



Ministero della Salute

ccm

Centro per il controllo
e la prevenzione delle malattie

Stato di attuazione del Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

1. La progettazione
- 2. Primi risultati**
3. Risultati finali

Roma, gennaio 2008

Questo rapporto è stato redatto dal Project management group (Pmg), gruppo di gestione e coordinamento del Piano nazionale della prevenzione del ministero della Salute (vedi il decreto di nomina sul sito del Ccm, www.ccm-network.it/documenti_Ccm/Prp/DECRETO_PMG.pdf).

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 prevenzione cardiovascolare	Roberto D'Elia (diabete) Giovanna Laurendi (carta del rischio e recidive cardiovascolari) Letizia Zanetti (obesità)
area vaccinazioni	Stefania Iannazzo
area incidenti	Maurizio Di Giorgio (infortuni sul lavoro) Tommasina Mancuso (incidenti stradali) Giuseppe Salamina (incidenti domestici)
area screening oncologici	Laura Cialdea Antonio Federici
segreteria tecnica	Mario Giaccio Sonia Mele
consulenza sulla gestione progetti	David Corbucci - Eureka Service Massimo Martinati - Eureka Service
consulenza per la comunicazione	Eva Benelli - Zadiroma Anna Maria Zaccheddu - Zadiroma
grafica e impaginazione	Corinna Guercini - Zadiroma

1- Il contesto	5
2- Le sfide per il sistema sanitario nazionale	9
3- Un primo bilancio	15
4- Quale futuro per il Pnp?	21
5- Il monitoraggio dell'avanzamento	25
6- I primi risultati sulla carta	29
7- Un network nazionale per il Pnp	35
8- I contributi del Pnp: strumenti e progetti di supporto	39
9- I contributi del Pnp: esperienze di formazione	43
10- Le schede per linea	53
Diffusione della carta del rischio cardiovascolare	57
Prevenzione delle recidive degli incidenti cardiovascolari	60
Contrasto all'obesità	63
Prevenzione delle complicanze del diabete	70
Vaccinazioni	74
Prevenzione degli incidenti domestici	80
Prevenzione degli infortuni sul lavoro	85
Prevenzione degli incidenti stradali	91
Programmi di screening	94
11- Glossario delle sigle	107

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

Il contesto

Con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 è stato adottato il Piano nazionale della prevenzione 2005-2007, che si propone di affrontare i rischi di salute attuali all'interno di un programma di azione omogeneo, coordinato ed efficace. L'Intesa ha identificato quattro ambiti di intervento e le rispettive finalità del Pnp:

- rischio cardiovascolare
 - diffusione della carta del rischio cardiovascolare
 - prevenzione dell'obesità
 - prevenzione delle complicanze del diabete
 - prevenzione delle recidive degli accidenti cardiovascolari

- cancro
 - 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
 - miglioramento dell'offerta vaccinale a gruppi di popolazione vulnerabile
 - miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale.

Nel triennio 2005-2007 sono stati stanziati complessivamente 1260 milioni di euro, in parte vincolati e in parte collegati al raggiungimento degli obiettivi del Pnp. La quota vincolata è stata rilasciata annualmente a seguito della valutazione positiva dello stato di avanzamento.

L'Intesa ha affidato il coordinamento tecnico del Pnp al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, con i compiti di indicare indirizzi e linee operative, fornire assistenza tecnica, definire il cronoprogramma delle attività, certificare l'attuazione dei piani regionali. Gli aspetti economici sono stati invece gestiti interamente dalle Regioni, che non erano tenute a una rendicontazione riguardo all'impiego delle risorse.

Per adeguarsi all'iter formale della certificazione delineato dall'Intesa (art. 12), a cui è subordinato il meccanismo di finanziamento, il Ccm ha condiviso la metodologia di valutazione con i due organi centrali individuati dall'Intesa per le funzioni di verifica: il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e il Tavolo di verifica degli adempimenti. Come da mandato normativo, i fondi svincolati a seguito della certificazione sono stati trasferiti alle Regioni dal ministero dell'Economia entro il 15 ottobre dell'anno successivo.

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

Le sfide per il sistema sanitario nazionale

Fin da subito il Pnp ha assunto i connotati di un processo molto ampio, complesso e fortemente innovativo, sul piano sia dei contenuti sia del metodo di lavoro. Un insieme di sfide che passiamo brevemente in rassegna.

L'efficacia e la base scientifica

Il Ccm ha avuto il compito di fornire gli indirizzi operativi su obiettivi tuttora oggetto di controversie:

- quali sono gli interventi efficaci per contrastare l'obesità infantile?
- Il calcolo del rischio globale assoluto (la cosiddetta carta del rischio) serve per ridurre il rischio cardiovascolare? E al riguardo, qual è l'algoritmo più adatto: quello ideato dall'Istituto superiore di sanità, quello tratto dallo studio Framingham? Oppure serve un algoritmo *ad hoc*, tarato sulla popolazione regionale?
- È stato mai dimostrato che l'informatizzazione dell'anagrafe vaccinale migliora l'efficienza dei programmi e le coperture vaccinali?
- I programmi organizzati con l'offerta attiva della mammografia sono davvero il metodo migliore per fare lo screening senologico? Non bisognerebbe piuttosto curare di più la qualità diagnostica, aumentando la flessibilità clinica negli ambulatori di senologia preventiva ad accesso libero?

L'intersectorialità

Al sistema sanitario si chiede di fornire delle risposte a problematiche che, pur essendo di forte impatto in termini di salute e di costi socioeconomici, sono relativamente nuove. In altre parole, sia la programmazione delle strategie politiche e delle modalità di intervento, sia la disponibilità di evidenze scientifiche a sostegno dell'efficacia dei programmi non sono ancora del tutto condivise. Basti pensare agli interventi per il contrasto all'obesità o la prevenzione degli incidenti stradali, che si caratterizzano per essere fortemente multisettoriali: la loro pianificazione e attuazione coinvolge infatti non solo il mondo sanitario, ma anche altri ambiti come la scuola, gli enti locali, ecc.

Anche altri obiettivi che implicano l'attuazione di interventi più tradizionali, come i programmi di screening o la prevenzione delle recidive degli incidenti cerebrovascolari, inducono un cambiamento di prospettiva e, spesso, un salto notevole di qualità. Trattandosi di profili complessi di assistenza, infatti, richiedono l'integrazione di competenze, discipline, modelli organizzativi, professionalità e strutture della prevenzione collettiva e dell'assistenza distrettuale e ospedaliera.

Il lavoro per progetti

Sul piano dei metodi di lavoro, la sfida lanciata dal Pnp coinvolge in egual misura Regioni e organi centrali. Le Regioni hanno dovuto sperimentarsi nel lavoro di progettazione, che implica una definizione accurata degli obiettivi, un'analisi realistica e documentata del contesto regionale o locale, il coinvolgimento attivo dei vari gruppi di interesse, la costruzione di alleanze e reti, spesso intersectoriali, l'attivazione di sinergie tra i livelli istituzionali e quanti concretamente agiscono sul territorio. La progettazione richiede l'analisi per fasi e tappe del percorso che si intende portare a termine, uno sforzo di prevedere scadenze per azioni il cui successo dipende spesso da molteplici interdipen-

denze. Il lavoro per progetti, d'altro canto, ha il pregio della trasparenza e di consentire la comunicazione tra diversi soggetti.

Il coordinamento

A sua volta, il ministero della Salute si è trovato a dover ripensare il proprio ruolo e la propria organizzazione interna, per gestire un programma complesso. La rigida strutturazione in uffici con competenze specifiche si è rivelata inadeguata al coordinamento: è stato quindi necessario creare un gruppo di gestione inter-uffici composto da quindici membri, che si è avvalso anche di due consulenze esterne. Le Regioni hanno dovuto individuare i propri referenti per ogni linea progettuale.

In genere, le Regioni non hanno un responsabile per il diabete o per il settore cardiovascolare e non sono organizzate "per problemi di salute", ma per governare l'area dei distretti o gli ospedali. Pertanto, ai fini della gestione del Pnp, gli staff degli assessorati hanno dovuto riattrezzarsi, individuando in totale oltre duecento referenti regionali.

Il sostegno

Il Pnp, se da una parte valorizza l'autonomia regionale, dall'altra ne supera quella visione riduttiva che vede ogni Regione, grande o piccola che sia, ripetere gli stessi atti e organizzare gli stessi programmi. Il Pnp ha mostrato come dei progetti nazionali possano innestarsi e vivificare l'attività regionale, ora mobilitando il mondo scientifico, ora creando partnership con le professioni, per far fronte a esigenze comuni: valutazioni di efficacia, formazione, sorveglianza. Questi gli esempi più significativi:

- il Progetto Cuore ha prodotto un piano di formazione, definito dall'Iss e svolto in collaborazione con ciascuna Regione e con le società scientifiche della medicina generale
- il Progetto Igea sul diabete ha prodotto le linee guida per la gestione integrata e per il sistema informativo
- per gli screening sono state elaborate raccomandazioni ufficiali, attivati programmi di ricerca, rafforzato il sistema informativo, grazie ai progetti gestiti dall'Osservatorio nazionale screening
- in tema di incidenti, i progetti del Ccm hanno potenziato la sorveglianza.

Le interazioni istituzionali

Una preoccupazione costante è stata l'esigenza di mantenere la coerenza tra gli orientamenti del Pnp e gli indirizzi che si sono formati progressivamente sugli stessi temi nell'ambito degli organismi sanitari internazionali e nazionali. Basti pensare alle strategie e alle raccomandazioni messe a punto dall'Organizzazione mondiale della sanità e dall'Unione Europea per il contrasto alle malattie croniche e all'obesità, le leggi emanate dal Parlamento per potenziare gli screening oncologici, il programma del Governo per rendere più facili le scelte salutari, la revisione dei Lea, ma anche il Piano oncologico nazionale e il Piano nazionale diabete, entrambi in fase di elaborazione.

L'interazione tra il Pnp, che funziona per progetti, e le decisioni istituzionali da cui possono derivare regole o finanziamenti può infatti essere sinergica, ma anche devastante: perché ci sia sinergia è

necessario molto lavoro. Un esempio su tutti è quello degli screening oncologici, in cui è stato difficile far convergere due diverse fonti di finanziamento sugli stessi obiettivi, ma regolate da meccanismi e tempistiche differenti, senza che le Regioni dovessero sobbarcarsi l'onere di una duplicazione di atti.

La valutazione

L'Intesa Stato-Regioni ha previsto che il Ccm certificasse la realizzazione delle attività pianificate da parte delle Regioni. La valutazione è stata quindi una caratteristica del Pnp fin dalla fase progettuale: i piani regionali sono stati valutati, discussi e rivisti per ottenere progetti realizzabili, dotati di obiettivi realistici e di una tempistica esplicita, in modo che le Regioni si impegnassero a individuare tappe e adempimenti intermedi.

Su questa base è stato possibile misurare l'avanzamento dei progetti, uno per uno, e quindi nel complesso, Regione per Regione, considerando il Pnp come un'operazione unitaria. Questa valutazione è stata definita evolutiva perché, sebbene utilizzata anche a fini certificatori (vedi il mandato dell'Intesa), serve al pianificatore regionale per verificare dove il suo progetto è debole e come si potrebbe migliorare.

La comunicazione

L'ultima sfida è stata la comunicazione, sia tra Ccm e Regioni, sia verso tutti i diretti interessati. Indirizzi, progetti, valutazioni non sono rimasti nei cassetti o in grandi faldoni ben ordinati in grandi armadi, ma la gestione del Pnp è stata caratterizzata dalla trasparenza: linee operative e progetti regionali sono stati pubblicati sul sito web del Ccm (www.ccm-network.it/Pnp_intro) e distribuiti in formato cartaceo. In questo modo è stato possibile un confronto evolutivo, una naturale selezione dei progetti migliori e anche le società scientifiche hanno potuto dire la loro.

Nel triennio 2005-2007 il Pnp è stato quindi un'esperienza utile e, secondo il Ccm, si è andato configurando come un metodo per innovare la prevenzione in Italia sotto molteplici aspetti: gli ambiti di intervento, la modalità di lavoro per progetti, il coordinamento, la valutazione.

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

Un primo bilancio

La prima fase, relativa alla pianificazione, è stata caratterizzata da un duplice sforzo: a livello centrale sono state poste le basi per il coordinamento, a livello regionale sono stati elaborati piani e progetti esecutivi tarati sul contesto e i bisogni locali, ma coerenti con gli indirizzi centrali. L'adempimento stabilito per la certificazione 2005 consisteva nella disponibilità, al 31 dicembre 2005, dei piani regionali relativi a carta del rischio cardiovascolare, diabete, screening oncologici e vaccinazioni. Per queste aree infatti il Ccm aveva già diffuso le linee operative.

Tutte le Regioni hanno raggiunto l'adempimento, ottenendo la certificazione per il 2005, ma a quella data i piani risultavano tra loro molto disomogenei: da semplici dichiarazioni di intenti a progetti meglio congegnati, molto disomogenei nell'indicazione di obiettivi, attività, tempi e traguardi.

Tra il 2005 e il 2006 è stato completato il percorso della pianificazione: seguendo gli indirizzi forniti dal Ccm anche per le altre aree (incidenti, obesità e recidive degli accidenti cardiovascolari), le Regioni hanno prodotto un piano per tutte le linee di attività, generalmente riformulato oppure integrato da un progetto esecutivo e corredato di cronoprogramma. Quest'ultimo è lo strumento che l'Intesa ha individuato per la programmazione e la valutazione *in itinere* del Pnp. Ccm e Regioni hanno concordato un modello di cronoprogramma per pianificare gli interventi e monitorarne lo stato di avanzamento nella realizzazione.

Nel secondo anno, le Regioni avrebbero dovuto raggiungere o superare, al 31 dicembre 2006, un livello soglia di avanzamento nella realizzazione del Pnp. L'avanzamento è stato documentato dalle Regioni attraverso l'aggiornamento dei cronogrammi e valutato dal Ccm misurando quanto la Regione ha realizzato rispetto a quanto aveva previsto di fare entro la fine del 2006. Per questo il Ccm ha elaborato e condiviso con gli altri interlocutori istituzionali una metodologia di valutazione basata sul calcolo dell'indice di avanzamento del progetto, che mette infatti a confronto quanto realizzato con quanto era stato previsto nella fase di progettazione.

Da questa analisi è emerso che le Regioni hanno implementato i piani coerentemente alla propria progettazione, con scostamenti contenuti e comunque tali da poter stimare che, in media sul complesso delle linee di attività, il Pnp è stato realizzato almeno al 50% da tutte le Regioni e quindi poteva essere certificato, anche in questa fase del processo.

Cosa ha funzionato

Il bilancio dei primi due anni del Pnp è sostanzialmente positivo. Diverse sono le chiavi di lettura dei risultati:

- **la progettazione:** le Regioni hanno complessivamente elaborato oltre duecento progetti; grande impegno è stato dedicato a migliorare i piani iniziali, attraverso un *feedback* costante tra Ccm e Regioni, che ha permesso anche la conoscenza diretta tra i professionisti coinvolti
- **il coordinamento:** il Ccm ha ripensato la propria organizzazione per il coordinamento del Pnp formando un gruppo di gestione, istituito presso il dipartimento della Prevenzione e comunicazione del ministero della Salute (Decreto 142 del 30 gennaio 2007), per consentire la collaborazione tra gli uffici ministeriali coinvolti

- **il metodo di valutazione:** attraverso il cronoprogramma, Ccm e Regioni hanno tenuto il polso della situazione trovando un punto di equilibrio tra l'obbligo normativo della rendicontazione, finalizzata allo svincolo delle risorse, e il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi, componente essenziale per la gestione del progetto
- **la rete e gli staff dedicati:** per ciascuna linea di attività è stato individuato un referente regionale e uno all'interno del Ccm; nel complesso si è creata una rete di circa trecento professionisti che ha l'opportunità di potenziare e rafforzare le proprie competenze e diventare quindi un punto di riferimento per azioni di sistema coordinate
- **la ricerca delle sinergie con altri interventi istituzionali:** i contenuti del Pnp si sono sviluppati in sinergia con numerose altre iniziative istituzionali in corso, come l'applicazione della Legge 138/2004 sui programmi di screening, il Dpcm del 4 maggio 2006 "Guadagnare salute" con cui il Governo adotta il programma per il contrasto all'obesità e ai consumi di alcol e sigarette, la revisione dei Lea nell'area della prevenzione
- **il sostegno dei comitati scientifici e dei progetti del Ccm:** sono state messe in campo numerose collaborazioni con centri di competenza, organismi scientifici e professionali, istituzioni che operano nell'ambito della salute pubblica, amministrazioni locali, network di centri sanitari (ad esempio l'Ons) e attivati comitati scientifici e progetti coerenti con gli obiettivi del Pnp, in grado di integrarlo e rinforzarlo (per esempio, il Progetto Cuore e il Progetto Igea). Grazie a questi progetti e ai comitati scientifici Ccm si è aperto un canale, non rigidamente istituzionale, verso i centri di ricerca, le associazioni professionali e le società scientifiche della sanità pubblica
- **la formazione:** uno spazio rilevante è stato dato alla formazione mirata agli obiettivi del Pnp. Ad oggi i piani nazionali di formazione realizzati o avviati (carta del rischio cardiovascolare, gestione integrata del diabete, incidenti) contribuiscono all'obiettivo di costruire una rete di operatori, dedicati alla realizzazione e gestione di interventi di provata efficacia omogenei su tutto il territorio nazionale
- **l'attuazione dei piani:** a dicembre 2006, tutte le Regioni avevano conseguito un Iap superiore alla soglia del 50%, pur in un quadro estremamente variabile tra Regioni e singole linee di attività. Alcuni dati, come l'aumento dell'estensione e dell'adesione agli screening oncologici o della percentuale di medici che calcolano il rischio cardiovascolare individuale, testimoniano l'impatto del Pnp. Tuttavia, queste informazioni dovranno essere integrate con dati oggettivi provenienti da più fonti.

Cosa non ha funzionato

La prima fase del Pnp è stata all'insegna della novità e ha comportato un percepibile e comprensibile disorientamento. Ccm e pianificatori regionali hanno scontato l'impreparazione a trattare tematiche relativamente nuove per la nostra sanità, specialmente fenomeni come obesità e incidenti che si generano al di fuori del sistema sanitario e che vanno perciò affrontati coinvolgendo altri settori della società.

Inoltre, la fase della progettazione, che è un prerequisito di ogni processo di cambiamento, viene sottovalutata o trascurata in sanità pubblica e non ci si dota degli strumenti di gestione necessari a guidare l'elaborazione e l'attuazione dei progetti. Di conseguenza, il sistema di valutazione del Pnp non ha potuto impiantarsi su una tradizione solida ed è stato predisposto e sperimentato senza un'adeguata preparazione, per essere costruito e migliorato in corso di applicazione.

Questa condizione ha avuto il vantaggio di mettere tutte le forze coinvolte su un piano paritario, stimolando un dibattito costruttivo che, non senza fatica, ha portato ad alcuni punti fermi: la necessità di adottare un metodo di lavoro per progetti e l'esigenza di migliorare competenze e capacità in questo ambito, l'utilità di monitorare i processi e le attività previste dal singolo progetto, senza però perdere la visione di insieme e l'attenzione ai risultati. Questo vantaggio ha controbilanciato il limite, intrinseco nell'Intesa, di un piano che è stato stabilito a livello politico, ma ha mostrato nel suo sviluppo una connotazione fortemente tecnica e operativa e un ruolo cruciale non solo degli interlocutori istituzionali, nazionali e regionali, ma anche delle organizzazioni territoriali (prime fra tutte le Asl), scientifiche e professionali.

D'altro canto, l'esigenza di elaborare gli strumenti di gestione (progetti, valutazione) e di allestire i meccanismi di assistenza ha portato a una fase inerziale che, per alcuni obiettivi e in alcune Regioni, ha rappresentato e rappresenta il pericolo che il Pnp resti solo sulla carta.

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

Quale futuro per il Pnp?

La durata di vigenza del Pnp è scaduta il 31 dicembre 2007, con gran parte delle Regioni in piena fase di attuazione degli interventi già avviati. Peraltro già l'Intesa, nell'affermare la necessità di una durata almeno triennale del Pnp, evidenziava l'opportunità di un disegno che prevedesse una gradualità degli interventi per portare a regime l'intero piano.

Siamo tutti convinti che occorra consolidare e valorizzare quanto fatto finora, specialmente in quei settori più innovativi e complessi, come la prevenzione degli incidenti e dell'obesità. La conclusione del primo triennio permetterà di muovere più speditamente verso gli obiettivi definiti, coinvolgendo pienamente tutto il sistema sanitario con i suoi molteplici attori: strutture e professionisti che lavorano nel campo dell'organizzazione e della pianificazione, o che operano nella diagnostica e nel trattamento delle patologie, nei distretti, negli ospedali, ma anche centri di ricerca e associazioni scientifiche e professionali.

Nell'incontro del 19 luglio 2007, il ministro della Salute e gli assessori regionali alla Sanità hanno deciso il rinnovo del Pnp, attraverso non una semplice posticipazione del mandato normativo, ma un rinnovamento sostanziale dell'impegno, con una nuova Intesa che permetta di aggiornare e rinegoziare gli obiettivi e le modalità di coordinamento, valutazione e gestione. È stato quindi costituito un gruppo di lavoro Ccm-Regioni incaricato di elaborare il nuovo piano, che ha confermato per il 2008 il Pnp 2005-2007. Mantenendo inalterati obiettivi e modalità di coordinamento, nel 2008 saranno rivisti e ridefiniti gli obiettivi e i meccanismi di gestione, per arrivare a una proposta di Pnp 2009-2011 da concordare in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Ad oggi, il Pnp si configura come un motore di rinnovamento della cultura e della pratica della sanità pubblica in Italia, sotto molteplici aspetti.

- **Gli ambiti di intervento:** le aree individuate sono profondamente diverse e implicano un forte grado di partecipazione e, al tempo stesso, di governo, di energie e risorse dentro e fuori il sistema sanitario
- **la modalità di lavoro:** è stata definita e attuata una metodologia di lavoro per progetti, univoca per tutte le Regioni, ma nel contempo flessibile, per raggiungere obiettivi uniformi su tutto il territorio nazionale
- **il coordinamento:** il ruolo affidato agli organi centrali mira da un lato a rispettare l'autonomia della programmazione regionale nel fissare gli obiettivi specifici e i relativi tempi e modalità di realizzazione, dall'altro a perseguire la coesione nazionale identificando criteri e procedure il più possibile standardizzati come riferimento per la pianificazione e la valutazione dello stato di avanzamento dei progetti
- **la logica:** occorre osservare il processo ed essere pragmatici. Compatibilmente con gli obblighi normativi della certificazione, il Pnp viene monitorato nella sua evoluzione, misurandone i progressi e la coerenza con gli obiettivi che ogni Regione si è posta e per i quali ha definito la propria tabella di marcia e i traguardi intermedi e finali. Questo percorso di valutazione si costruisce in corso d'opera, eventualmente correggendo o ripianificando il processo in una direzione che porti il più vicino possibile ai risultati attesi e che sia orientata all'azione: la valutazione non vuole essere un atto formale, ma uno stimolo e un sostegno alle Regioni nella realizzazione di interventi efficaci

- **i risultati indiretti:** in linea con il processo di regionalizzazione innescato dalla riforma del Titolo V della Costituzione, nonché con la missione esplicita del Ccm, l'attuazione del Pnp induce e promuove il confronto costante non solo sul piano formale delle regole e procedure di valutazione, ma anche e soprattutto su quello sostanziale delle conoscenze e delle esperienze sul campo. La condivisione di ogni fase, a più livelli tra i diversi interlocutori, ha creato una rete di referenti e di *partnership* professionali e un solido retroterra tecnico e scientifico.

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

Il monitoraggio dell'avanzamento

La certificazione del Pnp per il 2006 si è basata sulla valutazione dello stato di avanzamento dei piani regionali, misurato attraverso lo Iap, che confronta quanto è stato realizzato al 31 dicembre 2006 con quanto si è previsto di realizzare entro la medesima data.

Il Ccm ha elaborato e condiviso con le Regioni e il Tavolo degli adempimenti una metodologia di valutazione centrata sullo Iap, il cui impianto logico non è una novità, ma si integra perfettamente con l'impostazione data alla valutazione della pianificazione e a tutto il percorso del piano. L'idea è infatti quella di monitorare il processo attraverso strumenti il più possibile omogenei e flessibili, e l'aderenza a quella linea di fondo che, a partire dall'Intesa e dalle linee operative fino alle indicazioni trovate insieme di volta in volta, rappresenta la vera rotta da seguire.

Per calcolare lo Iap si utilizzano le informazioni riportate dalle Regioni nel cronoprogramma, riguardo sia alla previsione (descrizione delle attività, peso delle attività, data di inizio e di fine previste per le attività) sia alla realizzazione (valore rilevato del traguardo, cioè percentuale di realizzazione delle attività alla data di monitoraggio). La valutazione attraverso lo Iap è stata effettuata per ogni Regione e per ciascun progetto, perché una visione di insieme non può assolutamente prescindere dalle sostanziali differenze tra le linee di attività, determinanti per l'andamento generale del piano.

Tuttavia la valutazione, specialmente se vincolata agli obblighi della certificazione come in questo caso, ha bisogno di un dato di sintesi che la renda rispondente a questo tipo di esigenza. Per questo si è stabilito che l'adempimento per il 2006 consistesse nel raggiungimento di un livello medio di Iap pari almeno al 50%, sull'insieme delle undici linee di attività in cui si articola il Pnp.

La procedura per il calcolo dello Iap si basa su un algoritmo facilmente riproducibile e comprensibile, sintetizzato di seguito, mentre la **figura 1** della pagina seguente ne esemplifica il calcolo.

Il calcolo dello Iap

Le informazioni necessarie per il calcolo di Iap sono:

- descrizione attività
- peso attività
- data di inizio prevista
- data di fine prevista
- valore rilevato del traguardo.

Queste informazioni sono riportate nel cronoprogramma che la Regione ha predisposto per ciascun progetto, conformemente al modello concordato con il Ccm. Per il calcolo di Iap si procede così:

- si fissa come data di monitoraggio il 31 dicembre 2006
- si considerano tutte le attività che la Regione ha previsto di iniziare entro il 31 dicembre 2006
- si assume che ogni attività si distribuisca in modo lineare nell'intervallo di tempo compreso tra la data di inizio prevista e la data di fine prevista per quella attività
- l'avanzamento realizzato viene dichiarato dalla Regione approssimando la percentuale di avanza-

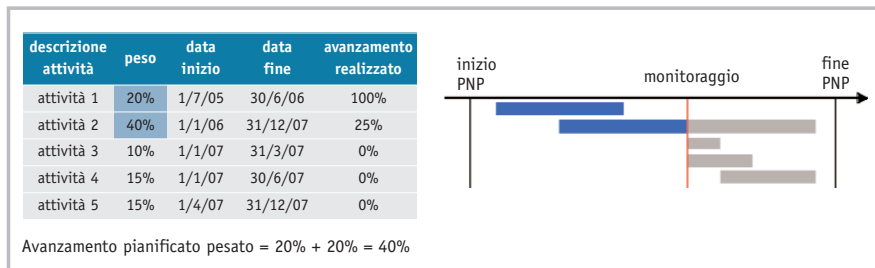
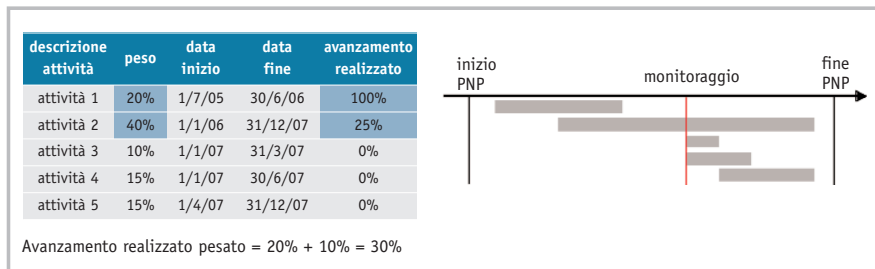
mento dell'attività a uno dei seguenti valori : 0%, 25%, 50%, 75%, 100%. Esso esprime quanto dell'attività pianificata è stato realizzato alla data di monitoraggio

- l'avanzamento pianificato si calcola arrotondando per difetto (agli stessi valori 0%, 25%, 50%, 75%, 100%) il rapporto seguente: tempo trascorso tra data di inizio prevista attività e data del monitoraggio/intera durata prevista dell'attività
- moltiplicando gli avanzamenti realizzati e pianificati per il peso delle attività si ottengono gli avanzamenti pesati
- l'indice di avanzamento del progetto si ottiene, infine, rapportando la somma, per tutte le attività, degli avanzamenti realizzati pesati a quella degli avanzamenti pianificati pesati.

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

I primi risultati sulla carta

Figura 1. Esempio di calcolo di Iap



$$IAP = \frac{\text{AVANZAMENTO REALIZZATO PESATO}}{\text{AVANZAMENTO PIANIFICATO PESATO}} = \frac{30\%}{40\%} = 75\%$$

Di carta, con il Pnp, ne è stata prodotta tanta: ma è una carta preziosa, perché è uno strumento di lavoro e la traduzione di un impegno reale. Ne sono prova i cronoprogrammi, che più volte rivisti e rinegoziati, sono giunti, alla fine del maggio 2006, a una versione nettamente migliorata rispetto a quella iniziale, adeguandosi gradualmente all'obiettivo per il quale sono stati proposti: essere un supporto alla pianificazione, alla realizzazione e al monitoraggio *in itinere* degli interventi.

Attraverso questo semplice strumento, Ccm e Regioni hanno tenuto il polso della situazione cercando un punto di equilibrio, spesso difficile da trovare, tra l'obbligo normativo di rendicontare e il significato virtuoso e innovativo di questa rendicontazione, nata proprio per legare l'azione al raggiungimento degli obiettivi, senza giustificarla a posteriori in assenza di indirizzi e indicazioni chiare.

Si tratta ovviamente di uno strumento di gestione, con molti limiti, ma anche numerose potenzialità da sviluppare. Il punto non è tanto se il cronoprogramma sia stato adottato e utilizzato in modo ortodosso, quanto piuttosto se si sia diffusa la consapevolezza che per mettere in atto i cambiamenti richiesti dal Pnp occorre anche essere in grado di misurare e comunicare questi cambiamenti. Ad oggi abbiamo molti segnali di questa consapevolezza: il primo è proprio l'impegno che le Regioni hanno posto nell'acquisire con cognizione di causa il cronoprogramma e adattarlo alla complessità delle proprie realtà.

Le criticità, nel cronoprogramma e nella metodologia di valutazione dell'avanzamento, sono note a tutti. Basti pensare che lo Iap misura, alla data stabilita per il monitoraggio, il livello di attuazione di ogni attività pianificata e si basa di fatto su una "autodichiarazione" del pianificatore, in assenza, per il momento, di indicatori e dati omogenei di riscontro. Questa dichiarazione viene quantificata, ma con un'approssimazione a valori percentuali predefiniti (0%, 25%, 50%, 75%, 100%) che sono gli stessi per attività tra loro molto eterogenee, spesso non confrontabili, all'interno del medesimo progetto. Analogamente, misurare, ai fini della certificazione, l'avanzamento complessivo del Pnp in ogni Regione attraverso il calcolo del valore medio di Iap significa non tener conto della variabilità esistente tra le undici linee progettuali nell'ambito di ciascuna realtà regionale. Per lo stesso motivo, e a maggior ragione, il calcolo di un indicatore sintetico a livello nazionale, che esprima come sta evolvendo il Pnp nel complesso del Paese, richiederebbe una riflessione a parte e senza dubbio una metodologia più raffinata per tener conto della variabilità tra le Regioni.

La **tabella 1** mostra i valori di Iap per tutte le Regioni e le linee di attività. Sul complesso del piano, valori medi di avanzamento uguali o superiori alla soglia del 50% sono stati ottenuti ovunque. La situazione cambia, però, se si confrontano i vari ambiti di intervento. Per l'area del rischio cardiovascolare, per esempio, si osservano livelli di avanzamento nell'attuazione dei progetti mediamente più bassi rispetto agli screening. Una situazione intermedia riguarda l'area degli incidenti e quella delle vaccinazioni, mentre gli interventi di prevenzione delle complicanze del diabete e delle recidive degli accidenti cardiovascolari risulterebbero essere, in questa analisi, i settori maggiormente critici, con uno stato di avanzamento inferiore.

Le differenze registrate vanno considerate andando oltre la dimensione quantitativa fornita dall'indice, tenendo conto delle singole realtà regionali. Vista la notevole variabilità del Pnp, che ne rappresenta una componente intrinseca ma anche un valore, la valutazione non può avere finalità compara-

tive, ma deve invece monitorare il processo complessivo, attestando nel tempo il livello di raggiungimento degli obiettivi regionali e la coerenza rispetto a principi e standard generali. Una finalità irrinunciabile di questo approccio dovrebbe essere quella di integrare l'analisi quantitativa, che si adatta bene a una visione di sintesi necessaria per la certificazione, con una riflessione più ampia e un approfondimento su alcuni aspetti di contenuto:

- quali sono, indipendentemente dal livello misurabile di avanzamento, i traguardi concretamente conseguiti da ogni Regione?
- In che modo questi traguardi si relazionano con gli orientamenti dell'Intesa e delle linee opera-

tive e quindi sono predittivi dei risultati di salute attesi?

- Quali sono le esperienze di successo e le *best practice*, dando a questo termine un significato esteso che investe anche le azioni antecedenti e propedeutiche alla fase di implementazione degli interventi (per esempio, documenti di programmazione, delibere, linee guida, ma anche modelli organizzativi, modalità di coinvolgimento e di costruzione di alleanze, progettazione di studi pilota, ecc)?
- Qual è il contributo e quali sono gli effetti delle attività centrali e istituzionali di rinforzo al Pnp?

Le schede analitiche in fondo al rapporto forniranno alcune risposte utili a comporre questo quadro.

Tabella 1. Valori di Iap per ciascuna linea per tutte le Regioni. Con NV si indicano le Regioni che hanno previsto di realizzare nel 2007 le attività relative a quella linea: lo stato di avanzamento al 31 dicembre 2006 non è quindi valutabile

Regioni	rischio cardiovascolare				vaccinazioni
	carta del rischio cardiovascolare	prevenzione complicanze diabete	contrasto obesità	prevenzione recidive cardiovascolari	
Abruzzo	93%	100%	22%	NV	100%
Basilicata	48%	23%	53%	32%	100%
Calabria	100%	35%	90%	41%	76%
Campania	23%	16%	33%	43%	100%
Emilia Romagna	86%	76%	100%	78%	100%
Friuli Venezia Giulia	46%	86%	100%	46%	100%
Lazio	100%	31%	86%	100%	82%
Liguria	51%	6%	100%	79%	100%
Lombardia	90%	91%	100%	100%	95%
Marche	70%	48%	100%	93%	49%
Molise	100%	100%	84%	91%	92%
Piemonte	100%	12%	100%	100%	59%
Puglia	60%	40%	80%	21%	45%
Sardegna	34%	31%	80%	14%	37%
Sicilia	45%	65%	26%	26%	79%
Toscana	100%	43%	73%	100%	94%
Umbria	50%	0%	0%	60%	23%
Valle d'Aosta	89%	66%	86%	69%	100%
Veneto	0%	0%	100%	100%	100%
media	68%	46%	74%	66%	81%
mediana	70%	40%	86%	74%	94%
min	0%	0%	0%	14%	23%
max	100%	100%	100%	100%	100%

cervice uterina	screening oncologici			incidenti			media
	mammella	colon retto	infortuni sul lavoro	incidenti stradali	incidenti domestici		
100%	75%	100%	100%	100%	100%	89%	
100%	78%	95%	62%	NV	NV	66%	
85%	93%	64%	100%	11%	100%	72%	
100%	100%	76%	80%	36%	72%	62%	
100%	100%	100%	100%	96%	97%	94%	
100%	100%	65%	100%	100%	66%	83%	
100%	100%	100%	94%	100%	92%	90%	
68%	55%	94%	100%	100%	100%	78%	
71%	94%	94%	100%	100%	100%	94%	
93%	96%	59%	100%	100%	100%	83%	
69%	98%	0%	29%	100%	100%	78%	
87%	85%	79%	100%	100%	100%	84%	
88%	72%	100%	85%	64%	63%	65%	
91%	98%	86%	100%	6%	33%	55%	
65%	68%	73%	100%	56%	86%	63%	
88%	88%	88%	100%	93%	91%	87%	
94%	77%	92%	94%	100%	NV	59%	
100%	100%	100%	100%	NV	100%	91%	
100%	100%	100%	100%	98%	100%	82%	
89%	88%	82%	92%	80%	88%	78%	
93%	94%	92%	100%	100%	100%	82%	
65%	55%	0%	29%	6%	33%	55%	
100%	100%	100%	100%	100%	100%	94%	

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

Un network nazionale per il Pnp

Nell'attuale contesto del servizio sanitario nazionale, caratterizzato dalla regionalizzazione e dal decentramento delle decisioni, sono progressivamente aumentate le esigenze di coordinamento a livello centrale e regionale.

In questo scenario il Ccm è nato proprio per essere un organismo di coordinamento nazionale che opera attraverso la costruzione di reti collaborative, finalizzate alla conduzione di progetti e allo sviluppo di sistemi di allerta e di sorveglianza nel campo della salute pubblica. L'azione del Ccm tende a favorire la creazione di sinergie tra le diverse iniziative regionali, attraverso l'identificazione e la diffusione delle migliori esperienze, in modo da favorire la condivisione di obiettivi e strumenti tra le varie realtà regionali.

Questa cooperazione tra Ccm e Regioni è stata nuovamente ribadita dal Pnp, con alcuni elementi di novità: per la prima volta Regioni e Province autonome, attraverso l'elaborazione e il monitoraggio dei propri specifici piani, sono state chiamate a programmare e documentare gli impegni assunti in materia di prevenzione. Il Ccm, a sua volta, è stato investito del ruolo di verifica del raggiungimento degli adempimenti e quindi degli obiettivi dell'Intesa, in una logica di sostegno e sviluppo dei piani.

La sfida lanciata dal Pnp accomuna quindi Ccm e Regioni e comporta un rinnovamento profondo nei contenuti e nelle modalità di lavoro: capacità di progettazione, valutazione, supervisione, predisposizione di soluzioni organizzative, attivazione di alleanze e *partnership*, costruzione di staff dedicati, potenziamento delle interazioni tra settori diversi, ecc.

L'avvio e la gestione del piano ha richiesto fin da subito la costruzione di un sistema di governo. A livello centrale, l'Intesa del 23 marzo 2005 aveva già individuato nel Ccm l'organo preposto al coordinamento: per quanto coerente con gli obiettivi, le modalità e lo stile di lavoro del Ccm, questo compito specifico ha aperto un capitolo nuovo e impegnativo nell'attività istituzionale, non solo del Ccm, ma anche della Direzione generale della prevenzione sanitaria del ministero della Salute, essendo tutte le aree di intervento del Pnp materie di competenza della Dggs. Questa nuova funzione affidata a Ccm e Dggs ha, inevitabilmente, fatto emergere l'esigenza di un adeguamento organizzativo interno per poter rispondere adeguatamente al mandato normativo, riorientando, senza aggravarla, l'attività degli uffici coinvolti.

A questa esigenza si è aggiunta quella di cogliere l'occasione fornita dal Pnp per ripensare, in una prospettiva migliorativa, l'attuale impianto organizzativo e operativo, per renderlo più funzionale a quell'approccio di lavoro "per progetti" richiesto dal piano. La riflessione è stata condotta insieme a esperti del settore del *project management*, con i quali è iniziata una collaborazione per sviluppare metodologie, strumenti e percorsi formativi a sostegno dello sviluppo del piano. Il risultato è stato la costituzione di un gruppo di gestione denominato Project Management Group, istituito presso il dipartimento della Prevenzione e comunicazione con il Decreto 142 del 30 gennaio 2007, per fornire a tutti gli operatori coinvolti gli strumenti per migliorare la qualità della progettazione e della gestione dei progetti di loro competenza.

Ad oggi, il Pmg ha orientato le attività di coordinamento del Pnp affidate al Ccm, coerentemente con le regole stabilite dal gruppo stesso, gli specifici ruoli assegnati ai vari membri, i vincoli delineati

dall'Intesa (interfaccia con il Tavolo degli adempimenti per l'attuazione dell'iter della certificazione) e la logica di processo adottata (trasparenza e condivisione di ogni fase con le Regioni). La sua struttura organizzativa prevede la partecipazione di referenti per le singole linee progettuali del Pnp e di sottogruppi per aree trasversali (metodologia di valutazione, formazione, comunicazione, sviluppo software, ecc).

Questo sistema di gestione sta producendo i suoi frutti. Tuttavia, come è emerso sempre di più nel corso dell'evoluzione del piano, il coordinamento a livello centrale ha successo solo se si avvale di un confronto continuo con gli altri componenti del sistema di governo. Uno dei punti di forza e dei traguardi finora raggiunti dal Pnp è stato proprio la costituzione di una rete di referenti nelle Regioni, che ha l'opportunità di potenziare e rafforzare le proprie competenze e diventare quindi un punto di riferimento per azioni di sistema coordinate. Dentro e attorno al piano si sta creando una vera e propria forza: la rete dei referenti regionali che gioca, nella struttura generale del sistema, un ruolo attivo di *leadership*, intesa come capacità di mobilitare e far convergere tutte le risorse e le azioni messe in campo verso gli obiettivi comuni. Questa rete non si limita agli interlocutori istituzionali, che sono circa trecento e rappresentano il collegamento "visibile" e non solo formale con il Ccm, ma coinvolge anche tutti gli altri gruppi di interesse che partecipano direttamente o indirettamente all'attuazione del piano. Questo nell'ottica, ormai consolidata, secondo cui gli interventi sono tanto più efficaci quanto più vengono tarati sulla specifica realtà del territorio e basati sulla cooperazione del mondo sanitario con altri settori.

La forza di questa rete risiede anche nella sua potenzialità di costante crescita culturale, grazie allo spazio rilevante destinato alla formazione. Anche in questo senso, il Pnp rappresenta una grande opportunità: la formazione non è generica, ma mirata a legare profondamente la conoscenza all'azione. La formazione è pensata come una spinta e uno stimolo per i professionisti a migliorare le proprie capacità in tutte le fasi del percorso, dall'ideazione degli interventi alla valutazione del loro impatto sulla salute, passando attraverso la messa in campo delle attività, il monitoraggio e l'eventuale riprogrammazione del processo.

La struttura di gestione, centrale e regionale, del Pnp, che ne sintetizza l'essenza, è dunque una forza nuova, vitale e fortemente dinamica, destinata a evolversi e a far evolvere ulteriormente il piano nelle fasi successive della realizzazione e del consolidamento degli interventi.

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

I contributi del Pnp: strumenti e progetti di supporto

Per sostenere il Pnp e dar seguito al mandato dell'Intesa, il Ccm ha avviato dei progetti di supporto all'azione delle Regioni: i dettagli sono disponibili nella sezione del sito del Ccm "Sostegno al Piano nazionale di prevenzione e a Guadagnare salute" (www.ccm-network.it/prg_area2). Obiettivi, attività e principali risultati dei progetti sono descritti, con riferimento a ciascuna linea di attività del piano, nelle schede analitiche contenute nella seconda parte del rapporto.

Oltre ai progetti di rinforzo, il Ccm ha previsto un ulteriore supporto alle Regioni, per venire incontro all'aumentato carico di lavoro derivato proprio dall'adozione del Pnp. Si tratta di un finanziamento di 8 milioni di euro annui, per il 2005 e il 2006, a rinforzo delle risorse organizzative e professionali coinvolte nell'implementazione di attività coordinate o finanziate dal Ccm, tra cui rientrano anche le attività di programmazione, monitoraggio e valutazione dei Piani regionali di prevenzione. Queste attività sono state definite "funzioni di interfaccia" tra Regioni e Ccm e ricevono un sostegno che viene negoziato e personalizzato mediante accordi di collaborazione tra il Ccm e le singole Regioni e Pa, vincolato a programmi condivisi.

Per ricevere il finanziamento, le Regioni sono infatti tenute a concordare con il Ccm un piano di attività per la realizzazione di queste funzioni, in cui siano riportati obiettivi, tempi e indicatori, per monitorarne il processo di costruzione e consentire una valutazione dei risultati raggiunti (sul sito del Ccm, vedi www.ccm-network.it/prg_area2_sostegno_regioni).

Anche in questo caso il sostegno del Ccm si ispira quindi a un criterio di flessibilità, consolidamento e sviluppo, che tiene conto del differente livello organizzativo delle realtà regionali. L'obiettivo è, in alcuni casi, quello di consolidare le suddette funzioni in strutture già solide, in altri di favorire lo sviluppo di situazioni di particolare debolezza, rappresentate dalla scarsità di risorse umane, da precarietà organizzativa, scarso collegamento con le realtà territoriali, ecc. Anche le modalità di realizzazione del rapporto di collaborazione possono diversificarsi a seconda delle indicazioni suggerite dalla Regione.

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

I contributi del Piano: esperienze di formazione

In questo capitolo sono presentate le principali esperienze di formazione sviluppate e attuate nell'ambito del Pnp, nei seguenti ambiti: rischio cardiovascolare, incidenti, diabete, screening oncologici e *project management*.

Il Piano nazionale di formazione sul rischio cardiovascolare

Nell'ambito del Progetto Cuore (vedi sul sito del Ccm, www.ccm-network.it/prg_area2_cuore_carta_rischio) il piano di formazione mira a includere nella pratica della medicina generale la valutazione del rischio cardiovascolare, l'azione per la modifica dei fattori di rischio a livello del singolo individuo, la verifica periodica del rischio nelle persone che ne hanno bisogno.

Gli strumenti tecnici del piano sono il programma *cuore.exe*, il corso base per i Mmg e un manuale per i formatori, che contiene le presentazioni e altro materiale necessario per il corso base, su supporto elettronico. Sia il corso base sia il manuale per formatori sono stati sperimentati e ritenuti validi dai potenziali utenti.

Per adattare questo documento alla propria realtà, le Regioni hanno prodotto i Piani di formazione regionali, tenendo conto, in particolare, degli accordi che si possono stipulare con le diverse associazioni professionali.

La filosofia del piano è che la prevenzione del rischio cardiovascolare va sviluppata nell'ambito della medicina generale e anche la formazione deve vedere protagonista questo gruppo professionale. In questo senso, sono previsti due meccanismi:

- meccanismo a cascata, per cui ogni Regione può organizzare un corso centrale, tenuto con il sostegno dell'Iss-Cnesps, a cui parteciperanno i medici, futuri formatori, provenienti da ciascuna Asl della Regione. Questi condurranno successivamente i corsi residenziali locali per raggiungere tutti i Mmg coinvolti nell'intervento
- formazione a distanza in moduli di approfondimento, portato avanti grazie alla collaborazione del Ccm con l'Aifa, tramite la piattaforma Ecce (<http://aifa.ecce.minsa.it>).

Il piano ha anche una forte componente di autoformazione e ricerca: dopo il corso di formazione, infatti, i Mmg che vorranno parteciparvi, avranno la possibilità di applicare quanto appreso a un certo numero di assistiti, valutando il rischio cardiovascolare e raccogliendo i dati, grazie alle funzioni di archivio di *cuore.exe* o di altri programmi analoghi. Successivamente, questi medici si incontreranno per elaborare, analizzare e discutere i risultati. Anche questa attività rientra nel piano di formazione e, come tale, sarà associata a un certo numero di crediti (vedi **tabella 2** nella pagina successiva).

La valutazione avviene grazie a indicatori di processo interni al piano stesso, mentre la valutazione di impatto sarà possibile grazie a un apposito sistema di sorveglianza che il Ccm sta implementando per valutare i progressi delle Asl in termini di obiettivi di salute (Passi, www.epicentro.iss.it/passi/).

struttura del percorso formativo a moduli per Mmg				
tipo di modulo	tipo	contenuto	durata	crediti
base	residenziale	uso della carta di rischio cardiovascolare globale assoluto	5 ore	10
	a distanza	uso della carta di rischio cardiovascolare globale assoluto tramite studio di casi	5 ore	
avanzato	residenziale	comunicazione del rischio, promozione di stili di vita salutari e trattamento farmacologico	5 ore	10
	a distanza	comunicazione del rischio, promozione di stili di vita salutari e trattamento farmacologico tramite studio di casi	5 ore	
pratica	autoformazione nel contesto professionale	applicazione della carta del rischio nella pratica di medicina generale	4 settimane	10
ricerca	residenziale	ricerca e valutazione per l'applicazione della carta di rischio cardiovascolare nella pratica clinica	5 ore	5
comunicazione	workshop aziendale o regionale	comunicazione dei risultati dell'implementazione della carta del rischio	5 ore	5
totale crediti				40
struttura del corso intensivo di primo livello				
tipo di modulo	tipo	contenuto	durata	crediti
corso intensivo	residenziale, centrale o localizzato	formazione per l'uso della carta del rischio cardiovascolare nella pratica clinica	4 giorni 30 ore	30

Tabella 2. Struttura del percorso formativo a moduli per Mmg e del corso intensivo di primo livello

Il corso di formazione sugli incidenti domestici e stradali

Gli incidenti domestici e stradali rappresentano una priorità per la sanità pubblica, in termini di incidenza e di gravità. Si tratta però di eventi prevenibili attraverso azioni mirate a individuare ed eliminare i fattori di rischio associati.

Attraverso il Pnp 2005-2007, le Regioni sono state chiamate a mettere in atto strategie e interventi specifici, sia per migliorare la conoscenza dei fattori di rischio, sia per realizzare interventi di provata efficacia per ridurre l'incidenza. Il Ccm ha perciò sviluppato e proposto alle Regioni un progetto di coordinamento nazionale di sostegno all'avvio dei piani regionali sugli incidenti domestici e stradali che prevede:

- un'offerta formativa a supporto delle attività di progettazione delle Regioni
- assistenza e affiancamento alla programmazione regionale, svolta dalle Regioni in diretta collaborazione con il Ccm, l'Asp Lazio, le Regioni Piemonte e Friuli Venezia Giulia e Pa di Trento.

Obiettivo del progetto è anche costituire una rete nazionale di operatori, dedicati alla gestione e al coordinamento di interventi di prevenzione omogenei, di provata efficacia e attivi in tutta Italia.

Le cinque giornate dell'Aquila

Con il supporto organizzativo dell'Asp Lazio e di un gruppo di lavoro costituito da rappresentanti delle Regioni e del Ccm, è stato organizzato un corso intitolato "La sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici e stradali", per fornire ai referenti regionali strumenti utili alla progettazione e all'implementazione dei programmi di prevenzione.

Il corso, della durata di cinque giorni e accreditato Ecm per 110 persone, si è tenuto a L'Aquila dal 16 al 20 aprile 2007. Dopo alcune lezioni frontali in plenaria, è stato proposto a tutti i partecipanti un modulo, gestito dal Veneto, sulla promozione dell'attività fisica fra gli anziani, per mettere a punto un protocollo nazionale in proposito. Molti dei partecipanti hanno espresso l'intenzione di attivare gruppi di cammino per gli anziani e "piedibus" nelle proprie realtà.

Dopo aver approvato il protocollo, i partecipanti, sono stati suddivisi in sei gruppi che hanno lavorato parallelamente su temi differenti in materia di prevenzione degli incidenti stradali e domestici:

- sorveglianza attraverso i dati di pronto soccorso
- impatto a lungo termine degli incidenti domestici fra gli anziani
- sistema di georeferenziazione e modello di sorveglianza Ulisse
- prevenzione degli incidenti domestici nei primi tre anni di vita
- prevenzione degli incidenti stradali
- sicurezza delle strutture e degli impianti.

Infine, i partecipanti si sono riuniti nuovamente in plenaria per discutere i materiali prodotti dai gruppi di lavoro, definire gli impegni di lavoro e le modalità di coordinamento tra i gruppi e approvare un calendario di attività.

L'impostazione del corso è stata molto pragmatica: uno degli obiettivi principali era infatti supportare la progettazione regionale, fornendo protocolli operativi facilmente attuabili in ogni realtà. Ogni Regione ha quindi potuto scegliere liberamente tra i sei temi in programma e confrontarsi sulle possibili modalità di attuazione dei piani.

I programmi discussi e concordati durante questo corso, pubblicati sul sito del Ccm (www.ccm-network.it/corso_incidenti_Aquila) potranno ora costituire un set minimo di interventi pressoché omogenei, da avviare su tutto il territorio nazionale. Per le Regioni che lo richiederanno, sarà inoltre disponibile un supporto tecnico, offerto dalle Regioni che collaborano al progetto di coordinamento nazionale del Ccm.

Questo corso di formazione ha rappresentato l'occasione e il punto di partenza per mettere in moto un processo di costruzione di reti e sinergie, condivisione di esperienze, individuazione e diffusione di buone pratiche. In linea con la logica alla base del Pnp, la formazione ha cercato di definire orientamenti comuni, scientificamente provati e sostenibili nei contesti locali a cui le Regioni possano ispirarsi. L'aver organizzato una formazione pragmatica volta non solo a dare informazioni utili, ma anche a fornire strumenti, metodologie e pacchetti operativi potrà garantire un reale supporto alla progettazione e realizzazione di interventi regionali in materia di incidenti.

Inoltre, l'approccio didattico adottato, basato sulla metodologia di lavoro per progetti, ha probabil-

mente consentito una maggiore coesione tra i partecipanti che, insieme allo stimolo continuo impartito dai responsabili delle varie sessioni di lavoro anche dopo le giornate formative, ha messo in moto la creazione di una rete di operatori sanitari interessati all'avvio e alla gestione di interventi di prevenzione degli incidenti stradali e domestici.

Il Piano nazionale di formazione sulla gestione integrata del diabete

Il Progetto Igea del Ccm, affidato all'Iss-Cnesps (vedi il sito web dedicato www.epicentro.iss.it/igea), ha lo scopo di sviluppare a livello nazionale strumenti univoci e condivisi (linee guida, raccomandazioni, sistemi informativi, piani di formazione, ecc) che favoriscano l'attivazione di programmi regionali di gestione integrata del diabete finalizzati alla prevenzione delle sue complicanze.

Per una gestione integrata di questa patologia serve il coinvolgimento sia delle persone con diabete sia delle diverse professionalità impegnate nel percorso assistenziale (diabetologi, Mmg, infermieri, dietisti, ecc).

Un piano di formazione in proposito deve quindi toccarne tutti gli aspetti: dalle linee guida organizzative a quelle cliniche, dal *counselling* alla comunicazione tra medico e assistito, dall'autogestione della malattia alla valutazione complessiva del programma locale. Il Piano di formazione previsto da Igea si è posto quindi i seguenti obiettivi generali:

- far condividere ai partecipanti le raccomandazioni cliniche e organizzative per la gestione integrata del diabete, creando il retroterra, il consenso e l'adesione necessari alla loro implementazione
- creare percorsi e protocolli condivisi, ma anche un linguaggio comune sulla gestione integrata del diabete
- promuovere l'interdisciplinarietà e il lavoro di squadra
- promuovere la valutazione dei processi e degli esiti del proprio lavoro
- identificare e proporre eventuali correttivi che richiedano un intervento dei decisori o che riguardino semplicemente la propria pratica professionale.

Una struttura modulare

Il Piano di formazione è pensato come una struttura in moduli distinti e indipendenti (vedi la [figura 2](#)). Quelli principali, che rispondono agli obiettivi minimi della gestione integrata, sono il modulo A sulle raccomandazioni cliniche e organizzative e il modulo finale di valutazione. I moduli B, C e D e gli eventuali moduli in *e-learning* sono invece proposti per rispondere agli obiettivi globali della gestione integrata. La scelta di una struttura modulare di questo tipo consentirà un'implementazione differenziata, adattata alle diverse realtà locali, garantendo, allo stesso tempo, la continuità didattica rispetto a corsi già attivati localmente.

Per attuare la gestione integrata è indispensabile sviluppare un linguaggio comune e lo spirito di squadra tra gli operatori coinvolti: i moduli, quindi, dovranno essere tenuti in modalità multidisciplinare, coinvolgendo le diverse professionalità sanitarie.

Inoltre, i moduli "in presenza" privilegiano un approccio collaborativo, basato sul modello dell'appren-

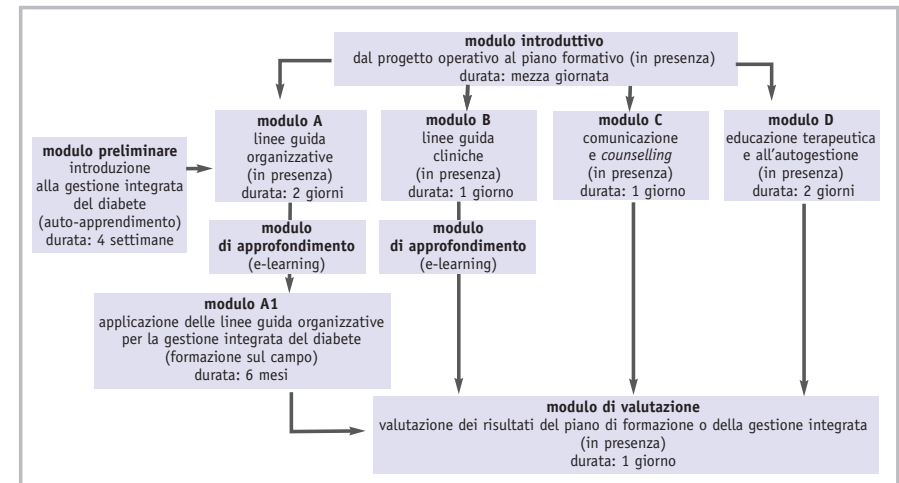


Figura 2. Struttura del percorso formativo

dimento attivo. Il cosiddetto *cooperative learning* viene quindi proposto come il metodo didattico più adeguato per raggiungere gli obiettivi della gestione integrata: attraverso il lavoro in gruppo favorisce da una parte l'apprendimento e la condivisione di contenuti disciplinari, dall'altra lo sviluppo di meta-competenze di tipo sociale (cooperazione e collaborazione professionale). È prevista, quindi, un'alternanza di momenti espositivi teorici e metodologici, momenti esperienziali, discussioni e simulazioni, lavori in gruppo, elaborazione e progettazione, studio di casi e autocasì.

Nel mese di ottobre 2007 è stata realizzata la prima edizione sperimentale del percorso di formazione sul modulo "Linee guida organizzative per la gestione integrata del diabete", con un primo nucleo di 64 operatori sanitari (diabetologi, Mmg, infermieri e dietisti) inviati dalle Regioni. Durante il corso, grazie anche alla preziosa collaborazione di questi "quadri tecnici" che opereranno come formatori e facilitatori nei corsi regionali, è stato discusso e messo a punto il materiale didattico strutturato necessario per la successiva formazione a cascata da realizzare a livello locale.

Screening oncologici e formazione

Le attività formative sugli screening sono oggetto di una convenzione tra il Ccm e l'Ons, il cui obiettivo è favorire un coordinamento nazionale delle iniziative in proposito, privilegiando la formazione avanzata. Un'utile sinergia deriva dal fatto che l'Ons è stato incaricato dal Ccm e dal ministero della Salute di gestire il sistema informativo delle attività regionali di screening e di produrre valutazioni, a favore delle Regioni, su risultati e criticità. Quest'attività si inserisce in un intervento formativo più ampio di competenza regionale: la maggior parte degli interventi formativi in ambito di screening è stata infatti effettuata dalle singole Regioni nell'ambito dei programmi organizzati.

Tra gli eventi formativi effettuati in collaborazione con le Regioni si segnalano:

- partecipazione con propri docenti a corsi per la formazione dei referenti regionali (Regione Sardegna)
- definizione dei moduli formativi e dei docenti per i corsi sugli screening cervicale e coloretale, cui hanno partecipato più di 500 operatori (Regione Calabria)
- organizzazione in collaborazione con l'Agenzia sanitaria regionale di due eventi formativi rivolti ai referenti aziendali dei programmi di screening cervicale e mammografico (Regione Campania)
- consulenza nella definizione di corsi formativi per lo screening coloretale (Regione Abruzzo e Regione Lombardia).

Tra gli eventi formativi svolti in collaborazione con le società scientifiche e altri soggetti si segnalano:

- corso per la formazione dei formatori in endoscopia (Sied, Giscor)
- Corso su "Epidemiologia, diagnosi precoce e prevenzione dei tumori del colon retto" nell'ambito della European School of Oncology
- patrocinio e supporto organizzativo ai convegni nazionali di Gisma, Gisci e Giscor.

Inoltre, nel febbraio del 2007 è stato costituito un comitato di coordinamento tecnico scientifico che ha individuato alcune linee di sviluppo:

- condurre annualmente una *survey* delle attività formative di screening per realizzare un catalogo degli eventi accessibili anche agli operatori di Regioni diverse da quelle che li organizzano
- promuovere l'allestimento di stage pratici presso centri di eccellenza (per radiologi, patologi, prelevatori, organizzatori, ecc)
- supportare nelle diverse Regioni la creazione di moduli formativi tipo, improntati a una didattica interattiva
- supportare l'attività di tutoraggio svolta da esperti dell'Ons mediante attività di formazione nelle Regioni che ne facciano richiesta
- organizzare o patrocinare corsi nazionali su tematiche di particolare interesse formativo
- promuovere corsi di formazione a distanza per Mmg, specialisti e operatori di screening, che trovano ampio spazio nel progetto di disseminazione delle raccomandazioni ministeriali. Nel progetto rientrano anche interventi formativi specifici sul *counselling* rivolti ai Mmg.

Un ulteriore sviluppo delle attività è previsto per il prossimo futuro, affidando all'Ons il coordinamento delle iniziative, la promozione di eventi formativi avanzati (stage, *retraining*) e la collaborazione con le università.

La formazione in project management

Il Pnp vincola le Regioni a pianificare e mettere in atto progetti di sanità pubblica. A due anni dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, l'analisi della qualità dei piani regionali di prevenzione e l'applicazione della metodologia di valutazione del piano hanno messo in evidenza alcune criticità dovute a una scarsa esperienza a lavorare per progetti, a livello sia centrale sia regionale.

IL PROJECT MANAGEMENT

Si tratta della disciplina grazie alla quale l'applicazione della conoscenza, delle competenze, degli strumenti, e delle tecniche alle attività di progetto permette di raggiungere i requisiti del progetto stesso (fonte Project Management Institute).

Secondo il *project management*, per gestire bene un progetto bisogna necessariamente passare attraverso quattro fasi fondamentali:

- concezione, con individuazione degli obiettivi e definizione dell'ambito
- pianificazione, con previsione di tempi, necessità di risorse umane e non, piano dei costi, piano della comunicazione, identificazione e piano di mitigazione dei rischi, piano dell'approvvigionamento e piano della qualità
- esecuzione e controllo, con verifica dei prodotti o servizi realizzati, analisi degli scostamenti temporali ed economici ed eventuale ripianificazione, ma anche gestione delle eventuali richieste o necessità di cambiamento
- chiusura, con analisi del successo del progetto ed elaborazione della relazione finale.

Per favorire un approccio standardizzato alla gestione dei progetti è dunque emerso il bisogno di diffondere le metodologie di *project management* (vedi il **box** in alto), attraverso la progettazione e la realizzazione di un percorso formativo sull'argomento, anche nella prospettiva del rinnovo del Pnp per il prossimo triennio. Una crescita condivisa sulle metodologie e gli strumenti della gestione dei progetti consentirebbe infatti la costruzione di competenze più strutturate sulla progettazione in sanità pubblica, consentendo quindi di semplificare e ottimizzare i processi di attuazione dei progetti e di realizzazione di interventi efficaci.

In applicazione del proprio ruolo di coordinamento del Pnp e di assistenza alle Regioni, il Ccm ha proposto un progetto di formazione, destinato in prima istanza agli operatori coinvolti nel Pnp, che prevede la progettazione, la realizzazione, l'accreditamento e l'erogazione di corsi di formazione a distanza e frontali sul *project management*.

Obiettivo generale del progetto è fornire agli operatori coinvolti nel Pnp gli strumenti per migliorare la qualità della progettazione e della gestione dei progetti di loro competenza. Questi i risultati attesi dal percorso formativo:

- diffusione della metodologia di *project management* nel contesto di riferimento
- condivisione di strumenti, di linee guida e di un lessico comune per la gestione dei progetti
- miglioramento nella stesura dei progetti esecutivi e dei cronoprogrammi

Il percorso formativo, attualmente in fase di progettazione, prevede sia l'autoapprendimento a distanza, sia delle sessioni frontali.

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

Le schede per linea

Nelle pagine che seguono viene presentato un aggiornamento dello stato dell'arte del Pnp per ogni linea di attività. Per ciascuna linea è stata condotta un'analisi descrittiva, strutturata secondo tre prospetti.

- Il **prospetto 1** (suddiviso in 1a e 1b) illustra gli indirizzi e le azioni centrali correlati al piano: obiettivi e attività previste dall'Intesa o dalle azioni centrali di rinforzo (progetti Ccm o altre iniziative istituzionali regolate da accordi di collaborazione, convenzioni, atti normativi, ecc)
- il **prospetto 2** fornisce un quadro delle attività svolte e dei principali risultati ottenuti, individuando i punti di forza e di sviluppo e gli aspetti di criticità
- il **prospetto 3** è frutto dello sforzo di riportare l'analisi a una dimensione più quantitativa, tentando di enucleare alcuni elementi che diano una "misura" di quanto si è fatto e di quanto ciò che è stato messo in campo dai vari attori coinvolti è funzionale e coerente con quanto previsto in base agli indirizzi centrali e a tutta la fase programmatoria che ne è seguita.

L'analisi è stata curata dal gruppo di gestione del Pnp interno al Ccm: ogni referente ha elaborato i prospetti relativi alla linea di propria competenza, utilizzando la documentazione disponibile fornita dalle Regioni (cronoprogrammi e relazioni allegate) e la propria esperienza nell'ambito delle attività di coordinamento del piano e di quelle correlate.

Tre prospetti per undici linee

Nel **prospetto 1** vengono enucleate le azioni centrali di rinforzo al piano, che nella loro molteplicità e diversità ne rappresentano una componente essenziale, per vari motivi:

- attraverso strumenti metodologici, documenti di indirizzo, offerta formativa, modelli e "pacchetti" operativi queste azioni forniscono un ausilio pratico alle attività di progettazione e realizzazione degli interventi sul territorio
- hanno dato l'input e orientato molte delle attività del Ccm che, a sostegno del piano, ha istituito sottocomitati scientifici e messo in campo numerosi progetti che in molte aree (rischio cardiovascolare, diabete, obesità) si sono intersecati con i piani regionali, ha individuato il Pnp come obiettivo specifico di una parte consistente dei fondi destinati a sostenere il coordinamento delle azioni del Ccm a livello regionale (costituzione di un'unità operativa di interfaccia con il Ccm in ogni Regione), ha rivisto la propria organizzazione interna istituendo un gruppo dedicato alla gestione del piano
- infine queste azioni garantiscono, o quantomeno lavorano, a favore della coerenza tra le varie iniziative istituzionali, mirando a creare sinergie, evitare ridondanze, omogeneizzare obiettivi, standardizzare le modalità di monitoraggio e valutazione.

Nel **prospetto 2** i risultati vengono riportati secondo una visione di insieme, senza scendere nel dettaglio delle singole realtà, ma tentando soprattutto di evidenziare gli elementi che sono indicativi di una "partenza" verso la realizzazione degli interventi e il raggiungimento degli obiettivi finali o, al contrario, rappresentano degli ostacoli al successivo sviluppo. Nel caso degli screening, che rappresentano una sorta di esperienza a parte per la numerosità delle implicazioni e correlazioni con altre iniziative e quindi per la necessità di una continua ricerca di coerenze e integrazioni, quest'analisi

generale si è maggiormente articolata nel tentativo di ricomporre il complesso quadro, epidemiologico, organizzativo, legislativo e istituzionale in cui si collocano i piani di prevenzione relativi agli screening. Pur meritando quindi un focus, almeno nel caso degli screening, questa seconda sezione dell'analisi ha il merito di mettere insieme i vari elementi informativi e fornire alcuni spunti di riflessione, mostrando l'evoluzione del piano.

Infine, nel **prospetto 3** i traguardi a oggi raggiunti dalle Regioni vengono sintetizzati attraverso alcuni indicatori che sono stati individuati a posteriori, tarandoli sul contesto e sulle caratteristiche specifiche delle singole linee progettuali: obiettivo di questa ricognizione è tentare di andare oltre la semplice valutazione di avanzamento rispetto alle previsioni effettuata mediante lo Iap e indagare sugli aspetti più qualitativi dei progressi del piano, fino a enucleare alcune tappe o risultati fondamentali del percorso. Si è in sostanza trattato di verificare se le Regioni hanno conseguito quelli che potremmo chiamare obiettivi di processo che, pur essendo specifici per ogni linea, in alcuni casi sono comuni a tutte le aree di intervento. Un esempio eclatante è quello della formazione, su cui si sono concentrate le maggiori risorse ed energie nella fase di avvio e che, proprio in funzione della sua trasversalità e della sua rilevanza per le fasi successive, ha assunto la dignità di un vero e proprio risultato di breve-medio periodo.

Gli indicatori illustrati nel **prospetto 3** presentano alcune caratteristiche comuni:

- sono stati definiti a posteriori e valutati sulla base della rendicontazione regionale (cronogrammi e relazioni allegate)
- sono per lo più qualitativi, mirati cioè a verificare se una data azione (produzione di linee guida, istituzione di un gruppo regionale, formazione, ecc) sia stata svolta o meno
- si riferiscono essenzialmente alle modalità di intervento che le linee operative hanno delineato, all'interno dei macroobiettivi fissati
- in alcuni casi, la definizione degli indicatori è stata facilitata dagli obiettivi dei progetti Ccm di rinforzo al piano (per esempio, il Progetto Cuore individua come obiettivi prioritari il Piano nazionale di formazione e l'adozione del programma *cuore.exe*, che hanno entrambi come target principale i Mmg), in altri è stata guidata dall'esperienza e competenza dei sottocomitati scientifici, come nel caso del diabete o degli infortuni sul lavoro.

L'analisi svolta in questo rapporto sconta quindi alcuni limiti metodologici, primo fra tutti l'assenza di criteri omogenei e univoci di valutazione dei risultati. Questo limite in parte è connaturato al Pnp, in parte è dovuto alla natura sperimentale del metodo e quindi sarà superabile con il suo consolidamento.

Come per il **prospetto 2**, anche per il **prospetto 3** l'area screening è stata analizzata con un livello di dettaglio maggiore, grazie alla disponibilità di dati e valutazioni prodotti dall'Ons, conformemente al mandato istituzionale. Si rimanda pertanto alla sezione dedicata, contenente schede regionali per ciascuna delle tre linee di attività (screening del carcinoma della cervice uterina, della mammella e del colon retto).

Diffusione della carta del rischio cardiovascolare

Prospetto 1a. Gli indirizzi centrali

	Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005	linee operative del Ccm
obiettivi	prevenzione cardiovascolare	prevenzione del rischio cardiovascolare
attività previste	adozione e diffusione della carta del rischio cardiovascolare nella popolazione generale	<p>definizione del contesto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • individuazione dell'ambito territoriale di effettuazione del progetto (Regione, Asl) <p>valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • adozione algoritmo per il calcolo del rischio globale assoluto • individuazione dell'area della medicina generale nel suo contesto territoriale come <i>setting</i> clinico per la diffusione dello strumento per il calcolo del rischio cardiovascolare (carta del rischio, <i>cuore.exe</i>) • modalità di sviluppo delle collaborazioni e tipo di accordi necessari <p>gestione del rischio mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identificazione del percorso per il monitoraggio, la gestione e il trattamento del rischio individuale • coinvolgimento e integrazione di diverse competenze sul territorio <p>piano di formazione regionale almeno nei seguenti ambiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prevenzione in ambito cardiovascolare • calcolo del rischio • trattamenti terapeutici • <i>counselling</i> <p>monitoraggio della diffusione della carta attraverso i seguenti indicatori di processo e outcome:</p> <ul style="list-style-type: none"> • percentuale di Mmg in grado di valutare il rischio cardiovascolare • numero di corsi sulla carta del rischio organizzati per Mmg • percentuale di persone 35-69 anni per le quali è stato calcolato il rischio cardiovascolare

Prospetto 1b. Le azioni di rinforzo a livello centrale

progetti Ccm	
titolo progetto	Progetto Cuore
obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> • ridurre il rischio cardiovascolare nella popolazione sana, operando in tre aree con tre obiettivi specifici: prevenzione individuale • diffusione della carta del rischio cardiovascolare: prevenzione di comunità • riduzione dei fattori di rischio legati agli stili di vita (fumo, dieta, ecc): sorveglianza • consolidamento dei tre sistemi di sorveglianza attualmente esistenti: osservatorio cardiovascolare, registro degli eventi cardiovascolari e registro delle cause di morte
attività previste	il primo obiettivo coincide con quello del Pnp, per cui sono previste le seguenti attività: <ul style="list-style-type: none"> • costruzione di una infrastruttura centrale • costruzione di partnership professionali • informatizzazione del calcolo del punteggio e delle raccomandazioni • formazione e aggiornamento
partner	Iss, Aifa, Simg
durata	2004-2006

Prospetto 2. Analisi descrittiva dei progressi del Pnp

Background

In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano da anni uno dei più importanti problemi di sanità pubblica. Nel 2002 si sono verificati nel nostro Paese 236 mila decessi per queste patologie, che rappresentano il 42,5% del totale.

La coesistenza di più fattori di rischio cardiovascolare ha un effetto sinergico nel determinare il rischio di malattia. La correzione di questi fattori incide notevolmente sulla riduzione del rischio di malattia. L'attività del Progetto Cuore, operativo dal 2004, si è intrecciata con quella del Pnp 2005-2007, che individua la prevenzione delle malattie cardiovascolari tra i suoi ambiti di intervento.

Principali risultati, anche con riferimento alle azioni centrali

L'integrazione del Pnp con i progetti Ccm ha favorito l'implementazione e lo sviluppo della prevenzione cardiovascolare a livello locale. Il Progetto Cuore ha fornito i seguenti strumenti (di cui il Pnp ha favorito la diffusione e l'utilizzo):

- software *cuore.exe* per il calcolo del rischio cardiovascolare
- Piano nazionale di formazione
- sostegno alle attività di monitoraggio (registri, osservatorio)

I risultati ottenuti sono molto positivi. Solo quattro Regioni non hanno aderito al piano di formazione nazionale, prevedendo comunque una formazione in ambito regionale. Considerando che per i programmi non ancor validati scientificamente sul territorio nazionale le Regioni hanno avuto la possibilità di attuare dei progetti pilota, per verificarne l'impatto prima della messa a regime, obiettivo futuro è l'implementazione e l'ulteriore diffusione dell'applicazione della carta e del piano di formazione.

Criticità

Tra le varie criticità evidenziate dalle Regioni relativamente a tutto il Pnp, si segnala l'osservazione che laddove i progetti si sono innestati in attività organizzate già esistenti e consolidate (per esempio le vaccinazioni) queste criticità ne hanno influenzato la progressione in maniera decisamente minore. Al contrario, impiantare progetti *ex novo* si è rivelata un'operazione più complessa del previsto, per ragioni legate all'innovatività delle azioni integrate previste. Altre criticità emerse sono le seguenti:

- difficile gestione e organizzazione del lavoro di un numero molto elevato di Mmg
- difficile collaborazione tra l'istituzione regionale e i Mmg
- mancanza di informatizzazione di una parte dei Mmg
- difficoltà per molti Mmg ad aggiungere una nuova attività alle attività ordinarie
- impegnativo coordinamento con gli altri progetti del Pnp, in quanto, visto l'elevato numero e i tempi ristretti, non sempre il personale e le risorse sono stati sufficienti.

Punti di forza

Un punto di forza è stata la realizzazione del Piano nazionale di formazione. Un ulteriore elemento a favore è la stretta collaborazione tra il Progetto Cuore e il Pnp. Notevole sostegno e supporto è stato dato anche dalla *partnership* con l'Iss, che ha gestito e implementato il Piano nazionale di formazione.

Prospetto 3. Analisi regionale - Alcuni indicatori di processo

Regioni	realizzazioni intermedie: principali risultati di processo conseguiti al 31 dicembre 2006	
	valutazione rischio cardiovascolare globale	formazione
	adozione software <i>cuore.exe</i>	adesione al Piano nazionale di formazione e numero di medici formati
Abruzzo	sì	sì (184)
Basilicata	sì	sì (45)
Calabria	sì	sì (111)
Campania	sì	no (6 medici formati con il Progetto Cuore)
Emilia Romagna	sì	sì (122)
Friuli Venezia Giulia	sì	sì, dal 2007
Lazio	sì	sì (53)
Liguria	sì	ritardo esecuzione progetto per deficit economico (0)
Lombardia	sì	no (26 medici formati con il Progetto Cuore)
Marche	sì	no (0)
Molise	sì	sì (48)
Piemonte	sì	no (38 medici formati con il Progetto Cuore)
Puglia	sì	sì (105)
Sardegna	sì	sì (73)
Sicilia	sì	sì (400)
Toscana	no	no (0)
Umbria	no	in fase di svolgimento (126 medici formati con il Progetto Cuore)
Valle d'Aosta	sì	sì (63)
Veneto	sì	no (17 medici formati con il Progetto Cuore)
Totale	4404 medici hanno scaricato il programma	

Prevenzione delle recidive degli accidenti cardiovascolari

Prospetto 1a. Gli indirizzi centrali

	Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005	linee operative del Ccm
obiettivi	prevenzione cardiovascolare recidive	continuità assistenziale sul territorio
attività previste	<ul style="list-style-type: none"> lettera di dimissione piano di formazione 	<ul style="list-style-type: none"> costituzione, attivazione o rafforzamento della competenza regionale nella prevenzione cardiovascolare (comitato, commissione, struttura regionale ecc), anche grazie alla collaborazione delle società scientifiche dell'area cardiologica e della medicina generale analisi e definizione del contesto: ogni Regione dovrebbe decidere su come dotarsi e su come utilizzare gli strumenti informativi necessari per pianificare e valutare gli interventi. Una possibilità in questo senso è la partecipazione al registro degli eventi cardiovascolari, coordinato dall'Iss continuità assistenziale: indicazioni alle strutture ospedaliere presenti sul territorio relative alle modalità di dimissioni del paziente infartuato offerta servizi: identificazione accessibilità dei servizi e delle strutture che operano per favorire il controllo dei fattori di rischio modificabili Piano di formazione regionale: prevenzione recidive educazione dei pazienti: collaborazioni con associazioni pazienti monitoraggio: individuazione indicatori

Prospetto 1b. Le azioni di rinforzo a livello centrale

progetti Ccm	
titolo progetto	Progetto Cuore 2005-2006
obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> prevenzione e sorveglianza delle malattie cardio e cerebrovascolari: prevenzione secondaria prevenzione recidive: sorveglianza consolidamento dei tre sistemi di sorveglianza attualmente esistenti: osservatorio cardiovascolare, registro degli eventi cardiovascolari e registro della cause di morte
attività previste	<ul style="list-style-type: none"> prevenzione secondaria: lettera di dimissione, piano di formazione, <i>disease management</i> scompensato sorveglianza: registri, Osservatorio epidemiologico cardiovascolare
partner	Iss, Aifa, Simg
durata	2005-2006

Prospetto 2. Analisi descrittiva dei progressi del Piano

Background

I dati di mortalità più aggiornati, forniti dall'Istat, si riferiscono al 2002 (dati osservati) e al 2004 (stime provvisorie). In base a questi dati, nel 2002 le malattie del sistema circolatorio hanno causato 237.198 morti (223.527 secondo la stima 2004), di cui 105.726 uomini e 131.472 donne, pari al 42,3% del totale dei decessi (41,3% stimato per il 2004): una quota così elevata è dovuta in parte al processo di invecchiamento della popolazione e alla scarsa natalità che ha caratterizzato il nostro Paese negli ultimi anni.

Per le malattie ischemiche del cuore (infarto del miocardio, altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica, infarto miocardico progressivo, *angina pectoris* e altre forme croniche di cardiopatia ischemica), l'Istat ha registrato nel 2002 75.380 decessi (39.345 uomini e 36.035 donne), pari al 32% circa del totale delle morti per malattie del sistema circolatorio (la stima al 2004 non è disponibile per questo sottogruppo di cause).

Per gli accidenti cerebrovascolari, l'Istat ha registrato 65.895 decessi (26.545 uomini e 39.350 donne) nel 2002, pari al 28% delle morti per malattia del sistema circolatorio.

Il dato più rilevante per la salute degli italiani è che negli ultimi quindici anni si sono ridotte le differenze di mortalità tra Nord e Centro-Sud, e che nelle categorie sociali con scolarizzazione e reddito più basso i tassi di mortalità si sono ulteriormente (e negativamente) distanziati da quelli del resto della popolazione.

L'effetto età è particolarmente evidente e questo ha un'ulteriore rilevanza, visto l'invecchiamento della popolazione italiana. Tra i 35 e i 59 anni le malattie del sistema circolatorio rappresentano il 25,4% delle cause di morte e salgono al 34% nella fascia di età tra i 60 e 79 anni e al 49% per i più anziani. Chi sopravvive a una forma acuta di patologia cardiovascolare diventa un malato cronico (prevalenza 4,4 per 1000), con notevoli ripercussioni sulla qualità di vita e sui costi economici e sociali correlati.

Principali risultati, anche con riferimento alle azioni centrali

Le linee operative per la prevenzione delle recidive sono partite in ritardo rispetto alle altre, pertanto molte attività sono ancora in fase di realizzazione.

Criticità

Tra le criticità segnalate dalle Regioni ci sono la resistenza, fra le diverse categorie professionali, al cambiamento e la necessità di migliorare i percorsi di condivisione.

Da parte del coordinamento del progetto si segnala che la prevenzione delle recidive, essendo un'attività prevalentemente clinica, prevede un coinvolgimento dell'assistenza sanitaria. Si ritiene pertanto che per poter ottenere dei risultati significativi non si possa prescindere dal coinvolgimento della Direzione generale della programmazione nel coordinamento del Pnp relativamente a quest'area.

Punti di forza

Al momento non si ha ancora una visione chiara della situazione reale nell'ambito della prevenzione delle recidive, in quanto molte attività sono iniziate a cavallo tra la fine del 2007 e l'inizio del 2008. Si ritiene comunque necessaria la collaborazione con il sottocomitato scientifico di progetto del Ccm.

Prospetto 3 . Analisi regionale - Alcuni indicatori di processo

Regioni	realizzazioni intermedie: principali risultati di processo conseguiti al 31 dicembre 2006		
	analisi e definizione del contesto	continuità assistenziale	formazione
	adesione registri	lettera di dimissione	programmazione piano di formazione regionale
Abruzzo	dal 2007	dal 2007	dal 2007
Basilicata	no	no	no
Calabria	sì	sì	sì
Campania	sì	no	sì
Emilia Romagna	no	sì	sì
Friuli Venezia Giulia			
Lazio	sì	dal 2007	dal 2008
Liguria	no	dal 2008	sì
Lombardia	no	no	no
Marche	no	no	sì
Molise	sì	dal 2007	sì
Piemonte	no	sì	sì
Puglia	no	no	sì
Sardegna	dal 2007	sì	sì
Sicilia	sì	no	sì
Toscana	no	no	no
Umbria	no	no (definiti percorsi assistenziali)	no
Valle d'Aosta	no	sì	sì
Veneto	no	no	no

Contrasto all'obesità

Prospetto 1a. Gli indirizzi centrali

	Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005	linee operative del Ccm
obiettivi	prevenzione del rischio cardiovascolare - prevenzione dell'obesità	prevenzione dell'obesità attraverso l'attuazione di progetti improntati alla promozione di una corretta alimentazione e dell'attività fisica, attraverso politiche intersettoriali e con il coinvolgimento dei gruppi di interesse e la creazione di reti di istituzioni ed enti
attività previste	<ul style="list-style-type: none"> prevenzione dell'obesità nelle donne in età fertile e nel bambino screening sistematico da parte del Mmg sulle donne in età fertile, attraverso l'Imc e la circonferenza addominale attivazione di programmi di prevenzione dell'obesità nelle popolazioni a rischio 	<ul style="list-style-type: none"> favorire la disponibilità di scelte dietetiche sane a scuola, con speciale riguardo all'eccessivo introito energetico da spuntini calorici e bevande dolcificate, attraverso interventi che prevedano, ad esempio, una maggiore attenzione alla composizione dei menù delle mense scolastiche, l'eliminazione dei distributori automatici e la distribuzione di spuntini a base di frutta o verdura fresche prolungare il tempo dedicato allo sport dentro e fuori la scuola e incoraggiare bambini e adolescenti a svolgere un'attività fisica regolare, possibilmente giornaliera, anche attraverso accordi che prevedano la facilitazione dell'accesso alle strutture sportive sia scolastiche sia comunali sia di altro genere sviluppare attività educative per i bambini su nutrizione e attività fisica, come parti integranti di programmi di educazione alla salute promuovere l'allattamento al seno dei neonati mettere i cittadini in grado di operare scelte alimentari salutari, garantendo che le opzioni dietetiche sane siano disponibili e accessibili, anche grazie ad accordi con i produttori e con le reti di distribuzione e di vendita degli alimenti spingere i datori di lavoro a offrire scelte dietetiche sane nelle mense aziendali e a facilitare la pratica di un'attività sportiva da parte dei dipendenti supportare lo svolgimento di pratiche sportive individuali o di squadra da parte di cittadini attraverso, per esempio, l'organizzazione di manifestazioni o tornei invitare all'utilizzo delle scale in punti strategici, per esempio con cartelli posti presso gli impianti automatici (ascensori, scale mobili, ecc) sviluppare campagne di informazione nutrizionale per la comunità promuovere lo sviluppo di ambienti urbani che spingano all'attività fisica, inclusa la disponibilità di piste ciclabili e percorsi pedonali

Prospetto 1b. Le azioni di rinforzo a livello centrale

Progetti Ccm			
titolo progetto	azioni per una vita in salute	buone pratiche per l'alimentazione e l'attività fisica in età prescolare: promozione e sorveglianza	programmi efficaci per la prevenzione dell'obesità: il contributo dei Sian
obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> • predisposizione di un progetto nazionale per ridurre l'incidenza dell'obesità e del sovrappeso nella popolazione di età superiore a sei anni, attraverso l'aumento della percentuale di soggetti che svolgono una regolare attività fisica 	<ul style="list-style-type: none"> • mantenere peso e altezza entro limiti ottimali nella popolazione dei bambini in età prescolare (0-5 anni) attraverso la promozione di un'alimentazione corretta (allattamento al seno, alimentazione complementare, transizione verso una sana dieta familiare) e un'attività fisica adeguata (in famiglia, nei luoghi di residenza, nella scuola materna, nel tempo libero) 	<ul style="list-style-type: none"> • consolidare e migliorare la capacità dei Sian nel programmare e realizzare interventi efficaci nel campo della prevenzione dell'obesità e del sovrappeso
attività previste	<ul style="list-style-type: none"> • aumentare la capacità del Ssn a fini preventivi per il contrasto dell'obesità: formazione degli operatori sanitari, riorientamento dei servizi di Medicina dello sport, creazione di una rete di operatori sanitari e risorse del territorio • rendere più forti e coerenti i messaggi informativi e formativi a scuola, nello sport e nel tempo libero, sul lavoro • migliorare la qualità del territorio e promuovere una cultura e legislazione capaci di contrastare l'ambiente obesogenico: elaborazione di linee guida di intervento rivolte ai pianificatori per la promozione di un ambiente fisico che faciliti stili di vita corretti (verde pubblico, percorsi pedonabili e ciclabili, infrastrutture per l'attività fisica, spazi per il consumo dei pasti, ecc) • messa a punto di un repertorio di buone pratiche per l'organizzazione della città che favorisca l'esercizio fisico e una corretta alimentazione 	<ul style="list-style-type: none"> • preparazione di un kit per l'attuazione di buone pratiche destinato agli operatori sanitari e sociali (Pls in primo luogo), sviluppato sulla base di evidenze scientifiche e delle esperienze già in corso in alcune Regioni, e comprendente materiali e strumenti per la formazione e la comunicazione • individuazione di indicatori (Imc, alimentazione, attività fisica, indici di contesto) atti a fornire alle Asl e alle Regioni informazioni utili per pianificare e valutare gli interventi di prevenzione del sovrappeso e dell'obesità nei bambini di età prescolare • elaborazione di modelli per la collaborazione e il coordinamento tra diversi settori interessati alla prevenzione del sovrappeso e dell'obesità in ambito regionale e aziendale (salute, scuola, trasporti, agricoltura, commercio, culture, amministrazioni locali, associazioni, ecc) 	<ul style="list-style-type: none"> • avviare una attività formativa a carattere nazionale per gli operatori dei Sian, dove confrontare metodi ed esperienze <i>face to face</i> e accrescere le competenze per la individuazione di attività di provata efficacia • mettere a disposizione le conoscenze scientifiche migliori sugli interventi efficaci, valutandole anche in termini di applicabilità in Italia, attraverso il metodo delle revisioni sistematiche • costruire un portale della rete Sian, finalizzato alla formazione continua, alla condivisione delle esperienze, all'orientamento sui metodi e sulla valutazione, al <i>benchmarking</i> e alla diffusione dei risultati
partner	Regione Emilia Romagna, Oms	Regione Friuli Venezia Giulia, Ospedale Burlo-Garofolo	Regione Toscana, Ars Toscana
durata	2007-2009	2007-2009	2007-2009

	“La comunità dei promotori” per la prevenzione alimentare e contro la sedentarietà	sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni (alimentazione, attività fisica, alcol, fumo)	progetto esperienze locali di inter-settorialità per favorire comportamenti salutari nella popolazione
	<ul style="list-style-type: none"> • promuovere la collaborazione tra sanità pubblica, mondo della ricerca e organizzazioni di cittadini per una efficace attuazione delle strategie avviate dal Ccm contro l'obesità 	<ul style="list-style-type: none"> • definire e mettere a punto un sistema di indagini sui giovani in età evolutiva (6-17 anni) per acquisire in modo sistematico dati sui diversi stili di vita dei ragazzi, sui loro comportamenti in relazione ai principali fattori di rischio, principalmente per le malattie croniche-degenerative (nutrizione, attività fisica, fumo e alcol) per: disporre di informazioni accurate e raccolte con la stessa metodologia nelle regioni italiane; formulare prime ipotesi su fattori di rischio associati a sovrappeso e obesità e a orientare gli interventi per la prevenzione e la promozione della salute 	<ul style="list-style-type: none"> • individuare, valorizzare e favorire l'estensione delle migliori esperienze locali di prevenzione sul territorio, realizzate o in realizzazione, basate sull'intersectorialità tra le varie componenti (ambientali, sociali, sanitarie, culturali) e le istituzioni pubbliche (Regioni, Asl, enti locali), in sintonia con il programma “Guadagnare salute”
	<ul style="list-style-type: none"> • diffusione dell'informazione scientifica su stili alimentari e attività fisica per cui ci sono evidenze condivise • sviluppo della conoscenze per l'azione: valutazione delle azioni sui determinanti di salute per l'individuazione di quelle dotate di misurata efficacia 	<ul style="list-style-type: none"> • piano di sorveglianza nutrizionale e contrasto a sovrappeso e obesità tra i bambini di età compresa tra i 6 e i 10 anni, con acquisizione di informazioni dirette e riferite su alcuni parametri antropometrici e della dieta abituale • piano di sorveglianza sui comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare (11-15 anni): partendo da esperienze esistenti, come lo studio “Health Behaviour in School-aged Children”, adattare i sistemi di rilevazione all'esigenza di disporre di informazioni precise e continue sull'evoluzione dei fenomeni indagati 	<ul style="list-style-type: none"> • individuare e selezionare le esperienze locali e le <i>best practice</i> di approccio intersectoriale alla salute, coerenti con la logica di “Guadagnare Salute” • sostenere finanziariamente e operativamente le <i>best practice</i> validate, coerenti con la logica di “Guadagnare salute” • realizzare un'analisi dei bisogni (formativi, di assistenza tecnica, di consulenza ecc) per consolidare le esperienze e rispondere ai bisogni rilevati con attività mirate • estendere e diffondere le buone pratiche validate e riproporre in altri contesti territoriali
	Int Milano	Iss-Cnesps	Istituto Formez
	2007-2009	2007-2009	2007-2009

Prospetto 2. Analisi descrittiva dei progressi del Piano

Background

Il problema dell'obesità sta assumendo le dimensioni di una vera e propria epidemia a livello mondiale e costituisce uno dei maggiori problemi di sanità pubblica non solo nei Paesi industrializzati, ma anche in quelli in via di sviluppo. È considerata infatti uno dei principali fattori di rischio per la salute, perché può predisporre a una serie di patologie acute, ma soprattutto croniche, che ormai rappresentano il maggiore carico di malattia per l'individuo e la società.

Secondo l'indagine Istat del 2005, nella popolazione italiana di età superiore a 18 anni (dati riferiti) si ha una prevalenza del 34,2% per il sovrappeso (Imc >25 kg/m²) e del 9,1% per l'obesità (Imc >30 kg/m²). Un *trend* in aumento rispetto alla precedente rilevazione del 2000, soprattutto nel Sud e nelle Isole, dove si rileva la quota più elevata di persone in sovrappeso, in particolare tra i gruppi con un basso livello socioeconomico.

Per quel che riguarda i bambini e i ragazzi, i dati dell'Istat (2000) indicano una prevalenza del 24% di sovrappeso e obesità tra i 6 e i 17 anni, con un 34% nella fascia di età 6-9 anni. Anche in questo caso si registrano notevoli differenze geografiche, con il Sud che presenta una situazione peggiore rispetto al Nord. In uno studio effettuato nelle scuole in diverse aree del Paese, Campania e Calabria presentavano infatti percentuali di bambini obesi e in sovrappeso quasi doppie rispetto alla Lombardia.

Si stima inoltre che in Italia siano circa 57 mila ogni anno i decessi attribuibili all'obesità, attraverso la sua azione come fattore di rischio intermedio per patologie acute e croniche. Dopo il fumo, che provoca 80 mila decessi all'anno, l'obesità rappresenta quindi il secondo fattore di rischio per la salute degli italiani. In generale, poi, l'obesità aggrava le condizioni generali di salute e riduce notevolmente la qualità di vita degli individui. Nel prossimo futuro si prevede che questo quadro epidemiologico porti a un carico di disabilità tale da rendere insostenibili le spese necessarie per l'assistenza. Vista la complessità dei fattori coinvolti, la prevenzione dell'obesità impone di ricorrere a una strategia integrata e intersettoriale che coinvolga professionisti anche al di fuori del sistema sanitario.

Principali risultati, anche con riferimento alle azioni centrali

Il Pnp ha attivato numerosi interventi di prevenzione dell'obesità in diversi settori, come disegnato nelle linee operative del Ccm. Tuttavia, la realtà nazionale risulta molto variegata: accanto ad alcune realtà, soprattutto nel Nord, dove sono presenti esperienze più o meno sviluppate e diffuse, esistono Regioni dove invece la progettualità è ancora in fase iniziale.

Vista la complessità degli interventi messi in atto, non sarà possibile ottenere dei risultati in termini di riduzione della prevalenza dell'obesità nell'arco di tempo previsto dal Pnp 2005-2007. Ad ogni modo, un primo risultato è che la maggior parte delle Regioni hanno raggiunto la consapevolezza del fatto che l'obesità va affrontata anche in collaborazione con settori esterni al sistema salute.

Il Ccm ha avviato sei progetti per supportare le Regioni nella progettazione, soprattutto nelle aree più critiche, relativamente ai seguenti obiettivi:

- creare un sistema di sorveglianza nutrizionale in età evolutiva che consenta una corretta analisi della situazione attuale e, in futuro, una valutazione degli interventi attuati
- creare una rete per gli operatori dei Sian delle Asl per consentire la condivisione delle esperienze e delle *best practice*, nonché un rinnovamento culturale e un coordinamento delle iniziative sul territorio nazionale

- individuare e diffondere gli interventi per la promozione dell'attività fisica a livello delle comunità locali
- individuare e promuovere gli interventi di prevenzione dell'obesità in età prescolare, con il coinvolgimento dei Pls
- effettuare il censimento, la raccolta e la diffusione delle *best practice* per la lotta all'obesità.

Criticità

Tra le numerose criticità presentate finora dalle Regioni, queste sono le principali:

- difficoltà nell'individuare interventi efficaci e nel mettere a punto i progetti
- difficoltà nell'accordarsi con il mondo della medicina generale
- mancanza di linee guida e indicazioni di *best practice*
- attesa per le indicazioni per un piano di sorveglianza nazionale per la popolazione in età evolutiva (6-17 anni)
- mancanza di un adeguato sistema informativo di rete tra gli operatori sanitari per condividere interventi efficaci ed esperienze condotte sul campo.

Inoltre, molte Regioni, pur avendo raggiunto anche il 100% di quanto previsto dai relativi cronoprogrammi svolgendo attività preliminari indispensabili all'avvio dei progetti di prevenzione, non hanno ancora potuto ottenere risultati di processo effettivamente utili.

Punti di forza

I principali punti di forza sono invece rappresentati da:

- presa di coscienza del problema obesità da parte di quasi tutte le Regioni, che fa ben sperare per una definizione di strumenti e di interventi efficaci a livello nazionale
- attenzione degli operatori sanitari del settore a ridisegnare le proprie competenze e la propria professionalità, soprattutto per quanto riguarda i Sian
- valorizzazione di esperienze già avviate in alcune Regioni che potrebbero essere condivise e diffuse e su tutto il territorio nazionale.

Prospetto 3. Analisi regionale - Alcuni indicatori di processo

Regioni	realizzazioni intermedie: principali risultati di processo conseguiti al 31 dicembre 2006				
	attivazione GdL, delibere regionali	sorveglianza (report)	comunicazione e informazione	linee guida	
Abruzzo					
Basilicata					
Calabria	costituzione comitato regionale (27 novembre 2006)				
Campania	costituzione GdL, progetto "Crescerefelix"				
Emilia Romagna		sorveglianza nutrizionale, determinanti e indicatori di rischio obesità fra i giovani		ristorazione scolastica	
Friuli Venezia Giulia				allattamento materno	
Lazio		costituzione GdL			
Liguria		screening auxologico (310 ragazzi)	sito web "baby light - mi piace piacermi"		
Lombardia				ristorazione scolastica (prima del Pnp)	
Marche		rapporto "Sorveglianza nutrizionale ed educazione alimentare nella popolazione scolastica della regione Marche"			
Molise	costituzione comitato regionale				
Piemonte		Hbsc, Passi	portale con la scuola www.salutiamoci.it , sito Dors www.dors.it	ristorazione scolastica, ospedaliera e assistenziale	
Puglia		costituzione GdL			
Sardegna		costituzione GdL, coinvolgimento Pls (50%) (collaborazione Inran)			
Sicilia		costituzione GdL			
Toscana					
Umbria					
Valle d'Aosta		affidata ai Pls (software comune)			
Veneto		Hbsc con misure antropometriche, misure antropometriche terza e quinta elementare			

	formazione	educazione nutrizionale e al gusto	ristorazione collettiva	attività fisica	allattamento materno	distributori automatici
	costituzione comitato regionale (27 novembre 2006)				costituzione osservatorio regionale	
			anagrafe servizi di ristorazione	gruppo tecnico strumenti urbanistici	"Progetto di continuità del percorso nascita"	
	costituzione GdL insegnanti e operatori su educazione nutrizionale	in due scuole materne	costituzione GdL anagrafe servizi ristorazione scolastica		costituzione GdL	
					campagna informativa, brochure sul sito della Regione	
		rapporto sorveglianza nutrizionale nella Regione Marche				
	corso di <i>counselling</i> nutrizionale per operatori (50)	costituzione GdL, laboratorio di alimentazione (www.dors.it)	costituzione GdL, censimento servizi ristorazione scolastica, ospedaliera e assistenziale	costituzione GdL	costituzione GdL, corso Pls (130)	
	per rilevazione dati antropometrici					
	corso di <i>counselling</i> nutrizionale per operatori					
					adozione protocollo Oms	
	corso di <i>counselling</i> nutrizionale per professionisti (50)	formazione insegnanti (2525) e relativi alunni	formazione operatori Sian, software "Winfood", distribuzione linee guida 2001			progetto <i>nutriven- ding</i> , protocollo con Confida

Prevenzione delle complicanze del diabete

Prospetto 1a. Gli indirizzi centrali

	Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005	linee operative del Ccm
obiettivi	prevenzione del rischio cardiovascolare - prevenzione delle complicanze del diabete	prevenzione delle complicanze del diabete di tipo 2 attraverso l'attuazione di progetti improntati al <i>disease management</i> della patologia
attività previste	<ul style="list-style-type: none"> prevenzione attiva del diabete di tipo 2 nell'adulto e nel bambino, aumentando la <i>compliance</i> del paziente censimento della popolazione affetta da diabete di tipo 2 attivazione di programmi di prevenzione delle complicanze del diabete di tipo 2 	<ul style="list-style-type: none"> individuazione dell'ambito territoriale di effettuazione del progetto (Regione, Asl, Distretto o diversa aggregazione territoriale) adozione e contestualizzazione delle linee guida per l'assistenza al paziente diabetico (diagnosi, terapia, organizzazione, come ad esempio quelle predisposte congiuntamente da Amd, Sid e Simg) definizione degli indicatori di processo e di esito definizione delle modalità di acquisizione dei dati per la valutazione degli indicatori di processo e di esito piano di formazione degli operatori partecipanti piano di attività educative e formative rivolte ai pazienti definizione delle modalità di costruzione e aggiornamento del registro dei pazienti

Prospetto 1b. Le azioni di rinforzo a livello centrale

progetti Ccm	
titolo progetto	Progetto Igea
obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> predisposizione di un progetto nazionale sul <i>disease management</i> del diabete
attività previste	<ul style="list-style-type: none"> predisposizione di uno spazio web dedicato in cui rendere disponibile la documentazione relativa alle iniziative del ministero della Salute, dell'Iss e delle Regioni revisione, aggiornamento e pubblicazione delle linee guida per la gestione integrata della patologia diabetica definizione della struttura del set minimo di dati per la valutazione degli indicatori di processo e di esito predisposizione di pacchetti formativi e di un piano di formazione per la gestione integrata della patologia diabetica organizzazione di convegni annuali per la condivisione dei risultati raggiunti e la discussione di eventuali criticità della gestione integrata del paziente diabetico e degli effetti di alcuni indicatori di struttura sulla gestione del paziente
partner	Iss-Cnesps
durata	2005-2007, prolungato fino al 2008

Prospetto 2. Analisi descrittiva dei progressi del Piano

Background

In Italia, nel 2006, l'Istat ha stimato una prevalenza del diabete noto pari a 4,5% (4,6% nelle donne, 4,3% negli uomini). Nella fascia d'età 45-74 anni la prevalenza è maggiore fra gli uomini, mentre oltre i 75 anni è molto più alta fra le donne. Per quanto riguarda la distribuzione geografica, l'area con la percentuale più alta è il Sud (5,2%), seguita dal Centro (4,5%) e dal Nord (3,9%). La Legge 115 del 1987 ha previsto l'accentramento dell'assistenza diabetologica nei servizi di Diabetologia. Ad oggi in Italia sono presenti circa 650 servizi, distribuiti uniformemente su tutto il territorio nazionale. Questa organizzazione capillare ha permesso negli anni passati di assicurare un'adeguata assistenza diabetologica nel nostro Paese. Tuttavia, questo buon livello assistenziale e il conseguente prolungamento dell'aspettativa di vita dei pazienti, unito alla sempre crescente incidenza dei casi di diabete di tipo 2 secondaria ai cambiamenti di stili di vita, ha portato e porterà a un aumento della prevalenza del diabete, con una conseguente moltiplicazione del rischio di sviluppo di complicanze a medio e lungo termine (cardiovascolari, neurologiche, renali, oculari, ecc). In assenza di prevenzione, questa tendenza condurrà a un aumento del carico di malattia e disabilità non più sostenibile dal Ssn. Di qui la necessità di introdurre nuovi modelli assistenziali per le patologie croniche che consentano, attraverso una migliore organizzazione dei servizi e una maggiore responsabilizzazione di tutte le parti in causa (pazienti compresi), di prevenire o ritardare il più possibile l'insorgenza delle complicanze. Al riguardo, il *disease management*, o gestione integrata, si pone attualmente come prototipo di modello organizzativo per costruire percorsi assistenziali condivisi: l'applicazione alla diabetologia si propone di sperimentarlo anche in previsione di una sua futura applicabilità a tutte le patologie croniche.

Principali risultati, anche con riferimento alle azioni centrali

L'implementazione della gestione integrata del diabete su tutto il territorio nazionale comporta uno sforzo organizzativo tale da non essere realizzabile nell'arco di tempo previsto dal Pnp. Il principale risultato ottenuto, dunque, è stato il coinvolgimento di tutte le Regioni in questo sforzo di riorganizzazione e razionalizzazione dell'assistenza diabetologica in Italia. Tuttavia, il quadro nazionale risulta molto variegato: accanto ad alcune realtà, soprattutto del Nord, dove sono presenti esperienze più o meno sviluppate e diffuse di integrazione dell'assistenza diabetologica, esistono Regioni dove si dovrà partire quasi da zero. Soprattutto, è emerso che i diversi attori coinvolti (operatori di sanità pubblica, società scientifiche, associazioni dei pazienti, ecc) non condividevano appieno gli strumenti necessari allo sviluppo della gestione integrata (linee guida, raccomandazioni, piani di formazione, sistemi informativi, ecc). Tuttavia, soprattutto nel Centro-Nord, sono state comunque sviluppate linee guida e raccomandazioni, oppure si è provveduto ad adottarne tra quelle disponibili in letteratura. Altre Regioni ancora sono in attesa di indicazioni da parte del Ccm. Anche per questo, il Progetto Igea si è assunto il compito di sviluppare questi e altri strumenti. Si prevede che, seppure al 31 dicembre 2006 fossero ancora in fase di elaborazione, giunga alla definizione dei principali entro il 2007. In particolare, Igea ha già messo a disposizione degli operatori coinvolti, o lo farà entro il 2007:

- il sito internet dedicato al progetto (www.epicentro.iss.it/igea)
- un documento sui requisiti clinici e organizzativi essenziali per la gestione integrata del diabete di tipo 2

- un piano nazionale di formazione per la gestione integrata del diabete di tipo 2
- un documento sui requisiti informativi essenziali per la gestione integrata del diabete di tipo 2.

Questi strumenti costituiranno la base su cui sviluppare uniformemente la gestione integrata del diabete di tipo 2 in Italia.

Criticità

Le principali difficoltà incontrate finora dalle Regioni sono le seguenti:

- difficoltà nella messa a punto e nell'approvazione di documenti necessari all'avvio del processo
- difficoltà a trovare gli indispensabili accordi con la medicina generale
- ritardi nella disponibilità dei fondi necessari all'implementazione del sistema
- mancanza di linee guida e raccomandazioni univoche
- attesa per un piano di formazione nazionale
- mancanza di un sistema informativo adeguato.

Molte Regioni, pur avendo raggiunto anche il 100% di quanto previsto dai relativi cronoprogrammi svolgendo attività preliminari indispensabili all'avvio del processo, non hanno ancora potuto ottenere risultati di processo effettivamente utili all'implementazione della gestione integrata (adozione di linee guida, formazione operatori, registro pazienti, informatizzazione, ecc).

Malgrado fosse stato richiesto di indicare semplicemente la realtà locali dove attuare inizialmente, anche a livello sperimentale, la gestione integrata, molte Regioni hanno deciso di estendere l'implementazione ad aree più vaste (spesso tutta la Regione), ritardando probabilmente la partenza del progetto. A molte di queste criticità si cercherà, comunque, di porre rimedio attraverso le attività del Progetto Igea.

Punti di forza

Il principale punto di forza è rappresentato probabilmente dall'intenzione manifestata da tutte le Regioni di partecipare al processo. L'avvio del progetto permetterà comunque di definire in modo univoco gli strumenti necessari per la gestione integrata del diabete.

Prospetto 3. Analisi regionale - Alcuni indicatori di processo

Regioni	realizzazioni intermedie: principali risultati di processo conseguiti al 31 dicembre 2006			
	adozione linee guida	formazione operatori	costruzione registro pazienti	informatizzazione
Abruzzo	sì	no	no	no
Basilicata	no	sì	no	no
Calabria	sì	sì	no	no
Campania	sì	sì	no	no
Emilia Romagna	sì	sì	sì	no
Friuli Venezia Giulia	no	no	no	no
Lazio	no	no	no	no
Liguria	sì	no	no	no
Lombardia	sì	no	sì	sì
Marche	sì	no	no	sì
Molise	no	no	no	no
Piemonte	sì	sì	sì	no
Puglia	no	no	no	no
Sardegna	sì	no	no	no
Sicilia	no	no	no	no
Toscana	sì	no	sì	no
Umbria	no	no	no	no
Valle d'Aosta	sì	no	no	no
Veneto	no	no	no	no

Vaccinazioni

Prospetto 1a. Gli indirizzi centrali

	Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005	linee operative del Ccm
obiettivi	prevenzione delle malattie prevenibili da vaccino	<ul style="list-style-type: none"> • rendiconto del mantenimento e implementazione dei livelli di copertura vaccinali efficaci per il contenimento delle malattie prevenibili, grazie alla realizzazione dell'Avi • 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 Pnv per i soggetti appartenenti a gruppi vulnerabili • miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale
attività previste	<ul style="list-style-type: none"> • perseguimento degli obiettivi previsti dal Piano nazionale vaccini • proseguimento del Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita • realizzazione e implementazione delle anagrafi vaccinali • condivisione di criteri per la scelta dei nuovi vaccini fondati sull'Ebp e sulla scala di priorità • implementazione di nuove azioni che raccordino i dati epidemiologici con le strategie • definizione, a livello nazionale, dell'offerta essenziale del calendario vaccinale e dei vaccini per categorie particolari • introduzione a livello regionale di ulteriori vaccini, in relazione a peculiari situazioni epidemiologiche 	<ul style="list-style-type: none"> • rendiconto del mantenimento e implementazione dei livelli di copertura vaccinali efficaci per il contenimento delle malattie prevenibili, grazie alla realizzazione dell'anagrafe vaccinale informatizzata: descrizione della situazione delle Asl in merito alla gestione informatizzata delle vaccinazioni; definizione degli obiettivi da raggiungere nel triennio per quanto attiene la gestione informatizzata; definizione delle caratteristiche tipo dei software di gestione, realizzazione e implementazione della gestione informatizzata delle vaccinazioni (anagrafe vaccinale); individuazione delle modalità di addestramento del personale; definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la regione; tempi e fasi per la realizzazione • elevate coperture vaccinali per morbillo e rosolia nei gruppi di età individuati dal piano nazionale ed elevate coperture vaccinali per i vaccini previsti dal Pnv per i soggetti appartenenti a gruppi vulnerabili: valutazione delle coperture vaccinali raggiunte per Mpr nei bambini nel secondo anno di vita per la prima dose, e nei bambini più grandi sia per la prima che per la seconda dose; valutazione dello stato di suscettibilità alla rosolia delle donne in età fertile e della copertura vaccinale in questo gruppo di popolazione; individuazione dei gruppi vulnerabili la cui copertura vaccinale è insufficiente; definizione di interventi in grado di migliorare l'offerta delle vaccinazioni a questi gruppi; definizione del sistema di monitoraggio; definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la Regione; tempi e fasi per la realizzazione • miglioramento della qualità strutturale dell'offerta vaccinale: definizione di standard di qualità accettabili relativi a dimensione del bacino di utenza, caratteristiche architettoniche di centri e ambulatori vaccinali, arredi e dotazioni strumentali, incluse le caratteristiche degli impianti refrigerati, sistema informativo per la gestione delle vaccinazioni; modalità di misurazione della differenza tra la situazione reale e gli standard di qualità accettabile; individuazione dei decisori per le azioni di adeguamento agli standard di qualità accettabile; individuazione dei meccanismi di monitoraggio • miglioramento della qualità professionale dell'offerta vaccinale: definizione di curriculum formativo tipo per le diverse figure professionali che fanno parte dell'equipe vaccinale; individuazione delle modalità di miglioramento della qualità professionale (affiancamento a professionisti esperti, formazione, sviluppo delle abilità relazionali e di comunicazione con i genitori); definizione delle modalità di coordinamento del progetto presso la Regione; tempi e fasi per la realizzazione

Prospetto 1b. Le azioni di rinforzo a livello centrale

progetti Ccm		
titolo progetto	sorveglianza epidemiologica delle malattie prevenibili da vaccinazioni e rinforzo del Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita	sorveglianza di laboratorio delle malattie prevenibili da vaccinazioni e rinforzo del Piano di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita
obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> • migliorare la sorveglianza epidemiologica delle malattie prevenibili con le vaccinazioni attualmente in commercio e quantificare la quota di casi prevenibili • stimare attraverso sistemi sentinella i tassi di incidenza di pertosse, morbillo, rosolia, parotite epidemica e varicella in età pediatrica (0-14 anni di età), per fascia di età e area geografica • ottenere su base continuativa informazioni sugli indicatori di processo e di esito del Piano nazionale di eliminazione del morbillo e rosolia congenita 	<ul style="list-style-type: none"> • migliorare la sorveglianza di laboratorio delle malattie prevenibili con le vaccinazioni attualmente in commercio e quantificare la quota di casi prevenibili • indagare con appropriate indagini di laboratorio i casi sospetti di morbillo, rosolia in gravidanza e rosolia congenita • descrivere l'epidemiologia delle meningiti batteriche e di altre malattie batteriche invasive, per agente eziologico, area geografica, fascia di età e stato vaccinale
attività previste	<p>per ciascuno degli obiettivi specifici sopra riportati sono previste le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diffusione ai Pls del materiale per partecipare alla sorveglianza • conduzione attività di sorveglianza • pubblicazione sul web del report mensile • pubblicazione sul web del report annuale • predisposizione materiale per indagine annuale informatizzazione anagrafi vaccinali • invio a Regioni e Asl del questionario sulle anagrafi vaccinali • analisi dei dati questionari anagrafi vaccinali • pubblicazione report indagine annuale anagrafi vaccinali • validazione raccolta dati di copertura vaccinale per Mpr durante la campagna straordinaria • raccolta dati routinari di copertura vaccinale per Mpr durante la campagna straordinaria • analisi dei dati routinari e disponibilità sul web 	<p>per ciascuno degli obiettivi specifici sopra riportati sono previste le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> • redazione istruzioni per la raccolta dei campioni • diffusione delle istruzioni alle Regioni • allestimento metodiche Rt-Pcr per Mpr • isolamento virale Mpr • analisi molecolare isolati virali Mpr • raccolta campioni appaiati siero o saliva per validazione saggio su saliva (M) • esecuzione saggio Elisa IgM su campioni appaiati (M) • pubblicazione report • raccolta delle schede di segnalazione di meningiti e altre infezioni batteriche invasive • invio conferma di laboratorio dei casi presso il laboratorio nazionale di riferimento • tipizzazione dei ceppi pervenuti al laboratorio nazionale di riferimento • pubblicazione sul web dei risultati della sorveglianza
partner	Iss	Iss
durata	2005-2007	2005-2007

Prospetto 2. Analisi descrittiva dei progressi del Piano

Background

Come testimoniano sia i risultati già conseguiti nella lotta alle malattie infettive, sia i nuovi traguardi che si prospettano all'orizzonte, le vaccinazioni rappresentano indubbiamente, dopo la potabilizzazione dell'acqua, il più importante ed efficace strumento di prevenzione. La loro efficacia, unita all'applicazione di strategie vaccinali di massa e affiancata dal miglioramento delle condizioni sociali, economiche e igieniche, ha permesso di raggiungere traguardi irrinunciabili nel campo del controllo e dell'eliminazione delle malattie infettive.

In Italia, questo è confermato dal fatto che a coperture vaccinali medie in età pediatrica che, per la maggior parte delle vaccinazioni, negli ultimi anni si sono mantenute al di sopra della soglia necessaria a garantire il controllo delle rispettive malattie infettive, corrisponde l'assenza o un ridotto numero di casi di malattia.

D'altro canto, le malattie infettive costituiscono ancora la maggiore causa di morte e disabilità nel mondo e nessun Paese si può ritenere sicuro dal rischio di introduzione e reintroduzione di malattie infettive, anche eliminate o sotto controllo grazie alle vaccinazioni di massa. Per contro, quanto migliori sono i risultati conseguiti attraverso i programmi vaccinali, il rischio percepito non è più quello della malattia, ma quello degli effetti collaterali nocivi da vaccino: si tende a dimenticare le malattie e le loro gravi conseguenze e a trascurare i soggetti a maggior rischio di complicanze gravi in caso di malattia infettiva, con conseguente aggravamento delle condizioni di salute individuali, aumento dei costi sanitari e sociali, rischio di decesso.

Nonostante il panorama italiano appaia alquanto rassicurante, l'impegno nella prevenzione vaccinale deve continuare a essere garantito a tutti i livelli, nella nuova consapevolezza dell'opportunità di un approccio multidisciplinare. Le vaccinazioni non possono più essere considerate un'esclusiva di una singola categoria professionale o di una sola struttura del Ssn, ma vanno intese come un gioco di squadra in cui sono coinvolti pediatri, igienisti, operatori di sanità pubblica, Mmg, specialisti ambulatoriali e ospedalieri, ecc.

La creazione di sinergie e alleanze rappresenta, infatti, la chiave non solo per l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni, ma anche per garantire, ai massimi livelli possibili, equità nel diritto alla prevenzione vaccinale, interesse tanto del singolo quanto della comunità.

Inoltre, la vaccinazione è per tradizione operazione di massa. Occorrono quindi sinergie logistiche: alla nascita il bambino entra nell'anagrafe comunale e nell'anagrafe vaccinale, viene preso in carico e seguito da un pediatra, il servizio vaccinale partecipa all'erogazione della vaccinazione, agli acquisti, ai pagamenti, alle certificazioni, ecc.

Infine, mai quanto oggi, è diventato un presupposto imprescindibile del successo delle politiche vaccinali la buona qualità dell'offerta, non solo sotto l'aspetto strutturale e tecnologico dei servizi, ma anche per quanto riguarda la formazione degli operatori.

Il Pnp 2005-2007 ha dato un nuovo impulso all'attività che il ministero della Salute e le Regioni svolgono da sempre in questo campo, individuando le malattie prevenibili da vaccino tra gli ambiti di intervento. La fase progettuale si è conclusa ufficialmente nel giugno 2006 con la presentazione dei piani e dei relativi cronoprogrammi da parte delle Regioni. I piani regionali presentati si sono configurati come progetti di attivazione, miglioramento o implementazione di uno o più obiettivi.

Come prevedibile, anche considerando il contesto in cui è nato il Pnp e la quasi totale assenza in Italia di esperienze di progettazione in sanità pubblica, si è registrata una certa variabilità interregionale

in termini di qualità della progettazione e di aderenza alle linee operative. Tuttavia, nel complesso la qualità media della progettazione è stata giudicata positivamente.

Principali risultati, anche con riferimento alle azioni centrali

Sebbene i progetti regionali relativi a quest'area si siano innestati su attività esistenti da tempo, già organizzate e consolidate, il fatto che si siano proposti come obiettivi prioritari problemi storici e condivisi del mondo delle vaccinazioni ne ha influenzato l'avanzamento in maniera rilevante. L'operazione si è rivelata, infatti, più complessa di quanto previsto, per la sua natura pionieristica, per l'assenza di esperienza in alcuni ambiti, per la necessità di un approccio multidimensionale fondato sull'integrazione.

Inoltre, poiché il Pnp è iniziato solo nel 2006 in molti casi, e non come previsto nel 2005, si è ritenuto opportuno procedere a uno slittamento generale delle date previste nel cronoprogramma o a un aggiustamento delle attività programmate, con conseguente ridimensionamento degli obiettivi finali. In quasi tutte le Regioni, pur con le dovute differenze, sono stati conseguiti i seguenti risultati:

- costituzione del Comitato di coordinamento regionale e aziendale del progetto
- ricognizione dello stato di informatizzazione, delle caratteristiche strutturali, dell'organizzazione e della disponibilità di risorse umane dei servizi vaccinali nelle diverse Asl della Regione
- identificazione dei requisiti minimi dell'Avi e definizione dei primi adempimenti da perseguire
- condivisione del *minimum data set* predisposto nell'ambito del Progetto Mattoni del ministero della Salute
- ristrutturazione e ammodernamento dei sistemi informatici per gestire le Avi, dove già presenti ma non in grado di funzionare in rete o dotazione dei centri vaccinali di attrezzature informatiche
- formazione *ad hoc* per tutti gli operatori dei centri vaccinali
- programmazione o realizzazione del corso di formazione per la rosolia congenita
- inserimento nell'Avi dei dati relativi alla vaccinazione anti-rosolia nelle donne in età fertile
- raccolta di dati relativi allo stato immunitario contro la rosolia delle donne in età fertile (per esempio mediante l'aggiunta di un campo specifico al certificato di assistenza al parto) e sviluppo di protocolli (con i dipartimenti materno-infantili, le direzioni sanitarie, le direzioni didattiche, ecc) per individuare le donne a cui offrire attivamente il vaccino
- prosecuzione dell'offerta della seconda dose di Mpr
- elaborazione o avvio di un progetto per la realizzazione di un'anagrafe vaccinale dei soggetti a rischio (per esempio mediante accordi con PIs, pneumologi, diabetologi, unità operative ospedaliere, oppure impiegando i dati relativi alle esenzioni ticket per patologia) a cui offrire attivamente le vaccinazioni indicate
- predisposizione di protocolli vaccinali per i soggetti a rischio
- definizione o avvio di specifiche campagne di promozione della vaccinazione nei gruppi a rischio
- prosecuzione delle attività vaccinali ordinarie e di quelle previste per la campagna di vaccinazione antinfluenzale
- elaborazione o avvio di un piano di comunicazione alla popolazione anche in lingua straniera
- definizione dei requisiti minimi strutturali, organizzativi e tecnologici per l'esercizio delle attività vaccinali

- revisione del manuale della qualità dei servizi vaccinali
- ricognizione dei bisogni formativi ed elaborazione di un piano formativo regionale per gli operatori dei centri vaccinali.

Criticità

Le problematiche più rappresentate dalle Regioni hanno riguardato ostacoli di natura burocratica o amministrativa e la mancata pronta disponibilità di risorse finanziarie necessarie all'avvio di alcune attività previste, con conseguenti ritardi.

Una Regione ha, inoltre, segnalato un'ulteriore incognita relativa alla realizzazione dell'anagrafe vaccinale, ovvero la decisione del garante per la protezione dei dati personali, vincolante l'autorizzazione alla gestione dei dati a livello regionale. Queste le altre criticità emerse:

- ritardo organizzativo iniziale, con conseguente intralcio a divulgare i contenuti del Pnp, il suo valore strategico anche sul piano finanziario, le linee guida per la stesura dei piani aziendali
- difficoltà nel collegare professionisti di diversa estrazione (clinica e prevenzione)
- difficoltà di procedere all'identificazione dei soggetti di età superiore ai 65 anni a rischio per patologie croniche a causa del non facile accesso ai dati relativi al codice di esenzione per patologia, con possibilità di disporre solo del dato generico di esenzione e non di quello specifico
- mancata stipula di una forma di collaborazione tra l'istituzione regionale, Mmg e PIs
- carenza e demotivazione del personale, al venir meno, in certe situazioni, del senso di responsabilità oppure in caso di conflittualità interpersonale.

Punti di forza

I principali punti di forza del Pnp nell'area vaccinazioni, emersi al primo monitoraggio dello stato di avanzamento, peraltro, alcuni già rilevati al momento dell'analisi dei piani presentati dalle Regioni, sono stati:

- partecipazione massiva delle Regioni
- adattabilità delle linee operative alle differenti realtà locali e contestualizzazione dei piani stessi
- analisi condivisa degli elementi del sistema vaccinale da implementare con gli operatori del settore, con il coinvolgimento diretto, a livello regionale, dei responsabili aziendali delle attività vaccinali. Questo modo di operare ha consentito di agire in piena sintonia per il raggiungimento di obiettivi giudicati realizzabili in base alle risorse umane ed economiche realmente disponibili
- opportunità di verificare lo stato dei servizi vaccinali in maniera sistematica e obiettiva e, quindi, sviluppare piani operativi condivisi e coordinati tra le Asl di una Regione
- clima di collaborazione di fronte a un'iniziativa innovativa come il Pnp.

Al termine del primo anno di attività del Pnp, il bilancio relativo all'area vaccinazioni è stato, nel complesso, positivo in quanto sono stati rispettati gli impegni presi al momento della presentazione dei cronoprogrammi e le modifiche introdotte in questa fase sono state poche e non hanno sostanzialmente mutato lo spirito dei piani.

Prospetto 3. Analisi regionale - Alcuni indicatori di processo

Regioni		Abruzzo	Basilicata	Calabria	Campania	Emilia Romagna	Friuli Venezia Giulia	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Molise	Piemonte	Puglia	Sardegna	Sicilia	Toscana	Umbria	Valle d'Aosta	Veneto		
		realizzazioni intermedie: principali risultati di processo conseguiti al 31 dicembre 2006	realizzazione dell'Avi	identificazione requisiti minimi dell'Avi	si	no	si	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
ristrutturazione Avi o fornitura attrezzature informatiche centri vaccinali	no			no	no	si	si	si	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
formazione ad hoc operatori centri vaccinali	no			no	no	no	no	si	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
elevate coperture vaccinali, inclusi i soggetti a rischio	definizione o avvio campagne di promozione della vaccinazione anti-rosolia nelle donne in età fertile		no	no	si	no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	si	no	no	no	no
	elaborazione o avvio di un progetto per la realizzazione di un'anagrafe vaccinale dei soggetti a rischio		no	no	no	no	no	si	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no
	definizione o avvio campagne di promozione della vaccinazione nei gruppi a rischio		no	no	si	no	no	si	si	si	si	no	no	no	no	no	no	si	no	si	si	si
miglioramento della qualità dell'offerta vaccinale	definizione di standard di qualità		no	no	si	no	no	no	no	si	si	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	si
	ricognizione dei bisogni formativi		no	no	no	no	si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si
	elaborazione piano formativo		si	no	no	no	no	no	no	si	si	no	si	no	no	no	no	si	no	si	no	no

Prevenzione degli incidenti domestici

Prospetto 1a. Gli indirizzi centrali

	Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005	linee operative del Ccm
obiettivi	monitoraggio e prevenzione degli incidenti domestici	<ul style="list-style-type: none"> • monitoraggio del fenomeno attraverso i servizi di Ps e i Dea della Regione • prevenzione degli incidenti domestici con chiara definizione delle popolazioni target (anziani, bambini, donne, ecc)
attività previste	<ul style="list-style-type: none"> • censimento degli infortuni • miglioramento della qualità dei flussi informativi 	<ul style="list-style-type: none"> • monitoraggio: attivazione o miglioramento sistema di sorveglianza basato su Ps o Dea, integrazione con informazioni supplementari, integrazione con altri sistemi informativi, indagini campionarie periodiche • prevenzione (a scelta uno o più dei seguenti interventi): promozione attività fisica fra gli anziani; rilevazione aspetti strutturali o impiantistici delle abitazioni; visite domiciliari; interventi informativi, anche rivolti a bambini 0-4 anni e anziani; fornitura di dispositivi a basso costo; formazione operatori sanitari e sociosanitari

Prospetto 1b. Le azioni di rinforzo a livello centrale

progetti Ccm	
titolo progetto	sviluppo operativo del Pnp sugli incidenti domestici: aggiornamento del personale e assistenza all'avvio dei piani regionali sviluppo operativo del Pnp sugli incidenti domestici: aggiornamento del personale e assistenza all'avvio dei piani regionali
obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> • supportare e offrire integrazione tecnico-scientifica ai piani regionali di prevenzione degli incidenti domestici
attività previste	<ul style="list-style-type: none"> • formare gli operatori dei servizi territoriali e ospedalieri impegnati nell'implementazione dei piani regionali di prevenzione degli incidenti domestici, che costituiranno il primo nucleo di una rete di esperti • fornire tutoraggio e assistenza tecnica ai referenti regionali coinvolti nelle attività di avvio e di sviluppo degli interventi di prevenzione previsti nei piani regionali di prevenzione degli incidenti domestici e formati nei corsi previsti • fornire tutoraggio e assistenza tecnica per la realizzazione della formazione, all'interno di ciascuna Regione, degli operatori dei servizi territoriali e ospedalieri che svilupperanno nell'ambito della Asl di appartenenza i progetti di sorveglianza e prevenzione sugli incidenti domestici
partner	Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Lazio
durata	2007-2009

Prospetto 2. Analisi descrittiva dei progressi del Pnp

Background

Gli incidenti domestici rappresentano un problema di sanità pubblica di grande rilevanza. Diversi Paesi europei e extra-europei hanno avviato già da alcuni anni politiche di prevenzione e sicurezza per ridurre la portata. L'Europa ha avviato un programma per la sorveglianza e il monitoraggio di questi eventi, attraverso la sorveglianza degli incidenti che accadono alle strutture dell'emergenza (Elhass), cui successivamente è seguita la costituzione di una base europea di dati, integrata nella rete telematica Euphin. La rete italiana della sorveglianza europea degli incidenti è stata integrata dall'Iss nel Siniaca. Secondo i dati raccolti dal sistema di sorveglianza Elhass, tra il 1998 e il 2000 sono state quasi 20 milioni persone vittime di incidente domestico in Europa (7% della popolazione residente), con oltre 5 milioni di ricoverati (0,4% della popolazione residente) e 56 mila decessi. Inoltre si stima che la durata media di assenza dal lavoro per malattia conseguente a infortunio domestico sia stata di 24 giorni.

In Italia, l'indagine multiscopo Istat ha registrato 2,8 milioni di persone vittime di incidente domestico nel 2001. Secondo il Siniaca, nel 2004 almeno 1,3 milioni di persone hanno richiesto assistenza in Ps ospedaliero a causa di incidente domestico (2% della popolazione residente) e di questi almeno 130 mila sono stati ricoverati (0,2% della popolazione residente), per un costo totale di 400 milioni di euro all'anno. Infine, in base ai dati Istat e Siniaca, si possono stimare 4500 morti per incidente domestico nel 2001 (7,8 morti per 100 mila abitanti).

Sorveglianza

La Legge 493/99 indica le funzioni del Ssn in materia di sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici, con particolare enfasi alla realizzazione di un sistema informativo dedicato e alle azioni di informazione e educazione sanitaria. Il Psn 2003-2005 aveva tra gli obiettivi la riduzione della mortalità e della disabilità conseguenti agli infortuni domestici, in molti casi recepita e contestualizzata nei piani sanitari regionali. Accanto al sistema di sorveglianza che fa capo, ai sensi della Legge 493/99, all'Iss (Siniaca), in Italia esistono diverse iniziative a livello nazionale (indagine multiscopo Istat, indagine multicentrica Ispesl su nove Regioni italiane, indagine Censis 2004) e locale, volte a raccogliere informazioni per l'individuazione dei fattori che intervengono nella dinamica infortunistica.

Molti studi svolti in Italia negli ultimi vent'anni hanno mostrato che l'informazione sulle modalità di svolgimento degli eventi è rilevabile in modo affidabile e completo solo al Ps: tentativi di conoscerla e registrarla in momenti successivi, per esempio in reparto o dopo il ricovero, sono state sempre fallimentari. Un sistema di rilevazione centrato sul Ps dovrebbe comunque prevedere l'avvio di un processo di informatizzazione dello stesso. Le informazioni raccolte aumenterebbero notevolmente l'utilità di altre fonti di dati (Sdo, archivi di mortalità, ecc) che potrebbero venire collegate mediante *record linkage*. L'informatizzazione del Ps è dunque un passo determinante nel processo di razionalizzazione e potenziamento di tutto il settore dell'emergenza-urgenza.

Prevenzione

Per quanto riguarda la prevenzione degli infortuni domestici, la letteratura internazionale indica come gli interventi più efficaci siano quelli che si accompagnano a iniziative di carattere legislativo e quelli che mirano a eliminare i rischi legati all'ambiente domestico (specialmente per la popolazione casalinga e anziana), mentre ci sono solo deboli evidenze a favore degli interventi di carattere unicamente educativo e informativo.

In particolare, per la prevenzione degli infortuni domestici nei bambini si sono dimostrati efficaci gli interventi che incentivano l'utilizzo di dispositivi di sicurezza (rilevatori per il fumo, termometri per il controllo della temperatura dell'acqua) e quelli in cui è previsto il sopralluogo nelle abitazioni, accompagnati da un breve intervento formativo. Per gli anziani, invece, oltre agli interventi per la modificazione dell'ambiente domestico (rimozione degli ostacoli, tappetini di sicurezza, miglioramento dell'illuminazione, installazione dei corrimano, maniglie da vasca da bagno e strisce adesive anti-scivolo), si sono dimostrati particolarmente efficaci gli interventi basati sull'attività fisica che incrementa la forza muscolare e il senso di equilibrio. L'approccio risultato più efficace comprende sia attività di informazione ed educazione sanitaria, sia interventi su ambienti e strutture. Sono fortemente raccomandati gli approcci di tipo integrato, concentrati su gruppi ad alto rischio e ripetuti nel tempo.

Principali risultati, anche con riferimento alle azioni centrali

Gran parte delle Regioni ha vincolato l'avvio della programmazione regionale delle proprie attività alla formazione offerta dal Ccm, per garantire omogeneità negli interventi di prevenzione e monitoraggio. Fanno eccezione quelle realtà dove erano già presenti attività di prevenzione e promozione della salute in quest'ambito (tra cui Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia). Tra l'altro per la loro esperienza, alcune di queste Regioni hanno assunto un ruolo di coordinamento e assistenza nei confronti delle altre, nell'ambito del progetto Ccm di offerta formativa. Ad oggi, i principali risultati del Pnp sono connessi alle attività coordinate dal progetto Ccm, sostanzialmente ascrivibili, in questa prima fase, ad attività di formazione.

Tutte le Regioni hanno identificato almeno un referente per ciascuna delle attività previste dai piani regionali (sistema di sorveglianza, indagine campionaria, interventi di prevenzione e promozione della salute, rilevazione degli aspetti strutturali o impiantistici delle abitazioni). Questi referenti hanno partecipato alla formazione prevista dal progetto Ccm, che si è svolta a L'Aquila dal 16 al 20 aprile 2007 (vedi www.ccm-network.it/corso_incidenti_Aquila). Durante la settimana di formazione, i referenti hanno acquisito nozioni e materiali utili alla programmazione di interventi nelle proprie Regioni e alla formazione del personale a livello locale.

Alcune Regioni hanno richiesto assistenza e affiancamento alle Regioni capofila del progetto Ccm per ulteriori corsi di formazione da realizzare localmente. Il Friuli Venezia Giulia sta organizzando, per macro aree geografiche degli approfondimenti formativi sugli aspetti impiantistici: una prima edizione si svolge nel giugno 2007 per 35 operatori delle Regioni del Nord e altre due edizioni sono già in programma per il Sud e le Isole. Il Piemonte ha messo a punto i materiali didattici per la formazione e gli strumenti informativi da utilizzare negli interventi di promozione della salute e prevenzione degli incidenti domestici nell'infanzia: si tratta di interventi formativi strutturati, rivolti ai genitori che entrano in contatto con operatori sanitari differenti, ai quali si rivolge la formazione. Gli operatori sono quelli coinvolti nei corsi di preparazione al parto, nei punti nascita, negli ambulatori vaccinali, i pediatri che effettuano i bilanci di salute, ovvero tutti gli operatori che hanno un contatto con i genitori dei bimbi della fascia di età considerata.

Tra settembre e dicembre 2007, il corso è stato riproposto e approfondito in quattro edizioni per gli operatori del Piemonte, in due edizioni per gli operatori della Sicilia, in due edizioni per gli operatori della Sardegna. Le Regioni che lo desiderano potranno richiedere assistenza nell'implementazione di questi interventi alla Regione Piemonte. Si prevede inoltre di avviare a breve un'indagine coordi-

nata presso uno o più Ps di almeno 15 Regioni italiane sugli esiti degli incidenti domestici fra gli anziani.

Criticità

Le principali difficoltà presentate finora dalle Regioni sono le seguenti:

- difficoltà nella messa a punto e nell'approvazione di documenti necessari all'avvio del processo
- difficoltà a trovare gli indispensabili accordi con i servizi di Ps
- ritardi nella disponibilità dei fondi necessari all'implementazione del sistema
- mancanza di personale da dedicare alle attività previste, in particolare all'informatizzazione dei dati
- attesa del piano di formazione nazionale
- eterogeneità nei sistemi informativi.

Molte Regioni, pur avendo raggiunto anche il 100% di quanto previsto dai relativi cronoprogrammi (svolgendo attività preliminari indispensabili all'avvio del processo), non hanno ancora potuto ottenere risultati di processo utili.

A molte di queste criticità si sta, comunque, ponendo rimedio attraverso le attività del progetto di assistenza regionale.

Punti di forza

Il principale punto di forza è rappresentato probabilmente dalla partecipazione attiva di tutte le Regioni a questo processo e dalla modalità di formazione e assistenza all'implementazione dei piani regionali, orizzontale e coordinata tra pari.

Prospetto 3. Analisi regionale - Alcuni indicatori di processo

Regioni	realizzazioni intermedie: principali risultati di processo conseguiti al 31 dicembre 2006			
	formazione operatori	programmazione indagine campionaria	costruzione o miglioramento sistema di sorveglianza	realizzazione interventi di prevenzione
Abruzzo	sì	sì	sì	no
Basilicata	sì	sì	no	no
Calabria	sì	sì	no	no
Campania	sì	sì	sì	no
Emilia Romagna	sì	sì	sì	sì
Friuli Venezia Giulia	sì	sì	sì	sì
Lazio	sì	sì	sì	sì
Liguria	sì	sì	sì	sì
Lombardia	sì	no	sì	sì
Marche	sì	sì	sì	no
Molise	sì	no	sì	no
Piemonte	sì	sì	sì	no
Puglia	sì	sì	no	no
Sardegna	sì	sì	no	no
Sicilia	sì	sì	no	no
Toscana	sì	sì	no	sì
Umbria	sì	no	sì	sì
Valle d'Aosta	sì	no	sì	no
Veneto	sì	sì	sì	sì

Prevenzione degli infortuni sul lavoro

Prospetto 1a. Gli indirizzi centrali

	Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005	linee operative del Ccm
obiettivi		<ul style="list-style-type: none"> costruire o migliorare il sistema informativo realizzare interventi di prevenzione
attività previste	nella prima definizione dell'accordo gli infortuni sul lavoro non erano previsti. Sono stati introdotti vista la priorità che rappresentano per la sanità pubblica. Obiettivi e attività previste sono stati sviluppati con la diffusione delle linee operative Ccm	<ul style="list-style-type: none"> sistema informativo: realizzazione di un sistema dedicato e, in particolare, di un sistema di sorveglianza basato sui nuovi flussi informativi e analisi delle cause degli infortuni mortali e gravi; estensione territoriale del sistema di sorveglianza laddove esistente; consolidamento e miglioramento qualora offra già una rappresentatività regionale interventi di prevenzione: iniziative di vigilanza e controllo su comparti prioritari (edilizia, trasporti, metalmeccanica, industria del legno, agricoltura, tessile); informazione e assistenza alle piccole e piccolissime imprese; azioni specifiche per il supporto degli Rls; indicazioni alle aziende per una buona qualità formativa

Prospetto 1b. Le azioni di rinforzo a livello centrale

attività istituzionali	
attività	istituzione del sottocomitato scientifico "infortuni sul lavoro"
obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> monitorare l'avvio del sistema di sorveglianza e sperimentare interventi di prevenzione degli incidenti nei luoghi di lavoro fornire consulenza tecnica e scientifica al comitato scientifico permanente anche in relazione agli impegni Ccm connessi al Piano di prevenzione attiva 2005-2007
attività previste	<ul style="list-style-type: none"> analisi e valutazione dei piani e dei cronoprogrammi pervenuti dalle Regioni, restituendo indicazioni "personalizzate" laddove si siano riscontrate criticità nei piani presentati (sia negli obiettivi, sia nelle attività) contribuendo così a un processo di graduale omogeneizzazione dei piani
partner	rappresentanti del Coordinamento delle Regioni, Ispesl, Inail, ministero del Lavoro
durata	un anno, in via di rinnovo

Prospetto 2. Analisi descrittiva dei progressi del Piano

Background

La tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori è un tema che va affrontato tenendo in adeguata considerazione le conseguenze e i danni alla salute causati dagli infortuni e dalle malattie professionali. Questi eventi sono prevenibili, in quanto non avvengono o hanno una bassa probabilità di accadere laddove siano assicurati adeguati standard di sicurezza nell'ambiente di lavoro, vigilanza e rispetto di norme, attuazione di modalità operative corrette. In ultima analisi, sono dovuti a qualcosa che non è stato fatto o è stato fatto male in termini di prevenzione e sicurezza.

Secondo i dati ufficiali disponibili, oggi in Italia più del 95% delle aziende è di piccole o piccolissime dimensioni (da 0 a 5 addetti).

Negli ultimi anni sono cambiate le caratteristiche produttive e occupazionali delle aziende, con evidenti ricadute sulla capacità del sistema di affrontare efficacemente il problema. La presenza delle sacche di lavoro irregolare, in alcuni settori in maniera prevalente rispetto ad altri, contribuisce ad aumentare i fattori di rischio in questi settori. Tutto questo produce ogni anno circa un milione di infortuni sul lavoro, di cui circa 1300 con esito mortale, e più di 25 mila casi di patologie correlate al lavoro. Più in particolare, il rapporto annuale dell'Inail relativo al 2006 parla di un decremento significativo del numero totale degli infortuni denunciati (a fronte di un incremento del numero degli occupati) con un aumento, però, del numero dei casi di infortunio con esito mortale. I settori più a rischio risultano essere ancora quelli delle costruzioni, dei trasporti e della metalmeccanica.

Cresce inoltre la percentuale di infortuni fra i lavoratori atipici (parasubordinati e interinali) ed extracomunitari. Geograficamente il Nord Italia (maggiormente industrializzato) comprende circa il 60% di tutti gli infortuni. Un discorso particolare meritano poi gli eventi con esito mortale, avvenuti per più del 50% dei casi su strada. Per quanto riguarda le malattie professionali, accanto alle "classiche" patologie come l'ipoacusia, la sordità e le dermatiti, si è assistito nell'ultimo quinquennio all'emergenza e alla crescita di patologie come tendiniti, affezioni dei dischi intervertebrali e sindrome del tunnel carpale.

In questo scenario, il Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, siglato nell'estate del 2007 con le Regioni e Pa (divenuto Dpcm il 17 dicembre 2007), si è imposto come elemento di forte consolidamento e stabilizzazione di strategie, obiettivi e attività del sistema. Il Patto individua tra gli obiettivi strategici l'attuazione del Pnp e la costruzione del Sistema informativo nazionale di prevenzione nei luoghi di lavoro, per migliorare la conoscenza dei fenomeni di salute legati all'attività lavorativa: il nuovo Protocollo d'Intesa sul sistema informativo è uno dei rilevanti risultati della sinergia e della collaborazione del ministero della Salute con il ministero del Lavoro, Regioni, Inail e Ipsema. Fra i punti sostanziali del Patto c'è la definizione di standard di attività di vigilanza per i servizi delle Asl. Si indica come livello nazionale la realizzazione di 250 mila interventi ispettivi ogni anno, proporzionati, per ciascuna Regione e Pa, per il numero delle imprese attive nei rispettivi territori. Inoltre vi è l'impegno ad assicurare una copertura di almeno il 5% delle unità locali in un anno. Il Testo unico è un altro strumento che caratterizza fortemente l'impegno di tutto il sistema per dotarsi di regole e indicazioni realmente funzionali al miglioramento della salute nei luoghi di lavoro, attraverso la collaborazione e l'integrazione innanzitutto con il ministero del Lavoro, così come con gli altri enti e soggetti con cui concretamente si sta operando per la redazione del testo. Infine i Lea, che sono stati rivisti e aggiornati recentemente, sono finalizzati proprio all'attuazione di programmi mirati di prevenzione e alla valutazione della loro efficacia.

Sorveglianza

La sorveglianza si è dimostrata un elemento fondamentale nell'assicurare la conoscenza dei fenomeni di salute legati all'attività lavorativa, attraverso l'utilizzo delle informazioni provenienti dalle fonti correnti ufficiali, con una reale diffusione dei dati inerenti gli infortuni e le malattie professionali. Questo per contribuire alla capacità di definire le priorità (di ambiti produttivi, geografici, di rischio, ecc), le strategie e i piani di intervento, a livello nazionale e locale.

Un altro aspetto importante è il miglioramento della conoscenza delle modalità di accadimento, visto anche che l'evoluzione produttiva e occupazionale ha modificato rischi e modalità della loro estrinsecazione, che richiedono un approccio in grado di individuare le cause degli eventi relativamente ai determinanti e alla loro consequenzialità all'interno del ciclo lavorativo o di parti di esso.

In questo senso, questi approfondimenti di conoscenza devono diventare realmente utili per individuare soluzioni efficaci, facilmente praticabili e riproducibili, da comunicare adeguatamente agli attori del sistema.

Prevenzione

Lo sviluppo della capacità di programmare e realizzare le attività di prevenzione deve rispondere a criteri di efficacia. Occorre quindi adottare metodologie e strumenti, in base alla dimensione del problema e alle esperienze di provata efficacia già realizzate e sostenibili. Questo processo deve portare alla definizione di protocolli operativi e linee guida utili per rendere omogenea l'attività nei vari ambiti di intervento, per produrre informazioni confrontabili sull'attività svolta e sugli esiti della stessa. Serve inoltre una valutazione delle attività come elemento di forte connotazione dell'intero processo di prevenzione.

Sebbene sia estremamente complesso definire e applicare modelli di valutazione di *outcome* negli interventi di popolazione, bisogna elaborare e applicare metodologie e strumenti che permettano il monitoraggio e la valutazione, sia del raggiungimento degli obiettivi di processo, sia dell'impatto e degli esiti delle azioni. Questa valutazione dovrà basarsi sull'appropriatezza degli interventi realizzati, a fronte sia delle priorità definite, sia della specificità delle problematiche che si intendono risolvere. Questo dovrà contribuire anche a una diversa destinazione delle risorse disponibili dai vari soggetti, potenziando tutte le iniziative dei servizi pubblici e privilegiando la programmazione di piani di intervento strutturati e a valenza territoriale ampia. L'elemento principale da monitorare e valutare dovranno essere gli indici relativi agli infortuni e alle patologie correlate al lavoro, i loro *trend* storici e la loro evoluzione prospettica.

Principali risultati, anche con riferimento alle azioni centrali

Il primo risultato è stato l'avvio di un lavoro su basi e obiettivi omogenei con operatori di Regioni del tutto disomogenee per esperienza, cultura, disponibilità di risorse e attenzione locale su queste problematiche. L'istituzione del sottocomitato, che è un vero e proprio strumento di lavoro, ha favorito questo processo: con la sua attività di analisi e revisione dei piani e dei cronogrammi pervenuti dalle Regioni, ha contribuito alla graduale omogeneizzazione dei piani e al dialogo con i referenti regionali. Nel rispetto degli indirizzi forniti dalle linee operative, tutte le Regioni hanno strutturato piani che hanno sostanzialmente rispettato i due filoni prioritari: il sistema di sorveglianza e gli interventi di prevenzione.

Un altro risultato rilevante è l'individuazione, in ciascuna Regione, di un gruppo di lavoro, spesso formalizzato con atto deliberativo regionale, che svolge funzioni di riferimento e indirizzo, sia gestionale sia operativo. Si tratta di un elemento di indubbio valore in quanto, oltre a favorire l'omogeneità,

evidenza la volontà di assicurare una conduzione e una responsabilità nell'attuazione del piano. Dall'analisi complessiva di tutti i piani, emergono alcuni elementi caratterizzanti e descrittivi delle attività delle Regioni:

- sorveglianza: utilizzo pressoché diffuso dei flussi informativi Inail-Ispesl-Regioni, produzione di rapporti regionali su infortuni e malattie professionali, avvio o programmazione delle attività del progetto sigli infortuni mortali, attivazione in alcune Regioni degli osservatori regionali, dove non ancora esistenti
- prevenzione: come da indirizzi nazionali, il comparto edilizia è stato individuato nei piani regionali. In molte Regioni sono state previste o ulteriormente consolidate linee operative di indirizzo per l'omogeneità degli interventi e sono stati individuati, anche in relazione ai dati epidemiologici, altri comparti rispecchianti le specifiche priorità territoriali. Una particolare attenzione è stata posta agli interventi di sostegno e assistenza alle piccole e medie imprese e, in alcune Regioni, dove già erano in corso, sono state descritte nei piani anche attività riguardanti la prevenzione delle malattie professionali
- formazione degli operatori: è stata ritenuta necessaria per lo sviluppo delle attività, sia per quanto riguarda la sorveglianza (corsi sui nuovi flussi informativi e sugli infortuni mortali), attraverso incontri nazionali, sia relativamente alla prevenzione (adeguata applicazione delle linee di indirizzo degli interventi, ecc), attraverso iniziative locali.

Criticità

La prima criticità riguarda la differenza di attuazione del Pnp fra i vari territori regionali. Questo è molto più evidente per quanto riguarda la sorveglianza e sicuramente rispecchia le già citate differenze fra le varie realtà regionali. Dall'analisi dei cronoprogrammi e delle relazioni allegate predisposte dalle Regioni emergono:

- la carenza (o la non adeguata e pronta assegnazione) di risorse destinate all'attività di prevenzione nei luoghi di lavoro, con riferimento sia al personale dedicato sia alle attrezzature per lo svolgimento delle attività
- i ritardi amministrativi fra le proposte dei dirigenti periferici e l'approvazione formale da parte del livello regionale
- la preparazione non sempre adeguata del personale, ad esempio sull'utilizzo dei dati informatizzati dei nuovi flussi informativi.

Molte Regioni, comunque, hanno dovuto mettere in atto attività preliminari per l'avvio dei piani che, pur non condizionandone il raggiungimento degli obiettivi di periodo, hanno comunque inciso sui risultati di processo. Di fatto, la valutazione è riferibile a meno di un semestre di reale attività sul campo: potrà quindi migliorare in corso d'opera, quando i piani verranno attivati a pieno regime.

Punti di forza

Tutte le Regioni hanno dimostrato di cercare di tenere il passo con quanto era previsto dagli obiettivi e dalle attività del Pnp. In questo senso ha inciso favorevolmente l'attività centrale (attraverso il sottocomitato scientifico), che da un lato ha assicurato il rispetto formale e sostanziale del Pnp, dall'altro ha supportato le attività e le scelte più funzionali.

In particolare, sono emersi i seguenti punti di forza:

- l'individuazione e formalizzazione di referenti regionali per il Pnp è sicuramente un passo in avanti sia per definire una rete nazionale di soggetti che operano in questo ambito sia per sostenere le attività relative allo sviluppo del sistema informativo nazionale e all'attuazione del Patto per la salute nei luoghi di lavoro
- in molte realtà regionali gli obiettivi specifici del Pnp sono diventati, con la dovuta contestualizzazione territoriale, obiettivi dei direttori generali delle Asl nell'ambito della prevenzione nei luoghi di lavoro
- nell'ambito specifico dei flussi informativi, l'attività di formazione agli operatori è stata svolta con corsi a livello nazionale, strutturati su un programma e su un percorso didattico tali da promuovere un'attività omogenea
- in quasi tutte le Regioni sono state avviate, o ulteriormente perfezionate, sinergie operative fra le strutture del Ssn e gli altri enti che operano nell'ambito della prevenzione. Ne sono un esempio i vari protocolli d'intesa stipulati con Inail e Ispesl, oppure con le Dpl, per realizzare piani di intervento integrati e condivisi sia per una maggiore efficacia sia per un più razionale utilizzo delle risorse
- l'indicazione di individuare nei piani il comparto delle costruzioni come ambito prioritario di intervento è stata rispettata. Questo ha contribuito anche a una produzione sempre più diffusa di linee di indirizzo operativo, che dovrebbero man mano diventare patrimonio nazionale per chi opera in quest'area e alla proposta di un piano nazionale di prevenzione in edilizia in tutte le Regioni, che sicuramente si avvarrà anche dell'esperienza maturata con le attività svolte per il Pnp.

Prospetto 3. Analisi regionale - Alcuni indicatori di processo

Nella tabella della pagina successiva sono stati individuati alcuni indicatori delle attività svolte dalle Regioni ai soli fini degli obiettivi del Pnp, inserendo nella tabella le informazioni contenute nei cronoprogrammi o nelle relazioni di accompagnamento alle attività svolte. Pertanto, non sono state valorizzate le attività per quelle Regioni che non le hanno esplicitate nella documentazione inviata (pur magari svolgendole lo stesso nell'attività corrente) o per le quali l'avvio o la loro realizzazione sono previsti dopo il 31 dicembre 2006.

Le voci della tabella nella pagina seguente, che hanno anche lo scopo di un confronto con quanto previsto nelle linee di indirizzo Ccm, riguardano le seguenti tipologie di attività:

- organizzazione delle attività: individuazione, ed eventuale formalizzazione con atto regionale, di un gruppo di riferimento regionale per le attività del piano
- sistema informativo: avvio o consolidamento (in base al fatto che in alcune Regioni non esisteva un sistema informativo, in altre sì), progetto sugli infortuni mortali (adesione formale e avvio, o prosecuzione, delle attività del progetto nazionale Ispesl-Inail-Regioni)
- individuazione di comparti target per gli interventi di prevenzione sul territorio
- procedure di intervento e linee guida per la realizzazione delle attività.

Prevenzione degli incidenti stradali

Prospetto 1a. Gli indirizzi centrali

	Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005	linee operative del Ccm
obiettivi	sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali	<ul style="list-style-type: none"> • sorveglianza del fenomeno attraverso le reti di raccolta dati già esistenti e la creazione di nuove reti di raccolta dati integrate con i dati afferenti dai servizi di Ps, dalle Sdo e dagli archivi di mortalità della Regione • prevenzione degli incidenti stradali particolarmente nei riguardi della popolazione target più colpita (giovani)
attività previste	<ul style="list-style-type: none"> • censimento degli infortuni • miglioramento della qualità dei flussi informativi • attivazione della comunicazione istituzionale a livello centrale 	<ul style="list-style-type: none"> • sorveglianza: integrazione dell'attuale sistema di sorveglianza dei Ps con informazioni supplementari (epidemiologia dell'evento incidente), integrazione del sistema di rilevazione Ps con altri sistemi informativi (Sdo, mortalità, ecc), indagini campionarie periodiche • prevenzione (a scelta uno o più dei seguenti interventi): sviluppo di alleanze con le forze dell'ordine per intensificare i controlli su strada con particolare riferimento all'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale e alla verifica della guida in stato di ebbrezza, interventi informativo o educativi all'uso dei dispositivi di protezione individuale, campagne informative con il coinvolgimento dei mass-media a diffusione regionale e locale per ridurre la guida in stato di ebbrezza, miglioramento della qualità delle certificazioni di idoneità alla guida attraverso l'avvio dell'offerta formativa ai medici accertatori dell'idoneità alla guida (comprendente l'attivazione di screening della capacità visiva negli anziani e la somministrazione di questionari per l'individuazione dell'uso o abuso di bevande alcoliche)

Prospetto 1b. Le azioni di rinforzo a livello centrale

progetti Ccm	
titolo del progetto	sviluppo operativo del Pnp sugli incidenti stradali: aggiornamento del personale e assistenza all'avvio dei piani regionali
obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> • supportare e offrire integrazione tecnica e scientifica ai piani regionali di prevenzione degli incidenti stradali
attività previste	<ul style="list-style-type: none"> • formare gli operatori dei servizi territoriali e ospedalieri, impegnati nell'implementazione dei piani regionali di prevenzione degli incidenti stradali, indicati allo scopo dalle singole Regioni; gli stessi costituiranno il primo nucleo di una rete di esperti nell'area della prevenzione degli incidenti stradali • fornire tutoraggio e assistenza tecnica ai referenti regionali coinvolti nelle attività di avvio e di sviluppo degli interventi di prevenzione previsti nei piani regionali di prevenzione degli incidenti stradali e formati nei corsi • fornire tutoraggio e assistenza tecnica e supporto per la realizzazione delle attività di aggiornamento professionale, all'interno di ciascuna Regione, degli operatori che svilupperanno nell'ambito della Asl di appartenenza i progetti di sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali
partner	Piemonte, Pa di Trento, Lazio
durata	2007-2009

Regioni	realizzazioni intermedie: principali risultati di processo conseguiti al 31 dicembre 2006				
	gruppo di riferimento regionale	sistema informativo		comparti destinatari degli interventi di prevenzione	procedure intervento e linee guida
		avvio o consolidamento	progetto "Infortuni mortali"		
Abruzzo	sì	sì	no	edilizia, scuola, agricoltura, pesca	no
Basilicata	sì	sì	no	edilizia	no
Calabria	sì	no	sì	edilizia, agricoltura	no
Campania	sì	no	no	edilizia	no
Emilia Romagna	sì	sì	no	edilizia, scuola, Rls, metalmeccanica, agricoltura, sanità	no
Friuli Venezia Giulia	sì	sì	sì	edilizia, metalmeccanica, esposti amianto	no
Lazio	sì	sì	sì	edilizia + altri Nas	no
Liguria	sì	sì	sì	edilizia, pesca	no
Lombardia	sì	sì	sì	Tav, agricoltura, edilizia	sì
Marche	sì	sì	sì	edilizia, supporto Rls	sì
Molise	sì	no	no	edilizia	no
Piemonte	sì	sì	sì	edilizia	sì
Puglia	sì	sì	sì	scuola, Rls, edilizia	sì
Sardegna	sì	sì	no	edilizia, artigianato	sì
Sicilia	sì	sì	no	edilizia	no
Toscana	sì	sì	sì	edilizia, grandi opere, cadute dall'alto	sì
Umbria	sì	sì	sì	edilizia, agricoltura, scuola,	sì
Valle d'Aosta	sì	sì	no	edilizia	no
Veneto	sì	sì	sì	esposti a cancerogeni, edilizia, metalmeccanica, legno, agricoltura, trasporto e movimentazione merci	sì

Prospetto 2. Analisi descrittiva dei progressi del Piano

Background

Gli incidenti stradali rappresentano in Italia un importante problema di sanità pubblica per gli esiti conseguenti di invalidità temporanea o permanente e per gli elevati costi sociali e sanitari che ne derivano. A causare gli incidenti stradali possono concorrere più fattori: umano (distrazione, condizioni di salute compromesse, scarsa conoscenza e consapevolezza del rischio), infrastrutturale e da densità del traffico (legato alle condizioni del manto stradale e alla fluidità del traffico) e meccanico (connesso ai sistemi di sicurezza in dotazione del veicolo).

Implementare o creare sistemi di sorveglianza integrati del fenomeno incidenti stradali per georeferenziare l'incidente e mettere in atto strategie di prevenzione di provata efficacia sono stati gli elementi cardine promossi dal Pnp nello sviluppo della progettazione regionale per il controllo di almeno due fattori (umano e infrastrutturale) importanti nella genesi degli incidenti.

Sono così nati i Piani regionali di prevenzione e tutte le Regioni ad oggi hanno sviluppato programmi di sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali. Alcune, come Emilia Romagna, Puglia e Piemonte, hanno in particolare elaborato piani dedicati alla sensibilizzazione dei giovani verso i fattori di rischio di incidente stradale legati all'assunzione di alcol e sostanze stupefacenti.

I programmi, in corso di attuazione, saranno valutati alla fine della sperimentazione e proposti all'attenzione delle altre Regioni per la diffusione sul territorio, quando possibile e quando compatibile con le realtà locali.

Principali risultati, anche con riferimento alle azioni centrali

In forma embrionale si rileva la strutturazione di un piano nazionale di formazione messo in atto da quasi tutte le Regioni e indirizzato a una vasta area di popolazione (alunni di scuole e autoscuole, formatori delle autoscuole, insegnanti, tecnici della prevenzione, medici) e con gli strumenti più svariati (cd rom, siti web, workshop, corsi di formazione, opuscoli).

Un punto sviluppato da tutte le Regioni è inoltre la creazione di *focal point* locali responsabili dei progetti dedicati alla prevenzione e alla sorveglianza degli incidenti stradali (gruppi di lavoro, osservatori, comitati, commissioni) e da cui susseguono tutte le altre attività che si differenziano in ogni Regione. L'attività centrale di rinforzo si sta realizzando con l'attuazione dei progetti sostenuti dal Ccm (in partenariato con l'Ispesl, il Piemonte, il Lazio e la Pa di Trento) per l'assistenza e il sostegno allo sviluppo dei programmi regionali, ovvero con l'organizzazione di corsi di formazione e di assistenza personalizzata ai referenti dei progetti regionali per lo sviluppo operativo dei piani.

Criticità

L'elaborazione di progetti *ex novo* da parte delle Regioni si è rivelata un'operazione complessa, anche a causa dell'elevato livello di innovazione che caratterizza questa area del Pnp. Particolarmente impegnativo è risultato il coordinamento con gli altri coautori interessati alla progettazione dei piani regionali. Ottenere le delibere e gli atti formali necessari all'avvio dei progetti per il reperimento dei fondi ha inciso sui tempi di avvio dei progetti, che in molti casi sono slittati di qualche mese.

Punti di forza

Un punto di forza è certamente la realizzazione di accordi, alleanze, cooperazioni integrate tra diverse realtà come sanità, trasporti, scuola, forze dell'ordine, enti locali, lavoratori che usano la strada,

organizzazioni di volontariato. Questo non solo incrementa la sensibilità verso il tema degli incidenti, ma promuove anche la sperimentazione di pratiche, metodi innovativi di approccio al problema e la condivisione dell'obiettivo comune, ovvero prevenire gli incidenti. La creazione di *focal point* locali è un ulteriore punto di forza che conferisce il carattere di sistematicità agli interventi di prevenzione che verranno adottati nel settore.

Interessante, per l'originalità dimostrata, l'aspetto del progetto della Regione Calabria dedicato al contrasto a stili di vita aggressivi, che spesso si manifestano in caso di guida a velocità eccessive.

Prospetto 3. Analisi regionale - Alcuni indicatori di processo

Regioni	realizzazioni intermedie: principali risultati di processo conseguiti al 31 dicembre 2006			
	formazione operatori	creazione di <i>focal point</i> per lo sviluppo di programmi di prevenzione	costruzione o miglioramento sistema di sorveglianza	realizzazione di interventi di prevenzione e comunicazione istituzionale
Abruzzo	sì	sì	no	no
Basilicata	no	no	sì	no
Calabria	no	sì	no	no
Campania	no	sì	sì	no
Emilia Romagna	no	sì	no	sì
Friuli Venezia Giulia	no	sì	no	no
Lazio	no	sì	no	no
Liguria	no	no	sì	sì
Lombardia	sì	sì	sì	sì
Marche	no	sì	sì	no
Molise	no	sì	no	no
Piemonte	sì	sì	sì	sì
Puglia	no	sì	no	no
Sardegna	no	sì	no	no
Sicilia	no	sì	no	no
Toscana	sì	sì	sì	sì
Umbria	sì	no	sì	sì
Valle d'Aosta	La Regione non ha pianificato in questa area			
Veneto	sì	sì	sì	sì

Programmi di screening

Prospetto 1a. Gli indirizzi centrali

Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005	
obiettivi	diagnosi precoce dei tumori
attività previste	<ul style="list-style-type: none"> • programma di screening del cancro della mammella • programma di screening del cancro della cervice uterina • programma di screening del cancro del colon retto

linee operative del Ccm	
	<ul style="list-style-type: none"> • diffusione dello screening del cancro del colon retto • consolidamento degli interventi già in atto per lo screening del cancro alla mammella e del collo dell'utero
	<ul style="list-style-type: none"> • definizione condivisa della pianificazione • predisposizione di linee guida • azioni centrali di supporto • promozione della ricerca applicata ai programmi di screening • comunicazione • azioni regionali

Prospetto 1b. Le azioni di rinforzo a livello centrale

progetti Ccm e altre attività istituzionali			
linea di attività	definizione condivisa della pianificazione	predisposizione di linee guida	azioni centrali di supporto
obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> • definizione di un Piano nazionale screening 2004-2006 d'intesa con le Regioni 	<ul style="list-style-type: none"> • emanazione di linee guida per la programmazione operativa dei programmi di screening • emanazione di linee guida tecniche e professionali sulla base delle migliori evidenze scientifiche 	<ul style="list-style-type: none"> • consolidamento dei programmi di screening regionali • miglioramento continuo della qualità • riduzione delle disuguaglianze di offerta tra Nord e Sud
attività previste	<ul style="list-style-type: none"> • predisposizione piano • approvazione in Conferenza Stato-Regioni e Pa • emanazione del Decreto del ministero della Salute 	<ul style="list-style-type: none"> • costituzione gruppi di lavoro • redazione documenti • diffusione 	<ul style="list-style-type: none"> • progettazione e gestione di un sistema informativo nazionale per la valutazione dei programmi di screening • tutoraggio e affiancamento delle Regioni, in particolare di quelle meno performanti • analisi delle criticità e predisposizione di progetti di miglioramento nelle Regioni meridionali e insulari • formazione degli operatori • predisposizione di un sito web destinato agli operatori • promozione della collaborazione con le associazioni
partner	Conferenza Stato-Regioni e Pa, Ons	esperti, Ons, Zadigroma	Ons, Basilicata, Cspo, Toscana
durata	triennale	triennale	triennale

progetti Ccm e altre attività istituzionali			
	promuovere la ricerca applicata ai programmi di screening	comunicazione	azioni regionali
	<ul style="list-style-type: none"> • attuare studi di ricerca applicata ai programmi di screening • generalizzazione dei risultati 	<ul style="list-style-type: none"> • favorire l'adesione consapevole della popolazione destinataria 	<ul style="list-style-type: none"> • programmazione regionale per l'erogazione dei programmi di screening
	<ul style="list-style-type: none"> • identificazione dei progetti da finanziare • finanziamento degli studi identificati • valutazione dei risultati ai fini della generalizzazione 	<ul style="list-style-type: none"> • campagna nazionale • migliorare la comunicazione individuale di invito 	<ul style="list-style-type: none"> • finanziare progetti per il consolidamento della infrastruttura regionale • favorire la programmazione di qualità dell'erogazione
	Commissione oncologica nazionale, esperti	Litt, Ons, Poste Italiane	Regioni, Ons
	triennale	triennale	triennale

Prospetto 2. Analisi descrittiva dei progressi del Pnp

Background

Per attuare un programma di screening è necessario che ne sia stata dimostrata l'efficacia in termini di riduzione dell'incidenza o della mortalità della patologia oggetto dell'intervento. Sulla base delle evidenze scientifiche, sono giustificabili programmi organizzati di prevenzione secondaria per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto.

Contesto epidemiologico

Tumori della mammella

Il cancro della mammella è ancora oggi il tumore più frequente fra le donne, sia per incidenza sia per mortalità. La probabilità di ammalarsi aumenta progressivamente con l'età: dato il continuo invecchiamento della popolazione residente in Italia, i casi di questa malattia sono aumentati.

Negli anni Novanta, i tassi di mortalità in Italia per tumore della mammella aggiustati per età (cioè corretti tenendo conto dell'aumento di donne che si ammalano in accordo con l'invecchiamento della popolazione) sono diminuiti di circa il 20%. Lo stesso vale per gli Stati Uniti, la Gran Bretagna e alcuni altri Paesi occidentali. La riduzione della mortalità è il lieve, ma costante, aumento dell'incidenza, dipendendo probabilmente dalle migliori possibilità di cura, soprattutto per le lesioni diagnosticate precocemente. Secondo dati recenti, negli ultimi 10-20 anni la mortalità è calata del 45% nei principali Paesi occidentali, Italia compresa: questo può dipendere anche dall'effetto dello screening mammografico, sotto forma sia di programmi organizzati, sia di mammografie periodiche su base spontanea. Il restante 55% sembrerebbe invece dipendere dagli effetti delle terapie adiuvanti (chemioterapia e ormonoterapia).

Tumori della cervice uterina

Negli ultimi vent'anni, la mortalità per tumore dell'utero è diminuita di oltre il 50%, passando da 8,6 casi ogni 100 mila donne nel 1980 a 3,7 casi ogni 100 mila donne nel 2002 (tassi standardizzati sulla popolazione mondiale). Tuttavia, in base ai dati di mortalità per causa forniti dall'Istat, non si può discriminare tra carcinoma della cervice uterina e del corpo dell'utero. Grazie però ad analisi di popolazione effettuate tenendo conto delle coorti di nascita, si può fare una distinzione almeno approssimativa, in quanto il tumore della cervice uterina ha un'insorgenza più precoce rispetto a quello dell'endometrio. La riduzione della mortalità è stata osservata soprattutto nelle coorti più giovani, suggerendo quindi che buona parte sia attribuibile alla diminuita mortalità per tumore della cervice uterina. Attualmente si stima che ogni anno in Italia siano diagnosticati circa 3500 nuovi casi di carcinoma della cervice e che si registrino circa 1100 decessi per questo tipo di tumore.

Tumori del colon retto

In Italia, così come in molti Paesi occidentali, i tumori del colon retto (ovvero le neoplasie che insorgono dal cieco fino all'ano, identificate dai codici C18-C21 nella decima versione della classificazione internazionale delle malattie) rappresentano un rilevante problema sanitario.

Le stime della Iarc per il 2002 parlano di 550.465 diagnosi fra gli uomini e 472.687 fra le donne in tutto il mondo, con tassi di incidenza standardizzati sulla popolazione mondiale pari rispettivamente a 20,1 e 14,6 per 100 mila. Per quanto riguarda l'Italia, il numero annuo di nuovi casi è stato di 20.457 fra gli uomini e di 17.276 fra le donne, con tassi di incidenza rispettivamente di 39,3 e 26,6

per 100 mila. Inoltre, fra gli uomini, i tumori del colon retto risultano al terzo posto per incidenza, dopo quelli del polmone e della prostata, e rappresentano il 12,6% di tutti i tumori diagnosticati (esclusi i tumori cutanei non melanomatosi). Tra le donne si collocano addirittura al secondo posto, dopo il cancro della mammella, e rappresentano il 13,4% del totale dei tumori. In Italia, la mortalità per Ccr stimata per il 2002 è di 9061 decessi fra gli uomini e 7909 fra le donne (con tassi di mortalità standardizzati rispettivamente di 16,5 e 10,9 per 100 mila).

Oltre ai nuovi casi e ai decessi, la Iarc ha stimato anche i casi prevalenti: nel nostro Paese sono complessivamente 111.340 le persone che si sono ammalate di tumore del colon retto negli ultimi 5 anni e che sono ancora vive (59.513 maschi e 51.827 femmine). Per quanto riguarda l'andamento temporale dell'incidenza e della mortalità per tumore del colon retto in Italia, un recente studio dell'Associazione italiana registri tumori ha mostrato in entrambi i sessi una significativa tendenza all'aumento dell'incidenza dalla metà degli anni Ottanta alla fine degli anni Novanta, a cui ha corrisposto una lieve ma significativa riduzione della mortalità in entrambi i sessi.

Riguardo alla sopravvivenza, secondo i dati relativi all'Europa prodotti nello studio Eurocare, che raccoglie informazioni da registri tumori nazionali e locali in numerosi Paesi, la sopravvivenza relativa a 5 anni è del 48% fra gli uomini e del 51% fra le donne, con valori più elevati per i Paesi dell'Europa settentrionale e sensibilmente più bassi per quelli dell'Europa orientale. L'Italia si colloca a livelli uguali o leggermente superiori alla media europea: 49% per gli uomini e 51% fra le donne. In Italia, inoltre, è stata rilevata una tendenza al miglioramento in tutte le aree, sia per il colon sia per il retto. Come in gran parte dei Paesi occidentali, anche in Italia l'epidemiologia descrittiva dei tumori coloretali è caratterizzata da una tendenza alla riduzione o alla stabilizzazione della mortalità, dall'aumento delle nuove diagnosi e dal miglioramento della sopravvivenza. Un fenomeno complesso, che deriva in parte dal miglioramento della diagnosi negli ultimi decenni, dopo la diffusione e il potenziamento dei servizi di diagnostica endoscopica, ma anche dalla sempre maggiore diffusione della diagnosi precoce e degli screening basati sulla ricerca del Sof, sebbene in proporzione difficilmente valutabile.

Normativa di riferimento

Alla luce dei seguenti atti è stato varato un programma intensivo per l'adozione dello screening su tutto il Paese:

- l'accordo tra il ministero della Sanità dell'8 marzo 2001, le Regioni e le Pa recepisce le linee guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia
- la Legge finanziaria del 2001 (art. 85) definisce come esenti da ticket: la mammografia (ogni due anni per le donne tra 45 e 69 anni) l'esame citologico cervico-vaginale (ogni tre anni, per le donne tra 25 e 65 anni) e la colonscopia (ogni cinque anni, per la popolazione di età superiore a 45 anni e per la popolazione a rischio individuata secondo criteri determinati con decreto del ministro della Salute)
- il Dpcm del 29 novembre 2001 inserisce gli screening per il tumore al seno, alla cervice uterina e al colon retto tra i Lea
- il Psn 2003-2005 investe nella prevenzione con particolare enfasi nella prevenzione secondaria dei tumori, tra cui il cancro al seno, alla cervice uterina e al colon retto
- nel 2003 il Parlamento europeo approva una risoluzione, proposta dall'Italia, per l'adozione uniforme in tutti i Paesi dell'Unione dell'offerta attiva dello screening per i tumori del seno, della cervice uterina e del colon retto

- il 2 dicembre 2003, il Consiglio dell'Unione Europea raccomanda agli Stati membri l'attuazione dei programmi di screening per i tre tumori di cui sopra
- l'accordo Stato-Regioni, siglato a Cernobbio nel 2004, contiene il Piano di prevenzione attiva, che individua lo screening dei tumori indicati nella risoluzione del Parlamento europeo e nella raccomandazione del Consiglio d'Europa tra gli elementi strategici. Circa un quarto dei fondi finalizzati al Piano di prevenzione attiva dal fondo sanitario regionale è destinata agli screening
- la Legge 138 del 26 maggio 2004 (art. 2bis) prevede interventi orientati alla prevenzione oncologica, attraverso l'estensione dei programmi di screening di massa per il cancro del seno, della cervice uterina e del colon retto e il miglioramento della copertura di questi programmi
- la Legge finanziaria del 2007 (art. 808) prevede, per il proseguimento dell'intervento speciale per la diffusione degli screening oncologici, la spesa di 20 milioni di euro per il 2007 e 18 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009, per la concessione da parte del ministero della Salute di finanziamenti finalizzati alle regioni meridionali e insulari. Il provvedimento si caratterizza quindi per la continuità con la Legge 138/04 e la "focalizzazione" territoriale sulle regioni del Sud-Isole per un'evidente ragione di criticità media (prescindendo quindi da singole esperienze di raggiungimento degli obiettivi) nella realizzazione dei programmi di screening oncologico in queste Regioni.

Organizzazione territoriale

Lo screening è un esame sistematico, condotto con mezzi clinici, strumentali o di laboratorio per individuare una malattia in una fase preclinica o precursori della malattia nella popolazione generale o in un suo sottogruppo. Un programma di screening organizzato è un processo complesso, che agisce su una popolazione asintomatica invitata attivamente a sottoporsi al test.

In coerenza con la riforma del Titolo V della Costituzione, la responsabilità programmatoria è in capo alle Regioni che devono organizzare i programmi di screening nel loro territorio in coerenza con le evidenze scientifiche e la legislazione nazionale.

Stato dell'arte dei programmi di screening. Anni 2004-2005

La situazione di partenza relativamente ai programmi di screening è caratterizzata da notevoli differenze regionali in particolare tra il Nord e il Sud di Italia. Proprio queste differenze sono alla base del provvedimento del Parlamento (Legge 138/04) e dell'adozione del Pnp 2005-2007.

Di seguito vengono riportati alcuni dati salienti al riguardo (estensione e adesione ai programmi), desunti dal quinto rapporto dell'Ons e quindi riguardanti i programmi di screening che hanno aderito alla survey condotta annualmente, inviando i dati all'Ons (www.osservatorionazionale screening.it/ons/pubblicazioni/rapporto5/5rapporto.htm).

Screening del cancro della mammella

Nel 2004, su una popolazione bersaglio (età 50-69 anni) di quasi 7,2 milioni di donne (dati Istat all'1 gennaio 2004), risultano inserite nei programmi di screening mammografico attivi in Italia supera oltre 5 milioni di donne (72% circa, con un buon incremento rispetto al valore del 2003 pari al 56,2%). Permane però la discrepanza tra l'estensione teorica e quella effettiva (per la definizione, vedi il **box** nella pagina successiva). Le **tabelle** di pagina 100 e 101 mostrano, Regione per Regione, l'estensione teorica ed effettiva dei programmi di screening, rispetto alla popolazione bersaglio e l'adesione grezza e corretta della popolazione invitata.

ESTENSIONE E ADESIONE

Con il termine "estensione" si indica generalmente la proporzione di popolazione interessata da programmi di screening rispetto alla popolazione bersaglio. L'estensione teorica rappresenta la quota di popolazione in fascia di età che risiede in aree dove è attivo un programma di screening organizzato, cioè quella parte di popolazione a cui, potenzialmente, viene messo a disposizione lo screening. L'estensione effettiva rappresenta invece la proporzione della popolazione obiettivo annuale che è stata effettivamente invitata nell'anno in esame.

L'adesione a un programma di screening è data invece dal rapporto tra il numero di esami eseguiti e il numero di persone invitate e rappresenta uno degli indicatori fondamentali per la valutazione di impatto e di efficienza del programma. L'adesione può essere distinta in grezza o corretta a seconda che l'indicatore tenga conto, sottraendoli al denominatore, di quei soggetti che, dopo aver ricevuto l'invito, vengono esclusi per aver già eseguito il test di recente.

La quota di donne che nel 2004 ha ricevuto effettivamente un invito per sottoporsi al test è pari al 52% della popolazione bersaglio: si tratta di circa 3,74 milioni di donne, ma vista la cadenza biennale dello screening, questo equivale a dire che quasi 1,87 milioni di donne italiane sono state invitate a effettuare la mammografia nel 2004. La differenza tra estensione effettiva ed estensione teorica è prevalentemente legata a problemi di tipo gestionale e organizzativo dei programmi, che hanno difficoltà a invitare regolarmente ogni anno l'intera popolazione bersaglio. Nonostante il notevole incremento di programmi registrato anche al Sud, dove l'estensione è cresciuta dall'11% nel 2003 al 38% nel 2004, permane il forte squilibrio di offerta fra il Centro-Nord e il Sud, dove oltre il 60% delle donne nella popolazione obiettivo risulta ancora priva di offerta di mammografia all'interno di programmi organizzati, mentre al Centro la copertura è quasi totale e al Nord supera l'80%.

Riguardo all'adesione grezza, oltre 1 milione di donne hanno aderito all'invito: rispetto al 2003, il valore nazionale è passato dal 58,3% al 55,6%, presumibilmente perché in alcune Regioni sono stati attuati programmi nuovi, che richiedono del tempo prima di poter raggiungere livelli accettabili di partecipazione. Emerge comunque un *trend* geografico in diminuzione, con valori che passano da 60,2% (Nord) a 51,8% (Centro) e 39,1% (Sud).

Considerando insieme l'estensione effettiva e l'adesione grezza, la quota di donne nella fascia di età 50-69 anni che nel 2004 ha effettuato una mammografia di screening è circa il 28% rispetto al totale della popolazione bersaglio. Infine nessuna Regione raggiunge il livello di adesione desiderabile, mentre aumentano quelle che non raggiungono neanche il valore accettabile. Questo indicatore, tuttavia, è spesso sottostimato, poiché molti programmi non riescono a fornire il dato sulle donne escluse per mammografie recenti.

Nel 2005 l'attività di screening si è ulteriormente espansa, con il completamento di tutte le Regioni del Nord e del Centro: l'estensione teorica è passata dal 71,9% del 2004 al 76,4% del 2005 (pari a circa 5,5 milioni di donne). Oltre i tre quarti della popolazione femminile italiana di età 50-69 anni risulta quindi inserita in un programma di screening. Continua a emergere lo squilibrio territoriale nell'offerta: mentre tutte le Regioni del Nord e del Centro risultano praticamente coperte, rimane problematica la situazione del Sud, dove solo il 40% delle donne è coinvolto in programmi di screening. Riguardo all'estensione effettiva, la quota di donne che nel 2005 è stata effettivamente invitata a sot-

toporsi al test è leggermente diminuita rispetto all'anno precedente (50,3% della popolazione bersaglio contro 52% nel 2004). Delle quasi 1,8 milioni di donne invitate, oltre 1035 hanno aderito, evidenziando quindi un lieve incremento del tasso di adesione grezza rispetto al 2004 (57,8% contro 55,6%). Dalla relazione tra estensione e adesione risulta che la quota di donne che nel 2005 ha effettuato una mammografia di screening è pari al 28,6% della popolazione bersaglio nazionale, dato stabile rispetto al 2004.

Permane quindi un *trend* di partecipazione decrescente da Nord verso Sud, ma nel 2005 il maggior incremento di adesione si è registrato nelle Regioni centrali (da 51,8% del 2004 a 58,3% nel 2005).

Estensione teorica ed effettiva dei programmi di screening, rispetto alla popolazione bersaglio: programmi attivi nel 2004 (dati Ons)

Regioni	2004			2005		
	estensione teorica età 50-69 (%)	donne età 50-69 invitate nel 2004	estensione effettiva età 50-69 (%)	estensione teorica età 50-69 (%)	donne età 50-69 invitate nel 2004	estensione effettiva età 50-69 (%)
Valle d'Aosta	100,0	7.299	95,5	100,0	6.272	81,6
Piemonte	100,0	188.101	64,8	100,0	199.631	68,4
Liguria (*)	51,0	65.355	57,1	47,4	32.497	28,4
Lombardia	84,9	419.221	69,7	95,5	421.131	69,7
Trentino	100,0	32.028	110,0	100,0	16.506	56,0
Alto Adige	100,0	22.082	84,5	96,9	23.283	88,2
Veneto	82,8	188.659	65,5	86,3	187.150	64,5
Friuli Venezia Giulia				100,0	1.865	2,3 (*)
Emilia Romagna	100,0	249.656	93,4	100,0	237.452	88,5
Nord	83,6	1.172.401	68,7	92,4	1.125.787	65,6
Toscana	100,0	197.941	82,4	100,0	199.328	82,7
Umbria	100,0	51.150	92,6	100,0	52.521	94,5
Marche	73,5	54.687	58,0	95,0	56.839	60,0
Lazio	100,0	168.232	50,2	98,4	149.472	44,2
Centro	98,4	472.010	65,1	98,6	458.160	62,8
Abruzzo	44,7	24.807	32,3	44,0	31.516	40,5
Molise	100,0	25.222	133,7	100,0	22.479	118,5
Campania	78,0	97.449	31,9	85,6	112.445	36,3
Basilicata	100,0	40.065	119,1	100,0	26.483	78,6
Calabria	4,8	579	0,5	38,2		
Sicilia	40,2	34.956	12,3	39,3	45.440	15,8
Sud	38,3	223.078	19,2	76,4	238.363	30,3
Italia	71,9	1.867.489	52,0		1.822.310	50,3

(*) programma attivato a fine 2005

Sono comunque ancora numerose le Regioni in cui il livello di partecipazione grezza è inferiore a quello minimo accettabile, a conferma del fatto che molto lavoro deve essere ancora fatto in questo senso. I dati relativi al 2004 e al 2005 mostrano quindi che il Paese è tuttora fortemente caratterizzato dal divario tra il Centro-Nord e il Sud nell'offerta di screening mammografico: nel 2005, i tre quarti della popolazione bersaglio italiana è inserita in programmi di screening organizzato ma, mentre quasi tutto il Nord e il Centro risultano coperti, nel Sud oltre il 60% delle donne è ancora escluso dall'offerta. Se si analizza poi la quota effettiva di coloro che hanno realmente effettuato una mammografia di screening, questa risulta di poco superiore a un quarto (28%) della popolazione bersaglio nazionale.

Adesione grezza e corretta della popolazione invitata (età 50-69 anni) nel 2004 (dati Ons)

Regioni	2004		2005	
	adesione grezza (%)	adesione corretta (%)	adesione grezza (%)	adesione corretta (%)
Valle d'Aosta	64,9	67,6	71,1	71,9
Piemonte	60,4	62,4	56,7	59,0
Liguria (*)	41,7	46,9	49,8	52,6
Lombardia	56,4	61,3	60,0	65,2
Trentino	64,6	71,7	82,3	84,7
Alto Adige	67,5	67,5	45,5	45,5
Veneto	63,4	72,4	64,8	72,6
Friuli Venezia Giulia			47,2	47,2
Emilia Romagna	67,3	70,4	68,6	72,5
Nord	60,2	64,8	61,8	66,3
Toscana	62,2	64,3	68,2	70,8
Umbria	71,4	72,3	60,3	62,5
Marche	31,2	35,6	60,7	61,6
Lazio	40,0	41,7	42,8	43,3
Centro	51,8	54,2	58,3	59,8
Abruzzo	56,0	58,1	48,4	50,8
Molise	52,6	52,6	40,0	40,1
Campania	29,4	29,7	31,4	31,4
Basilicata	52,0	52,0	51,5	51,5
Calabria	32,6	32,6		
Sicilia	27,6	27,9	37,9	39,3
Sud	39,1	39,5	37,9	38,5
Italia	55,6	59,0	57,8	60,9

(*) dati riferiti alla popolazione di 50-64 anni. In rosso i risultati inferiori al livello minimo raccomandato, in verde quelli che superano anche il livello desiderabile.

I valori attualmente raccomandati per l'adesione sono: $\geq 50\%$ (accettabile) e $\geq 70\%$ (desiderabile) per l'adesione grezza; $\geq 60\%$ e $\geq 75\%$ rispettivamente per l'adesione corretta.

Inoltre, la differenza tra l'estensione teorica e quella effettiva, presente in quasi tutti i programmi regionali, dimostra la difficoltà a mantenere costante nel tempo il flusso degli inviti: questa difficoltà si riflette inevitabilmente sulla capacità effettiva del programma di mantenere regolarmente a due anni l'intervallo di tempo tra due test successivi.

La tendenza alla diminuzione dell'adesione emersa nel 2004, dopo il *trend* in crescita registrato negli ultimi due anni, può essere dovuta in parte alla comparsa di programmi di recente attivazione e, in alcuni casi, al diverso tipo di popolazione che viene invitata nei due anni: per esempio, alcuni programmi tendono a concentrare in un unico periodo l'invito delle donne non rispondenti ai passaggi precedenti. Nel 2005 l'adesione risulta comunque nuovamente in aumento.

Screening del cancro della cervice uterina

I programmi che hanno risposto all'ultima *survey* dell'Ons corrispondono solo in parte a quelli che hanno risposto alle precedenti: le variazioni temporali osservate possono quindi essere influenzate dal cambiamento dei programmi, oltre che da variazioni avvenute entro i programmi presenti in tutte le *survey*.

In Italia, i 116 programmi di screening cervicale attivi nel 2005 avevano una popolazione obiettivo di 10.969.571 donne, pari al 66,7% della popolazione femminile tra 25 e 64 anni: si registra un aumento del 3,1% nell'estensione teorica rispetto alla rilevazione precedente. Questo incremento è quasi del tutto a carico delle Regioni del Centro (da 82,6% a 91,2%), mentre la crescita è stata limitata al Nord e quasi nulla nel Sud e nelle Isole, che restano al 50,2%. Un'attivazione completa (nel senso che sono attivi programmi che includono nella loro popolazione obiettivo tutta la popolazione femminile residente di età 25-64 anni) si ha in 13 Regioni. Riguardo all'estensione effettiva (tenendo conto che in una situazione a regime ci si attende che di regola circa un terzo della popolazione obiettivo venga invitato ogni anno), nel 2005 è stato chiamato a eseguire il test il 24,8% della popolazione bersaglio (circa 3 milioni di donne) contro il 27,2% dell'anno precedente. Tuttavia, in alcuni programmi non è stata invitata tutta la popolazione, ma solo le donne non coperte spontaneamente. Inoltre possono esistere variazioni annuali dovute a criteri organizzativi locali.

Il 36,7% delle donne invitate (poco più di un milione) ha aderito all'invito con una riduzione di un punto percentuale rispetto all'anno precedente e con un evidente gradiente tra Nord (46,7%), Centro (35,6%) e Sud (21%), in parte attribuibile all'attivazione di nuovi programmi al Sud. Sebbene nel 2005 i programmi si siano ulteriormente espansi, tanto che oggi circa due terzi delle donne italiane dell'età target sono inserite nella popolazione obiettivo di programmi attivi, questo è avvenuto a ritmo ridotto, soprattutto al Sud, dove metà della popolazione è tuttora esclusa. Inoltre, anche i ritmi di invito sono calati, mostrando difficoltà a mantenere i livelli di attività raggiunti. L'ulteriore riduzione nella compliance all'invito, presumibilmente dovuta all'attivazione di nuovi programmi, in particolare al Sud, è comunque un dato da non sottovalutare, in quanto indica la necessità di migliorare la comunicazione, l'accessibilità e la qualità percepita dei programmi.

Screening del cancro del colon retto

Rispetto agli screening mammografico e citologico, quello coloretale presenta alcune peculiarità che ne complicano la valutazione, come l'esistenza di due opzioni per il test di primo livello (ricerca del Sof e Rss). Le evidenze scientifiche mostrano che entrambe le strategie portano a importanti riduzioni della mortalità causa-specifica. Pertanto, ciascuna Regione, al momento di attivare lo screening coloretale, si trova di fronte alla scelta del tipo di test da utilizzare: anche se la maggior parte dei programmi italiani ha adottato il Sof, alcuni programmi si sono invece indirizzati verso la Rss o formule miste.

Lo screening coloretale ha cominciato a diffondersi in Italia più recentemente rispetto agli altri due programmi. Il 2005 può essere considerato l'anno di svolta: rispetto al 2004, il numero di programmi attivi è quasi triplicato (da 18 a 52), con un'estensione teorica del 31,6%, tale cioè da coprire circa un terzo della popolazione nazionale eleggibile (uomini e donne di età 50-69). Gran parte dell'incremento nazionale è dato dall'attivazione di nuovi programmi al Nord, dove lo screening interessa ormai quasi metà della popolazione residente. Riguardo all'estensione effettiva, nel 2005 sono state complessivamente invitate a eseguire il Sof poco meno di 820 mila persone, pari all'11,7% della popolazione obiettivo, in netta diminuzione rispetto al 2004 (58%). Questo dato è in realtà giustificabile se si pensa che la maggior parte dei programmi che hanno partecipato alla *survey* sono stati attivati proprio nel corso del 2005 e di questi praticamente nessuno ha avuto a disposizione l'intero anno solare per effettuare gli inviti.

I soggetti che nel 2005 hanno eseguito il Sof in seguito all'invito sono stati quasi 374 mila, con un'adesione grezza del 46,1%, in lieve flessione rispetto al valore del 2004 (50,4%). Il confronto tra adesione grezza e corretta mostra differenze quasi trascurabili tra i due indicatori, contrariamente a quanto si osserva negli screening citologico e mammografico: un dato atteso, dovuto alla limitata diffusione nella popolazione sia del Sof, sia degli esami endoscopici. La variabilità nei valori di adesione tra i singoli programmi è molto alta (da 6,7% a 78,1%): ben il 44% dei programmi attivi si colloca al di sotto della soglia accettabile di adesione (40%). Altrettanto ampia la variabilità tra le medie regionali, che oscillano tra il 14,5% in Campania e il 66,9% in Veneto. La valutazione dell'adesione, comunque, è ancora prematura, visto che molti programmi sono stati attivati solo di recente.

La Rss è stata scelta come test di primo livello da quattro programmi piemontesi e da due veneti. I programmi del Piemonte invitano ogni anno allo screening le coorti di 58enni. In due di queste è già stata anche attivata l'offerta del Sof ai non aderenti e alla fascia dei 59-69enni. I due programmi veneti invitano i soggetti di 60 anni. Complessivamente, dei circa 40 mila soggetti di 58 o 60 anni residenti in queste sei Asl, i programmi ne hanno invitati poco meno della metà, con un'estensione effettiva pari al 49,4%. Anche in questo caso il dato risente significativamente della recente attivazione dei programmi, che influisce anche sui valori di adesione (29,1% quella grezza e 29,6% quella corretta).

Nonostante nel 2005 lo screening coloretale abbia conosciuto una notevole accelerazione e che questa tendenza si sia confermata nel 2006, il quadro complessivo presenta molte differenze e un ritardo che riguarda in particolare il Sud e le Isole. Sebbene fortemente condizionati dalla possibile inerzia dei programmi di recente attivazione, i valori di estensione e adesione rivelano la presenza di criticità, sia a livello politico strategico sia sul piano organizzativo e gestionale.

Soggetti 50-59enni residenti in aree coperte da programmi organizzati di screening coloretale (numero e percentuale sul totale, dati Ons)

area	2004		2005	
	popolazione 50-69 anni		numero	%
	numero	%		
Italia	1.008.000	7,3	4.421.000	31,6
Nord	412.000	6,2	3.257.000	48,9
Centro	584.000	21,1	965.000	34,6
Sud-Isole	13.000	0,3	200.000	4,4

Principali risultati, anche con riferimento alle azioni centrali

Il complesso delle differenze inter e intra regionali costituisce uno dei parametri principali di valutazione dell'impatto del Pnp: questa valutazione sarà compiuta sulla base dei dati di attività a fine 2007. La forte disomogeneità tra Regioni rende comunque sommario un giudizio complessivo.

Di seguito vengono sintetizzate le principali attività istituzionali svolte nell'ambito delle azioni centrali di rinforzo al Pnp, da cui emerge una sostanziale coerenza con gli obiettivi e con le attività previste (vedi [prospetto 1](#)).

risultati dei progetti e azioni centrali di rinforzo al Pnp			
	definizione condivisa della pianificazione	predisposizione di linee guida	azioni centrali di supporto
obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> definire un Piano nazionale screening 2004-2006 di intesa con le Regioni 	<ul style="list-style-type: none"> emanare linee guida per la programmazione operativa dei programmi di screening emanare linee guida tecniche e professionali sulla base delle migliori evidenze scientifiche 	<ul style="list-style-type: none"> promuovere il consolidamento dei programmi regionali di screening promuovere il miglioramento continuo della qualità ridurre le disuguaglianze di offerta tra Nord e Sud
attività svolte	<ul style="list-style-type: none"> il 3 novembre 2004 il ministro della Salute ha istituito tre gruppi di lavoro sugli screening oncologici, che hanno predisposto un Piano nazionale screening che individua obiettivi, fasi operative, monitoraggio e risorse il 2 dicembre 2004, il ministro della Salute, d'intesa con le Regioni, ha approvato il Piano e la relativa ripartizione dei finanziamenti, finalizzati a migliorare l'infrastruttura regionale degli screening (capacità di pianificare, sistemi informativi, formazione, coordinamento) 	<ul style="list-style-type: none"> guida a progettazione regionale, monitoraggio dell'avanzamento dei programmi, consulenza alla gestione informatizzata, formazione, miglioramento della qualità e piano di comunicazione (convenzione del 21 marzo 2005 tra ministero della Salute e Ons) ricostituzione dei gruppi di lavoro per predisporre le linee guida sugli screening (18 ottobre 2005) redazione, stampa e diffusione delle linee guida tecniche e professionali (Ons, in collaborazione con l'agenzia di comunicazione scientifica Zadigroma) produzione delle raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto (www.ccm-network.it/documenti_Ccm/publicazioni/Screening_oncologici.pdf) produzione di materiali di sintesi funzionali alla divulgazione agli operatori e alle società scientifiche 	<ul style="list-style-type: none"> progettare un sistema informativo nazionale per la valutazione dei programmi di screening monitorare lo stato di avanzamento dei programmi e fornire consulenza sulla gestione informatizzata definire un sistema informativo nazionale, sulla base di indicatori e standard predisposti dalle società scientifiche di riferimento survey nazionale sull'erogazione dei programmi di screening (vedi rapporto Ons, www.osservatorionazionalecancer.it/ons/publicazioni/rapporti_ons.htm) tutoraggio e affiancamento delle Regioni monitoraggio dello stato di avanzamento dei programmi e il miglioramento della qualità valutazione delle performance regionali (Ons) e affiancamento delle Regioni con programmi meno avanzati analisi delle criticità e avvio di progetti di miglioramento nel Sud e nelle Isole accordo con la Regione Basilicata (11 dicembre 2006) per il progetto di incremento degli screening oncologici al Sud formazione degli operatori piano nazionale della formazione potenziare la sezione screening del sito web del Ccm realizzazione di un sito web rivolto agli operatori (accordo con Cspo, 11 dicembre 2006) promuovere la collaborazione con le associazioni mettere le risorse professionali e strutturali della Lilt a disposizione delle Regioni, (accordo 16 aprile 2007)

	promozione della ricerca applicata ai programmi di screening	comunicazione	azioni regionali
	<ul style="list-style-type: none"> studi di ricerca applicata ai programmi di screening generalizzazione dei risultati 	<ul style="list-style-type: none"> favorire l'adesione consapevole della popolazione destinataria 	<ul style="list-style-type: none"> programmazione regionale per l'erogazione dei programmi di screening
	<ul style="list-style-type: none"> il gruppo sulla prevenzione della Commissione oncologica nazionale, istituita il 24 maggio 2004 su incarico del ministro della Salute, ha individuato i progetti di ricerca, in materia di screening del cancro della mammella, della cervice uterina e del colon retto, meritevoli di accedere al finanziamento 	<ul style="list-style-type: none"> campagna nazionale il 21 marzo 2005, il ministero della Salute ha stipulato una convenzione con l'Ons per definire un piano di comunicazione in materia di screening nel 2006 convenzione tra il ministero della Salute e la Lilt per una campagna nazionale di promozione dei programmi di screening migliorare la comunicazione individuale di invito il 22 dicembre 2005 è stata stipulata una convenzione con il Gruppo Poste Italiane per migliorare la comunicazione nell'ambito dei programmi organizzati di screening e promuovere la partecipazione della popolazione target alle attività di prevenzione il 21 dicembre 2006 il ministro della Salute ha approvato la ripartizione del finanziamento, previsto dal "Piano per lo screening del cancro del seno, della cervice uterina e del colon retto" per l'anno 2006, in favore delle Regioni che dimostreranno di aver dato avvio alla campagna informativa, tramite la stipula di un'apposita convenzione di servizio per produzione, recapito e gestione delle comunicazioni utili alla realizzazione di campagne di screening 	<ul style="list-style-type: none"> favorire la programmazione di qualità dell'erogazione il ministero della Salute ha invitato le Regioni a presentare i propri progetti per l'estensione e il miglioramento degli screening sulla base del manuale per la predisposizione dei piani screening traguardi finali del Piano screening per il 2007: estensione pari al 50% dell'offerta degli screening nelle aree non coperte da alcun programma, estensione pari al 90% dell'offerta nelle aree in cui sono già attivi programmi di screening finanziare progetti per il consolidamento della infrastruttura regionale verifica dell'attuazione dei programmi regionali e assegnazione dei fondi analoghi a quella stabilita per il finanziamento 2006 (Decreto di ripartizione del 21 novembre 2006, decreto integrativo del 9 novembre 2005 di ripartizione dei fondi 2005) alla pianificazione regionale è seguita la prima fase della realizzazione per rendere operativi i programmi, valutata e monitorata dal ministero della Salute. Il Ccm segue i progressi attuativi del programma e verifica il raggiungimento di quanto previsto dai cronoprogrammi proposti dalle regioni secondo quanto disciplinato dall'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005

Criticità

È possibile fin da ora enucleare alcuni elementi principali di analisi critica:

- gli obiettivi che, coerentemente alle indicazioni dell'Intesa, tutte le Regioni hanno condiviso come target comune da raggiungere entro il periodo di vigenza dell'attuale Pnp sono essenzialmente obiettivi di capacità di offerta (copertura di popolazione e volumi di invito). Si tratta quindi di finalità di tipo quantitativo, mentre rimane il problema di disporre di obiettivi di qualità la cui definizione è prevista dal Piano nazionale screening 2007-2009
- le Regioni con una capacità programmatoria più consolidata dispongono in genere di programmi di screening già attivi e performanti e quindi hanno posto attenzione a progetti più avanzati, spesso settoriali. Viceversa, nelle Regioni in cui programmi di screening non sono ancora avviati o sono più carenti, la programmazione è stata più generale e, talvolta, generica
- le criticità "di merito" riscontrate dalle Regioni derivano sostanzialmente dalla natura stessa dei programmi di screening, che rappresentano profili complessi di assistenza e richiedono un processo organizzativo avanzato in termini di: integrazione tra strutture, sistemi informativi, coerenza programmatoria dell'autorità regionale, interdisciplinarietà e interprofessionalità del processo sanitario, rapporti con la prevenzione individuale spontanea, livello e qualità della partecipazione della popolazione destinataria.

Punti di forza

I punti di forza individuati sono:

- la disponibilità di un quadro di riferimento scientifico (evidenze di efficacia) e normativo chiaro e articolato
- l'esistenza di un sistema di *governance* consolidato, anche se da sviluppare ulteriormente, tra molti dei soggetti coinvolti nell'attuazione di programmi di screening di qualità: ministero della Salute, Ccm, Regioni, Ons, società scientifiche, associazioni
- la disponibilità di un sistema informativo complesso ed efficiente
- l'adesione a un approccio multidimensionale (programmazione, ricerca, rapporti con la società civile, ecc).

Piano nazionale della prevenzione 2005-2007

Glossario delle sigle

Aifa	Agenzia italiana del farmaco
Amd	Associazione medici diabetologi
Asl	Azienda sanitaria locale
Ars Toscana	Agenzia regionale di sanità della Toscana
Asp Lazio	Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio
Avi	Anagrafe vaccinale informatizzata
Censis	Centro studi investimenti sociali
Ccm	Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie
Ccr	Cancro del colon retto
Cspo	Centro per lo studio e la prevenzione oncologica
Dea	Dipartimenti di emergenza-urgenza e accettazione
Dgps	Direzione generale della prevenzione sanitaria del ministero della Salute
Dpcm	Decreto del presidente del Consiglio dei ministri
Dpl	Direzione provinciale del lavoro
Ecm	Educazione continua in medicina
Ehlass	European Home and Leisure Accidents Surveillance System
Euphin	European Union Public Health Information Network
Fad	Formazione a distanza
GdL	Gruppo di lavoro
Gisci	Gruppo italiano screening del cervicocarcinoma
Giscor	Gruppo italiano screening coloretale
Gisma	Gruppo italiano screening mammografico
Hbvc	Studio Health Behaviour in School-aged Children
Hpv	Papilloma virus umano
Iap	Indice di avanzamento del progetto
Iarc	Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro
Igea	Progetto Ccm: Integrazione, gestione e assistenza per la malattia diabetica
Imc	Indice di massa corporea
Inail	Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro
Inran	Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione
Int Milano	Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano
Ipsema	Istituto di previdenza per il settore marittimo
Ispesl	Istituto superiore prevenzione e sicurezza sul lavoro
Iss	Istituto superiore di sanità
Iss-Cnesps	Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità
Istat	Istituto nazionale di statistica
Lea	Livelli essenziali di assistenza
Lilt	Lega italiana per la lotta ai tumori
Mmg	Medico di medicina generale
Mpr	Vaccinazione anti-morbillo, parotite, rosolia
Oms	Organizzazione mondiale della sanità
Ons	Osservatorio nazionale screening
Pa	Provincia autonoma

Passi	Progetto Ccm: Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia
Pls	Pediatra di libera scelta
Pmg	Project Management Group
Pnp	Piano nazionale della prevenzione
Pnv	Piano nazionale vaccini
Ps	Pronto soccorso
Psn	Piano sanitario nazionale
Rss	Rettosigmoidoscopia
Sdo	Scheda di dimissione ospedaliera
Sian	Servizio igiene alimenti e nutrizione
Sid	Società italiana di diabetologia
Sied	Società italiana di endoscopia digestiva
Simg	Società italiana di medicina generale
Siniaca	Sistema informativo nazionale sugli infortuni in ambiente di civile abitazione
Sof	Sangue occulto nelle feci