



**Valutazione qualitativa  
di processo del PNP e dei PRP  
2010-2012**

# Rapporto sintetico

A cura di Alberto Perra e Stefania Salmaso,  
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

Per info:

Alberto Perra, [alberto.perra@iss.it](mailto:alberto.perra@iss.it)

Un ringraziamento per il supporto a:

Susanna Lana  
Lilia Biscaglia

Un ringraziamento particolare ai 121 colleghi delle Regioni Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Puglia, Umbria e Veneto che ci hanno dedicato il loro tempo per le interviste e i focus group e ci hanno fatto partecipi della loro passione per il progresso della prevenzione nel nostro Paese.

## Indice

	Pag.
1. Background	4
2. Razionale	4
3. Obiettivi della valutazione	5
4. Disegno generale della valutazione, approcci e metodologia	5
5. Oggetto e domande di valutazione	5
6. La raccolta dei dati	6
7. Sintesi dei risultati	7
a) Le idee trasversali	7
b) Le risposte alle domande di valutazione	9
8. Considerazioni conclusive	15

## 1. Background

Terminata la vigenza del Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2010-2012 e in previsione del processo di pianificazione che sta portando il Paese a dotarsi di un nuovo PNP dal 2014, il Ministero della Salute e le Regioni si sono proposti di effettuare una valutazione del processo che ha accompagnato l'elaborazione e la "conduzione" del PNP 2010-2012, per evidenziare aspetti ed indicazioni utili alla riprogrammazione del futuro Piano.

Tale valutazione peraltro si innesta nelle attività a supporto del PNP, più precisamente nell'Azione centrale prioritaria (ACP) 2.2.1 ("Supporto alla programmazione, monitoraggio e valutazione regionale"), prevista dal Decreto ministeriale (DM) 4 agosto 2011 di adozione delle Azioni centrali prioritarie di supporto al PNP e finalizzata a "costruire capacità (competenze e strumenti) intra-regionali per l'implementazione ed il monitoraggio dei PRP". Nell'ambito concettuale di tali attività è stata stipulata nel 2009 una convenzione che prevede il supporto metodologico del CNESPS alla elaborazione, realizzazione, monitoraggio e valutazione del PNP e dei PRP.

La valutazione si è svolta fra aprile e luglio 2013 e il presente documento costituisce una sintesi di alcuni risultati di tale valutazione.

## 2. Razionale

La valutazione "istituzionale" dei PRP, finalizzata alla certificazione dell'adempimento previsto nell'Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005, non prevede un'analisi complessiva e generale dell'impatto che il PNP ha avuto, sia nei processi sia negli esiti di salute, a livello centrale e regionale nel corso del triennio di vigenza.

Il PNP 2010-2012 si prefigge innanzitutto di promuovere la salute degli italiani e prevenire molteplici condizioni che la mettono a repentaglio; non sono previsti tuttavia tempi e modalità di valutazione di tali obiettivi di salute.

Il PNP e i PRP che ne sono emanazione hanno generato un grande volume di iniziative (740 progetti) che si sono attuati attraverso servizi esistenti o la creazione di nuovi servizi o reti, all'interno del servizio sanitario o fra diversi settori o fra e con organizzazioni della società civile. Non esistono tuttavia indicatori complessivi, né a livello nazionale né a livello regionale, del livello di funzionamento dei servizi esistenti, né delle loro attività, in termini di copertura o di risposta o di qualità delle prestazioni o di allargamento dei tipi di prestazioni.

Delle numerose aree di sperimentazione (esempio di Guadagnare Salute o della medicina predittiva) non è stato previsto nel PNP né una valutazione specifica, né delle modalità di diffusione ad aree non coperte, né soprattutto delle modalità di sostenibilità degli interventi, in particolare la valutazione delle modifiche che il sistema deve subire per integrare le nuove attività di prevenzione (e le competenze di

sistema necessarie) per garantirne la sostenibilità.

Non è prevedibile una valutazione delle azioni centrali prioritarie né quanto i loro effetti associati alla realizzazione dei PRP abbiano creato condizioni favorevoli alla governance della prevenzione a livello nazionale o regionale.

Per le necessità immediate di orientare il Ministero della Salute e le regioni (in particolare il rappresentante nel CIP e il referente del PRP regionale) nella programmazione quinquennale della prevenzione, e per i tempi a disposizione, si è ritenuto opportuno chiedere al CNESPS di concentrare l'attività di valutazione su alcuni principali aspetti di processo che hanno condotto alla elaborazione del PNP e alle indicazioni in esso contenute che hanno guidato le regioni nell'elaborazione e implementazione dei PRP.

L'apporto di tutte le regioni, comprese quelle che non hanno partecipato nell'elaborazione del PNP è stata richiesta dal Ministero della Salute.

### **3. Obiettivi della valutazione**

Obiettivo generale della valutazione è fornire indicazioni per il nuovo percorso e i metodi di lavoro ad uso del MS/CCM e delle Regioni per l'elaborazione del prossimo PNP. Più specificamente, gli obiettivi sono:

- a) Identificare alcuni punti forti e punti deboli del processo di pianificazione del PNP/PRP, a livello centrale e regionale
- b) Fornire indicazioni per la programmazione del PNP quinquennale

### **4. Disegno generale della valutazione, approcci e metodologia**

Il disegno generale della valutazione si basa su un approccio qualitativo, basato sulla raccolta di dati qualitativi (opinioni, convinzioni, percezioni) così da costruire una visione dei diversi aspetti di processo identificati e segnalati dai professionisti che nelle regioni hanno partecipato a diverso titolo alla elaborazione o realizzazione dei PNP/PRP.

Per la preparazione della valutazione si è preso visione dei documenti di riferimento per il PNP e i PRP e, in particolare: il testo del PNP, gli accordi in conferenza stato regioni, i testi dei PRP, i dati della piattaforma di lavoro della comunità di pratica PNP, i dati della survey effettuato fra i partecipanti al progetto durante il 2011, i rapporti di attività del progetto CNESPS, alcune presentazioni del Ministero sull'avanzamento del PNP e i dati sulle certificazioni delle regioni.

### **5. Oggetto e domande di valutazione**

Visti i tempi limitati (aprile-giugno) e l'ambito della valutazione esclusivamente qualitativo, si è reso necessario ottenere dai professionisti regionali partecipanti al PNP di identificare: 1) gli oggetti di valutazione e 2) le domande di valutazione relative a tali oggetti, entrambi rilevati dal resoconto

dell'incontro del 12 settembre 2012 (Regioni, MS, CNESPS) e, in maniera più mirata, da un incontro effettuato fra gli stessi interlocutori il 18 febbraio 2013 presso l'ISS.

Le domande di valutazione sono state utilizzate per raccogliere gli elementi informativi relativi agli oggetti indicati per la valutazione, secondo lo schema seguente:

Oggetto della valutazione	Domande di valutazione
Macroaree e linee di intervento	<p>In quale misura la scelta di Macro Aree e Linee di intervento Strategiche è fatta sui problemi di salute identificati e prioritizzati, in armonia con strategie europee sottoscritte anche dal nostro paese?</p> <p>In quale misura il PNP rappresenta e rinforza la prevenzione che si fa nel nostro Paese?</p> <p>In quale misura il PNP è armonico e sinergico rispetto ad altri atti di programmazione nazionale nel campo della prevenzione o promozione della salute?</p>
Formazione	<p>Essenziale, ma anche mirata a chi ha compiti di progettazione? in particolare ha funzionato come veicolo di trasmissione alle ASL delle competenze necessarie per pianificare e rendere operativi i progetti?</p>
Risorse economiche	<p>La costruzione dei PRP senza una modalità né un vincolo nell'analisi del budget (in generale: non indicazione dei costi di linea di intervento o di progetto, non vincolamento di cifre alla realizzazione dei progetti a livello regionale né aziendale) ha avuto un effetto sulla realizzazione dei PRP?</p>
Comunicazione	<p>E' stata realizzata a favore della visibilità del piano e per la diffusione dei risultati?</p>
Azioni centrali	<p>In quale misura hanno migliorato il sistema prevenzione?</p> <p>In quale misura si sono create le "migliori condizioni possibili" intersettoriali per la riuscita del piano?</p> <p>In quale misura è stato monitorato l'effetto delle AC sulla realizzazione dei PRP?</p> <p>In quale misura il PNP ha contribuito ad atti programmatori di altri ministeri (es salute in tutte le politiche)?</p>
Elaborazione PRP	<p>In quale misura la metodologia di pianificazione ha funzionato per i PRP a livello regionale e aziendale?</p> <p>In quale misura si è tenuto conto del problema disuguaglianze?</p>
Monitoraggio prp	<p>In quale misura è stato realizzato e utilizzato per guidare la realizzazione del piano?</p>
Integrazione GI	<p>La pianificazione regionale ha coinvolto i GI quali le ASL, MMG/PLS, mondo clinico e società scientifiche?</p>

In quale maniera la partecipazione è stata codificata e valutata?

Impatto PRP su SSR

In quale misura il sistema prevenzione regionale esce rafforzato dal PRP?

Scelta misure PRP

La scelta degli indicatori per i progetti/programmi ha permesso monitoraggio e valutazione efficienti?  
In quale misura si è proceduto a una valutazione di efficacia?

Cerniera Regione ASL  
per PRP

In quale misura il coordinamento intra-regionale del PRP ne ha facilitato la realizzazione nelle asl e il monitoraggio regionale?

7

## 6. La raccolta dei dati

E' stata effettuata in 11 Regioni scelte con criteri di convenienza. Per ogni regione sono stati intervistati e registrati (tramite Focus Group o intervista in profondità) 3 diversi gruppi di professionisti: il responsabile del PRP regionale, un gruppo di persone che hanno attivamente preso parte alla elaborazione del PRP, un gruppo di professionisti che ha partecipato alla realizzazione del PRP a livello di azienda sanitaria locale. Complessivamente sono stati realizzati 8 focus group per il livello regionale e 7 per il livello aziendale per un totale di 27 ore di registrazione di 59 professionisti regionali e 47 aziendali. A questi si sono aggiunte 13 interviste in profondità raccolte da 15 figure di referenti regionali per un totale di 8 ore di registrazione.

Le trascrizioni delle interviste sono state anonimizzate e i riferimenti regionali aboliti.

In sintonia con gli obiettivi di valutazione, non è stata effettuato nessun confronto fra diverse realtà regionali o aziendali ma ci si è attenuti alla descrizione dei fenomeni in studio così come identificati dagli oggetti e dalle domande di valutazione.

L'analisi dei testi è consistita in una categorizzazione iniziale delle unità di significato che sono state in seguito applicate nella lettura delle registrazioni trascritte all'interno dell'ISS stesso. La lettura delle trascrizioni è stata in parte triangolata grazie alla collaborazione di una professionista esterna all'ISS.

## 7. Sintesi dei risultati

### a. Le idee trasversali

Alcune idee espresse dai partecipanti alla valutazione sono state particolarmente ricorrenti in numerose interviste. Tali idee "*trasversali*" sono sintetizzate inizialmente, i contenuti più specifici verranno di seguito elencati utilizzando poche categorie generali che vengono presentate con i dati originali (verbatim – frasi espresse dagli intervistati) (vedi tabella sottostante).

Fra le idee trasversali è stata messa in evidenza da molti partecipanti la **qualità dello schema proposto per l'elaborazione dei PRP** percepita come una vera buona pratica meritevole di attenzione per il futuro rispetto a tanti altri piani messi a punto localmente. I PRP sono nati dopo un'attenta analisi strategica dei problemi di salute della regione e una scelta di priorità seguendo dei criteri diversi, a seconda delle regioni, ma in genere ben giustificati. Gli obiettivi sono stati ipotizzati e studiati sulla scorta dei problemi osservati. Per definire le azioni, poi, è stata utilizzata una metodologia comune per tutti i progetti proposti all'interno dei diversi PRP che ne ha permesso la confrontabilità e l'analisi da parte dei professionisti locali e dei colleghi del Ministero della Salute. Seppur non sempre soddisfacente nelle modalità, la pianificazione della valutazione associata ai progetti, documentabile in loco e al Ministero della Salute costituisce un altro aspetto qualitativamente apprezzabile nella preparazione del PRP.

Le attività di pianificazione, a livello centrale ma soprattutto a livello regionale, si sono rivelate una **reale opportunità per la crescita** culturale di molti professionisti che si sono avvicinati in maniera sistematica ai temi e ai metodi della pianificazione, talvolta sperimentandone la tecnica e sempre cimentandosi con i problemi organizzativi che l'elaborazione di progetti/programmi e la loro messa in opera comporta. In particolare, e per la prima volta, è stata percepita la visibilità che la pianificazione delle attività di prevenzione ha prodotto per le strutture delle aziende e per i professionisti in essa coinvolti.

L'esperienza di pianificazione a livello regionale ha contribuito a creare la percezione che il **PNP e i PRP siano i "luoghi" istituzionali per la prevenzione**. È di fatto nell'ambito dell'elaborazione del PNP che Regioni e Governo Centrale hanno discusso e convenuto le priorità della prevenzione e le sue strategie. Similmente a livello delle Regioni, è durante la pianificazione del PRP che le potenzialità della prevenzione sono state trasformate in programmi e progetti solo dopo un'analisi strategica di problemi e priorità.

È percezione condivisa da molti intervistati che la pianificazione della prevenzione abbia contribuito **all'evoluzione della governance** a livello regionale, rinforzando legami e interazioni con le aziende sanitarie, polarizzando l'attenzione dei sistemi regionali sulla raccolta di informazioni e di dati per leggere i problemi e per valutare interventi, promuovendo l'intersettorialità.

*"la prevenzione può governare anche processi non suoi propri secondo l'immaginario collettivo, cioè porta un metodo che può essere applicato a contesti anche diversi"*

Anche la governance a livello delle aziende uscirebbe migliorata dalla recente esperienza di pianificazione regionale della prevenzione.



*“I servizi (aziendali) sono chiamati a conoscere il progetto, a conoscere le funzionalità del sistema informativo, a fare formazione che si chiede di replicare in loco, lo fanno con metodo, lo rendicontano all’interno del sistema, che è un sistema che adotta un principio nazionale”*

## **b. Le risposte alle domande di valutazione**

### **Impatto del PNP sul sistema**

---

E' opinione comune che i piani di prevenzione nazionali, e in particolare, l'ultimo abbiamo avuto un effetto sul "sistema prevenzione". Il fatto che la prevenzione sia "codificata" da un piano ne ha aumentato la forza e la visibilità e in alcuni ambiti ha favorito, per la prima volta, il riconoscimento di una strategia comune a livello nazionale. Disporre di un piano della prevenzione triennale ha favorito la collaborazione e l'inquadramento delle azioni settoriali e intersettoriali realizzate in regione. Anche da un punto di vista operativo il Piano della prevenzione ha prodotto (e attivato in qualche caso) un miglioramento della collaborazione fra la regione e le aziende e molti interventi poco strutturati sono stati ri-progettati e strutturati metodologicamente in programmi o progetti, in particolare quelli di promozione della salute. Molte realtà aziendali hanno maturato l'idea che le attività di prevenzione non sono unicamente appannaggio e responsabilità del dipartimento di prevenzione ma di tutta l'azienda, in questo favorendo un approccio multidisciplinare e promuovendo una cultura della prevenzione. Il Piano della Prevenzione tuttavia non sembra aver creato uno spazio onnicomprensivo delle attività di prevenzione, creando le sinergie fra la prevenzione primaria e secondaria, per esempio, e fra mondo clinico e della prevenzione territoriale o fra i progetti di Guadagnare Salute e il resto della prevenzione.

Le Direzioni Aziendali non hanno sempre svolto il ruolo di supporto ai progetti del PRP che invece è stato condotto con grande intensità di rapporto fra il livello regionale e il Dipartimento di Prevenzione o con i responsabili dei vari progetti a livello dell'azienda. In certi contesti, non è stata operata una redistribuzione delle risorse all'interno dell'ASL così che i progetti PRP sono stati percepiti come un aumento del carico di lavoro da molti operatori senza un riscontro di risorse disponibili.

*“Però io ho avuto la sensazione di stare dentro a qualcosa di grande”*

*“Ha cambiato rapporto azienda-regione, prima inesistente, ora rapporto costante”*

*“Il piano di prevenzione non è più il piano del dipartimento di prevenzione, anche se ancora succede questo”*

*“Guadagnare Salute: sembra un cantiere aperto, il lavoro da fare però non ha ancora trovato le connessioni necessarie”*

*“Il piano, all'interno di altri atti specifici del settore, ha permesso di condividere per la prima volta a livello nazionale una strategia comune con obiettivi condivisi con interventi di formazione omogenea sul territorio nazionale.”*

E' stato più volte sottolineato che la suddivisione in (macro)aree delle attività di prevenzione è necessaria alla programmazione ma che, a tal scopo, andrebbe definito meglio il concetto e l'ambito della prevenzione. Non da tutti è stata apprezzata e compresa la scelta della prima (medicina predittiva) e l'ultima (prevenzione disabilità) macroarea con implicazioni a cascata nella scelta dei loro contenuti, aspecifici (sorveglianza o promozione dell'AF nell'anziano) o misclassificati (punteggio rischio cardiovascolare è questione di promozione della salute). La medicina predittiva o la prevenzione della disabilità negli anziani, per esempio, non ha una corrispondenza con servizi e operatori esistenti nel sistema regionale (a aziendale) di salute e quindi risulta nella pratica di più difficile implementazione.

Una difficoltà evocata quasi ubiquitariamente è quella della frammentazione eccessiva delle macroaree nelle 22 linee di strategia all'interno delle quali si sono dovuti collocare gli obiettivi per singoli "progetti" che hanno creato l'impressione dell'eccessiva granularità degli interventi a scapito dei programmi. In ogni caso sarebbe stato opportuno che vi fosse all'interno del Ministero un coordinamento per macroarea. A livello di ASL i progetti del PRP non vengono percepiti come frutto di una armoniosa strategia di prevenzione a livello locale ma come un numero di interventi, spesso separati fra di loro, che rischiano di sovraccaricare il personale locale.

### Carattere di straordinarietà del Piano

---

La situazione delle regioni è definita dagli intervistati in maniera molto differenziata. In molte regioni il PRP è stato di fatto integrato nel piano di lavoro aziendale e spesso non finanziato ad hoc. E in quest'ottica si sono cercate le modalità per "riportare" all'interno del PRP tutta la prevenzione nella convinzione che il PNP/PRP sia il "luogo" della prevenzione.

In molte altre regioni il PRP è vissuto come un'opportunità per attivare e finanziare attività "non istituzionali", i progetti, altrimenti non realizzabili. Ad esempio in alcuni piani, screening e qualche offerta vaccinale hanno avuto una copertura economica con i

*"Questa organizzazione (in macro aree) non trova un corrispondente nell'organizzazione che deve supportare il piano.. quindi progetti carenti"*

*"Non è stato facilitante ogni volta abbiamo dovuto ricondurre alla singola linea processi e azioni che erano un po' integrati"*

*"Coprire tutto, dalla predizione di una malattia al recupero, secondo me era una aspettativa troppo alta perché non abbiamo un sistema che lavora in un sistema integrato"*

*"Inizialmente poteva essere utile perché portava ad un tipo di pianificazione ordinata all'interno di contenitori precisi però nell'ambito della programmazione ci siamo resi conto che c'erano progetti o programmi trasversali alle aree e che molti progetti poggiano sulla multidisciplinarietà e trasversalità"*

*"La struttura portante che le asl di ogni regione devono sostenere in questi processi è un po' in affanno per riuscire ad articolare tutta questa messe di progettualità"*

*"Il piano della prevenzione è rientrato nei piani delle aziende, c'è stato un forte coordinamento. Il 40% delle nostre aziende ha lavorato in questa direzione come programma di azienda integrato con visione trasversale"*

fondi ottenuti dal PRP e quindi sono stati considerati come attività aggiuntive, vincolate alla durata del piano. Al contrario, il PRP è stato visto come un'occasione "straordinaria" che di fatto non ha modificato sistematicamente il quadro e l'assetto delle attività istituzionali di prevenzione già in atto.

*"la sanità pubblica ha avuto una visione di un qualcosa di aggiuntivo per cui screening e vaccinazioni sono vissuti come un di più e non un qualcosa di istituzionale"*

## Formazione per il Piano

Avere competenze nella pianificazione, sia a livello regionale che aziendale, è considerato essenziale per la prevenzione. La formazione, con forti differenze regionali, ha un ruolo nel promuovere tali competenze. E' stata apprezzata la formazione centrale per tutte le regioni anche se in alcune regioni non c'è stato un efficace trasferimento (o condivisione) delle competenze acquisite con la formazione (per alcuni decisori e per gli operatori delle ASL). Realizzata con un metodo uniforme e condiviso è percepita come un valore seppure non sempre semplice da realizzare e immediatamente spendibile in termini di nuove competenze. Inoltre alcuni hanno lamentato dei limiti nei contenuti di questa formazione soprattutto in relazione al monitoraggio e alla valutazione.

A livello della stessa regione, si sono talora verificate situazioni incoerenti, dove operatori non formati studiavano e scrivevano dei progetti, mentre altri formati nell'ambito del PNP non venivano impiegati per l'elaborazione del PRP. Da più di una regione si è invece suggerito, per dare maggiore consistenza ai PRP, di organizzare la condivisione della formazione alla pianificazione anche con i responsabili regionali di PRP. A livello aziendale inoltre ci si confronta con la difficoltà di mettere in atto quanto pianificato per problemi di tipo burocratico o amministrativo.

*"La formazione è essenziale: non è un caso che i progetti che sono andati male sono quelli dove è mancata la formazione di base"*

*"La formazione era interessante ma ... ho avvertito in altri delle difficoltà iniziali a rapportarmi in poco tempo a un linguaggio e una mentalità nuova"*

*"E' stato fatto un errore: formare persone che non potevano influire sulla strategia del piano, persone che non avevano la capacità decisionale; io avrei formato obbligatoriamente i 19 responsabili regionali del piano"*

*"la formazione a livello regionale resta troppo distaccata tra il piano tecnico e il tavolo decisionale. C'è troppo divario, c'è una scarto che porta a interpretare le cose con linguaggio diverso che si traduce con risultati tecnici mediocri non stimolante dal punto di vista del crescere della progettualità"*

## Disuguaglianze

Molte le ragioni evocate a sostegno del fatto che, senza un approccio efficace e sistematico contro le disuguaglianze il PRP rischia di crearle come effetto dei suoi progetti.

*"Non più tollerabile rispetto all'Europa che non ci sia una specifica declinazione di contrasto delle disuguaglianze"*

*"E' un problema presente ma non"*

Da un punto di vista operativo, inoltre, rimane difficile applicare i principi di lotta alle disuguaglianze in quanto spesso non sono disponibili le informazioni sui gruppi vulnerabili.

Nella pianificazione la lotta alle disuguaglianze deve essere sistematicamente e uniformemente messa in atto anche se molta attenzione deve essere posta anche nella scelta dell'intervento che potrebbe essere inappropriato per certe fasce di popolazione molto vulnerabili

*siamo ancora pronti. All'interno dei piani c'è questa attenzione però non è strutturato"*

*"Gli interventi di prevenzione hanno una bassa probabilità di migliorare la salute di una parte consistente della popolazione, ossia quella che ne avrebbe maggiore bisogno"*

*"es. alimentazione sana: come rivolgersi alle fasce di popolazione con basso reddito"*

### Finanziamento del piano di prevenzione

La maggior parte delle regioni paventano una condizione di ulteriore riduzione delle risorse per il finanziamento delle attività di prevenzione. Ma mentre alcune regioni non hanno finanziato con i fondi (locali e del FSN) i progetti/programmi del PRP, altre hanno "vincolato" la realizzazione degli interventi a questi finanziamenti. Anche alla luce delle regioni "minacciate" dal piano di rientro, è necessario liberare risorse per potenziare la prevenzione. Un esempio riguarda le procedure ridondanti e inutili, la cui abolizione è fortemente auspicata. Per molti, la programmazione locale dovrebbe includere tutte le attività di prevenzione per le quali si dovrebbe usufruire del finanziamento complessivo del 5% del FSN. Per certe regioni questa opzione eviterebbe la distinzione fra attività di prevenzione "istituzionali (attività di prevenzione del dipartimento di Prevenzione o prescritte dai LEA)" e "incidentalmente (attività di prevenzione del PRP)". Il PNP rappresenta un'opportunità per introdurre interventi di prevenzione innovativi (la cui efficacia deve essere adeguatamente valutata). Tuttavia è necessario, che ogni innovazione sia accompagnata da un'attenta valutazione del contesto di intervento e delle reti assistenziali presenti, oltre che delle priorità e dei problemi di salute presenti a livello regionale e di ASL.

*"Le indicazioni che si danno alle aziende sono quello che tu devi fare con i finanziamenti che hai, quindi il piano si sosteneva con il finanziamento ordinario delle aziende, non ci sono stati grossi problemi"*

*"In idea è un macro atto di indirizzo che abbia dentro tutto quello che ci interessa. Tutto quello che è nel piano lo affronto con i finanziamenti del piano"*

*"finito il piano finito il progetto"*

*"le cose nuove vanno finanziate con patti molto chiari con la regione, vanno finanziati progetti che ha senso siano inseriti nella rete di assistenza questa la sfida del nuovo piano, questo sul cardiovascolare sarà fondamentale"*

## Le azioni centrali

---

E' opinione diffusa che alcune azioni sono in parte servite a formalizzare meglio e a creare l'ossatura del piano ma non necessariamente si sono sviluppate nella maniera adeguata. Inoltre molte hanno cominciato a funzionare a fine piano, molte non hanno funzionato. Il supporto atteso ai PRP non è stato percepito a sufficienza. Inoltre per le azioni avviate non ci sono stati contatti sufficienti nella loro realizzazione per renderle utili o efficaci. Necessaria una riflessione per il prossimo piano per identificare delle azioni veramente di supporto.

*“Sono arrivate tardi, forse a parte l'istituzionalizzazione dell'osservatorio screening non ne ricordo altre”*

*“Unica cosa che mi viene in mente adesso è un supporto anche metodologico alla redazione del prossimo piano”*

*“Mettere come cosa fondamentale le sorveglianze, metterle a regime, perché sono fondamentali”*

## La valutazione e i suoi indicatori

---

La valutazione è uno dei punti che maggiormente stanno a cuore agli operatori delle regioni. La necessità di approfondire e utilizzare meglio la valutazione per il PRP è un'istanza comune a molti. La quantificazione delle attività svolte ai fini valutativi è un problema molto evocato: facile per la copertura per gli screening meno facile per un'attività di promozione della salute (Guadagnare Salute) per le quali si aggiunge anche la difficoltà nel fissare degli standard per gli indicatori. Nella scelta di questi ultimi è fondamentale ricorrere alle basi di dati esistenti senza creare indicatori che richiedano raccolte ad hoc per la loro misura, seppure alcuni indicatori per una certa tipologia di progetti sono misurabili solo con dati che provengono dall'esterno delle fonti tipiche del SSR. In caso di difficoltà a reperire indicatori (o la loro misura), da molti viene suggerito l'uso dell'audit. L'uso degli indicatori ai fini certificativi, quando costruito secondo criteri corretti, quali l'uso di indicatori realmente agganciati al processo previsti nel quadro logico del progetto e provenienti da fonti affidabili, per quanto possibile, comuni a tutte le regioni, dovrebbe essere applicato con rigore.

*“Le regioni sono state abbastanza brave nel progettare, abbiamo imparato a farlo. Quello che siamo tutti molto meno bravi a fare è valutare.”*

*“Intanto adoperare sistemi già esistenti, flussi informativi routinari, un sistema regge se tu adoperi informazioni che tu sai di avere; noi non possiamo permetterci di costruire sistemi aggiuntivi”*

*“Ho trovato frustrante che ci siamo formati e abbiamo pensato di pianificare secondo un metodo, una scala di valutazione e poi ci siamo trovati una scheda di progettazione che distava molto dal quadro logico e questo ha creato confusione. Ci siamo concentrati su ciò che “agganciava” i soldi e abbiamo trascurato le parti con indicatori più complessi”*

*“Il problema è che quando ci sono criticità chi valuta negativamente? Noi veniamo da anni dove tutto viene valutato positivamente, tutto si aggiusta”*

Tutte le regioni che hanno fornito informazioni si sono dotate di strumenti di monitoraggio per i quali la percezione è che abbiano funzionato a dovere. Non sempre il monitoraggio ha una struttura formale con strumenti standardizzati, spesso è realizzato da personale incaricato di aree di programma a livello regionale con responsabili di progetto/programma a livello di ASL, non unicamente del dipartimento di prevenzione. Questa fatto ha contribuito a dare visibilità alla prevenzione in seno a tutta l'azienda. A livello locale il monitoraggio, frainteso talvolta e interpretato come valutazione, non ha sempre dato i risultati attesi. Per molti infatti il monitoraggio non è solo lettura di alcuni indicatori di processo o output ma anche comprensione dei processi, condivisione e coinvolgimento del personale dei progetti, valorizzazione degli utenti e riprogrammazione delle attività sulla scorta dei risultati. Molti auspicano strumenti condivisi e un uso diverso del monitoraggio, più orientato al conseguimento degli obiettivi. Per i progetti a valenza regionale che interessano più ASL si auspica anche un accordo azienda/regione sugli indicatori di processo da utilizzare

*“Noi non abbiamo un sistema dedicato al monitoraggio del piano, la rendicontazione del piano ci costringe a fermarci e a verificare se tutto quello che era stato programmato è stato fatto, questo è il nostro monitoraggio”*

*“Non è stato semplice portare avanti il monitoraggio, per resistenze, con il problema che alcuni non riuscivano a capire cosa noi volevamo per far capire lo sviluppo in senso positivo del piano”*

*“Il monitoraggio è stato appiattito sugli indicatori, pilotato da tipologia e peso di questi”*

*“Il monitoraggio consente anche di passare da una visione burocratica a una visione autocratica di perseguimento degli obiettivi. Questo è il vero passaggio qualitativo”*

*“Indicatori fatti da noi, siamo stati lasciati soli a decidere, noi andiamo a cercare cercando di capire cosa poteva servire e cosa poteva esserci chiesto. Non so quanto la regione ha negoziato con il ministero e quanto la regione ha negoziato con noi”*

## 9. Considerazioni conclusive e suggerimenti dei partecipanti per la riflessione

- ✓ La “buona pratica” costituita dal percorso complesso di pianificazione del PNP e successivamente dei PRP nelle singole regioni ha creato condizioni di maggiore attenzione per la prevenzione e di visibilità per i settori della salute che se ne fanno carico.

E' raccomandabile continuare a promuovere percorsi metodologicamente condivisi di pianificazione e migliorare dal punto di vista della qualità il percorso tecnico e metodologico per la messa a punto del nuovo PNP (2014-2018).

- ✓ Nella sua accezione comune, la prevenzione, universale (primaria e rivolta a tutti i sani) o selettiva (primaria ma rivolta a gruppi a rischio) e dei gruppi a rischio (secondaria e rivolta a gruppi con iniziali sintomi o segni di malattia) è l'oggetto classico dei piani di prevenzione. Consiste nella conoscenza e nell'applicazione delle misure rivolte ad evitare ex-novo una certa condizione patologica o a limitarne l'estensione o aggravamento nello stesso individuo o la diffusione in una comunità. In termini quantitativi la prevenzione mira a ridurre il peso della disabilità (DALY) sia evitando nuove malattie che procrastinandone l'esordio. Negli ultimi decenni è venuta affermandosi la promozione della salute, processo orientato non a prevenire una o un limitato numero di condizioni patologiche ma a creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza (empowerment) che mantenga o migliori il controllo della salute. Per la realizzazione di alcuni programmi di prevenzione e per tutti quelli di promozione della salute, è necessario travalicare i limiti del sistema sanitario regionale (o aziendale) e, al contrario, operare intersettorialmente per ottenere un effetto tale da giustificare i costi del programma stesso. Tale effetto si ottiene in misura sensibile con l'applicazione di interventi di comprovata efficacia su una elevata numerosità di soggetti.

Questo è parso l'orientamento di molti professionisti regionali che vedono il piano della prevenzione, ancorché guidato dal settore sanitario, di pertinenza di tutti i settori con rispettivi ruoli e partecipazioni definiti

- ✓ In molte regioni, le aziende sanitarie non hanno operato con l'intensità (e la competenza) necessaria al raggiungimento degli obiettivi del PRP. Le ragioni addotte sono molto numerose. L'adattamento degli obiettivi regionali alle peculiarità della singola azienda sanitaria, la mancanza o l'insufficienza delle risorse umane prima che finanziarie, la linearità (assegnazione diretta) di un budget alle attività di prevenzione delle aziende, la necessità di un cronogramma delle attività integrato in un quadro più ampio delle attività di tutta l'azienda (o del dipartimento di prevenzione), l'affidamento di tutta o buona parte del piano di prevenzione a dei singoli “obiettivi del direttore generale” non ha creato le condizioni di condivisione e di endorsement delle attività di prevenzione da parte delle sovra- (direzione generale) e meso- (diverse dal dipartimento di Prevenzione) strutture delle aziende sanitarie. Inoltre con grande frequenza, il monitoraggio delle attività di prevenzione della ASL è stato realizzato in strutture ad hoc, in genere comitati creati dalla regione, all'interno delle quali erano presenti i responsabili delle diverse aziende per un certo progetto regionale e un referente della regione: assente molto spesso il responsabile di meso o sovrastruttura aziendale. In questa maniera in alcune realtà aziendali le attività di prevenzione non sono state percepite come sufficientemente sostenute a livello locale.

E' stato raccomandato di istituire anche un PAP (Piano Aziendale di Prevenzione) dove le attività previste dal PRP regionale vengono armonizzate, supportate e sinergicamente realizzate con le altre attività di azienda.

- ✓ La struttura in macro-aree del PNP ha un'utilità pratica perché inquadra le aree d'azione ma ha anche valore politico in quanto esprime una vision della prevenzione. Da qui l'importanza di definire il significato e i limiti della prevenzione, partendo dalla dimensione reale dei problemi e basandosi su considerazioni di strategia, al fine di identificare della macro-aree che culturalmente, scientificamente e tecnicamente siano il risultato di una riflessione comune fra governo e regioni. In tale maniera si eviterebbe di inserire macro-aree come la medicina predittiva che, per alcune regioni, non solo non ha trovato un inquadramento tassonomico nella prevenzione ma neanche una facile implementazione nel sistema di prevenzione regionale. L'eccessiva frammentazione, prima in linee di strategia generale (22) poi in obiettivi specifici (oltre 150) del PNP, ha creato le condizioni, in molte regioni, per spostare il focus della pianificazione regionale sui singoli progetti (che per definizione hanno un solo obiettivo) a scapito dei programmi (composti da diversi progetti) che invece costituiscono la modalità più adeguata (e forse più efficiente) per attuare le azioni di prevenzione della pianificazione regionale.

Da tutti viene raccomandata una **struttura del PNP in macro-aree più aderente all'organizzazione della prevenzione** in Italia e che vengano identificate delle linee programmatiche in numero contenuto che in seguito verranno adeguatamente sviluppate all'interno del PRP. Dall'eventuale declinazione del PRP a livello di aziende in forma di programmi (e non di singoli e numerosi progetti) potrebbe derivare anche un miglioramento importante dell'efficienza.

- ✓ Si distinguono un gruppo di regioni ove le attività di prevenzione datano da più tempo, sono più consolidate, fruiscono di una struttura di supporto maggiormente sviluppata e funzionale, sono realizzate a livello di ASL in maniera più organizzata e integrata con il resto delle attività delle aziende. A queste si aggiunge un altro gruppo di regioni con attività di prevenzione meno consolidate, ove con diverse modalità sono stati assegnati dei fondi specifici ai PRP che hanno permesso il finanziamento di nuovi o vecchi progetti/programmi di prevenzione. In questo secondo gruppo i progetti di prevenzione sono apparsi come aventi un carattere di novità (o addirittura di straordinarietà) o è stata colta l'opportunità del PRP per ottenere dei finanziamenti per interventi pre-esistenti ma non sostenibili. Tali progetti appaiono spesso poco integrati con il "sistema di prevenzione" pre-esistente e, in quanto legati alla precarietà del finanziamento del PRP, poco o non sostenibili.

Le raccomandazioni emerse dai partecipanti delle regioni del primo gruppo tendono a spingere ulteriormente i decisori verso un'integrazione dei programmi di prevenzione in maniera tale che **il PRP sia il "luogo" della prevenzione** in quanto ne esprime la vision, le strategie e i limiti. In tali regioni il PRP dovrebbe servire a consolidare ulteriormente i programmi, migliorando la copertura di popolazione soprattutto con la "promozione della salute", assicurando la sostenibilità a quanto già in essere.

Nel secondo gruppo di regioni è necessario invece che il PRP sintetizzi la strategia complessiva di prevenzione della regione in maniera tale che le ASL possano ricevere un documento di orientamento regionale che le aiuti a **organizzare un piano locale organico** dove le attività di prevenzione istituzionali (pre-esistenti al PRP), i progetti/programmi del PRP e il resto delle attività delle ASL possano essere sinergicamente e armonicamente realizzate, senza generare carichi eccessivi di lavoro per il personale o necessità di fondi ad hoc.



- ✓ L'elaborazione dei progetti/programmi è una tappa essenziale per la loro riuscita e la capacità di pianificazione, necessaria a tal scopo, deve essere una competenza in possesso degli operatori tanto regionali quanto aziendali. In particolare, trattandosi di un piano nazionale declinato localmente con i PRP e con aggiustamenti (o rielaborazioni) anche a livello delle ASL, è opportuno mantenere una metodologia quanto più comune possibile al fine di permettere confrontabilità dei prodotti ai fini operativi (locali) e certificativi (del Ministero della Salute). La formazione è essenziale per garantire questi risultati.

Un gruppo di regioni ha indicato dei target per la **formazione sul metodo di elaborazione, monitoraggio e valutazione dei progetti: i decisori** a capo delle strutture deputate alla prevenzione delle ASL con il duplice scopo di introdurli alla metodologia e di coinvolgerli nel processo dell'implementazione del PRP a livello ASL. Rispetto a questa figura, i responsabili di programma delle ASL dovrebbero invece essere formati al metodo con una formazione più estesa e in profondità. Tutti gli operatori regionali coinvolti nella pianificazione dovrebbero partecipare a dei momenti formativi orientati alla condivisione del metodo e alle modalità della sua applicazione.

- ✓ Le disuguaglianze costituiscono una preoccupazione trasversale per le regioni, per cui è necessario, nel prossimo piano, introdurre delle modalità di "prevenzione".

Si suggerisce non solo di **adottare un criterio trasversale** nell'elaborazione dei progetti/programmi del PRP che prevenga e riduca le disuguaglianze, ma anche di rafforzare sorveglianze e altri sistemi di informazione che devono permettere di identificare facilmente chi è oggetto di disuguaglianza e in quale misura queste si modificano durante la realizzazione del progetto.

- ✓ Le azioni centrali così come sono state pensate non sembrano aver prodotto i risultati attesi perché non è stata condotta un'analisi accurata dei "bisogni" dell'appoggio centrale ai PRP e ai loro obiettivi, perché la loro messa in atto non si è realizzata completamente o è cominciata in ritardo. In ogni caso non è stata percepita dai partecipanti l'azione di supporto attesa.

E' stato raccomandato che le azioni centrali siano pensate a priori all'interno del documento di piano (PNP) come supporto necessario alle strategie e obiettivi di prevenzione previsti per le diverse macro-aree e per le quali è necessario **identificare indicatori e realizzare l'analisi di rischi** come per i programmi stessi.

- ✓ In ambito regionale, gli operatori hanno ben chiaro la necessità di procedere a una valutazione dei programmi/progetti con duplice (e di pari importanza) validità: per uso locale e ai fini certificativi (Ministero Salute). Localmente la valutazione non è stata realizzata sistematicamente e, in molti casi, i risultati non sono stati utilizzati per ri-orientare le attività di progetto o per comunicare con i gruppi di interesse. La valutazione ai fini certificativi basata sulla scelta di 2 indicatori per progetto/programma non sempre ha prodotto per gli operatori regionali o per gli operatori del Ministero della Salute l'effettiva informazione necessaria per decidere se e in che misura fossero stati raggiunti gli obiettivi prefissi. Da parte della maggior parte dei partecipanti è stata espressa la necessità di rivedere l'impianto valutativo del PNP e dei PRP. Da molti è espressa la richiesta di elaborare congiuntamente e produrre un approccio comune alla valutazione.

Il PNP e i PRP, assieme alle **Azioni Centrali**, devono essere accompagnati da un adeguato piano di **valutazione** i cui risultati (ma anche le tappe per produrli) siano "comunicabili" ai gruppi di interesse, in particolari operatori e beneficiari. L'uso "interno" dei risultati di valutazione, soprattutto per le aree di intervento che riguardano la promozione della salute, è univocamente considerato da scoraggiare. Ai fini della valorizzazione di un programma/progetto a livello locale è stata più volte evocata la necessità di condividere un approccio comune, anche realizzato attraverso un momento formativo, che conduca di fatto non solo alla messa a punto di metodi e/o procedure comuni ma anche all'analisi e alla creazione delle condizioni necessarie all'utilizzo dei risultati di valutazione per il miglioramento degli interventi in atto. L'approccio valutativo non deve necessariamente essere (unicamente) quantitativo ma per molti progetti deve beneficiare anche di aspetti qualitativi. Gli indicatori (e i criteri) da utilizzare devono essere prevalentemente derivati dal quadro logico del progetto o del programma, ed essere per quanto possibile, ma non necessariamente, coincidenti con indicatori scelti a livello nazionale per gli obiettivi scelti per il Paese all'interno del PNP. **Gli standard degli indicatori selezionati devono poter essere adattati alle condizioni di contesto** (regionali e aziendali). La valutazione certificativa può avere come oggetto non solo alcuni indicatori selezionati per ogni progetto o programma ma anche l'impianto valutativo adottato, in sé garanzia di qualità della valutazione: in particolare l'analisi dei risultati della valutazione può essere spiegata alla luce dei diversi momenti progettuali (input (risorse), output (prodotti) attività e attori, out come a breve, medio e lungo termine) e non affidata a spiegazioni di carattere narrativo.

- ✓ Il monitoraggio ha un valore assoluto per gli operatori regionali e aziendali in quanto deve produrre gli elementi informativi necessari al management delle azioni previste in progetti e programmi. Tutte le regioni si sono dotate ex-novo o hanno rinforzato le modalità di monitoraggio. E' necessario tuttavia dare un senso compiuto al monitoraggio e accertarsi che le informazioni con esso raccolte producano i cambiamenti.

La scelta, quasi ubiquitaria nelle regioni, di creare un gruppo di monitoraggio misto (referente regionali di progetto/programma assieme ai referenti dello stesso programma/progetto di tutte le aziende sanitarie) ha prodotto risultati soddisfacenti in fatto di raccolta e scambio di informazioni. Alcuni aspetti devono essere approfonditi, quale la struttura del management dei progetti a livello delle aziende. **L'informazione del monitoraggio deve essere messa a disposizione non soltanto degli operatori dei progetti ma anche dei responsabili diretti e dei responsabili dei servizi**, esempio il dipartimento di prevenzione, cui fanno capo i progetti stessi. Sarebbe auspicabile che il monitoraggio abbia degli "oggetti" meglio definiti. Fare uso di indicatori che misurino i processi può non essere sufficiente per il processo di decision-making che deve accompagnare il monitoraggio. Sarebbe opportuno un consenso fra le regioni interessate per stabilire se oggetto del monitoraggio debbano essere oltre i processi anche, ad esempio, il personale operativo, la customer satisfaction o i risultati attesi e quali strumenti siano i più adeguati (per esempio il Balanced Scorecard o altro). La periodicità è un aspetto che deve essere studiato in relazione all'altro momento essenziale di rendicontazione (annuale) che le regioni hanno nei confronti del Ministero della Salute.