



**Éupolis** Lombardia

**AFSSL** Accademia di formazione  
per il servizio sociosanitario lombardo

# Prospettive di sviluppo del Piano nazionale della prevenzione

*Stefania Vasselli*  
*Ministero salute*

# La strategia italiana

Piano Nazionale della  
Prevenzione



guadagnare  
salute

rendere facili le scelte salutari



Alimentazione

Attività fisica

Alcol

Fumo

ATTIVARE AZIONI INTERSETTORIALI A LIVELLO  
NAZIONALE E REGIONALE  
PER PROMUOVERE STILI DI VITA SALUTARI

**CONTRASTARE I PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO**

MODIFICARE L'AMBIENTE DI VITA E LAVORO  
*FACILITARE COMPORTAMENTI E SCELTE SALUTARI*

LA STRATEGIA È CONDIVISA CON LE REGIONI E CON I SERVIZI SANITARI  
LOCALI  
È SOSTENUTA DAL CCM ATTRAVERSO UNA SERIE DI PROGETTI COERENTI  
CON LE AREE DI INTERVENTO

# PNP 2014-2018

Rispetto al passato, l'intero impianto si rinnova per esprimere nei valori, negli obiettivi e nei metodi della sanità pubblica, la visione di una prevenzione e promozione della salute volta a contrastare i principali fattori di rischio della salute e del benessere di individui e comunità per conseguire il più elevato livello di salute raggiungibile

## *PNP 2014-2018*

***“Un Piano strategico “alto”, di quinquennio, con obiettivi comuni, a elevata valenza strategica, misurabili attraverso indicatori e relativi standard, perseguibili contemporaneamente da tutte le Regioni, attraverso la messa a punto di piani e programmi integrati e trasversali che, partendo dagli specifici contesti locali nonché puntando su un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico, permettano di raggiungere i risultati di salute attesi»***

# Gli atti

**Intesa Stato Regioni 13 novembre 2014: approvazione del PNP 2014 - 2018**

**Accordo Stato regioni 25 marzo 2015: adozione del Documento da valutazione del PNP 2014-2018**

**DM 25 gennaio 2016:**

**Adozione del Documento di indirizzo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al PNP 2014-2018  
Istituzione del Tavolo di valutazione del PNP 2014-2018**

# Il quadro strategico e la cornice di riferimento: *la salute in tutte le politiche*

## **RICHIEDE:**

- una politica delle alleanze per coinvolgere tutti i settori (cultura, lavoro, pianificazione, trasporti, ambiente, etc.) a supporto dell'attuazione delle azioni
- la condivisione di obiettivi di salute da parte degli attori coinvolti (amministrazioni centrali e regionali, Enti Locali, Istituzioni, privati e no-profit)
- la definizione di reciproche responsabilità per rendere facili per i cittadini le scelte salutari realizzando e rendendo accessibili ambienti e contesti favorevoli
- meccanismi di raccordo, condivisione e programmazione unitaria tra i diversi livelli e dipartimenti e/o assessorati
- il ri-orientamento dei servizi sanitari per rispondere ai nuovi bisogni di salute della popolazione, offrire azioni preventive, programmi di popolazione e modalità di presa in carico delle patologie più diffuse

# PNP 2014-2018

## *Vision, Principi e Priorità*

- Afferma il ruolo cruciale della promozione della salute e della prevenzione come fattori di sviluppo della società
- Recepisce gli obiettivi sottoscritti a livello internazionale
- Mira a ridurre il carico di malattia, **garantire equità e contrasto alle disuguaglianze di salute** e rafforzare l'attenzione ai gruppi fragili
- Prioritizza gli interventi sulla base di evidenze di costo efficacia e sostenibilità
- Promuove una sistematica attenzione alla intersectorialità e alla trasversalità degli interventi in funzione della concreta attuazione della «Salute in tutte le politiche»
- Tiene conto dell'impatto sulla governance del sistema, in considerazione del doppio ruolo del SSN di erogatore di interventi e di steward verso altri Attori e Stakeholder
- Investe sul benessere dei giovani in un approccio dal forte contenuto formativo e di empowerment
- Considera l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente

Empowerment  
(individuale e di  
comunità)

Intersectorialità

Sostenibilità

Efficacia

Equità

# PNP 2014-2018

## Struttura

Macro obiettivi (MO)		Obiettivi centrali (OC)	Indicatori centrali (IC)
<b>MO1</b>	Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili	<b>15</b>	<b>31</b>
<b>MO2</b>	Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>MO3</b>	Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>MO4</b>	Prevenire le dipendenze da sostanze	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>MO5</b>	Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti	<b>3</b>	<b>5</b>
<b>MO6</b>	Prevenire gli incidenti domestici	<b>5</b>	<b>7</b>
<b>MO7</b>	Prevenire gli infortuni e le malattie professionali	<b>8</b>	<b>8</b>
<b>MO8</b>	Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute	<b>12</b>	<b>16</b>
<b>MO9</b>	Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie	<b>13</b>	<b>45</b>
<b>MO10</b>	Attuare il Piano Nazionale Integrato dei Controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	<b>12</b>	<b>18</b>
<b>TOTALE</b>	<b>10</b>	<b>73</b>	<b>135</b>

# Il criterio guida

*Approccio multi-componente (trasversale ai determinanti di salute), per ciclo di vita (life-course) e **setting** specifico (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, servizio sanitario)*



## *Approccio per setting*

- Per raggiungere più facilmente individui e gruppi prioritari
- Per creare ambienti sociali e fisici favorevoli alla salute
- Per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione
- Per favorire il processo di empowerment sui singoli e nelle comunità
- Per garantire il potenziamento dell'integrazione tra professionisti e strutture, sanitari e non

dell'attività fisica.

# La risposta regionale nei setting



- **Approccio valorizzato in tutti i PRP sebbene con livelli molto diversi di estensione e articolazione rispetto all'impianto del PRP**
- **Vincente** nella misura in cui permette di scoprire risorse diverse e inaspettate, di creare reti e sinergie per perseguire obiettivi ambiziosi di promozione della salute, di favorire la crescita culturale reciproca degli Attori coinvolti
- Tradotto in una **strategia e in una modalità di intervento integrata** cioè: intersettoriale, interistituzionale e interdisciplinare, che spesso porta all'attivazione di percorsi di continuità (dall'empowerment alla presa in carico), con interazione tra setting (es. sanitario e comunità) e con interventi multi-target (per sesso, età, condizione), lungo tutto l'arco della vita

# La risposta regionale nei setting



In quasi tutti i PRP:

- **Luoghi di lavoro**: setting privilegiato di confronto per la realizzazione di iniziative di promozione della salute finalizzate all'equità sociale, caratterizzate da:
  - Programmi strutturati, multicomponente (Guadagnare Salute negli ambienti di lavoro), flessibili (dimensioni applicative diverse)
  - Di media-lunga durata
  - Che impattano sul contesto (policy aziendali globali: azienda e tutti i lavoratori sono responsabili dell'attivazione di processi di salute - empowerment)
  - Integrati con i programmi di promozione, vigilanza e tutela della sicurezza (MO1 + MO7)



Es. PRP Lombardia: P.1 PROGRAMMA:  
"RETI PER LA PROMOZIONE DELLA  
SALUTE NEGLI AMBIENTI DI LAVORO"

- Formazione/informazione, comunicazione
- Promozione della partecipazione attiva, sostegno allo sviluppo personale
- Coinvolgimento dei servizi sanitari (SPreSAL, SIAN, Medicina dello Sport, Medicina del Lavoro), ruolo cardine dei medici competenti
- Accordi con stakeholder esterni (Comuni, Non profit, Ristorazione, Associazioni...)
- Valutazione

**Reti WHP**

# L'ottica di sistema

**«Accountability  
dell'organizzazione e  
sostenibilità della  
prevenzione»**

**Obiettivi centrali a carattere di sistema trasversali ai vari MO:**

- a) **utilizzare i dati derivanti dai sistemi di sorveglianza di popolazione per la pianificazione sanitaria;**
- b) rendere fruibili per tutta la popolazione eleggibile gli interventi efficaci;
- c) implementare nuovi interventi più costo-efficaci;
- d) estendere a tutto il territorio un sistema informativo che sorvegli qualità e quantità delle azioni di promozione della salute, che sia in grado di selezionare e valorizzare le buone pratiche, di monitorare le attività e quantificarne il consumo di risorse;
- e) adeguare l'information technology e integrare i sistemi (registri, sorveglianze, flussi informativi) a livello regionale;
- f) inserire/rafforzare gli indicatori di copertura dei principali interventi di popolazione e gli indicatori di risultato dei Direttori generali e della remunerazione di risultato dei professionisti;
- g) utilizzare gli strumenti di gestione e budgeting aziendali per aumentare l'efficienza nell'ottemperare agli adempimenti normativi;
- h) **sviluppare il ruolo di steward della prevenzione a livello sia regionale sia di ASL nella relazione con i portatori di interesse non del sistema sanitario e con le altre strutturazioni organizzative del sistema sanitario**

# La risposta regionale nella governance



In quasi tutti i PRP sono presenti «azioni di sistema», a valenza trasversale, spesso strutturate come veri e propri programmi spalmati su tutti i MO, centrati in particolare sui seguenti nodi strategici:

- **Programmazione (e realizzazione) partecipata**: tavoli di coordinamento allargati a soggetti esterni, con step intermedi (sistematici) di osservazione/valutazione per un coinvolgimento strutturale dei portatori di interesse nella realizzazione delle azioni
- **Modelli di governance** con articolazione a rete, regionale e locale, chiara identificazione di ruoli e responsabilità, coinvolgimento delle Direzioni strategiche, funzione di coordinamento e di governo complessivo del DIP, referenti e gruppi operativi per area
- **Declinazione dei PRP** a livello locale (piani attuativi calati nel processo di programmazione aziendale e di budget)
- **Integrazione dei PRP** nelle politiche e negli assetti regionali nell'ottica delle alleanze
- **Intersectorialità**: cornice formale di atti (Accordi, Protocolli di intesa) e modalità di lavoro (es. Tavolo regionale di salute in tutte le politiche) per agevolare e legittimare il lavoro tra settori diversi e garantirne l'operatività
- **Monitoraggio e valutazione**: implementazione di sistemi (regionali e locali) di monitoraggio, valutazione, governance del PRP come strumento di: supporto al management delle azioni e quindi al processo di decision-making e di cambiamento/miglioramento che deve accompagnare il monitoraggio stesso; valutazione di sostenibilità (risorse impiegate); misura della performance di risultato (collegamento ai sistemi già esistenti di monitoraggio degli obiettivi dei Direttori di Aziendali)
- **Investimento su azioni strutturate e permanenti**: **Formazione (interna ed esterna al sistema salute), Comunicazione, Contrasto alle disuguaglianze**

# Un punto fermo: le sorveglianze

Alla base delle strategie e delle **scelte di «policy»** e della conseguente valutazione di efficacia degli interventi messi in atto (“**cultura dei risultati**”) ci sono le **evidenze**, vale a dire **informazioni** precise, tempestive e territorializzate sulle caratteristiche e sulle dinamiche dei fenomeni di interesse per la salute pubblica



## **Informazione per l'azione**

- Identificare bisogni di salute della popolazione
- Individuare le priorità sulle quali intervenire
- Ottenere informazioni utili sull'andamento della malattia o dei fattori di rischio
- Studiare l'influenza dei determinanti (anche sociali) sulla salute e sulla disuguaglianze di salute
- Osservare cambiamenti a seguito di interventi e politiche adottati
- **Contribuire a esercitare il ruolo di stewardship di Ministero e Regioni:**
  - **orientando i LEA ai bisogni di prevenzione**
  - **indirizzando verso azioni efficaci appropriate efficienti**
  - **concorrendo a mobilitare risorse, capacità, competenze per le azioni (empowerment)**
  - **facilitando l'ingaggio dei portatori di interesse e decisori (advocacy)**
  - **assicurando accountability dei vari attori**

# Le Azioni Centrali

## Razionale

Le azioni centrali rendono più efficienti ed efficaci le relazioni tra le istituzioni, al fine di migliorare l'erogazione e la *promozione degli interventi di prevenzione* mediante due tipologie di linee strategiche:

- A. **rafforzare la *governance* di sistema nazionale e regionale**
- B. **facilitare l'attuazione dei macro-obiettivi della pianificazione nazionale**

## Livello di definizione strategica secondo le caratteristiche intrinseche dell'azione di governo (stewardship)

1. esercitare influenza sugli interlocutori mediante azioni di indirizzo
2. garantire la realizzazione delle politiche fornendo strumenti per l'attuazione della programmazione
3. stabilire e mantenere collaborazioni e partnership
4. garantire la responsabilità (accountability)
5. gestione basata sulla conoscenza


## Struttura

### TABELLA A Azioni centrali tendenti a rafforzare la *governance* di sistema

#### A) LINEE DI SUPPORTO CENTRALI TENDENTI A RAFFORZARE LA GOVERNANCE DI SISTEMA

A.1.1 Assetto strategico dei sistemi informativi

A.1.2 Assetto strategico dei sistemi informativi per la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria

A.1.3 Uso più efficiente delle risorse professionali (ipotesi di task shifting) 

A.1.4 Costruzione di una strategia nazionale per il coordinamento e l'integrazione delle politiche e delle azioni nazionali e regionali in campo ambientale e sanitario: individuazione di norme e azioni condivise per la prevenzione, valutazione, gestione e comunicazione delle problematiche ambiente-salute

A.1.5 Armonizzazione e integrazione delle politiche e delle azioni nazionali e regionali nell'ambito della promozione e tutela della salute riproduttiva. Prevenzione degli esiti avversi della riproduzione, con particolare riguardo alle malformazioni congenite

A.1.6 Definizione di procedure per la gestione coordinata delle principali emergenze articolate su scala centrale, regionale e locale

A.1.7 Pianificazione nel campo della genomica 

A.3.1 "Patto salute"

A.3.2 Stabilire network

### TABELLA B Azioni centrali tendenti a rafforzare/facilitare l'attuazione della pianificazione


#### B) LINEE DI SUPPORTO CENTRALI TENDENTI A RAFFORZARE L'ATTUAZIONE DELLA PIANIFICAZIONE

B.1.1 La "comunicazione" degli obiettivi del PNP

B.1.2 Gestione integrata delle politiche di iodoprofilassi

B.1.3 Banca dati per la tracciabilità del farmaco veterinario

B.2.1 Aggiornamento piattaforma Guadagnare salute 

B.2.2 Tavolo tecnico congiunto Ministero-Regioni per il coordinamento interregionale delle attività di Health in all policies 

B.3.1 Abolizione pratiche obsolete

B.3.2 Completamento dell'informatizzazione delle anagrafi vaccinali

# Il percorso e gli step formali (verifica adempimenti LEA \*)

## 2015

- ❑ **Regioni:** Recepimento dell'Intesa del PNP
- ❑ **Regioni:** Delibere regionali di adozione dei PRP
- ❑ **Ministero:** valutazione (ex ante) della pianificazione regionale
- ❑ **Ministero e Regioni:** interlocuzione tecnica e perfezionamento della pianificazione regionale

## 2016

- ❑ **Regioni:** avvio della implementazione dei PRP
- ❑ **Ministero:** avvio dell'attuazione delle Azioni centrali di supporto al PNP

## 2017

- ❑ **Regioni:** rendicontazione del primo anno di attuazione (2016) dei PRP
- ❑ **Ministero:** valutazione (di processo) della realizzazione dei programmi regionali nel 2016

## Documento di valutazione del PNP

### Adempimento Anno 2015

- **Valutazione della pianificazione:**  
Vengono verificati i criteri riportati nella Griglia di valutazione ex ante (Allegato 2 al Documento di valutazione).  
**La valutazione ha esito positivo se il PRP soddisfa tutti i criteri della Griglia ex ante**

### Adempimento Anno 2016

- **Valutazione di processo:**  
Viene misurato il livello di avanzamento dei programmi verso il raggiungimento degli obiettivi specifici, attraverso lo scostamento tra valori osservati e standard degli indicatori "sentinella".  
**La valutazione ha esito positivo se almeno il 70% di tutti gli indicatori sentinella di tutti i programmi presenta uno scostamento tra valore osservato e standard non superiore al 20%**

*\* Adempimenti a carico delle Regioni per l'accesso al maggior finanziamento delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale, previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e dall'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, concernente il Patto per la salute 2010-2012 e l'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016*

# Il razionale del percorso

La «valutazione» e le evidenze al centro, con l'obiettivo di:

- Documentare e valutare azioni e processi intrapresi per il raggiungimento degli obiettivi di salute (accountability)
- Documentare e valutare i progressi di salute raggiunti con il PNP, i PRP e le Linee centrali di supporto
- Individuare punti di forza e aree di miglioramento, per un monitoraggio partecipato e condiviso dei processi attivati e del raggiungimento degli obiettivi intermedi e finali
- Assicurare la funzione di stewardship Ministero- Regioni, Regioni-territorio
- Promuovere l'uso dei dati a servizio dell'AZIONE (pianificazione, empowerment, advocacy, monitoraggio e valutazione)
- Misurare e garantire il rispetto/mantenimento dei LEA

Orientare e supportare la (ri) programmazione

Garantire LEA

Produrre evidenze

# La prospettiva di breve termine

## Cronoprogramma 2017

Attività	gen-17	feb-17	mar-17	apr-17	mag-17	giu-17	lug-17	ago-17	set-17	ott-17	nov-17	dic-17
1. Le Regioni rendicontano al Ministero il primo anno di attività dei PRP												
2. Ai fini della certificazione, il Ministero valuta (con eventuale interlocuzione) i risultati di processo (indicatori sentinella) del primo anno di attività dei PRP												
3. Le Regioni realizzano il secondo anno di attività dei PRP												
4. Regioni e Ministero (Tavolo di valutazione) definiscono i criteri di riprogrammazione di metà percorso (2018) dei PRP e di proroga al 2019 del PNP e dei PRP. Viene adottata l'Intesa per: la riprogrammazione di metà percorso (2018) dei PRP, la proroga al 2019 del PNP e dei PRP e l'avvio dell'elaborazione del nuovo PNP (2020-2025)												
5. Le Regioni riprogrammano le attività secondo i criteri stabiliti nell'Intesa												

**Intesa su «rimodulazione» nel 2018 dei PRP e proroga al 2019 del PNP e dei PRP**



- Quali oggetti?
- Quali finalità?
- Quali vincoli?

# Ipotesi in discussione

- ❑ L'Accordo Stato Regioni 25 marzo 2015 prevede, «*la possibilità nel 2017 di una rimodulazione alla luce dell'avanzamento verso gli obiettivi concordati e i relativi risultati attesi*». Al termine del secondo anno di attività dei Piani, è quindi possibile una rimodulazione delle attività, per l'anno 2018, anche tenendo conto di quanto si è in linea rispetto agli standard (nazionali e regionali) degli indicatori centrali (valutazione di risultato), sulla base degli ultimi dati disponibili relativi agli stessi. Le Regioni possono quindi rimodulare (con Atti di Delibera) le azioni funzionali a quegli obiettivi centrali che si ritengono non raggiungibili entro il 2018
- ❑ Essendo i PRP stati avviati con un anno di ritardo (ovvero nel 2016), la rimodulazione prevede anche la posticipazione al 2019 del termine di vigenza del PNP. Pertanto la rimodulazione consiste **nella ri-formulazione di programmi/azioni, con eventuale relativa ri-definizione o inserimento di indicatori sentinella, al fine di raggiungere al più entro il 2019 (anno di proroga) gli obiettivi e quindi gli standard degli indicatori centrali già previsti per il 2018.** La rimodulazione non modifica quindi l'impianto del PNP (e dei PRP) ovvero rimangono invariati obiettivi centrali, indicatori centrali e relativi standard nazionali al 2018
- ❑ **Per le azioni che non vengono rimodulate è prevista una continuazione nel 2019 con mantenimento o miglioramento degli standard regionali fissati per gli indicatori, ed i relativi obiettivi centrali, a cui tali azioni sono funzionali**
- ❑ **L'Intesa sulla rimodulazione e proroga dà anche l'avvio ai lavori per l'elaborazione del nuovo Piano (2020-2025)**

# Le novità di scenario

## 1. DPCM 12 gennaio 2017 *Livelli Essenziali di Assistenza (GU n.65 del 18 marzo 2017)*

*Introduce il LEA “Prevenzione collettiva e sanità pubblica”, che a sua volta include l’area di intervento: **F Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale***

## 2. DPCM 3 marzo 2017 *Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie (GU n.109 del 12-5-2017)*

*Sancisce l’idea che Registri e Sorveglianze sono fondamentali per la programmazione, il monitoraggio e la valutazione, la ricerca, il governo in ogni ambito sanitario, dalla prevenzione alla cura, tracciando al contempo i confini del trattamento dei dati personali e sensibili a tutela della privacy*

# F. Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche

N.	Programmi/Attività	Componenti del programma	Prestazioni	priorità ed indicazioni concordate a livello nazionale	all'indirizzo verso una adeguata presa in carico	
F1	Cooperazione dei sistemi sanitari con altre istituzioni, con organizzazioni ed enti della collettività, per l'attuazione di programmi inter-settoriali con il coinvolgimento dei cittadini, secondo i principi del Programma nazionale "Guadagnare salute" (DPCM 4.5.2007)	<p><b>Profilo di salute della comunità</b></p> <p>Disponibilità e utilizzo delle informazioni tratte dai sistemi di sorveglianza correnti (malattie infettive, malattie croniche e incidenti stradali, domestici e infortuni, stili di vita, percezione dello stato di salute, ricorso ai servizi sanitari), da cui coinvolgono la comunità, al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>analizzare i bisogni</li> <li>individuare i fattori di rischio</li> <li>e dell'andamento</li> <li>valutare gli interventi</li> </ul> <p><b>Promozione di sinergie con la costruzione di alleanze e partenariati</b></p> <p>Comunicazione di processi intersettoriali per la salute in tutte le politiche</p> <p>Promozione di alleanze tra soggetti istituzionali, sociali, imprenditoriali e professionali per concordare azioni a sostegno di politiche per la salute al fine di promuovere il benessere in tutte le fasce di età</p> <p><b>Contributo tecnico scientifico alla promozione della salute</b></p> <p>Sostegno all'individuazione di soluzioni ai problemi di salute prioritari, basate su evidenze scientifiche</p>	<p>Attivazione di programmi intersettoriali per la prevenzione di rischio</p> <p>Campagne informativo-educative per la popolazione generale e per i gruppi a rischio</p> <p>Promozione del ruolo degli operatori sanitari e socio-sanitari</p> <p>Sorveglianza di programmi di promozione della salute</p> <p>Programmi di promozione della salute anche in gruppi a rischio</p>	F4	Prevenzione e contrasto del tabagismo, del consumo a rischio di alcol	Sviluppo per "setting" (ambiente scolastico, ambiente di lavoro, comunità) di programmi di prevenzione dell'iniziazione e promozione della disassuefazione condivisi tra servizi sanitari e socio-sanitari e istituzioni educative e tra servizi sanitari e socio-sanitari e "datori di lavoro"
				F5	Promozione dell'attività fisica e sanitaria dell'attività fisica	Sviluppo per setting (ambiente scolastico, ambiente di lavoro, comunità) di programmi di promozione di sani stili di vita nella popolazione generale e in gruppi a rischio, condivisi tra servizi sanitari e socio-sanitari, istituzioni educative e datori di lavoro
F2	Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione	<p><b>Rilevazione dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita</b></p> <p>Individuazione e offerta dei programmi di promozione della salute più efficaci</p>		F6	Promozione di una sana alimentazione per favorire stili di vita salutari	Individuazione e offerta dei programmi di promozione della salute più efficaci
F3	Prevenzione delle malattie croniche epidemiologicamente più rilevanti, promozione di comportamenti favorevoli alla salute, secondo					

**Elaborazione del profilo di salute attraverso la disponibilità e utilizzo delle informazioni tratte dai sistemi di sorveglianza**

**Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione**

**Sviluppo per setting (ambiente scolastico, ambiente di lavoro, comunità) di programmi di promozione di sani stili di vita nella popolazione generale e in gruppi a rischio, condivisi tra servizi sanitari e socio-sanitari, istituzioni educative e datori di lavoro**

# Elenco A1: 31 Sistemi di sorveglianza di rilevanza nazionale e regionale

Elenco A1) Sistemi di sorveglianza di rilevanza nazionale e regionale

Denominazione		Ente di livello nazionale presso il quale è istituito	Ente di livello regionale presso il quale è istituito
A1.1	Sistema di sorveglianza HIV/AIDS	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.2	Sistema di sorveglianza progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia (PASSI)	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.3	Sistema di sorveglianza Passi d'argento	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.4	Sistema di sorveglianza Okkio alla salute	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.5	Sistema di sorveglianza della paralisi flaccida acuta	Ministero della salute	Centro di riferimento regionale
A1.6	Sistema epidemiologico integrato dell'epatite virale acuta (SEIEVA)	Istituto Superiore di Sanità e	Centro di riferimento regionale
A1.7	Sistema di sorveglianza sui rischi comportamentali in età 11-17 anni	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.8	Sistema di sorveglianza degli effetti sulla salute da eventi climatici estremi	Ministero della salute	Centro di riferimento regionale
A1.9	Sistema di sorveglianza della mortalità materna	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.10	Sistema di sorveglianza Interruzioni Volontarie di Gravidanza	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.11	Sistema di sorveglianza delle Malattie Batteriche Invasive (meningococco, pneumococco, emofilo)	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.12	Sistema di sorveglianza integrata del morbillo e rosolia, inclusa la Rosolia congenita e in gravidanza	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.13	Sistema di sorveglianza dell'antibiotico resistenza, compresi i batteri produttori di carbapenemasi	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.14	Sistema di sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori (come da Circolari del Ministero della salute)	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.15	Sistema di sorveglianza dell'influenza	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.16	Sistema di sorveglianza del gonococco resistente	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.17	Sistema di sorveglianza della legionellosi	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.18	Sistema di sorveglianza delle malattie sessualmente trasmesse (IST)	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.19	Sistema di sorveglianza degli enterobatteri	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.20	Sistema di sorveglianza delle resistenze a farmaci anti-tubercolari	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.21	Sistemi di sorveglianza da bioterrorismo e patogeni speciali	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.22	Sistema sorveglianza del consumo del tabacco nei giovani	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.23	Sistema di sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.24	Sistema di sorveglianza delle esposizioni pericolose e delle intossicazioni (SDN - SEPT)	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.25	Sistema di segnalazione delle malattie infettive (PREMAL)	Ministero della salute	Centro di riferimento regionale
A1.26	Sistema di sorveglianza longitudinale (WHIP-SALUTE)	Ministero della salute	Centro di riferimento regionale
A1.27	Sistema di sorveglianza sulla microcefalia	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.28	Sistema di sorveglianza ambientale dei poliovirus	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.29	Sistema di sorveglianza della pertosse (ECDC)	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.30	Sistema di monitoraggio alcol (SISMA)	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale
A1.31	Sistema di sorveglianza del botulismo	Istituto Superiore di Sanità	Centro di riferimento regionale

# Gli strumenti a supporto

Continua la modalità di lavoro fortemente condivisa con le Regioni (dalla pianificazione partecipata alla valutazione partecipata) in un'ottica evolutiva:

- Si diversificano le modalità e i livelli di interazione (dal Tavolo di valutazione ai Workshop tematici,... agli audit..?)
- Si allarga e si raffina la comunità di pratica (diversi partner istituzionali)
- Si rafforzano le soluzioni **metodologiche** anche nella loro potenzialità di ricaduta sul territorio (in corso d'opera e in prospettiva)
- Si coglie il significato e il fine della valutazione \*

*\* La valutazione è un processo incentrato sulla proposta, da parte dei gruppi di interesse e condotto dagli esperti del gruppo di valutazione, di “domande di valutazione” espresse al fine di ottenere delle risposte necessarie per esprimere un giudizio (parziale o complessivo) su un progetto o su una iniziativa. Perra*

# Le implicazioni degli strumenti a supporto

1. Sulla qualità della **pianificazione** e della sua valutazione
2. Sull'orientamento all'**equity**
3. Sulla valutazione degli **effetti/impatto** del PNP
4. Sul **monitoraggio** dei PRP



•Modelli teorici  
•Capacity building  
•Cassette degli attrezzi (metodi, strumenti, prove, dati, competenze)

•Visione di insieme  
•Benchmarking  
•Rimodulazione/riprogrammazione  
•Visione futura

**OUTPUT**

# **Progetto CCM 2014: Supporto alla valutazione del PNP (Partner: Agenas).**

## **PRIMA PARTE: Supporto alla valutazione ex ante. Terminato**

### **Domande di valutazione**

- ✓ **Pertinenza dei programmi/progetti regionali rispetto a macro obiettivi e obiettivi centrali (QLr vs QLc)**
- ✓ **Valorizzazione regionale degli indicatori centrali**
- ✓ **Validità degli indicatori sentinella**
- ✓ **«Sensibilità» rispetto al tema dell'Equity**




**PIANIFICAZIONE**

### **Definizione della procedura di valutazione ex-ante dei PRP**

La procedura di valutazione dei PRP ha previsto quattro fasi:

1. estrazione dei contenuti del piano in tre **griglie strutturate** (una sinossi della matrice obiettivi e azioni, una scheda per gli obiettivi prefissati dal PRP sugli indicatori centrali e una scheda per gli indicatori sentinella);
2. revisione generale che ha valutato la congruenza fra programmi, azioni e obiettivi specifici dichiarati, la congruenza fra gli obiettivi centrali e gli obiettivi regionali, nonché la qualità degli indicatori di processo e sentinella;
3. **analisi del contrasto alle diseguaglianze;**
4. valutazioni specialistiche sui macro-obiettivi 7 (sicurezza sui luoghi di lavoro), macroobiettivo 8 (REACH-CLP), macroobiettivo 10 (sicurezza alimentare e sanità veterinaria).

### **Domande di valutazione**

- 1. La Regione ha inserito il contrasto alle disuguaglianze tra le priorità del PRP?**
  - 2. La Regione è in grado di misurare l'entità delle disuguaglianze presenti sul suo territorio?**
  - 3. La Regione ha avviato azioni per il contrasto delle disuguaglianze?**
  - 4. La Regione ha avviato policy per il contrasto delle disuguaglianze?**
- 

**PIANIFICAZIONE**

### **Metodologia e Risultati della valutazione ex-post della dimensione equità dei Piani regionali della prevenzione**

- a) Elaborazione di uno strumento di lettura/valutazione dei PRP:** al fine di identificare determinanti e indicatori in grado di individuare all'interno dei PRP aspetti riguardanti l'orientamento del Piano verso equità e contrasto delle disuguaglianze, è stata effettuata una revisione estensiva della letteratura che ha permesso di identificare alcuni articoli milestone sulla base dei quali è stata costruita una prima versione della griglia. Successivamente la versione preliminare dello strumento è stata sottoposta alla revisione di alcuni esperti nazionali in materia di disuguaglianze e monitoraggio dei PRP
- b) Lettura dei PRP e applicazione della griglia:** in seguito alla trasmissione dei Piani al Ministero della Salute, tutti i Piani sono stati letti integralmente da un valutatore al fine di compilare la griglia precedentemente condivisa. In caso di interpretazione dubbia si è provveduto al confronto con esperti sul tema delle disuguaglianze e sul tema specifico del Programma.
- c) Sintesi dei risultati:** statistiche descrittive sono state utilizzate al fine di identificare il diverso grado di implementazione dei temi inerenti a contrasto delle disuguaglianze ed equità nei diversi piani. I PRP sono stati classificati secondo un **score di sintesi**

# Progetto CCM 2014: *Supporto alla valutazione del PNP (Partner: Agenas)*

## **SECONDA PARTE: Definizione di modelli concettuali per la valutazione di impatto. Terminato**

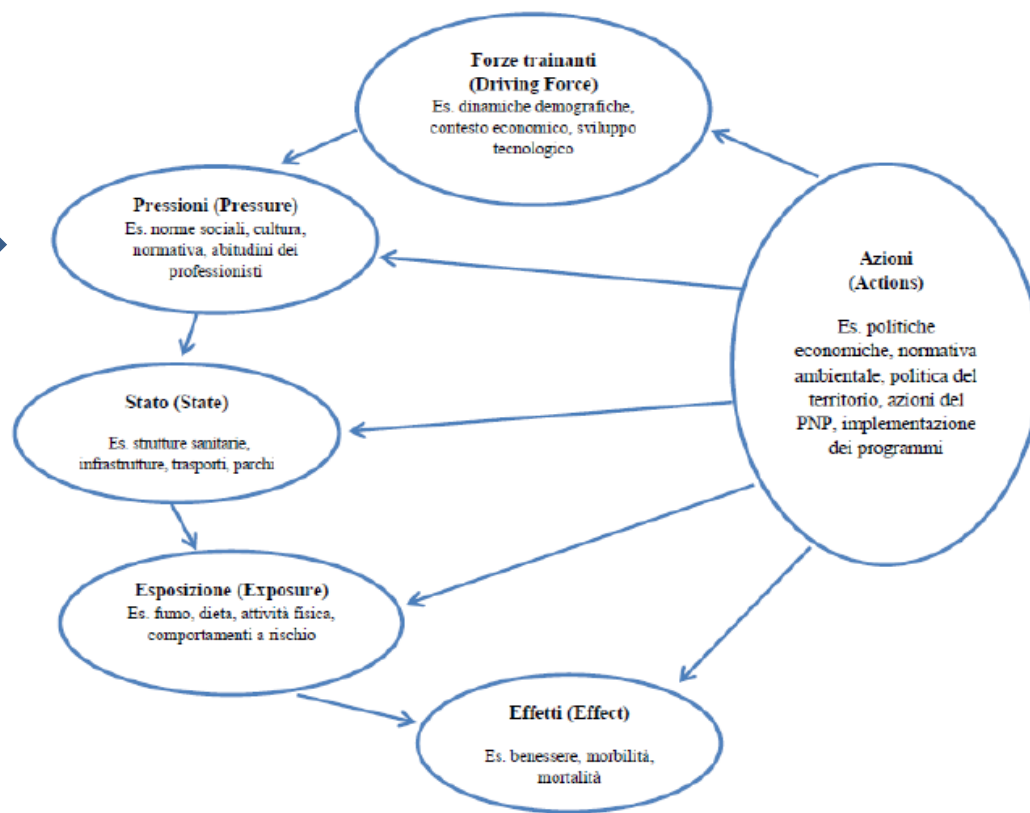
### Domande di valutazione

A partire dal Quadro logico del PNP, come definire e interpretare (per alcuni ambiti/obiettivi centrali selezionati) il **nesso causale** tra azioni messe in campo e risultati di salute, tenendo conto dei diversi fattori che agiscono, interagiscono o sono di confondimento/distorsione?

- Applicazione del modello in alcuni ambiti del PNP coerenti con i MO (infortuni sul lavoro, incidenti stradali, screening oncologici, prevenzione dell'obesità infantile e nell'adolescente, inquinamento dell'aria, tabagismo, sorveglianza delle malattie trasmesse da alimenti, intolleranze alimentari)
- Case study di validazione dei modelli

### Modello di riferimento: DPSEEA

(Briggs, D. 1999. Environmental Health Indicators: Framework and Methodologies. Geneva: Nene Centre for Research, University College Northampton, WHO)



**EFFETTI / IMPATTO**

# **Progetto CCM 2016: Supporto ai Piani regionali di prevenzione attraverso l'elaborazione e l'implementazione di un framework di monitoraggio (ISS e Università Ca Foscari). In corso**

## **Domande di valutazione**

- ❑ Identificare e descrivere caratteristiche comuni a diverse Regioni o programmi nella realizzazione dei PRP (**visione di insieme, benchmarking**)
- ❑ Utilizzare le informazioni raccolte per **promuovere** competenza, innovazione, **crescita culturale** nei professionisti coinvolti
- ❑ Mettere a disposizione esperienze particolari e innovative di alcune Regioni a favore della comunità di pratica dei pianificatori regionali (**buone pratiche**)
- ❑ **Intercettare aspetti «macro»** (di metodo, di processo, di strategia, di sistema,.. ), trasversali alla realizzazione dei PRP, di particolare interesse o rilevanza o criticità o successo, con riferimento ad obiettivi centrali o tematiche o aree di operatività o setting
- ❑ Analizzare l'**evoluzione dei programmi** non in termini formali, bensì con l'attenzione puntata sulle azioni regionali, e relative strategie nazionali di riferimento, e sulla loro capacità di incidere sui risultati di salute
- ❑ **Costruire e validare un impianto di monitoraggio ai fini del suo utilizzo anche per la prossima pianificazione**

## **Obiettivo Generale:**

Contribuire alla realizzazione dei Piani Regionali di Prevenzione attraverso l'elaborazione, l'implementazione e la validazione di un framework di monitoraggio.

## **Obiettivi specifici:**

- Identificare nella base di dati disponibili gli oggetti e gli indicatori adeguati e costruire un framework di monitoraggio
- Applicare il framework alla rendicontazione di attività per il 2016 (come "esercitazione" per le Regioni che vorranno contribuire)
- Elaborare e condividere i risultati della prima attività di monitoraggio (metodi e contenuti)
- Validare l'applicazione del framework con il Ministero della Salute e le Regioni che lo hanno applicato

**MONITORAGGIO**

# Progetto CCM 2014: Equity audit nei Piani regionali di prevenzione (Partner: Regione Piemonte). *In corso*

## OBIETTIVO GENERALE

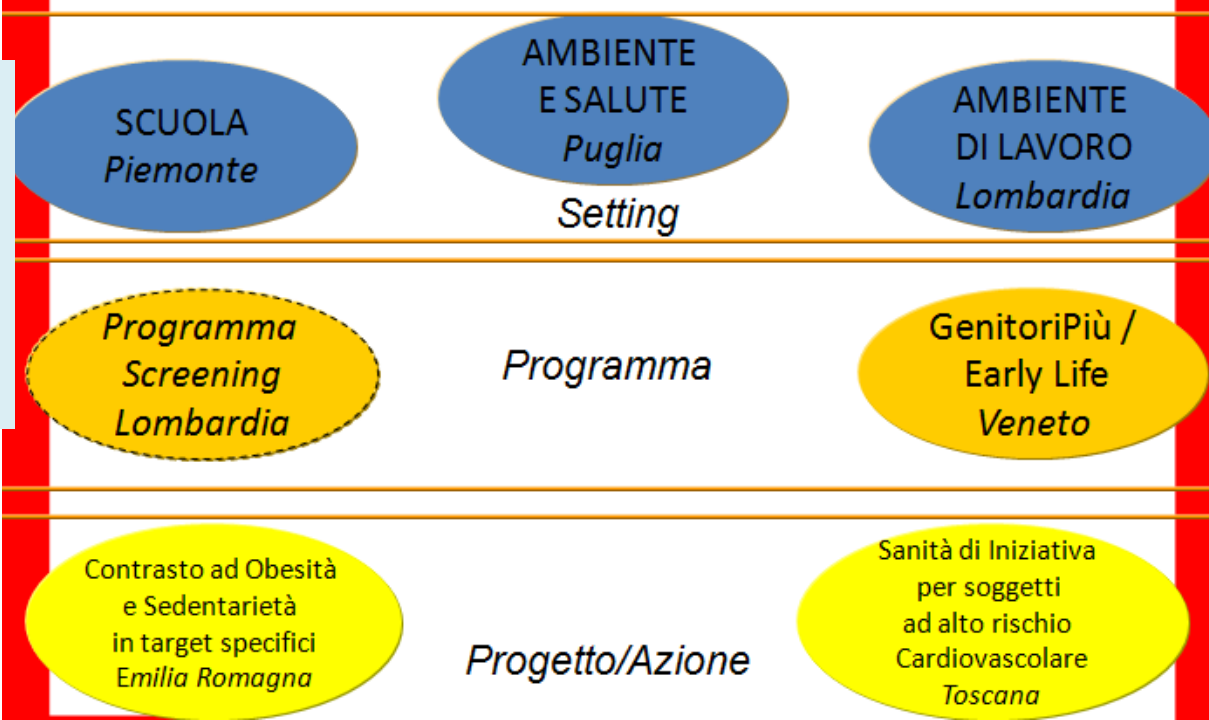
Accompagnare la stesura dei PRP affinché realizzino progetti di prevenzione attenti all'equità per gli obiettivi del PNP più sensibili alle disuguaglianze di salute.

Attraverso:

- Selezione degli obiettivi di PNP (fattori di rischio e azioni) più promettenti per l'equity audit;
- Sviluppo e sperimentazione sul campo di strumenti specializzati di equity audit mirati ai diversi setting
- Diffusione degli strumenti (formazione e comunicazione) a chi è impegnato a progettare e realizzare i PRP e le azioni centrali.

**6 Regioni «pilota» (Lombardia, Puglia, Veneto, Piemonte, Toscana, Emilia Romagna) impegnate in diverse linee operative di sperimentazione interne ai PRP**

**EQUITY**



# I risultati degli strumenti a supporto

**Tanti prodotti applicabili nel concreto, standardizzati ma flessibili, consultabili e.. trasferibili!**

- Il framework di monitoraggio diventa una **Piattaforma web** (con accessi predefiniti delle Regioni) con la duplice finalità di monitoraggio “formale” (indicatori sentinella e certificazione) e sostanziale degli oggetti/variabili individuati
- Il **modello DEPSSEA** ha prodotto, per ciascun indicatore incluso nel modello, **schede di sintesi e survey di fattibilità dell'indicatore** a livello centrale e regionale. Gli indicatori aggiuntivi proposti per interpretare la valutazione d'impatto delle azioni del PNP sono stati considerati fattibili in gran parte dei casi. I case studies hanno dimostrato che l'impatto di alcune azioni, sia di livello nazionale, sia di livello locale, possono essere monitorati con gli indicatori proposti. L'adozione di un modello interpretativo del fenomeno permette di proporre interpretazioni delle variazioni degli indicatori non condizionate da considerazioni a posteriori. I risultati del progetto costituiscono la **base concettuale condivisa dai principali attori per la valutazione dell'impatto del PNP e dei PRP sulla salute.**
- Dall'analisi ex ante del criterio su equity in fase di pianificazione è emersa una **classificazione delle Regioni (score) utilizzabile per una valutazione pre-post intervento di equity audit**

**•Garanzia di tracciabilità del PNP, nell'ottica doverosa della trasparenza, intesa anche come forma di tutela dei diritti dei cittadini e strumento per promuovere la partecipazione degli stakeholder**

# Risultati: giudizio di sintesi

Regioni e PA N(%)		Giudizio sintetico
4 (19%)	Abruzzo, Liguria, Molise, PA di Bolzano	Hanno ignorato il mandato del PNP
3 (14%)	Basilicata, Toscana, Valle d'Aosta	Considerano l'equità solo in linea di principio nel quadro strategico del PRP
5 (24%)	Campania, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Sicilia, Umbria	Hanno riconosciuto il problema e iniziato a misurare OPPURE realizzeranno almeno un esercizio di HEA
5 (24%)	Calabria, Lazio, Lombardia Sardegna, Veneto	Sanno misurare, hanno consapevolezza e/o almeno un HEA sarà realizzato sulla base del PRP
4 (19%)	Emilia Romagna, Marche, P.A di Trento, Piemonte	Approccio strutturato al contrasto delle disuguaglianze con accenni di policy

La Regione ha completamente ignorato il mandato. Nessun riferimento ad equità e contrasto delle disuguaglianze

Si fa riferimento all'equità solo nel quadro strategico, quindi ha considerato il mandato ma solo da un punto di vista strategico (riconosce la necessità che a livello di principio il PRP contrasti le disuguaglianze)

La regione sa misurare (almeno 50% dei programmi con informazioni quantitative inerenti le disuguaglianze) **oppure** ha previsto almeno un HEA ma non ha inserito azioni di alcun tipo

La Regione sa misurare (almeno 50% dei programmi con informazioni quantitative inerenti le disuguaglianze) **e** ha previsto almeno un HEA

La Regione sa misurare, ha almeno in 50% dei programmi con azioni specifiche volte a contrastare le disuguaglianze e prevede la realizzazione di azioni di sistema. Nessun accenno ad HEA

Approccio strutturato al contrasto delle disuguaglianze, azioni specifiche e accenni di policy associati all'utilizzo dello strumento dell'HEA per definizione di priorità di intervento e valutazione degli stessi

# Zone d'ombra e ...proposte di soluzioni!



- ✓ L'approccio intersettoriale richiede un **cambiamento culturale**, prima ancora che organizzativo, specie nel setting sanitario. Il modello concettuale è accolto ma occorre una maggiore coerenza e messa a sistema, all'interno delle regole di sistema, tra evidenze, organizzazione, competenze, risorse
- ✓ Fattori facilitanti in questo senso sono:
  - **analisi del contesto e profilo di comunità**
  - **definizione delle priorità;**
  - **forte endorsement regionale e aziendale;**
  - **lavoro coordinato tra i diversi referenti (anche sanitari)**
  - **risoluzione efficace dei riassetti organizzativi (accorpamento ULSS;...);**
- ✓ **L'investimento** in formazione e comunicazione deve avvenire in termini di «**Piani nei Piani**»: iniziative strutturate (Piani regionali di comunicazione e di formazione), visibilità, univocità e correttezza delle informazioni e dei messaggi forniti
- ✓ **La formazione dovrebbe accompagnare anche la funzione di monitoraggio e valutazione**, con responsabilizzazione e rafforzamento delle figure di riferimento
- ✓ Possibile salto culturale passando dagli indicatori sentinella ad **indicatori di governance**, che individuino appunto le dimensioni comuni dei sistemi di governo dei Piani, misurandole in relazione a programmi e interventi specifici messi in campo nei vari contesti per il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati
- ✓ **EQUITY SFIDA APERTA: Le iniziative assunte in tema di contrasto alle disuguaglianze di salute sono spesso episodiche o frammentate all'interno di specifiche azioni in alcuni programmi e non sufficientemente monitorate. Un miglioramento della visione di sistema e della individuazione delle priorità è la premessa per assumere e agire una effettiva equity lens globale**

**Grazie dell'attenzione**