alla sua conclusione temporale dovrà servire anche a interfacciarsi con i colleghi delle Regioni per adeguare le attività in corso d'opera agli obiettivi definiti e alla filosofia generale del Piano.

# incidenti stradali

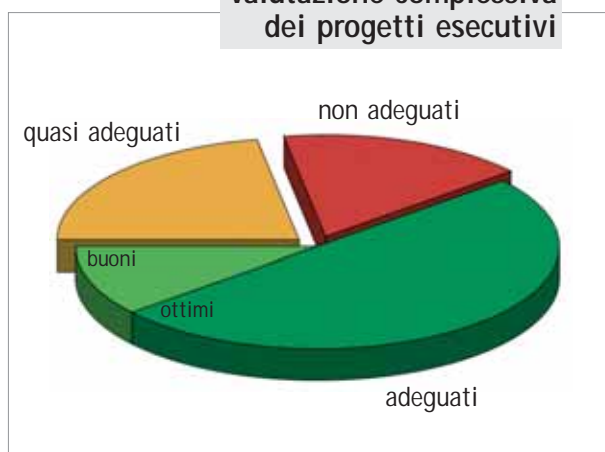


	aderenza alle linee operative	valutazione formale				valutazione di qualità			
		problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione	problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione
Piemonte	green	green	green	green	green	green	green	green	green
Valle d'Aosta		* esclusa dalla valutazione perché non ha pianificato in quest'area							
Lombardia	green	green	green	green	green	green	green	green	yellow
Veneto	green	green	green	green	green	green	green	green	green
Friuli Venezia Giulia	green	green	green	green	green	green	green	green	green
Liguria	green	green	green	green	green	green	green	green	green
Emilia Romagna	green	green	green	green	green	green	green	green	green
Toscana	green	green	green	green	green	green	green	green	green
Umbria	yellow	green	green	green	green	yellow	yellow	yellow	yellow
Marche	green	green	green	green	green	green	green	green	green
Lazio	green	green	green	green	green	green	green	green	green
Abruzzo	yellow	green	green	green	green	red	yellow	yellow	red
Molise	yellow	green	green	green	red	yellow	yellow	yellow	red
Campania	yellow	green	green	green	green	yellow	yellow	yellow	yellow
Puglia	yellow	green	green	green	red	yellow	yellow	yellow	red
Basilicata	yellow	green	green	green	green	yellow	red	red	red
Calabria	yellow	green	green	green	red	yellow	yellow	yellow	red
Sicilia	yellow	green	red	green	red	yellow	red	yellow	red
Sardegna	yellow	red	green	red	red	red	yellow	red	red

valutazione di aderenza alle indicazioni Ccm



valutazione complessiva dei progetti esecutivi

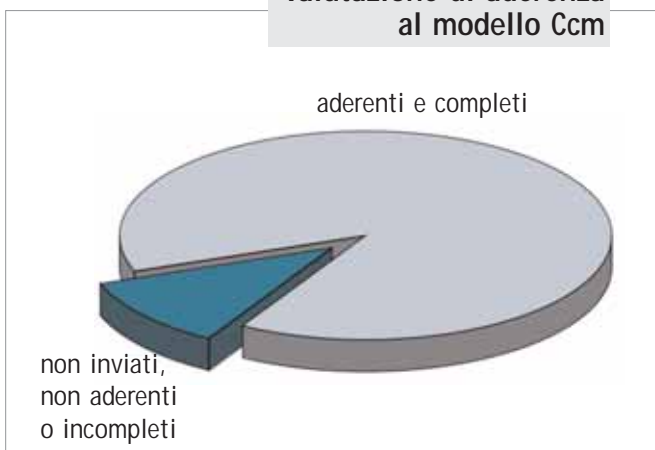


# incidenti stradali



	valutazione formale			valutazione di qualità		
	disponibilità	aderenza al modello Ccm	completezza informazioni	coerenza attività con obiettivi specifici	coerenza logico-temporale attività	chiarezza traguardi e coerenza con attività
Piemonte	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Valle d'Aosta	★ esclusa dalla valutazione perché non ha pianificato in quest'area					
Lombardia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Veneto	negativo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Friuli Venezia Giulia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Liguria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Emilia Romagna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Toscana	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Umbria	positivo	negativo	positivo	positivo	positivo	negativo
Marche	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Lazio	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Abruzzo	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	negativo
Molise	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	negativo
Campania	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo
Puglia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo
Basilicata	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo
Calabria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo
Sicilia	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	negativo
Sardegna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo

valutazione di aderenza al modello Ccm



valutazione complessiva della qualità dei cronoprogrammi



## i cronoprogrammi



## Contesto

La prevenzione degli incidenti stradali rappresenta certamente una priorità in sanità pubblica, visto l'elevato numero di vittime, soprattutto fra i giovani. Premesso questo, è indubbio che richieda un approccio multidisciplinare e multisettoriale. Oltre al ministero della Salute, infatti, sono coinvolti numerosi soggetti istituzionali, tra cui il ministero dei Trasporti, dell'Interno e dell'Istruzione, oltre a Province, Comuni e associazioni di volontariato.

Con le linee operative per la prevenzione degli incidenti stradali, il Piano nazionale della prevenzione ha proposto una strada di intervento sinergico per migliorare i sistemi di rilevazione dei dati (Istat-Aci), la sorveglianza e la pianificazione delle misure di prevenzione.

## Risultati

Nella pianificazione regionale sono emerse numerose differenze, che rispecchiano la diversa cultura in tema di prevenzione degli incidenti stradali.

I Piani regionali, alcuni più articolati, altri meno complessi, hanno comunque rappresentato una risposta positiva da parte delle Regioni alla proposta del Ccm di provare a percorrere una strada comune nella prevenzione dell'incidentalità stradale. In alcuni casi, la stesura dei cronoprogrammi ha messo in luce delle incongruenze, a volte di natura meramente metodologica, a volte di tipo contenutistico, sia con la pianificazione stessa, sia con le linee operative del Ccm.

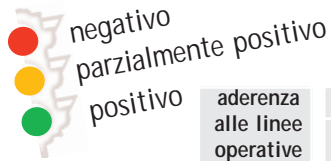
## Conclusioni e sviluppi

In generale, la risposta al Pnp è stata positiva, accolta come una strada percorribile, pur con alcune difficoltà, e come ausilio indispensabile per la pianificazione della prevenzione dell'incidentalità stradale.

Analogamente ad altre linee progettuali riguardanti gli infortuni, le differenze interregionali emerse hanno permesso di cogliere esperienze regionali più mature e articolate, da cui trarre indicazioni per lo sviluppo successivo del Piano.

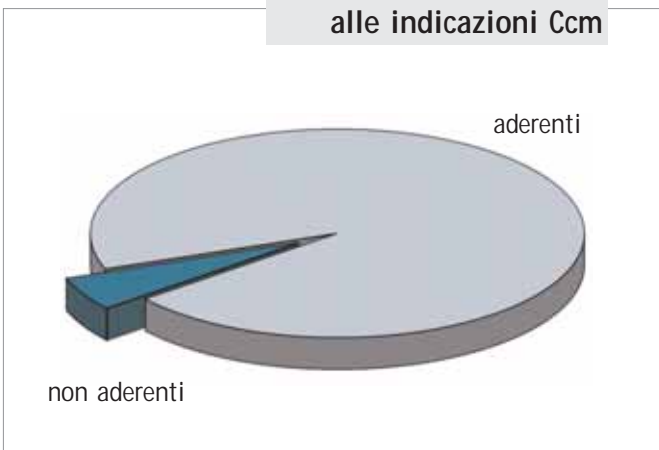
Le indicazioni sulle attività e i risultati raggiunti dalle singole Regioni dovranno trovare un riscontro anche nell'adeguamento del Piano all'evoluzione delle realtà regionali, per rendere così il Pnp uno strumento di prevenzione, valido e sempre più condiviso da parte di tutti.

# infortuni sul lavoro

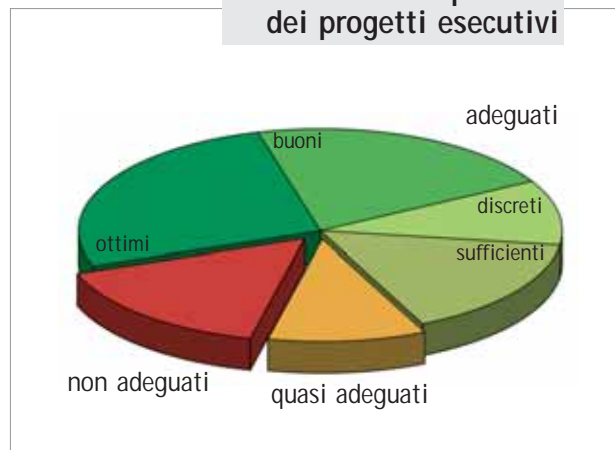


	aderenza alle linee operative	valutazione formale				valutazione di qualità			
		problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione	problema e contesto	obiettivi specifici	piano operativo	monitoraggio e valutazione
Piemonte	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Valle d'Aosta	parzialmente positivo	positivo	positivo	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo	negativo
Lombardia	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	negativo	parzialmente positivo	negativo
Veneto	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	positivo
Friuli Venezia Giulia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Liguria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Emilia Romagna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo
Toscana	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	positivo	parzialmente positivo	negativo
Umbria	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo
Marche	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Lazio	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Abruzzo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo
Molise	negativo	positivo	positivo	positivo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo
Campania	positivo	positivo	negativo	positivo	negativo	parzialmente positivo	negativo	parzialmente positivo	negativo
Puglia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo
Basilicata	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	parzialmente positivo	negativo	negativo	negativo
Calabria	parzialmente positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo
Sicilia	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	negativo
Sardegna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo	parzialmente positivo

valutazione di aderenza alle indicazioni Ccm



valutazione complessiva dei progetti esecutivi

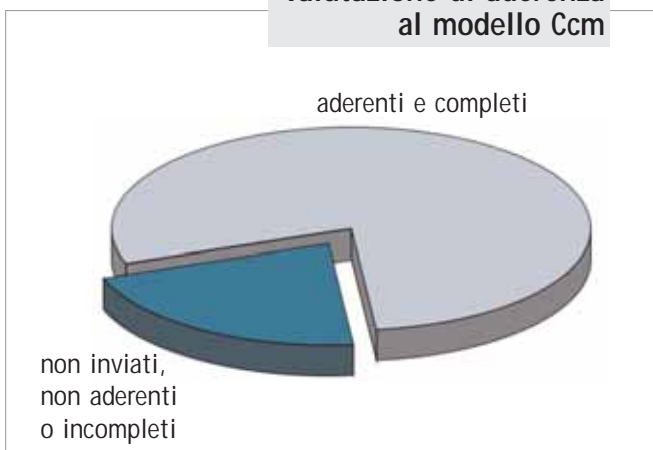


# infortuni sul lavoro



	valutazione formale			valutazione di qualità		
	disponibilità	aderenza al modello Ccm	completezza informazioni	coerenza attività con obiettivi specifici	coerenza logico-temporale attività	chiarezza traguardi e coerenza con attività
Piemonte	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Valle d'Aosta	negativo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Lombardia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Veneto	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Friuli Venezia Giulia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Liguria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Emilia Romagna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Toscana	positivo	negativo	negativo	negativo	positivo	negativo
Umbria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Marche	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Lazio	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Abruzzo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Molise	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	negativo
Campania	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Puglia	positivo	negativo	negativo	positivo	positivo	positivo
Basilicata	positivo	positivo	negativo	negativo	positivo	negativo
Calabria	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Sicilia	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo
Sardegna	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo	positivo

valutazione di aderenza al modello Ccm



valutazione complessiva della qualità dei cronoprogrammi



## i cronoprogrammi

## Contesto

Il Pnp si inserisce in un contesto, quello della prevenzione nei luoghi di lavoro in generale e quello degli infortuni in particolare, che presenta delle peculiarità rispetto ad altri ambiti di prevenzione.

Innanzitutto, pur in presenza di norme legislative e tecniche e di soggetti specificamente demandati all'attività di prevenzione e tutela della salute, la dimensione del fenomeno resta sempre non accettabile per incidenza e gravità degli eventi. Questo quadro presenta inoltre differenze fra Regioni e, all'interno di queste, fra i vari territori.

Inoltre questo ambito è caratterizzato da una cultura della prevenzione, in senso programmatico e operativo dei servizi afferenti ai dipartimenti di Prevenzione delle Asl, fortemente disomogenea nell'applicazione e negli esiti sul territorio nazionale.

Il forte connotato del Pnp è recuperare omogeneità sia nella programmazione, sia nella realizzazione delle attività delle Regioni rispetto a una linea definita a livello nazionale, indicando linee generali di sviluppo, appoggiate su due pilastri principali:

- il sistema di sorveglianza, quale elemento chiave del concetto "conoscere per prevenire", strutturato attraverso l'utilizzo dei flussi informativi Inail-Ispesl-Regioni attivi dal 2002 e dallo sviluppo del progetto di analisi delle dinamiche infortunistiche attraverso il modello "sbagliando s'impara"
- la realizzazione di interventi di prevenzione su situazioni di rischio prioritarie e con metodologie e strumenti improntati su evidenze di efficacia. Nel novero degli interventi di prevenzione da attuare, il Piano indica come settore prioritario per tutte le Regioni quello dell'edilizia (che comunque deve essere previsto nei piani regionali), accanto ad altri settori quali metalmeccanica, agricoltura, trasporti, legno.

## Risultati

Le differenze fra le varie Regioni si sono ripeschiate nella formulazione dei Piani, non tanto nei contenuti specifici, quanto nella loro articolazione e definizione. Ovviamente è stata evidenziata, attraverso queste differenze, anche la capacità e, molto più spesso, la possibilità di ciascuna Regione di mettere in campo risorse professionalmente e numericamente adeguate alle esigenze del Piano.

Un'altra criticità specifica riguarda le Regioni che, non utilizzando a regime i dati provenienti dai flussi informativi correnti, si sono trovate in difficoltà nel descrivere adeguatamente il contesto epidemiologico entro cui agire.

Comunque, queste criticità, che peraltro riflettono le peculiarità di ogni realtà regionale, indicano quanto sia necessaria l'azione di ricondurre su parametri omogenei tutto l'insieme delle attività.

Un ultimo aspetto ha riguardato la formulazione dei cronoprogrammi, in quanto alcuni piani venivano rappresentati attraverso questo strumento in maniera non coerente rispetto alle indicazioni date dal Ccm. Tuttavia, il lavoro di affiancamento e confronto con le Regioni ha permesso di produrre cronoprogrammi sostanzialmente aderenti alle richieste.

Per quanto riguarda i punti di forza, il più evidente è il fatto che la stragrande maggioranza delle Regioni ha formulato il piano nel rispetto dei contenuti generali del Pnp. Questo ha significato che:

- l'attivazione o lo sviluppo, a seconda dei casi, del sistema di sorveglianza basato sui dati dei flussi informativi Inail-Ispesl-Regioni è stato individuato come obiettivo specifico dei piani
- lo stesso vale per lo sviluppo del progetto sull'analisi delle dinamiche infortunistiche attraverso il modello "sbagliando s'impara"
- il comparto dell'edilizia è stato individuato dalle Regioni quale ambito prioritario degli interventi di prevenzione, insieme a comparti specificamente individuati in ciascuna di esse e coerenti con quanto indicato a livello nazionale.

Un altro elemento positivo che emerge dalla lettura dei piani è che gli interventi di prevenzione sono strutturati secondo le linee guida prodotte dal Ccm: individuazione delle priorità, individuazione di interventi improntata sulle evidenze di efficacia e attuati con metodologie e strumenti standardizzati, coinvolgimento dei soggetti del "sistema prevenzione", valutazione e comunicazione dei risultati. Quest'ultimo aspetto, pur presente in alcuni piani, è quello meno sviluppato e necessita di ulteriore implementazione da parte delle Regioni.

## Conclusioni e sviluppi

La progettualità espressa nel Pnp si inserisce appieno nel contesto in cui si sta muovendo il cambiamento del sistema di tutela della salute e prevenzione nei luoghi di lavoro.

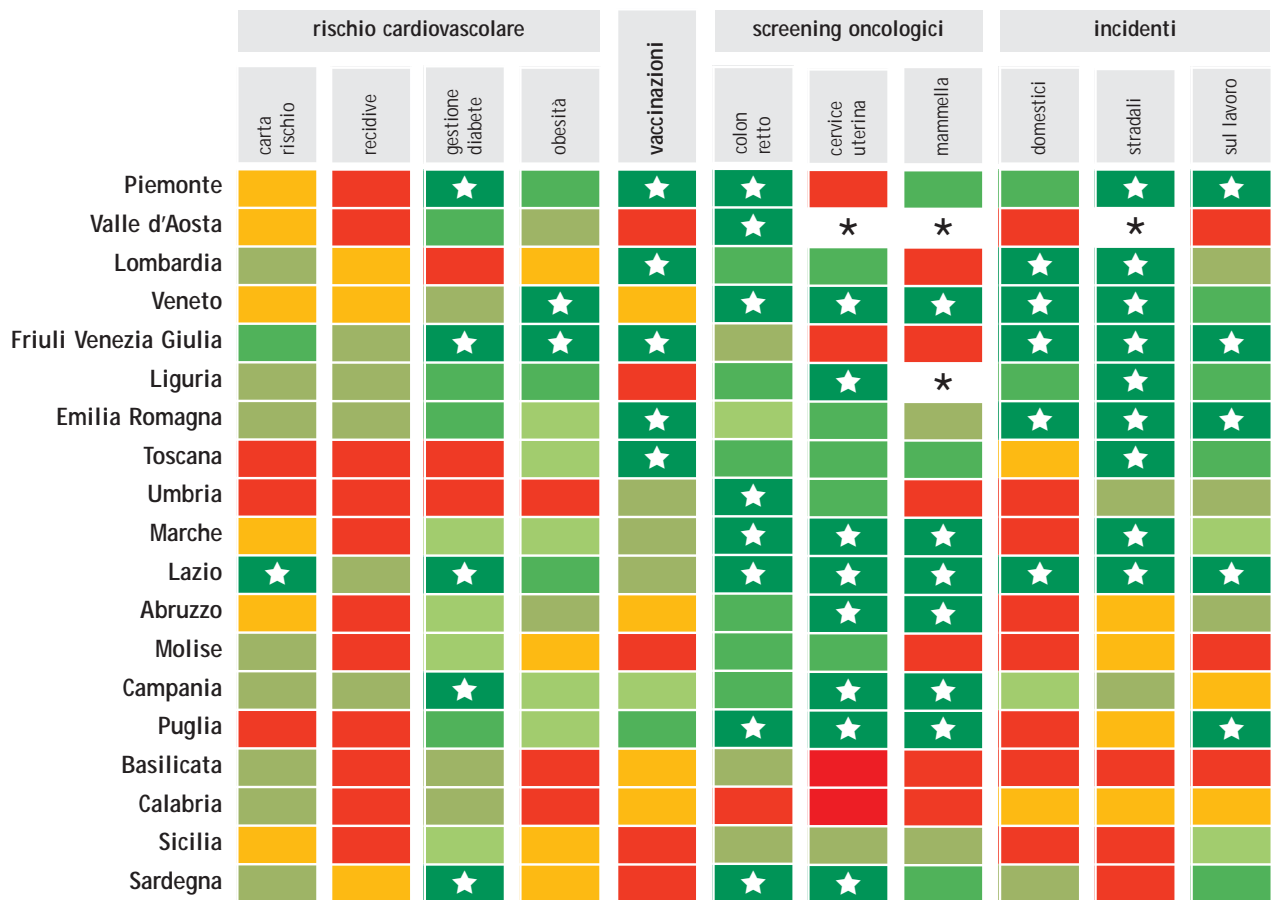
Innanzitutto, la rivisitazione della normativa, attraverso il nuovo Testo Unico in materia, contiene come principi di base, fra gli altri, il sistema informativo nazionale sui luoghi di lavoro, l'efficacia degli interventi definiti secondo criteri di priorità, la caratterizzazione del ruolo del Ssn, la partecipazione dei soggetti del sistema e la comunicazione dei risultati.

Pur dentro le differenze già descritte, nello sviluppo delle attività del Piano il confronto fra le Regioni ha reso possibile l'emergere di situazioni ed esperienze rilevanti da cui mutuare indicazioni per lo sviluppo successivo del Piano stesso.

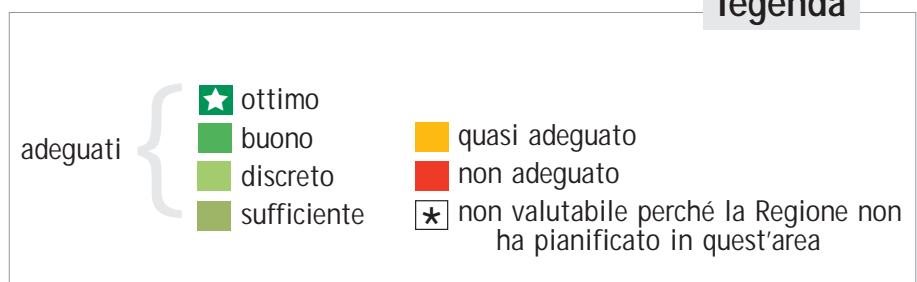
Le informazioni di contesto, di attività e di risultato che le singole Regioni stanno producendo, pertanto, devono permettere da un lato l'adeguamento del Piano secondo le specifiche di evoluzione, dall'altro far diventare il Piano lo strumento comune e condiviso attraverso cui il ministero della Salute delinea gli indirizzi e la programmazione generali, e le Regioni attuano nel proprio contesto questi indirizzi.

Infine, come prospettiva di medio termine, tutta l'attività di monitoraggio del Ccm che accompagnerà il Piano dovrà servire anche a interfacciarsi con i colleghi delle Regioni per adeguare le attività in corso d'opera agli obiettivi definiti e alla filosofia generale del Piano stesso.

# i risultati in sintesi



## legenda



# i risultati in sintesi

	rischio cardiovascolare				vaccinazioni	screening oncologici			incidenti		
	carta rischio	recidive	gestione diabete	obesità		colon retto	cervice uterina	mammella	domestici	stradali	sul lavoro
Piemonte	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■
Valle d'Aosta	■	■			■	■	*	*	■	*	■
Lombardia	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Veneto				■	■	■	■	■	■	■	■
Friuli Venezia Giulia	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Liguria	■	■	■	■	■	■	■	*	■	■	■
Emilia Romagna	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Toscana			■	■	■	■	■	■	■	■	■
Umbria	■		■		■	■	■	■	■	■	■
Marche	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■
Lazio	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Abruzzo	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Molise	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Campania	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Puglia	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Basilicata	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Calabria	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sicilia	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sardegna	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

## legenda

- adeguato
- non adeguato
- non disponibile perché non pervenuto
- ★ non valutabile perché la Regione non ha pianificato in quest'area

# i cronoprogrammi

	rischio cardiovascolare				vaccinazioni	screening oncologici			incidenti		
	carta rischio	recidive	gestione diabete	obesità		colon retto	cervice uterina	mammella	domestici	stradali	sul lavoro
Piemonte											
Valle d'Aosta							*	*		*	
Lombardia											
Veneto											
Friuli Venezia Giulia											
Liguria								*			
Emilia Romagna											
Toscana											
Umbria											
Marche											
Lazio											
Abruzzo											
Molise											
Campania											
Puglia											
Basilicata											
Calabria											
Sicilia											
Sardegna											

### legenda

- aderente alle linee operative Ccm
- non aderente alle linee operative Ccm
- \* non valutabile perché la Regione non ha pianificato in quest'area

	rischio cardiovascolare				vaccinazioni	screening oncologici			incidenti		
	carta rischio	recidive	gestione diabete	obesità		colon retto	cervice uterina	mammella	domestici	stradali	sul lavoro
Piemonte	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	non aderente	aderente	aderente	aderente	aderente
Valle d'Aosta	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	* non valutabile	* non valutabile	aderente	* non valutabile	aderente
Lombardia	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente
Veneto	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente
Friuli Venezia Giulia	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente
Liguria	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	* non valutabile	aderente	aderente	aderente
Emilia Romagna	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente
Toscana	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente
Umbria	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente
Marche	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente
Lazio	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente
Abruzzo	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente
Molise	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente
Campania	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente
Puglia	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente
Basilicata	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente
Calabria	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente
Sicilia	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente
Sardegna	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente	aderente

## legenda

- aderente al modello Ccm
- non disponibile oppure non aderente o incompleto rispetto al modello Ccm
- \* non valutabile perché la Regione non ha pianificato in quest'area

## Conclusioni

Nella sua complessità e con la sua portata innovativa, il Piano nazionale della prevenzione rappresenta, per le Regioni e per il ministero della Salute, l'opportunità di attivare percorsi per attuare interventi efficaci nell'area della prevenzione e raggiungere obiettivi di salute comuni.

Il processo innescato coinvolge molteplici attori e apre a tutti diverse occasioni di evoluzione. Le Regioni, nell'assolvere gli adempimenti di pianificazione, programmazione operativa e monitoraggio degli interventi, sono chiamate a sperimentarsi nella loro capacità ideativa, progettuale e realizzativa e in tutti i meccanismi che questa comporta: l'analisi realistica del contesto, il coinvolgimento attivo dei vari gruppi di interesse, la costruzione di reti e sinergie spesso intersettoriali, le interazioni tra i livelli istituzionali e quanti concretamente agiscono sul territorio per organizzare e far funzionare i servizi. Come per esempio gli operatori delle Asl che, con la loro attività, rendono possibile l'attuazione degli obiettivi delle varie linee dei piani di prevenzione. A loro volta ministero della Salute e Ccm si trovano a dover ripensare il proprio ruolo per gestire, in un'ottica di stretta collaborazione e crescita comune, il coordinamento del Piano, per portarlo al successo e farne una risorsa e un investimento per il Sistema sanitario nazionale.

A oggi il Piano ha rivelato una situazione estremamente variabile tra Regioni e aree di intervento. Questa disomogeneità è senza dubbio destinata a perdurare e a caratterizzare ogni tentativo di valutazione del Piano secondo criteri e standard comuni. Il Ccm e i pianificatori regionali hanno lavorato molto, in termini di tempo ed energie, alla prima fase del percorso, quella della progettazione, tentando di creare un feedback costante e di porre le basi per quella che è stata definita "una comunità che apprende dall'esperienza".

La valutazione della pianificazione va letta proprio nell'ottica di dare visibilità ed enfasi a questo impegno iniziale, in linea con la trasparenza richiesta a tutto il processo, ma anche di far emergere fin da subito criticità e punti di forza del Piano. In altre parole, per realizzare bene occorre progettare bene. Anche in questo campo, ci si è mossi su un terreno sperimentale e come tale non privo di contraddizioni e debolezze: prima fra tutte il fatto che la valutazione si è basata su alcune regole basilari della gestione per progetti che, pur mantenendo il rigore metodologico nella loro applicazione, si sono sviluppate e adeguate in corso d'opera, tenendo conto del percorso evolutivo della pianificazione e della necessità di ricondurre a un'omogeneità progetti che presentavano evidenti differenze di struttura. Tenendo conto dei limiti dell'approccio, i risultati mostrano comunque alcune evidenze di rilievo.

- Sebbene ci siano numerose esperienze di eccellenza, la qualità della progettazione, in termini di rispondenza ai criteri di base, è estremamente variabile tra Regioni e aree di intervento del Piano.
- Le criticità riguardano per lo più la definizione degli obiettivi, e quindi i risultati attesi, che non devono essere generici, ma perfettamente valutabili e distinti dalle attività e dalle tappe che si intendono percorrere.
- Anche la definizione delle modalità di valutazione dei risultati è un passaggio spesso trascurato, o comunque sottovalutato, rispetto alla descrizione del piano operativo, presumibilmente perché considerato implicito o comunque da rimandare alle fasi finali della realizzazione del progetto.
- Alcune carenze sono riscontrabili anche per quelle linee progettuali che si riferiscono a interventi già collaudati, o comunque meno innovativi, come gli screening e le vaccinazioni, per i quali ci si aspetterebbe un livello mediamente più elevato nella qualità della progettazione. Questo dato stimola ulteriormente a riflettere sulla possibile distanza tra il progetto e la sua realizzazione, ossia sulla necessità che i progetti non siano documenti astratti, confezionati in maniera sommaria o eccellente, ma comunque scollegati con la realtà che dovrebbero rappresentare. Al tempo stesso, indipendentemente dall'esperienza maturata sul campo, gli interventi dovrebbero essere implementati soltanto dopo un'attenta riflessione e una pianificazione coerente e il più possibile standardizzata.
- Infine, il cronoprogramma, che è lo strumento definito dall'Intesa per il monitoraggio e la valutazione *in itinere* dei piani, non è stato diffusamente adottato e, presumibilmente, non è ancora da tutti percepito come un supporto per pianificatori e valutatori.
- Pur nella complessità di un'operazione come quella che ministero della Salute, Ccm e Regioni stanno compiendo, il primo, vero risultato, evidente e tangibile, è che, sulle varie aree del Piano, si è iniziato a operare e si stanno portando avanti obiettivi e attività che, al tempo stesso, rispecchiano l'omogeneità di fondo con cui il Piano è stato costruito, sono contestualizzati rispetto alle realtà regionali e mantengono la coerenza con le indicazioni date a livello nazionale.
- Un'ulteriore prova di questo impegno e dei risultati che sta producendo deriva dall'analisi dei cronoprogrammi. Rispetto ai progetti esecutivi si rileva infatti, in generale, un miglioramento in termini di adeguatezza, anche se

permangono alcune criticità, facilmente risolvibili attraverso una migliore spiegazione dell'utilità di uno strumento come il cronoprogramma ai fini della valutazione. Questo salto di qualità tra progetti e cronoprogrammi è anche dovuto al lavoro di interfaccia operativa che il Ccm sta realizzando con tutte le Regioni, finalizzato a permettere a queste, indipendentemente dalle particolarità e criticità interne, di operare adeguatamente rispetto agli impegni assunti con il Piano.

A conclusione del processo di pianificazione, il Ccm ritiene importante comunicare questi risultati, frutto del lavoro che tutto il Ssn sta producendo, presentandoli quindi come un segnale positivo e come strumento di lavoro e di confronto per definire e condividere i passi ulteriori. E, soprattutto, come uno stimolo a continuare in una prospettiva dinamica, che prepari il terreno per un rinnovamento del Piano nel triennio 2008-2010.



Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

## Modalità di certificazione nel primo anno



# modalità certificazione

## Modalità di certificazione nel primo anno

Il criterio di certificazione per l'anno 2005 consisteva nella presentazione dei piani da parte delle Regioni. L'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 ha individuato alcune grandi aree tematiche e obiettivi, fornendo indicazioni sui meccanismi di coordinamento. L'Intesa è diventata operativa quando al termine del primo trimestre 2005.

Nel giugno 2005, quando si era già concluso il primo semestre 2005, il Ccm ha fornito gli indirizzi su sei aree: rischio cardiovascolare, tre screening oncologici, vaccinazioni e *disease management* del diabete. Le Regioni hanno quindi prodotto i propri documenti di piano: alcuni erano semplici dichiarazioni di intenti, altri avevano invece maggiori dettagli operativi.

Da parte sua, il Ccm ha creato un retroterra per l'assistenza tecnica, convenzionando centri di competenza e allestendo comitati scientifici. Inoltre, fornendo alle Regioni indicazioni e strumenti operativi come il cronoprogramma, il Ccm ha posto le basi per una valutazione finalizzata al miglioramento della qualità dei piani.

In questo modo, alla fine del primo anno (2005) le Regioni hanno elaborato sostanzialmente questi sei piani. A ottobre 2005 il Ccm ha rilasciato le linee operative per il contrasto all'obesità, la prevenzione secondaria degli accidenti cardiovascolari, la prevenzione degli infortuni sul lavoro, degli incidenti domestici e degli incidenti stradali. Le Regioni, però, avevano oramai troppo poco tempo per pianificare anche su questi altri cinque obiettivi.

Gli adempimenti di questa prima fase possono così riassumersi nella presentazione, al 31 dicembre 2005, dei piani le cui linee operative erano state rilasciate dal Ccm a giugno 2005. La certificazione del primo anno (2005) è stata quindi basata sulla presentazione entro il 31 dicembre 2005 dei progetti, revisionati e corredati di cronoprogramma, relativi ai tre screening oncologici, alla carta del rischio cardiovascolare, al *disease management* del diabete e alle vaccinazioni.

Tutte le Regioni hanno ricevuto la certificazione. A quella data, non tutti i piani regionali erano eccellenti, perché scontavano una carenza strutturale, sia a livello regionale sia da parte del Ccm, riguardo alle competenze nel lavoro per progetti e all'uso di strumenti della gestione per progetti.

Il processo che va dalla redazione del piano regionale alla revisione da parte del Ccm fino alla definizione di un progetto regionale esecutivo completo di cronoprogramma è stato oneroso: a regime si tratta infatti di ben 247 piani regionali. Tuttavia, ha consentito di conseguire una base di partenza per poi avviare la realizzazione e il monitoraggio delle attività pianificate.



Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

## **Criteria per la certificazione 2006**



# criteri certificazione

## Criteri per la certificazione 2006

La certificazione 2006 si baserà sulla valutazione dello stato di avanzamento del progetto, definito come lo scostamento tra quanto programmato e quanto realizzato. Il documento da cui si traggono i dati è il cronoprogramma delle attività (vedi prospetto 5). La proposta di metodologia per il calcolo dell'avanzamento si può sintetizzare nei punti seguenti:

- si considerano solo le attività che si era previsto di iniziare e terminare entro il 31 dicembre 2006 e quelle *in progress*, cioè quelle che si prevedeva di iniziare entro il 31 dicembre 2006 ma di terminare dopo quella data<sup>1</sup>
- l'avanzamento realizzato (Ar) è un'informazione presente nel cronoprogramma aggiornato al 31 dicembre, riportata nella colonna intitolata "valore rilevato del traguardo"<sup>2</sup>
- l'avanzamento pianificato (Ap) si calcola nel modo seguente:  $Ap = (31 \text{ dicembre } 2006^3 - \text{data inizio prevista}) / (\text{data fine prevista} - \text{data inizio prevista})^4$
- moltiplicando gli avanzamenti realizzati e pianificati per il peso<sup>5</sup> dell'attività si ottengono gli avanzamenti pesati
- l'indice di avanzamento del progetto (Iap) si ottiene rapportando la somma degli avanzamenti realizzati a quella degli avanzamenti pianificati (pesando entrambi questi valori come descritto alla nota 4)<sup>6</sup>.

Ai fini della certificazione, occorrerà stabilire il valore soglia di Iap che determina il raggiungimento dell'adempimento.

*Esempio 1. Per tutte le attività la data di fine prevista è entro il 31 dicembre 2006.*

*Data monitoraggio: 31 dicembre 2006; Iap =  $(33/50) \times 100 = 66\%$*

attività	data inizio prevista	data fine prevista	peso	Ar = valore rilevato del traguardo (%) = avanzamento realizzato	Ap = avanzamento pianificato (%)	avanzamento realizzato pesato	avanzamento pianificato pesato
A	01/01/2006	30/06/2006	10%	75%	100%	8%	10%
B	01/02/2006	30/03/2006	15%	100%	100%	15%	15%
C	31/07/2006	01/08/2006	20%	50%	100%	10%	20%
D	01/09/2006	31/12/2006	5%	0%	100%	0%	5%
<b>Somma</b>						<b>33%</b>	<b>50%</b>

*Esempio 2. Per tutte le attività la data fine prevista è dopo il 31 dicembre 2006.*

*Data monitoraggio: 31 dicembre 2006; Iap =  $(28/29) \times 100 = 96\%$*

attività	data inizio prevista	data fine prevista	peso	Ar = valore rilevato del traguardo (%) = avanzamento realizzato	Ap = avanzamento pianificato (%)	avanzamento realizzato pesato	avanzamento pianificato pesato
A	01/01/2006	30/01/2006	10%	75%	75%	8%	8%
B	01/02/2006	30/03/2006	15%	100%	75%	15%	11%
C	01/03/2006	01/08/2007	20%	25%	50%	5%	10%
D	01/09/2007	31/12/2007	5%	0%	0%	0%	0%
<b>Somma</b>						<b>28%</b>	<b>29%</b>

<sup>1</sup> Si assume che ogni attività sia condotta linearmente nell'intervallo di tempo tra la data di inizio e di fine prevista.

<sup>2</sup> Ai fini del monitoraggio, è stato infatti chiesto alle Regioni di compilare questa colonna scegliendo uno dei seguenti valori: 0%, 25%, 50%, 75%, 100%. Questa percentuale esprime quanto dell'attività pianificata è stato realizzato.

<sup>3</sup> Il 31 dicembre 2006 è la data del monitoraggio.

<sup>4</sup> Per rendere confrontabili il valore dichiarato (Ad) con quello atteso (Ap), quest'ultimo viene arrotondato per difetto a uno dei seguenti valori: 0%, 25%, 50%, 75%, 100%.

<sup>5</sup> Riportato dal pianificatore nella quarta colonna del cronoprogramma, indica l'importanza dell'attività nel complesso del progetto.

<sup>6</sup> Il valore di Iap è posto uguale a 100 qualora gli avanzamenti realizzati siano sempre maggiori di quelli pianificati.

In rosso vengono segnalate le attività che stanno procedendo più velocemente del previsto ( $Ad > Ap$ ). Questa differenza potrebbe essere interpretata in modo positivo, ma potrebbe anche indicare una pianificazione troppo prudente o cautelativa.

Un caso particolare è quello in cui ci sia stato un ritardo nell'inizio: la data effettiva di inizio è cioè successiva a quella prevista. La metodologia finora esposta non tiene conto delle date effettive di inizio attività e quindi degli eventuali slittamenti. Qualora nel cronoprogramma sia indicata una data di inizio effettiva diversa da quella prevista, il calcolo dell'avanzamento pianificato relativo si modifica nel modo seguente (come risulta dall'[esempio 3](#)):

$$AR_1 = (\text{data monitoraggio} - \text{data inizio effettiva}) / (\text{data fine prevista} - \text{data inizio prevista}).$$

*Esempio 3. Attività con data di inizio prevista diversa dalla data di inizio effettiva.*

$$Ap = (30/29) * 100 = 100\%$$

attività	data inizio prevista	data fine prevista	data inizio effettiva	data fine effettiva	peso	Ar = valore rilevato del traguardo (%) = avanzamento realizzato	Ap = avanzamento pianificato (%)	avanzamento realizzato pesato	avanzamento pianificato pesato
A	01/01/2006	30/06/2006			10%	100%	100%	10%	10%
B	01/07/2006	31/12/2006	10/08/2006	31/12/2006	15%	100%	75%	15%	11%
C	01/01/2006	31/12/2007	01/05/2006		20%	25%	25%	5%	5%
D	01/01/2006	01/07/2007			5%	0%	50%	0%	3%

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

## **Nuova organizzazione interna del Ccm: il Gruppo di gestione per progetti**



## Premessa

Il presente documento ha l'obiettivo di definire il regolamento del Project management group (Pmg) gruppo di gestione del Piano nazionale della prevenzione (Pnp) del ministero della Salute. Il gruppo è stato istituito presso il dipartimento della Prevenzione e della comunicazione, con il decreto 142 (Registro visti semplici Ucb) del 30 gennaio 2007.

Glossario e legenda

acronimo	significato
Pmg	Project management group
Pnp	Piano nazionale della prevenzione
Pm	<i>project management</i>
Sipm	Sistema informatico di <i>project management</i>
Cp	Cronoprogramma
Pe	Progetto esecutivo
Rv	Regole di valutazione
Es	Eureka service
Ccm	Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie

## 1. Scopo e compiti del Pmg

Il Pmg è stato costituito per coordinare il Pnp. I suoi scopi sono:

- avviare un processo di gestione per progetti nell'attuale organizzazione secondo l'approccio innovativo del *project management* (progettazione, pianificazione, monitoraggio e valutazione)
- fornire gli elementi di standardizzazione e armonizzazione delle linee progettuali e valutative destinate alla programmazione sanitaria regionale (ai sensi dell'Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005)
- fornire strumenti tecnici e metodologici di condivisione e comunicazione con caratteristiche di trasversalità e uniformità alle tre direzioni generali del dipartimento della Prevenzione e comunicazione (Prevenzione sanitaria, Comunicazione e relazioni istituzionali, Rapporti con l'Unione Europea e rapporti internazionali)
- impostare un sistema di gestione per progetti (procedure, persone e strumenti informatici) di ausilio ai progetti.

In particolare, nell'ambito del Pnp i compiti del Pmg sono:

- coordinare la gestione del Piano attraverso un'azione congiunta tra i referenti delle linee progettuali e le Regioni coinvolte nei progetti
- definire un modello di gestione del Piano con particolare riferimento alle regole di progettazione, di monitoraggio e di valutazione
- valutare la progettazione e la realizzazione dei singoli progetti del Piano
- raccogliere, analizzare e comunicare i risultati del monitoraggio e della valutazione dei progetti del Piano
- formare gli attori coinvolti nel Piano nella disciplina del *project management*

- realizzare un sistema di comunicazione nell'ambito del Piano che permetta di aumentarne la conoscenza e la condivisione.

In prospettiva, visto l'orientamento del dipartimento riguardo l'organizzazione del lavoro per progetti, il modello generale di gestione del Pnp potrà essere adattato alla gestione di altri piani e, più in generale, potrebbe divenire uno standard applicabile a future strategie di progettazione, monitoraggio e valutazione elaborate dal Ccm.

## 2. Composizione del Pmg

Il Pmg è composto da un *top management*, da un gruppo gestione Pnp e da cinque gruppi di lavoro con funzioni di supporto e di ausilio al gruppo gestione Pnp.

Composizione del *top management*:

- Donato Greco, responsabile del Pmg
- Paolo D'Argenio, responsabile operativo che riporta al responsabile del Pmg.

I gruppi di lavoro a supporto del gruppo Gestione Pnp, individuati per ottimizzare il lavoro del Pmg nel suo complesso, sono:

- gruppo coordinamento
- gruppo tecnico-informatico
- gruppo formazione
- gruppo procedure
- gruppo comunicazione.

In particolare:

- il gruppo gestione Pnp ha competenza sul governo delle attività di gestione dei progetti del Pnp per il triennio 2005-2007 (valutazione della programmazione e della pianificazione, monitoraggio dello stato di avanzamento, ecc)
- il gruppo coordinamento funge da coordinamento delle attività del Pmg
- tutti i gruppi rispondono al responsabile operativo.

Ciascun gruppo:

- è diretto da un responsabile che riporta direttamente al responsabile operativo
- si distingue per competenza
- collabora in maniera attiva con il gruppo di coordinamento
- gestisce attività di propria competenza, su cui ha potere decisionale, in coerenza con le esigenze e gli obiettivi espressi dal Pmg
- si riunisce nelle occasioni opportune.

Il Pmg:

- si riunisce in plenaria in riunioni periodiche bimestrali per esaminare l'avanzamento del Piano
- si riunisce in plenaria in riunioni straordinarie per decisioni particolari di natura globale
- viene rappresentato in riunione almeno dai responsabili di ciascun gruppo e delle linee progettuali o da un loro delegato.

# composizione

Figura 1. Visione ristretta della struttura del Pmg

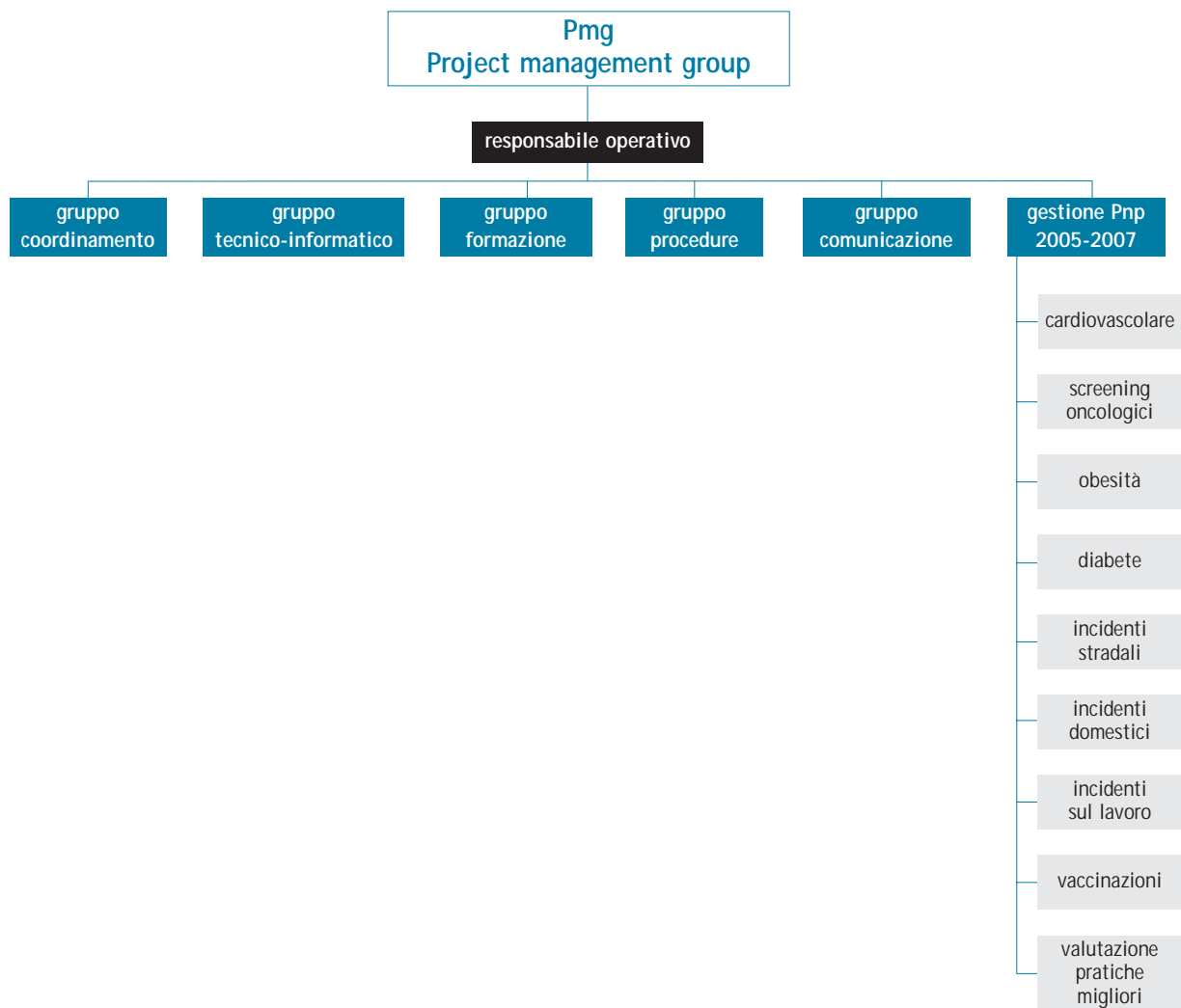
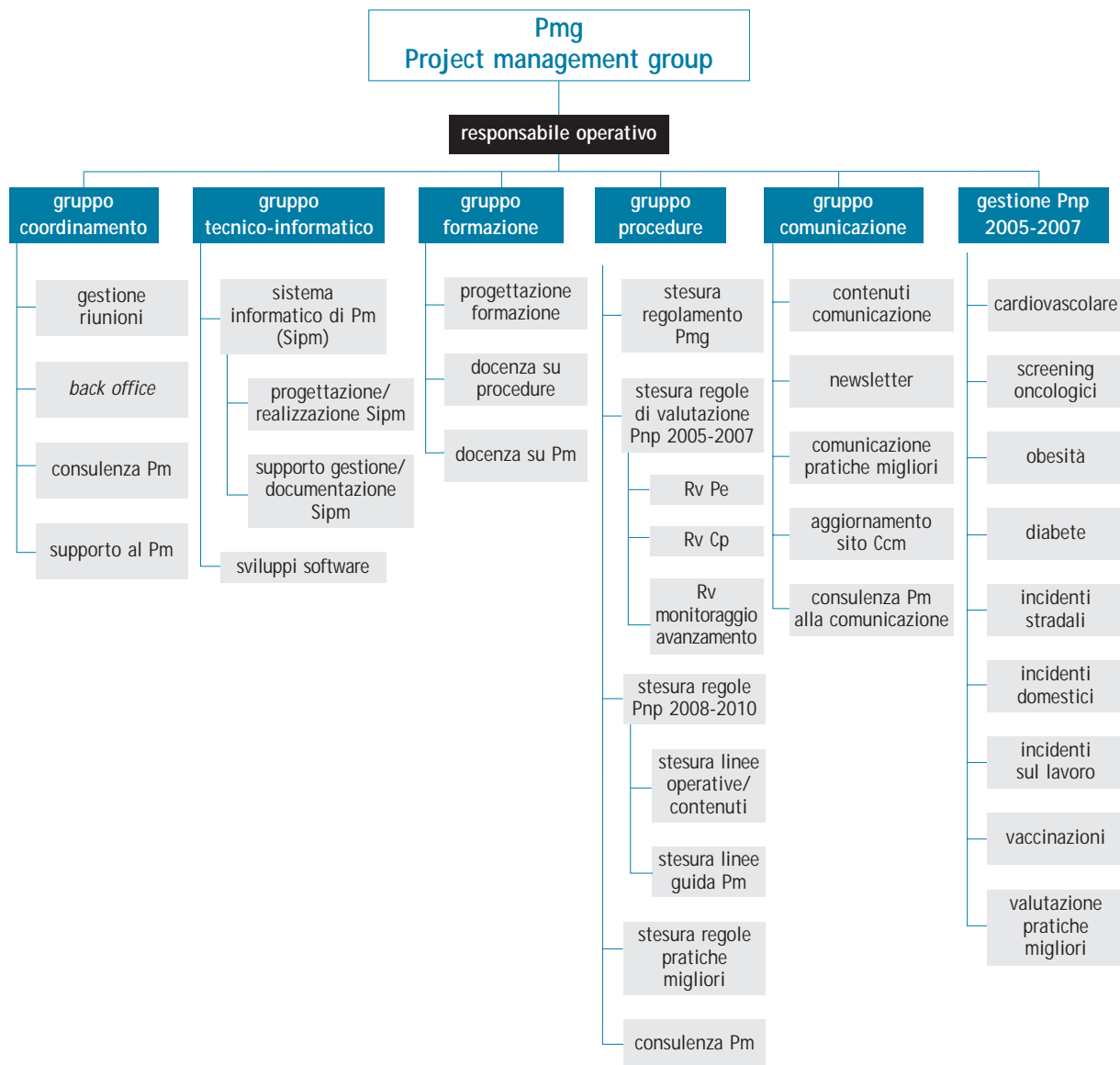


Figura 2. Visione globale della struttura del Pmg.



### 3. Regole di riunione

Il Pmg fa della comunicazione diretta e indiretta, formale e informale, verbale e scritta, lo strumento principale per una corretta gestione delle proprie attività.

In particolare, le riunioni rappresentano il momento di maggior condivisione e collaborazione delle scelte, delle decisioni e dell'analisi della situazione dei lavori in corso. Il Pmg si riunisce in riunioni plenarie con cadenza bimestrale, ma può decidere di riunirsi in forma straordinaria laddove necessario.

Le riunioni plenarie del Pmg vengono indette su richiesta del responsabile del Pmg, del responsabile operativo o del responsabile del coordinamento

Ciascun gruppo del Pmg si riunisce in riunioni di gruppo o di intergruppo per svolgere attività e prendere decisioni su argomenti di particolare competenza. Le riunioni di gruppo vengono indette previa richiesta del responsabile di gruppo al responsabile del coordinamento

Le seguenti sono regole generali sulle riunioni valide per tutti i gruppi:

- tutte le riunioni sono convocate tramite e-mail da parte del responsabile delle riunioni del gruppo coordinamento
- la convocazione deve essere comunicata ai partecipanti almeno due settimane prima della data fissata
- la convocazione deve essere corredata da un ordine del giorno dettagliato con argomenti, orari e obiettivi ben definiti
- durante la riunione viene redatto un verbale da parte del responsabile del *back office* del gruppo coordinamento
- il verbale viene inviato entro i successivi cinque giorni lavorativi a tutti i partecipanti, ai responsabili degli altri gruppi e al responsabile operativo
- tutti coloro che ricevono il verbale hanno 48 ore di tempo per approvare o contestare il verbale; entro questo periodo, in assenza di comunicazione via e-mail delle eventuali contestazioni, il verbale si ritiene tacitamente approvato.

### 4. Regole di decisione

Le decisioni pertinenti alle specifiche tematiche, proprie dei singoli gruppi, vengono prese all'interno di ciascun gruppo o, eventualmente, nell'ambito di sottogruppi costituiti *ad hoc* e sottoposte all'approvazione del Pmg in seduta plenaria.

Le decisioni proposte dai singoli gruppi saranno comunicate ai singoli membri del Pmg almeno sette giorni lavorativi prima della data fissata per la seduta plenaria. L'approvazione avverrà mediante l'espressione della maggioranza qualificata dei voti dei presenti.

Le proposte possono essere approvate, approvate con riserva di modifica o respinte. L'approvazione con riserva di modifica implica che l'approvazione è subordinata a modifiche concordate nell'ambito della seduta plenaria e accettate in seguito a presa visione delle modifiche stesse, da parte di tutti i partecipanti e comunque trascorse 48 ore dalla loro comunicazione. Le proposte respinte non potranno essere ripresentate senza sostanziali modifiche per almeno sei mesi.

## 5. I gruppi

### 5.1 Il gruppo gestione Pnp 2005-2007

Il gruppo gestione Pnp 2005-2007 è composto da:

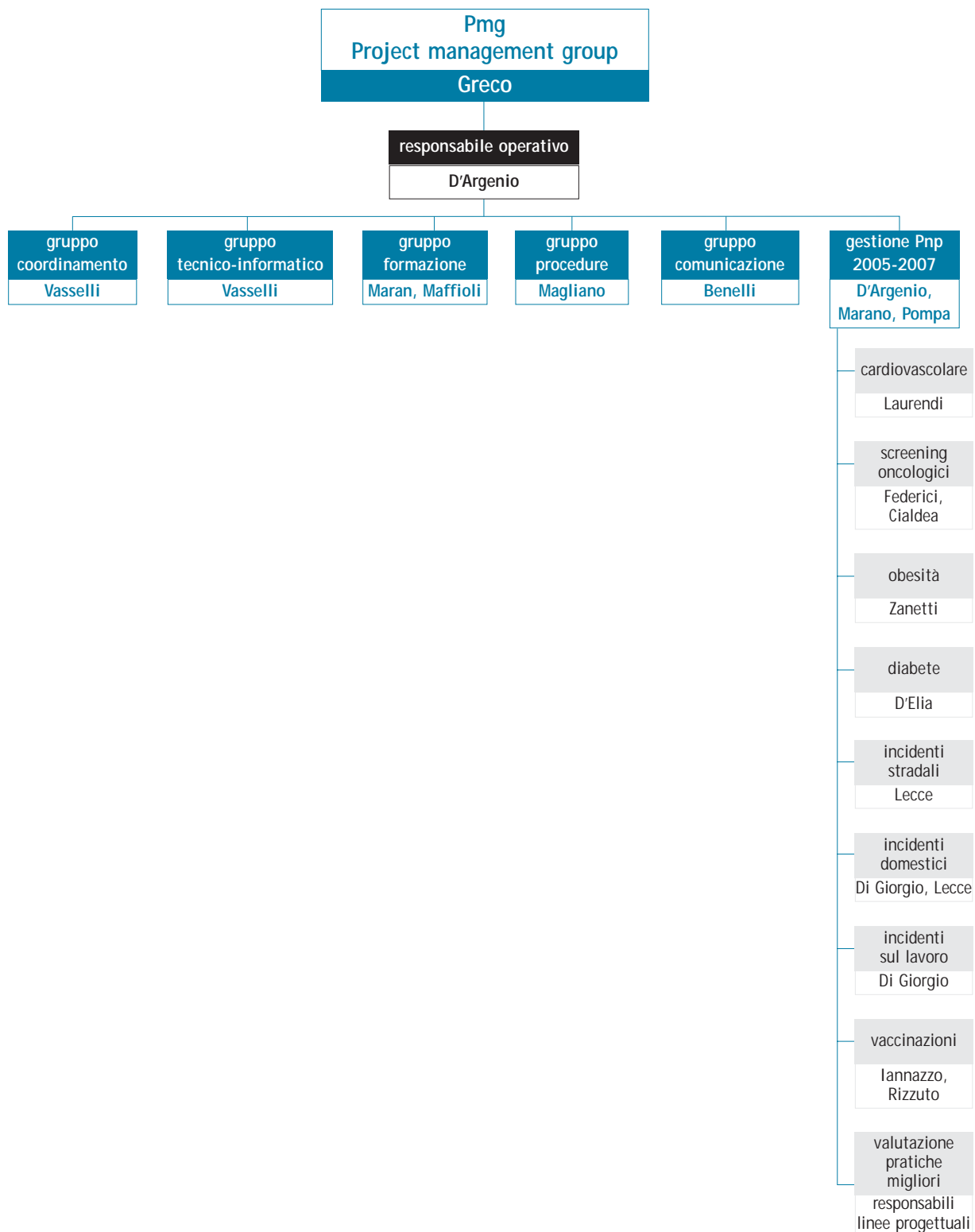
- i responsabili degli uffici competenti delle linee progettuali del Pnp che fungono da responsabili del gruppo
- i referenti delle linee progettuali del Pnp: cardiovascolare, screening oncologici, obesità, diabete, incidenti stradali, incidenti domestici, incidenti lavorativi, vaccinazioni
- un comitato per la valutazione delle pratiche migliori (composto da responsabili degli uffici competenti e da referenti delle linee progettuali).

I compiti principali del gruppo gestione Pnp 2005-2007 sono:

- governare le attività di gestione dei progetti del Pnp per il triennio 2005-2007
- valutare la programmazione e la pianificazione dei progetti del Pnp secondo le linee operative e le linee guida in collaborazione con il gruppo procedure
- monitorare gli avanzamenti dei progetti Pnp secondo le linee guida definite dal gruppo procedure
- fornire gli strumenti per la certificazione dei progetti, in collaborazione con il responsabile operativo e il responsabile del Pmg
- valutare le pratiche migliori dei progetti Pnp e condividerle con il responsabile del gruppo comunicazione
- collaborare con il gruppo di coordinamento per la pianificazione e il monitoraggio delle attività del gruppo
- indire le riunioni su argomenti di sua competenza, coinvolgendo, ove ritenuto opportuno, i responsabili degli altri gruppi, altri eventuali partecipanti del Pmg ed eventuali altri *stakeholder* del Pnp esterni al Pmg.

# gruppo gestione Pnp

Figura 3. Responsabili del gruppo gestione Pnp 2005-2007



## 5.2 Il gruppo coordinamento

Il gruppo Coordinamento è composto da:

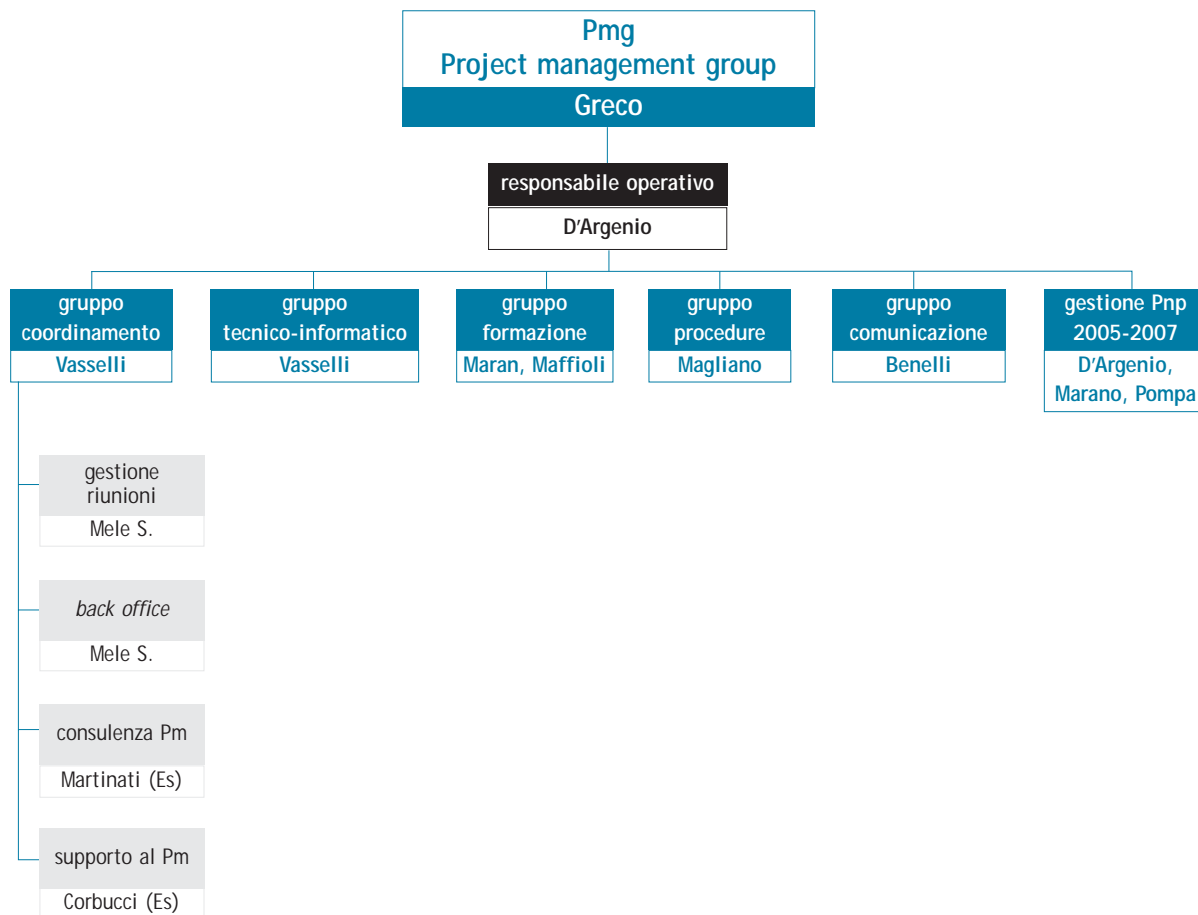
- il responsabile del coordinamento del Pmg
- il responsabile delle riunioni
- il responsabile del *back office*
- il responsabile della consulenza nella gestione per progetti
- il responsabile del supporto nella gestione per progetti.

I compiti principali del gruppo coordinamento sono:

- dare supporto di *governance* e di gestione a tutte le attività del Pmg
- coordinare le attività del Pmg per permettere un'armonizzazione di gestione
- collaborare con i responsabili degli altri gruppi per agevolare lo svolgimento delle attività del gruppo
- gestire la segreteria e le attività di *back office* (documentazione, modulistica, ecc) delle attività del Pmg
- partecipare alle attività globali del Pmg
- partecipare trasversalmente alle attività dei singoli gruppi
- gestire le attività del Pmg con un approccio tipico della gestione per progetti
- diffondere, anche tramite il gruppo formazione, una cultura di gestione per progetti e un linguaggio comune
- pianificare e monitorare in una visione centralizzata le attività del Pmg
- gestire le riunioni di progetto (convocazione, prenotazione sale, redazione verbale).

# gruppo coordinamento

Figura 4. Responsabili del gruppo coordinamento.



### 5.3 Il gruppo tecnico-informatico

Il gruppo tecnico-informatico è composto da:

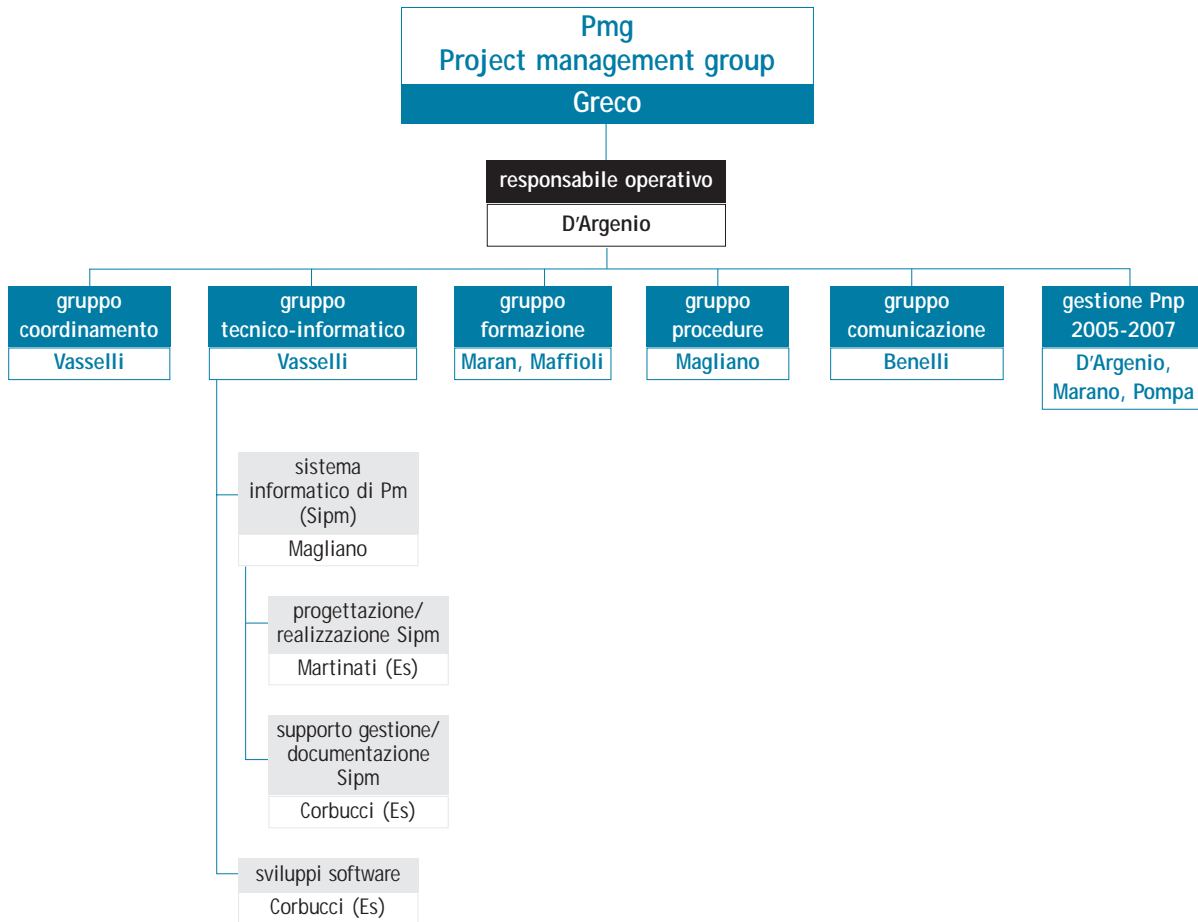
- il responsabile del gruppo
- il responsabile del Sistema informatico di gestione per progetti (Sipm), cui rispondono:
  - ▶ il responsabile della progettazione del Sipm
  - ▶ il responsabile del supporto alla gestione e della documentazione del Sipm
- il responsabile degli sviluppi software necessari per il miglioramento e la personalizzazione del Sipm.

I compiti principali del gruppo tecnico-informatico sono:

- governare le attività tecnico-informatiche legate alla progettazione, realizzazione e gestione del Sipm
- governare le attività di sviluppo software necessarie per il miglioramento e la personalizzazione del Sipm
- collaborare con il gruppo gestione Pnp supportandolo nelle attività di gestione dei piani con la predisposizione di strumenti adeguati
- collaborare con il gruppo di coordinamento per la pianificazione e il monitoraggio delle attività del gruppo
- indire le riunioni tecnico-informatiche.

# gruppo tecnico-informatico

Figura 5. Responsabili del gruppo tecnico-informatico.



## 5.4 Il gruppo formazione

Il gruppo formazione è composto da:

- responsabile del gruppo
- responsabile dell'organizzazione dei corsi di formazione (logistica, tempistica)
- responsabile della progettazione della formazione (contenuti, materiali, documentazione)
- responsabile della docenza sulle procedure messe in piedi nel lavoro del Pmg
- il responsabile della docenza sulla gestione per progetti.

Lo scopo principale dell'attività del gruppo è:

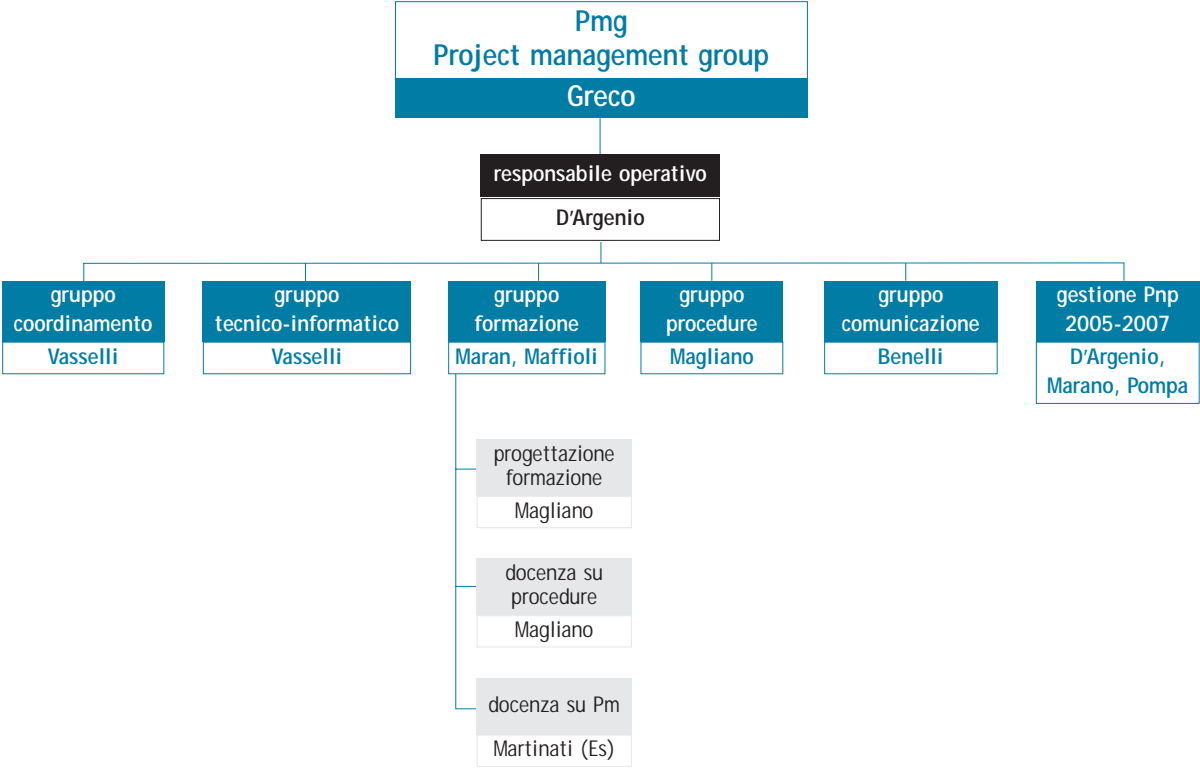
- facilitare la creazione di piani di formazione legati alle singole linee operative del Pnp (cardiovascolare, diabete, incidenti, ecc)
- costruire sinergie tra i vari piani e favorire una visione d'insieme delle attività di formazione legate al Pnp
- diffondere le metodologie della gestione per progetti tra gli attori del Pnp, in modo che aumenti la loro capacità di progettare, secondo approcci comuni.

I compiti principali del gruppo formazione sono:

- governare i piani nazionali di formazione, connessi al Pnp
- governare le attività formative necessarie all'espletamento dei compiti degli attori coinvolti nel Pnp (membri del Pmg, Regioni, istituti, Aziende sanitarie coinvolte):
  - ▶ evidenziare le esigenze formative di tutti gli attori coinvolti
  - ▶ progettare interventi formativi sulle esigenze evidenziate
  - ▶ realizzare materiali e documentazione necessaria per la formazione
  - ▶ erogare interventi formativi rivolti agli attori coinvolti
- collaborare con il gruppo gestione Pnp per l'implementazione delle conoscenze e delle competenze attinenti le attività di progettazione e valutazione
- indire le riunioni legate alla formazione coinvolgendo i responsabili degli altri gruppi, altri eventuali partecipanti del Pmg ed eventuali altri *stakeholder* del Pnp esterni al Pmg.

# gruppo formazione

Figura 6. Responsabili del gruppo Formazione.



## 5.5 Il gruppo procedure

Il gruppo Procedure è composto da:

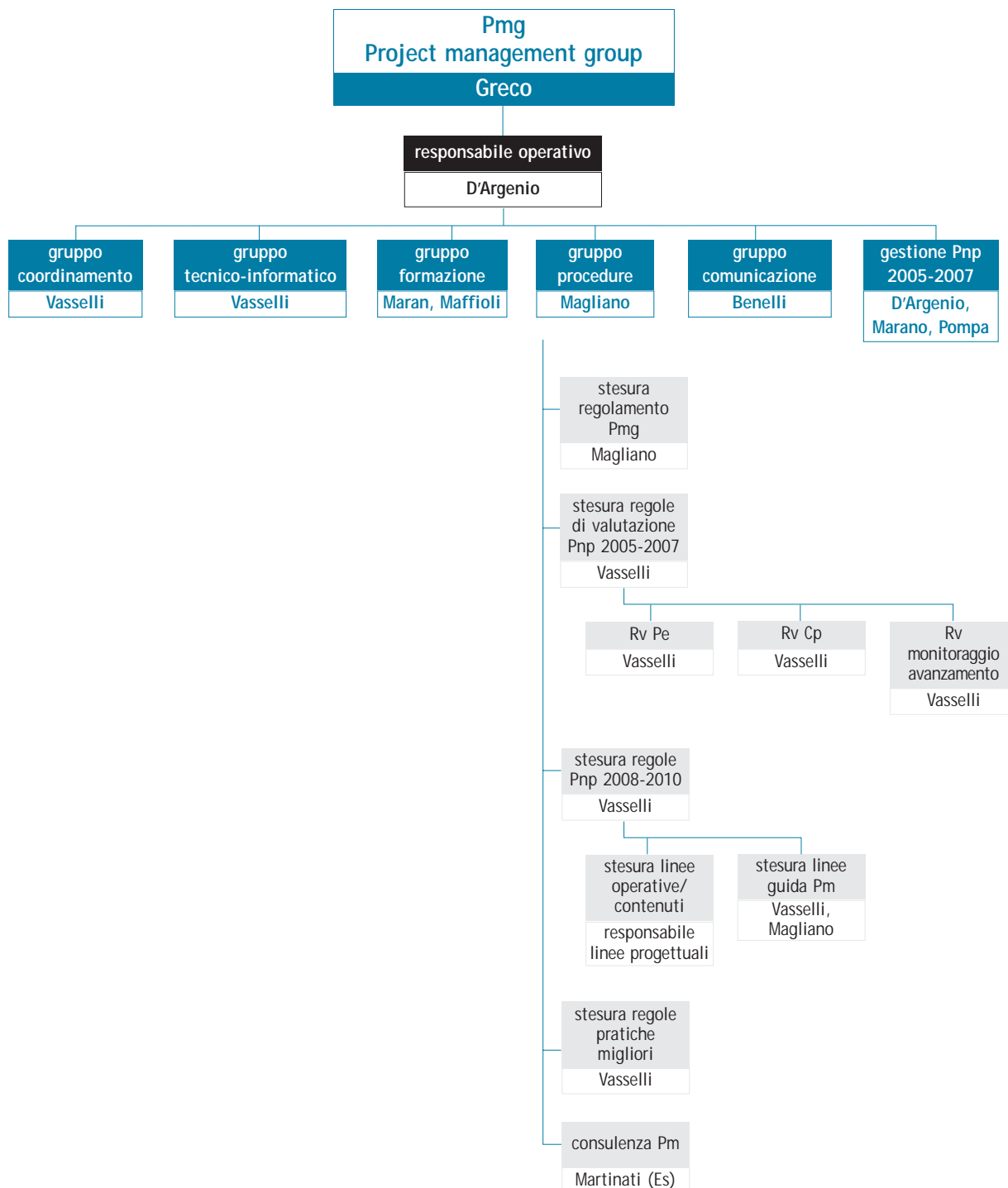
- il responsabile del gruppo
- il responsabile del regolamento del Pmg
- il responsabile delle regole di valutazione del Pnp per il triennio 2005-2007, cui rispondono:
  - ▶ il responsabile delle regole di valutazione della progettazione (Pe)
  - ▶ il responsabile delle regole di valutazione della pianificazione e del cronoprogramma dei progetti (Cp) del Pnp
  - ▶ il responsabile delle regole di valutazione del monitoraggio e avanzamento dei progetti del Pnp
- il responsabile delle regole del Pnp per il triennio 2008-2010, cui rispondono:
  - ▶ il responsabile delle linee operative
  - ▶ il responsabile delle linee guida di gestione per progetti
- il responsabile delle regole per la gestione delle pratiche migliori
- il responsabile della consulenza alla gestione per progetti per il gruppo.

Premesso che per “procedure” si intendono tutte le regole di gestione del Pnp, sia per il triennio 2005-2007 che per il triennio 2008-2010 e le linee guida operative di gestione per progetti dei progetti del Piano, i compiti principali del gruppo Procedure sono:

- governare le attività per la definizione e stesura delle procedure per la gestione dei progetti del Pnp (regole di progettazione, di pianificazione e di monitoraggio)
- collaborare con il gruppo gestione Pnp per il miglioramento continuo degli strumenti di valutazione e monitoraggio dei piani, ponderandone l'effettiva coerenza rispetto alle diverse linee progettuali e ai differenti contesti
- verificare insieme con il gruppo coordinamento l'effettivo adeguamento alle procedure da parte di tutti gli attori coinvolti nel Pnp e da parte dei rappresentanti del Pmg
- definire le regole per la gestione delle pratiche migliori, collaborando con il gruppo comunicazione per la loro diffusione
- collaborare con il gruppo di coordinamento per la pianificazione e il monitoraggio delle attività del gruppo
- indire le riunioni legate alle procedure coinvolgendo i responsabili degli altri gruppi, altri eventuali partecipanti del Pmg ed eventuali altri *stakeholder* del Pnp esterni al Pmg.

# gruppo procedure

Figura 7. Responsabili del gruppo procedure.



## 5.6 Il gruppo comunicazione

Il gruppo comunicazione è composto da:

- il responsabile del gruppo
- il responsabile dei contenuti della comunicazione (stato dell'arte del Pnp, valutazioni dei progetti, linee guida, linee operative, ecc)
- il responsabile della gestione della newsletter per la diffusione delle informazioni relative al Pnp e di quelle relative alle attività del Pmg
- il responsabile della comunicazione delle pratiche migliori del Pnp
- il responsabile dell'aggiornamento del sito Ccm per la pubblicazione delle informazioni relative a pianificazione, monitoraggio e valutazione dei progetti del Pnp
- il responsabile della consulenza di gestione per progetti relativamente alla comunicazione di gruppo.

I compiti principali del gruppo Comunicazione sono:

- governare le attività per la definizione del piano di comunicazione fra tutti gli attori del Pmg
- supportare il gruppo gestione Pnp con le competenze e gli strumenti della comunicazione
- diffondere le informazioni dei progetti del Pnp in modo coerente e tempestivo, utilizzando gli strumenti messi a disposizione (newsletter, sito Ccm)
- diffondere le informazioni legate alle pratiche migliori del Pnp per migliorare l'operato di tutti gli attori regionali coinvolti nel Piano
- collaborare con il gruppo di coordinamento per la pianificazione e il monitoraggio delle attività del gruppo
- indire le riunioni legate alla comunicazione coinvolgendo i responsabili degli altri gruppi, altri eventuali partecipanti del Pmg ed eventuali altri *stakeholder* del Pnp esterni al Pmg.

# gruppo comunicazione

Figura 8. Responsabili del gruppo Comunicazione

