



Ministero della Salute



Verbale della riunione del Gruppo di procedure 10 Ottobre 2007

Il giorno 10 Ottobre 2007 alle ore 15.00 si riunisce per la prima volta presso la sede Sisac di Via Nazionale 75 il sottocomitato scientifico "Progettazione Piano Nazionale della Prevenzione 2008-2010". Il gruppo di lavoro è costituito nell'ambito del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle malattie, ed è composto da rappresentanti del CCM/Ministero della Salute e da rappresentanti delle Regioni. Si allega (ALL 1) la bozza del decreto di costituzione attualmente alla firma del Direttore Generale della prevenzione del Ministero della salute

Sono presenti in qualità di rappresentanti delle Regioni designati con nota del Coordinatore degli Assessori alla Sanità delle Regioni e Province autonome:

Antonio Ferro	Regione Veneto
MariaDonata Giamo	Regione Umbria
Pierluigi Macini	Regione Emilia Romagna
Renato Pizzuti	Regione Campania

E in qualità di rappresentanti del CCM e del Ministero della salute, designati rispettivamente dal direttore operativo del CCM e dal direttore della direzione generale della prevenzione del Ministero della salute :

Paolo D'Argenio	Direzione Generale della prevenzione- Ministero della salute
Stefania Salmaso	Comitato scientifico CCM
Stefania Vasselli	Direzione Generale della prevenzione- Ministero della salute
Svolge i compiti di segreteria tecnica:	
Sonia Mele	Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione- Ministero della salute

Obiettivo dell'incontro è quello di avviare una prima discussione per la stesura del Piano Nazionale di Prevenzione per il triennio 2008-2010

Introduzione ai lavori

La riunione, come da programma inizia alle h 15 con una breve apertura di Paolo D'Argenio, che sottolinea l'importanza di questo tavolo di lavoro che consentirà alle Regioni e al CCM/Ministero della Salute di lavorare efficacemente e in sinergia per progettare ed elaborare il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione. Per dare l'idea della direzione nella quale ci si vuole incamminare, vengono indicate delle parole chiavi rappresentative del nuovo Piano e della continuità che si vuole assicurare con il precedente, ovvero: *Stabilizzare Ricalibrare ed Attuare*. *Stabilizzare* per dare un senso di continuità con il Piano precedente, *Ricalibrare* per riaggiustare il tiro ove necessario, ma senza grossi stravolgimenti, ed infine *Attuare* nel senso di realizzare concretamente. Questo dovrebbe significare da una parte confermare e rafforzare il network di referenti, confermare, almeno in linea generale gli obiettivi del Piano Nazionale della prevenzione 2005-2007, capitalizzare la fase di progettazione delle Regioni evitando la richiesta di ulteriori progetti, ma dall'altra parte attuare dei cambiamenti facendo tesoro dei possibili errori commessi nella formulazione e gestione del Piano precedente

Viene poi fatto un punto della situazione per chiarire quali passi sono stati sinora fatti in questo processo per il rinnovo del Piano, in sintesi i più significativi:

- Accordo Stato Regioni su linee progettuali prioritarie (Marzo ALL 2 accordo 29_III_2007)
- Richiesta al Ministro della Salute (Giugno ALL 3 APPUNTO MINISTRO Rinnovo PNP)
- Decisione del Ministro e degli Assessori Regionali (Luglio)
- Lettera alle Regioni per rinnovo PNP (Luglio)
- Intesa Stato Regioni su obiettivi di piano 2008 (Agosto ALL 4 intesa nuovi obiettivi di piano)
- Costituzione del sottocomitato scientifico "Progettazione Piano Nazionale della Prevenzione 2008-2010" (Ottobre)

Viene fatto notare che ovviamente la macchina di tale processo ancora non si è fermata e che si è anzi arrivati ad una fase cruciale: quella di stesura del Piano, e si auspica che ciò possa avvenire entro la fine di Dicembre, in modo da avviare il piano Nazionale della Prevenzione 2008-2010 senza ritardi.

Suggerimenti e consigli delle Regioni

Durante la mattinata si è svolta la consueta riunione mensile del Coordinamento Interregionale della Prevenzione. In questo contesto le Regioni hanno espresso alcune opinioni e riflessioni affinché, tra l'altro fossero riportate dai propri rappresentanti nell'incontro pomeridiano del Sottocomitato. Viene indicato che la maggior parte delle Regioni sembra esattamente condividere l'idea di dare continuità al Piano Nazionale della prevenzione 2005-2007, senza quindi stravolgere completamente le linee progettuali, pertanto le key words indicate sembrerebbero rappresentare a pieno anche la visione delle Regioni. Pur non dovendo stravolgere il precedente piano vengono suggerite alcune possibili modifiche:

1. inserire linee progettuali, obiettivi o comunque temi connessi ai determinanti di salute, inclusi quelli ambientali
2. prevedere e rafforzare i rapporti con altri settori della sanità (es. veterinari, medici di medicina generale, soggetti coinvolti nella sicurezza alimentare) e della società. Tale coinvolgimento non significherebbe necessariamente l'introduzione di nuove aree ma la rimodulazione di alcune già esistenti con l'introduzione di interventi che potrebbero essere attuati con il sostegno e la cooperazione dei soggetti sopra elencati
3. ridurre la frammentazione degli interventi, attraverso un maggior coordinamento a livello centrale, tra Piani differenti; infatti viene fatto notare come le regioni si siano trovate a dover raggiungere obiettivi anche totalmente differenti, per differenti piani che tuttavia vertevano su medesimi temi.(vedi obesità).

4. costruire bene le cornici, in modo da avviare linee nuove o portare a regime quelli esistenti all'interno di approcci integrati

Le Priorità di intervento

A seguito dei suggerimenti ricevuti dalle Regioni si fa notare che sarebbe necessario prima di procedere ad una fase di progettazione del Piano, definire quelle che sono le priorità di intervento, e soprattutto definire i criteri di scelta di tali priorità.

Emerge, infatti l'importanza di creare una cornice concettuale forte a questo nuovo Piano, che dia forza e sistematicità al processo, a seguito del quale si potrà garantire una maggiore trasversalità finalizzata a definire le varie cooperazioni con i differenti settori della sanità.

Per realizzare questa "bella cornice" nella quale far capire cosa si fa, perché lo si fa e quali sono i ruoli di ognuno risulta necessario partire da quelle che sono state le linee, e quindi le priorità di intervento del Piano attualmente in corso, e capire se mantenerle, modificarle o crearne totalmente delle nuove.

Nella discussione sulle possibili priorità di intervento viene proposto di procedere invece che per aree di salute (incidenti, vaccinazioni, screening etc..) per popolazione target e quindi definire degli obiettivi del sistema sanitario per la prevenzione dei giovani, dei bambini, degli anziani e così via..

Ma per quel principio di continuità espresso, e per la consapevolezza che il Piano non potrà mai essere esaustivo su tutte le tematiche della prevenzione, si ritiene che in linea di massima debbano essere mantenute le linee identificate nel Piano 2005-2007 affinché in ogni Regione siano attuate e portate a regime.

In merito alle priorità identificate dal Piano precedente viene sottolineato che esso ha avuto due "ispirazioni" innovative:

- problemi "nuovi", essenzialmente connessi alle malattie croniche, su cui non si fa o si fa poca prevenzione;
- prevenzione per così dire "terziaria", es. sulle complicanze del diabete o sulle recidive di eventi cardiovascolari, all'interno di programmi integrati rivolti alla popolazione.

Prima del Piano questi temi non erano mai stati affrontati e non avevano alcun supporto istituzionale per essere gestiti e per attuare degli interventi efficaci di prevenzione, come invece accadeva per altri temi quali quello della sicurezza alimentare,

In questo senso il Piano Nazionale di Prevenzione è stato una grossa spinta innovativa per far destare l'attenzione anche dei decisori politici su temi importanti e di grosso impatto per la sanità pubblica, ma poco affrontati.

E proprio in tale contesto innovativo tutte le Regioni si sono mosse, inizialmente in sordina, poi con maggiore entusiasmo, lavorando duramente e attivando con un grosso sforzo azioni coordinate. Pertanto in virtù di questo impegno viene rilevato come sia importante non gettare all'aria il lavoro svolto stravolgendo le priorità di intervento del nuovo Piano.

Alcune linee di intervento (es. screening e vaccinazioni) sono già a regime in gran parte delle Regioni, fanno parte dei LEA o dell'operatività generale, quindi necessitano probabilmente di una migliore specificazione o di una più forte valenza operativa mantenendo l'importazione generale. Per altre linee (in particolare gli incidenti) il Piano deve invece funzionare da catalizzatore di processo e da stimolo per l'attivazione.

La missione.

Dalla discussione sulle priorità emergono elementi cruciali sulla missione del Piano Nazionale della prevenzione. Il piano Nazionale della prevenzione può essere visto come un catalizzatore, in grado sia di favorire sinergie e cooperazioni, sia di mettere in moto azioni volte ad attuare interventi di prevenzione su temi non ancora affrontati dal sistema sanitario..

In questa ottica il Piano Nazionale della prevenzione serve a supportare e a dare nuovi impulsi, ma anche a veicolare le risorse affinché tutte le Regioni lavorino realizzando obiettivi comuni.

Il decollo

Da un'analisi oggettiva della situazione attuale emerge chiaramente che malgrado il Piano Nazionale della prevenzione cerchi di creare una maggiore omogeneità e livellamento tra le Regioni, questo nella realtà non sempre avviene. Quindi ci si trova di fronte ad un nodo importante perché se da una parte le Regioni richiedono continuità tra i piani, dall'altra parte alcune Regioni hanno ormai raggiunto per alcune linee progettuali gli obiettivi prefissati e addirittura su alcune linee, soprattutto screening e vaccinazioni, non necessitano del Piano, poiché ormai tali linee vanno "avanti da sé".

Viene a tale proposito fatto notare come una delle missioni del piano sia quella di mettere mano alle differenze tra le varie Regioni e far sì che tutte le regioni arrivino alla realizzazione degli obiettivi e al raggiungimento di un livello minimo, peraltro richiesto dai LEA. Pertanto si propone di parlare di due tipi di attività: gestione e sviluppo. La gestione avverrà su quelle linee per le quali le regioni hanno raggiunto gli obiettivi, e si tratterà di assicurare il mantenimento delle attività, ed eventualmente ove possibile inserirne delle nuove che coinvolgano altri soggetti della sanità, mentre lo sviluppo implicherà una progettazione volta ad attuare o implementare gli interventi di prevenzione previsti.

Nel corso di questo brainstorming emerge un'immagine che metaforicamente rappresenta la situazione del Piano e che vale la pena riportare, l'immagine è quella del decollo di un aereo. Alcune Regioni si troverebbero nella fase iniziale ovvero lo stacco da terra, altre nella salita di decollo, ed altre sarebbero già in pieno decollo: il piano serve per decollare.

Questa idea del piano implica che le regioni che in alcuni campi sono già, per utilizzare la stessa metafora, in fase di volo stazionario e non dovranno riprogettare, ma unicamente fornire i dati sul funzionamento.

Una seconda conseguenza di questa visione è che siccome alcune regioni sono in fase di volo stazionario ed altre in decollo, il piano tende a rappresentare un intervento di riequilibrio e coesione del sistema sanitario.

Una seconda conseguenza di questo punto di vista è che il Piano serve per affrontare situazioni emergenti, rispetto ai quali tutto il sistema è impreparato. Queste situazioni possono essere problemi di salute, ma anche modalità più efficaci per affrontare problemi già conosciuti: ad esempio il piano serve per adeguare il sistema laddove alcune modalità organizzative sono risultate più efficaci (disease management, continuità ospedale territorio), ed inoltre il piano serve a riorientare il sistema sanitario rispetto a problemi di salute che sono noti, ma rispetto ai quali il sistema si è mosso pigramente, in particolare per i rischi di malattie croniche.

La valutazione

Poiché le Regioni saranno, in tale ottica chiamate sia a progettare che ad amministrare viene proposto di ripensare alle modalità di valutazione, che non potranno più basarsi sul calcolo dell'IAP, e quindi sull'autocertificazione relativa al processo, ma anche su misure o indicatori che approssimino l'esito cioè l'impatto di salute. Viene proposto di utilizzare per esempio il sistema PASSI, come strumento di valutazione da affiancare a quello sinora utilizzato.

I fondi

Nella discussione sugli aspetti futuri del piano viene sollevata l'importante questione dei soldi, molte Regioni non hanno infatti visto impegnare il denaro ricevuto, sulle attività di prevenzione del Piano, così come era stato stabilito dall'Intesa. In merito a ciò si propone di lavorare in cooperazione con la direzione della programmazione al fine di veicolare le Regioni attraverso l'intesa ad investire i soldi del Piano Nazionale della prevenzione nelle attività di prevenzione.

Viene inoltre suggerito di utilizzare il modello usato dalla Campania, ovvero di diversificare nell'ambito dei piani regionali, le attività di gestione da quelle di sviluppo, inserendo che una percentuale del fondo vincolato venga destinata a delle attività centrali di coordinamento

Gli obiettivi

Tenendo conto di quella che è stata individuata come la mission del Piano, considerando che le Regioni si trovano in fasi di decollo differenti, e facendo una riflessione su ciò che si è riuscito ad attuare con il Piano 2005-2007 emerge la necessità di pervenire per questo Piano alla definizione di obiettivi che siano concreti, operativi. e misurabili. In realtà per alcune linee siffatti obiettivi sono già individuati nel Piano 2005-2007, basti pensare alla linea screening e alle vaccinazioni, per queste linee si dovrebbero mantenere tali obiettivi, chiedendo un aggiornamento di progettazione alle Regioni che sono più indietro e il mantenimento e la gestione di quanto realizzato alle Regioni che sono più avanti. Si tratterebbe di distinguere le due situazioni e di parlare nel primo caso di indicatori di processo e nel secondo caso di indicatori di esito.

Per le altre linee bisognerà fare un grosso sforzo anche in seno a questo tavolo di lavoro per individuare obiettivi concreti, operativi. e misurabili e per definire i relativi indicatori di processo e/o di esito ed i parametri di riferimento.

Per tutti gli obiettivi occorre individuare, ai fini valutativi, il livello minimo che tutto il Paese deve raggiungere e garantire. Ogni Regione, in base a dati oggettivi, dovrà quindi monitorare a che punto è rispetto al raggiungimento dell'obiettivo (misurando il relativo indicatore rispetto al parametro di riferimento) e del suo livello minimo.

Obiettivi Malattie trasmissibili

Sulla scia di queste considerazioni si passa alla lettura della proposta (vedi ALL 5) per l'area "Malattie Trasmissibili.

- Per gli obiettivi 1) e 4) ammodernare la gestione delle vaccinazioni e renderne semplice il governo completando l'informatizzazione e migliorare l'accessibilità e le coperture per gruppi a rischio (Operatori sanitari, Malati cronici), il tavolo di lavoro è in linea di massima concorde con il mantenerli in continuità con gli obiettivi del Piano 2005-2007.

Viene tuttavia espresso il dubbio che tali obiettivi siano già risolti all'interno del Piano Nazionale delle Vaccinazioni (PNV), ma a tale proposito viene fatto notare che il Piano Nazionale della prevenzione è uno strumento attuativo nel caso in cui esista già una cornice istituzionale (come con il PNV), mentre in caso di mancanza di questa cornice istituzionale il Piano funge da strumento di a legittimazione per l'attuazione di determinate attività di prevenzione. Nel caso particolare del PNV, il Piano nazionale della prevenzione dà dei valori aggiunti, poiché garantisce una certa omogeneità su tutto il territorio nazionale veicolando le Regioni a muoversi nella medesima direzione ed inoltre consente attraverso un meccanismo di coordinamento di avere un monitoraggio continuo delle azioni sostenute.

Va comunque detto che su tale obiettivo il Piano dovrà muoversi fornendo degli strumenti comuni, peraltro già esistenti come il tracciato record del progetto MATTONI

- Per l'obiettivo 2) completare le attività previste dal Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della rosolia congenita (eliminazione prevista entro il 2010) il tavolo di lavoro è concorde sul mantenere tale obiettivo,
- Per l'obiettivo 3) vaccinare contro l'HPV le ragazze nel 12° anno di età, raggiungendo coperture pari a 80%; il gruppo non è concorde con l'inserimento di tale obiettivo. Viene infatti fatto notare che tale attività non rientra nella mission del Piano Nazionale della prevenzione e si propone, invece, di inserire la sorveglianza sia della copertura di vaccinazione che della diffusione dei ceppi HPV

- Per l'obiettivo 5) Attuare la sorveglianza dei ceppi di pneumococco responsabili di malattie invasive, il gruppo di lavoro è in linea di massima concorde con il perseguimento di tale obiettivo. Tuttavia in considerazione anche del punto precedente e quindi di attuare una sorveglianza anche dei ceppi HPV, si propone di inserire un unico obiettivo dedicato alla sorveglianza, anche quella laboratoristica per la tipizzazione degli agenti causali delle malattie prevenibili con le vaccinazioni. Rispetto a tale punto viene fatta notare la posizione della Lombardia, non concorde con tale obiettivo

Considerando che il criterio sotteso all'area malattie trasmissibili è quello delle malattie emergenti e in virtù dell'esperienza vissuta dall'Emilia - Romagna ad agosto con la chikungunya, si propone di inserire un nuovo obiettivo generale dedicato alla capacità di identificazione di problemi acuti e capacità di risposta, peraltro già previsto nelle funzioni di interfaccia Regioni-CCM.

L'esperienza dell'Emilia-Romagna se da un parte ha mostrato la perfetta organizzazione dell'Emilia Romagna, dall'altra parte ha messo in discussione le Regioni sulla propria capacità di reagire parimenti rapidamente ad un' ipotetico problema acuto. Sebbene l'esistenza di un sistema di allerta rapida debba essere garantito anche secondo i criteri dei LEA, l'attuazione di ciò per una serie di punti critici,(sistema informativo dei PS, collaborazione con i MMG etc..) risulta arduo in molte Regioni. In questo senso il Piano Nazionale di prevenzione potrebbe dare una grossa spinta affinché in tutte le Regioni sia almeno attuato il livello minimo di capacità di risposta rapida ad un problema emergente.

Nell'ottica di identificare obiettivi operativi e misurabili e considerando l'importanza di conoscere i punti critici esistenti per l'attuazione o lo sviluppo di un sistema rapido di allerta, si ipotizza quale obiettivo specifico (o fase) della linea di attività "capacità di identificazione di problemi acuti e capacità di risposta", l'identificazione e valutazione dei punti critici dei sistemi e delle infrastrutture esistenti e loro possibili soluzioni. Si ribadisce a tal fine l'importanza di utilizzare il lavoro e l'esperienza del progetto Mattoni

Si richiede a Stefania Salmaso elaborare una proposta meglio definita per un obiettivo chiaro, corredato dai relativi indicatori.

Dalla discussione sugli obiettivi dell'area malattie trasmissibili emerge l'importanza della sorveglianza, nell'ambito del Piano di prevenzione. Si propone di dare maggiore importanza e dignità alla sorveglianza, creando un'area a sé, nella quale far confluire tutti gli interventi di sorveglianza previsti nelle varie linee.

La riunione si chiude alle ore 17.30. Prima di lasciare l'incontro si stabilisce la necessità di fissare quanto prima un incontro al fine di pervenire rapidamente ad una bozza di proposta abbastanza avanzata, che si decide di presentare al CIP.



Oggetto: Contributo del Dr. Claudio Maffei impossibilitato a partecipare
Inviato: mercoledì 10 ottobre 2007 12.36 **A:** Mele Sonia

Nello scusarmi per la mancata partecipazione segnalo alcune osservazioni sul documento pervenuto.

per quanto riguarda le malattie non trasmissibili si propone che:

- per il rischio di recidive dell'infarto del miocardio l'obiettivo dovrebbe essere l'attivazione di un percorso riabilitativo ambulatoriale per una percentuale di pazienti da definirsi;
- per il rischio di recidive dell'ictus tenere presente che l'obiettivo proposto richiede risorse aggiuntive e potrebbe essere declinato sotto forma di "percentuale di strutture in grado di avere una gestione dedicata" non necessariamente solo sotto la forma strutturata delle Stroke Units e potrebbe essere integrato da un indicatore sulla percentuale di pazienti sottoposti ad un trattamento riabilitativo dalle caratteristiche predefinite.

In generale dovrebbe essere sancito il principio di declinare obiettivi simili con risultati attesi diversi in funzione delle condizioni di partenza, diluendo nel tempo l'obiettivo finale (da definire) nel caso di obiettivi proposti come comuni a livello nazionale.

Occorre ricordarsi di includere negli accordi nazionali con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta l'obbligatorietà della partecipazione ai programmi di prevenzione pertinenti per il loro ruolo professionale.