

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 4 agosto 2011.

Adozione del documento esecutivo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al Piano nazionale della prevenzione 2010-2012.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visto l'articolo 1, comma 3, dell'Intesa 29 aprile 2010, concernente il Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 (Rep. n. 63/CSR), che prevede che il Ministro della salute, sentite le Regioni, approvi entro il 31 marzo 2010 il «documento operativo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al predetto Piano nazionale della prevenzione 2010-2012»;

Visto l'articolo 1, comma 2, dell'Intesa 7 ottobre 2010, recante modifiche all'Intesa 29 aprile 2010, concernente il Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 (Rep. n. 166/CSR), che sostituisce il predetto termine del 31 marzo 2010 con il termine del 31 ottobre 2010;

Considerato che il Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, (di cui all'allegato 1 alla citata Intesa del 29 aprile 2010) ha identificato le azioni centrali necessarie al supporto della programmazione regionale per l'attuazione dei previsti interventi;

Considerato che nell'Allegato 2 alla medesima Intesa è definita l'impostazione concettuale e metodologica da adottarsi nel «documento operativo per l'attuazione delle linee di supporto del Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012» in parola;

Rilevato che ai sensi dell'Allegato 2 alla citata Intesa del 29 aprile 2010, il documento operativo in parola va espressamente contestualizzato rispetto alle funzioni della cosiddetta stewardship attribuite al Ministero della salute;

Rilevata, altresì, la necessità che tale documento operativo:

1. renda esplicito e condiviso l'approccio strategico adottato;

2. definisca delle priorità, concentrando sforzi e risorse su ambiti concordati e funzionali allo sviluppo dell'attività programmatoria regionale e che, da questo punto di vista, poiché assumono importanza rilevante le azioni che più direttamente influenzano/determinano gli assetti di sistema e quelle che favoriscono un salto di qualità nella interazione/collaborazione con le Regioni, siano sviluppate le azioni centrali effettivamente applicative delle linee strategiche della stewardship nonché siano scelti alcuni ambiti tematici prioritari per esigenze di attenzione e/o temporali;

3. adotti una struttura coerente a quella dei Piani regionali di prevenzione rispettandone il medesimo schema logico articolato in due nuclei tematici costituiti da un «Quadro strategico» - di fatto enunciato nell'Allegato 2 alla citata Intesa 29 aprile 2010 - ed un «Piano operativo» che, come convenuto, consenta lo sviluppo delle azioni centrali contemporaneamente in ambiti complementari;

Preso atto che le Regioni - con comunicazione formale del Coordinamento interregionale della prevenzione n. 542679 del 15 ottobre 2010 - hanno chiesto espressamente che il Ministero della salute individui le priorità di cui sopra sulla base dell'esame dei Piani regionali di prevenzione presentati al 31 dicembre 2010;

Considerato che, in attuazione di tale intendimento e delle previsioni di cui all'articolo 1, comma 2, dell'Intesa 7 ottobre 2010, il decreto ministeriale 10 novembre 2010, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* il 18 gennaio 2011, ha posticipato al 30 aprile 2011 l'emanazione dei contenuti del progetto esecutivo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 da ritenersi prioritarie;

Considerato che su dette linee di supporto centrali prioritarie individuate dal Ministero le Regioni si sono espresse favorevolmente con comunicazione formale del Coordinamento interregionale della prevenzione n. 205512 del 28 aprile 2011;

Decreta:

Art. 1.

1. È adottato il Documento esecutivo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 di cui all'allegato 1 al presente decreto, del quale fa parte integrante. Il Documento in parola è relativo alle azioni centrali ritenute, congiuntamente alle Regioni, prioritarie.

Il presente decreto è trasmesso alla Corte dei conti per il tramite dell'Ufficio centrale di bilancio per i previsti controlli di legge.

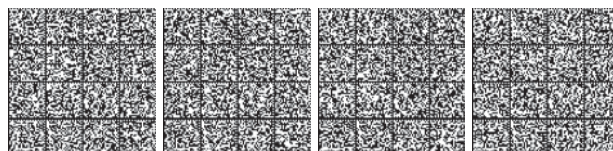
Il presente decreto entra in vigore a partire dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 4 agosto 2011

Il Ministro: FAZIO

Registrato alla Corte dei conti il 22 settembre 2011

Ufficio di controllo preventivo sui Ministeri dei servizi alla persona e dei beni culturali, registro n. 12, foglio n. 140.



**DOCUMENTO ESECUTIVO
PER L'ATTUAZIONE DELLE LINEE DI SUPPORTO CENTRALI AL
PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2010 - 2012
AZIONI PRIORITARIE**

PREMESSA

Il presente Progetto esecutivo riassume e completa la lunga fase di definizione degli aspetti operativi connessi al “supporto” da parte del livello centrale di governo che il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-12 ha identificato come parte integrante degli interventi da attuare per raggiungere gli obiettivi di salute stabiliti.

Coerentemente alle indicazioni dell'Intesa Stato Regioni e PPAA del 29/4/2010 e del DM 10/11/2010, il documento è articolato in due parti principali: il quadro strategico e il piano operativo.

Il *Quadro strategico* si segnala come occasione e risultato di riflessione, promossa dal Ministero e condotta con le Regioni e PPAA, sul modello di governance più appropriato, sulla base dell'assetto istituzionale conseguente alla riforma del Titolo V della Costituzione, per il conseguimento degli obiettivi di salute a favore della popolazione italiana. Il *Piano operativo* declina le Azioni centrali prioritarie condivise con le Regioni.

QUADRO STRATEGICO

Il quadro strategico è definito ai sensi di quanto previsto dall'allegato 2 all'Intesa del 29/4/2010 e dal DM 10 novembre 2010

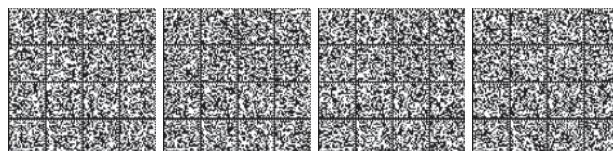
1.

Il Piano nazionale della Prevenzione 2010-12 (di seguito PNP) fornisce indicazioni per la messa a punto delle “Azioni centrali” attuative delle previste linee di supporto. Tali indicazioni derivano peraltro, in primis, dall'assetto istituzionale in tema di tutela della salute stabilito dalla legge costituzionale n. 3 del 2001. Su tale base, il PNP, definisce che “le Regioni declinano il proprio ruolo contribuendo attivamente alla determinazione delle linee strategiche e dando corso al lavoro previsto dal PNP, mentre il Ministero esplica una funzione di supporto (anche attraverso il CCM e il coordinamento degli organi tecnico-scientifici centrali). Sono anche specificati gli ambiti di cooperazione per il supporto alle Regioni, che prevedono che il Ministero cooperi:

- nell'interfaccia per quelle aree di confine che vedono sovrapporsi strutture dei SSR o degli Enti locali a strutture che hanno mantenuto il riferimento al livello centrale (scuola, università, ecc.);
- nel mettere a fianco delle Regioni le migliori competenze scientifiche, unitamente a competenze di progettazione;
- nel promuovere l'approfondimento e la diffusione della prevenzione basata su prove di efficacia (EBP);
- nel mettere a disposizione strumenti per la sorveglianza, vera guida all'azione e componente essenziale della sanità pubblica, che serve a valutare i rischi di salute, i bisogni e possibilmente l'impatto degli interventi;
- per la messa a punto di sistemi collaudati di allerta e di pronta risposta alle emergenze.

Il PNP sottolinea anche l'importanza di valorizzare l'esperienza acquisita con il precedente PNP per cui è fondamentale basare la programmazione su una “gestione della conoscenza”. Questa esigenza si è concretizzata, in particolare:

- con lo sforzo di attingere dalle conoscenze di evidence based prevention per un concreto utilizzo nei piani operativi regionali (per esempio, diffusione dei programmi di screening basati su evidenze);
- con l'implementazione di strumenti di conoscenza di dati relativi ai determinanti per la salute (per esempio, carta del rischio, sorveglianza PASSI, progetto OKkio alla salute);



- con la definizione, diffusione e promozione dell'utilizzo di dati epidemiologici organizzati (per esempio, adeguamento del sistema informativo delle malattie infettive, flussi INAIL, archivio infortuni mortali, coordinamento Registri Tumori);
- nella valutazione quantitativa e qualitativa dei risultati raggiunti (per esempio, coperture vaccinali, percentuali di adesione agli screening) come strumento per la riprogrammazione.

In tale quadro, appaiono rilevanti le attività di monitoraggio e valutazione dell'avanzamento del PNP (in base a criteri condivisi), anche al fine di utilizzare i dati e gli indicatori raccolti per innescare un circolo virtuoso che adegui sempre più gli interventi ai contesti cui sono diretti.

Ulteriori indicazioni, che derivano dalla passata esperienza, riguardano la necessaria sinergia fra i vari atti di pianificazione e l'esigenza di acquisire un'ottica intersettoriale per affrontare i problemi di salute oggetto del PNP 2010-12.

Infine, il PNP focalizza i target, correlati alle priorità individuate secondo lo strumento dell'analisi di contesto e della graduazione del rischio, a sua volta fondata su frequenza e severità del danno alla salute; la declinazione operativa e organizzativa degli obiettivi specifici è, invece, in capo a ciascuna Regione.

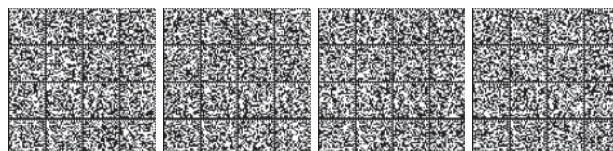
Più in dettaglio, il PNP enuncia gli obiettivi generali (se del caso, articolandoli in sottobiettivi) ed individua due tipologie di linee di lavoro: il supporto centrale alla realizzazione del PNP e le vere e proprie linee di intervento, o operative che dir si voglia, regionali.

2.

Il processo di devoluzione attivato dalla riforma del titolo V della Costituzione sta costruendo un quadro nuovo di assetto istituzionale del Sistema Sanitario Nazionale nel cui contesto, il livello di governo centrale e, in particolar modo, il Ministero, è chiamato a riconsiderare ruoli e missioni al fine di rendere raggiungibili gli obiettivi di sistema e di tutela della salute che è suo proprio.

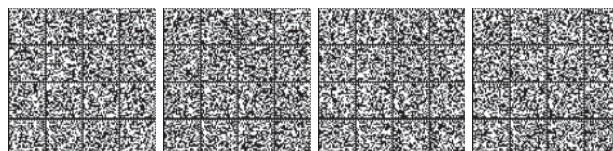
Le dinamiche di devoluzione e le esigenze di ripensare il ruolo degli organismi centrali sono, peraltro, un problema diffuso anche a livello internazionale talché l'OMS ha pubblicato già nel 2000 un documento che analizzava tali tematiche e proponeva come chiave di lettura di tali problemi e fenomeni la "stewardship". La riflessione sulla stewardship si candida quindi ad essere il modo per rendere il ruolo del Ministero più efficace ed efficiente nella pratica, in un contesto di devolution nel quale i diversi livelli di governo si trovano ad avere molteplici interlocutori forti ed è, d'altra parte, sempre più evidente come gli obiettivi di salute siano determinati dal concorso non solo dei livelli di governo istituzionale (centrale, regionale, aziendale) ma anche da industrie, media, raggruppamenti sociali, ecc., ovvero da un insieme di "portatori di interesse" (stakeholders) che devono inevitabilmente essere coinvolti per un governo effettivo del sistema sanitario (e non solo). In questo scenario risultano marcatamente insufficienti le precedenti "regole" dei rapporti tra istituzioni, cioè la prassi di rapporti "verticali" basati su gerarchie e si rende sempre più evidente la necessità di un nuovo stile di governo, sia a livello centrale che a livello regionale. L'esigenza di un nuovo e più adeguato "modo di governare" nasce sostanzialmente da una esigenza di una sua maggiore "efficienza" ed "efficacia".

A livello operativo la governance come strategia di governo si può definire come il modo in cui funzionari e istituzioni pubbliche assumono ed esercitano l'autorità di formulare e regolare le politiche pubbliche e di fornire beni e servizi. La stewardship è un tipo di governance (del sistema sanitario nel nostro caso) che usa poco strumenti "verticali" e fa maggior ricorso alla "leadership" (capacità di persuasione e creazione di collaborazioni attive con gli interlocutori). Tale impostazione è basata sulla fiducia reciproca e tendenzialmente si configura come più etica: in ragione di queste sue caratteristiche la stewardship – per sua natura, espressione di una funzione di governo centrale - dovrebbe portare a un processo decisionale efficiente ed a una maggiore attenzione alla fiducia con la quale le proprie azioni vengono viste dalla popolazione.

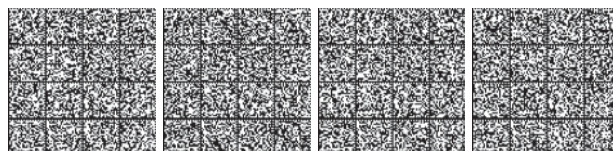


Le funzioni principali che, in campo sanitario, concretizzano la *stewardship* sono esplicitate dal decreto 10/11/2010 e vengono riassunte nella tabella seguente.

TABELLA 1 Elenco delle su funzioni in cui è articolato il modello della Stewardship. Per ogni subfunzione sono specificati gli elementi principali (core attributes) desunti dalla letteratura e il significato prevalente loro attribuito			
Funzione della Stewardship	Principali elementi (core attributes)	Significato prevalente	
<i>Esercitare influenza sugli interlocutori mediante azioni di indirizzo</i>	Stabilire un insieme di norme che guidino l'operato dell'organizzazione (regole, procedure, leggi, decreti, codici di comportamento, standard, modalità di utilizzo dei finanziamenti ecc.) Definire standard e requisiti per garantire che gli obiettivi vengano raggiunti anche in collegamento col sistema dei LEA Fornire sostegno, appoggio e consiglio agli interlocutori (accompagnamento), in particolare alle Regioni Partecipare ai comitati e nelle sedi in cui gli interlocutori prendono decisioni (CIP, conferenza Stato-Regioni)	È una funzione correlata alla capacità di implementazione degli interventi pianificati e programmati. Essa si basa sulla considerazione che un'azione efficace <i>distewardship</i> deve preoccuparsi che il complesso del sistema sanitario sia coerente con gli obiettivi della <i>policy</i> e che ci sia un coerente sistema di relazioni e linee di comunicazione. Essa comprende anche le iniziative per rimuovere gli ostacoli strutturali all'uso efficiente ed equo delle risorse. In questo documento sono considerate pertinenti a questa funzione le azioni di indirizzo, nel loro vario livello di cogenza legislativa e/o amministrativa	
<i>Garantire la realizzazione delle politiche fornendo strumenti per l'attuazione della programmazione</i>	Linee Guida e protocolli nazionali Piani di formazione nazionale (a cascata) Contratti di lavoro (ad es. con la Medicina Generale) Coinvolgimento degli interlocutori nel processo decisionale, nella definizione di strategie e obiettivi comuni e condivisi Garantire che ad ogni responsabilità corrisponda il potere decisionale necessario per assolverla, utilizzato in modo corretto	Si tratta di una funzione che deriva dalla consapevolezza che un elemento chiave della <i>stewardship</i> è quello di garantire l'implementazione degli interventi programmati per ottenere gli obiettivi di salute. Una parte di questa funzione risiede nella capacità di implementazione che deriva dal possesso e dall'uso del potere di guidare o influenzare i comportamenti dei differenti attori. Due ulteriori aspetti riguardano le interazioni tra questa "capacità di guida" e quella di costruire coalizioni e partnership e di assicurare la coerenza tra le <i>policy</i>, le strutture organizzative e la cultura degli attori.	
<i>Stabilire e mantenere collaborazioni e</i>	Identificare gli interlocutori per ciascuna	Questa funzione è giustificata dall'assunzione che sono molti i fattori	



<i>partnership</i>	azione centrale descrivendone l'influenza e l'atteggiamento (favorente o sfavorente) Promuovere network di eccellenze regionali e rapporti stabili di confronto e collaborazione con le società scientifiche Promuovere il sostegno alle politiche e strategie impopolari, in particolare promuovendo partnership con le associazioni di settore	che direttamente o indirettamente hanno un impatto sulla salute e spesso lo <i>steward</i> ha su di loro un'autorità formale piccola o assente. Non potendo quindi agire su questi fattori da solo, lo <i>steward</i> deve coinvolgere altri attori per determinare un cambiamento positivo. Per essere efficace è quindi necessario costruire e mantenere una grande varietà di relazioni, network e partnership. Tale aspetto deve integrarsi con la funzione di esercizio dell'attività di indirizzo mediante la legislazione e la regolamentazione.
<i>Garantire la responsabilità (accountability)</i>	Esistenza di regole sulla pubblicazione dei piani, relazioni (report), codici di comportamento, rendiconti economici, ecc. Effettiva loro pubblicazione, disponibilità e ampia diffusione in una forma comprensibile Programmi sistematici di Audit interno Fornire linee-guida (per garantire la qualità tecnica) Campagne di comunicazione Rendicontazione sociale	È necessario garantire che tutti gli attori del sistema esercitino la responsabilità nelle proprie azioni e che questa responsabilità sia accompagnata da una comunicazione trasparente. D'altra parte, l'essere responsabili nei confronti della popolazione è un mezzo per influenzare positivamente le relazioni tra la popolazione stessa e il sistema sanitario (in particolare rispetto alla percezione e all'uso del sistema). L'essere responsabili aiuta ad individuare e ad ovviare lo spreco di risorse, le <i>malpractice</i> o le negligenze
<i>Gestione basata sulla conoscenza</i>	Produzione e analisi di evidenze (studi epidemiologici, <i>performance</i> <i>analysis</i>, studi di impatto ecc) Implementazione di Sistemi di sorveglianza Analisi delle evidenze Implementazione di basi di dati	Questa funzione è giustificata dal fatto che la conoscenza contribuisce a prendere decisioni più informate e quindi complessivamente favorisce migliori risultati per il sistema sanitario. La conoscenza (intelligenza) ha un significato più ampio e profondo di "informazione" perché implica la capacità di identificare ed interpretare gli elementi essenziali. Questa conoscenza deve essere disponibile a tutti i livelli del sistema sanitario e a tutti gli attori per svolgere i loro compiti all'interno del sistema. Nel presente contesto, essa riassume gli elementi di genesi e sintesi di nuove conoscenze nonché tutte le attività pertinenti ai sistemi informativi e di sorveglianza.



PIANO OPERATIVO

Il PNP definisce aree di intervento essenzialmente in base a bisogni di salute della popolazione o di sottogruppi di essa. Per ognuna di queste aree è prevista una programmazione regionale ad hoc con la definizione progettuale di obiettivi ed azioni; sono, altresì, in linea di massima, previste delle azioni di supporto alla programmazione regionale la cui responsabilità risiede nel livello di governo centrale. Tali azioni di supporto sono eterogenee:

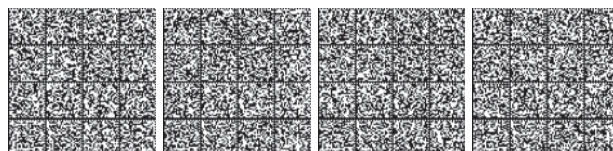
- nella “struttura”, ossia differiscono per la dimensione nella quale si esercitano nonché per la loro complessità, puntualizzazione, fattibilità;
- nel “merito”, ossia sono pertinenti ad aspetti diversi della prevenzione e a bisogni di salute diversificati;
- nella “propedeuticità”, ossia rispetto alla programmazione e progettazione regionale.

Tale eterogeneità pone quindi in primo luogo un problema di migliore definizione di queste azioni di supporto al fine di renderle più efficaci e, in secondo luogo, di efficienza dell'azione del livello di governo centrale.

Per rispondere a tali problematiche è stato quindi definito il presente Piano operativo e adottata una metodologia di lavoro che è di seguito specificata col fine di definire progetti attuativi per ogni azione centrale identificata come necessaria al supporto della programmazione regionale. Detta metodologia si è articolata nelle seguenti fasi

1. definizione dell'azione centrale e analisi del suo significato strategico. In tale fase si è proceduto alla:
 - ✓ identificazione della linea di supporto: è la linea definita in base all'area del PNP rispetto alla quale si esercita il supporto del livello centrale di governo;
 - ✓ identificazione e precisazione delle azioni centrali previste per ogni linea di supporto al fine di definire un progetto attuativo per ogni azione centrale. È l'elemento principale di merito al fine di perseguire l'efficacia delle azioni. Ogni azione è concepita come attività progettuale al fine di meglio precisarne gli elementi costitutivi e di rendere più efficiente l'armonizzazione con la programmazione regionale. La stesura delle azioni è stata attuata secondo il format espresso nell'Allegato 2 all'Intesa del 29/4/10;
 - ✓ analisi e classificazione delle azioni alla luce dello schema concettuale adottato basato sulla *stewardship* (v. Tabella 1). Al riguardo, si è assunto che il quadro strategico sia costituito dal PNP e dalle relative Intese tra Stato-Regioni e PPAA. Le Azioni centrali sono state quindi elencate per il proprio significato strategico prevalente nelle tabelle comprese nell'Allegato 2 all'Intesa del 29/4/10.
2. identificazione delle Azioni centrali prioritarie (ACP). Tale fase si è svolta attraverso un confronto col Tavolo tecnico di supporto alla Commissione Salute delle Regioni e PPAA e si è articolata in:
 - ✓ identificazione degli aspetti “di sistema” meritori di un'attenzione prioritaria in quanto pertinenti a tematiche o problematiche di importanza critica per la buona implementazione del PNP 2010-12. Tali tematiche sono state articolate per subfunzioni della *stewardship*;
 - ✓ identificazione delle azioni centrali prioritarie per ogni sub funzione;
 - ✓ le azioni centrali prioritarie di fatto sostituiscono le “azioni centrali sinergiche” elencate nell'Allegato 2 all'Intesa del 29/4/10; inoltre, ricomprendono tutte le azioni centrali elencate nel medesimo Allegato 2, se pertinenti (che pertanto si intendono evase con il presente documento)

Il seguente prospetto indicizza le azioni centrali prioritarie condivise con le Regioni.

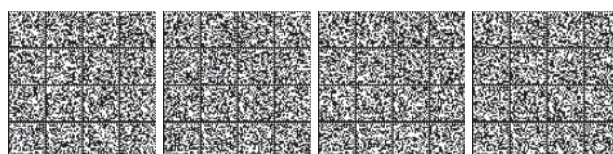


INDICE DELLE AZIONI CENTRALI PRIORITARIE
--

Funzioni della stewardship (DM 10/11/10)	Azioni
Esercitare influenza sugli interlocutori (azioni di indirizzo)	ACP 1.1 Supporto legislativo alle azioni previste dal PNP
	ACP 1.2 Intesa Stato-Regioni su registri e sorveglianze
	ACP 1.3 Contratto nazionale MMG e PLS
	ACP 1.4 Intesa Stato-Regioni sulla emanazione di documenti di pianificazione
	ACP 1.5 Accordi inter-istituzionali
Garantire la realizzazione delle politiche (strumenti per realizzare la programmazione)	ACP 2.1 Protocollo di <i>public health genomics</i>
	ACP 2.2 Predisposizione di supporti alle Regioni
	ACP 2.3 Assetto istituzionale dell'Osservatorio nazionale Screening (ONS)
Stabilire e mantenere collaborazioni e partnership	ACP 3.1 Definire alleanze con gli stakeholders
Garantire la responsabilità (accountability, responsabilizzare gli operatori)	ACP 4.1 Protocollo per la comunicazione in prevenzione
Gestione basata sulla conoscenza	ACP 5.1 Azione conoscitiva sull'assetto e le attività delle strutture deputate all'erogazione della prevenzione
	ACP 5.2 Azione conoscitiva sui bisogni di integrazione socio-sanitaria

BREVI NOTE PER LA LETTURA

- Le linee di supporto nel seguito sono individuate con l'acronimo ACP.
- Il primo numero identificativo esprime la funzione strategica di riferimento (secondo le subfunzioni della stewardship). Il secondo numero identificativo segnala l'ordine progressivo.



ACP 1.1 Supporto legislativo al PNP

Razionale: plurime linee di intervento del PNP sono condizionate da norme legislative spesso anacronistiche o dalla mancanza di indispensabili assetti normativi. Poiché il PNP è stato concepito, e in tal fatta deve essere considerato, come atto unitario di pianificazione, e adottato al massimo livello di concertazione (Intesa Stato – Regioni del 24/9/10) si rende opportuno un approccio unitario di modifica o integrazione del quadro legislativo per quanto attiene alle tematiche specifiche del PNP come condizione per la sua realizzabilità.

Responsabili: G.Filippetti (istituzionale), L. Spizzichino (operativo).

Attori coinvolti: Ministero Salute; Coordinamento Regioni.

Obiettivo dell'azione: predisporre proposte di provvedimento/i legislativo/i a supporto dell'attuazione del PNP.

Metodologia

- Identificazione preliminare degli adeguamenti normativi ritenuti necessari da parte del Ministero.
- Confronto con il Tavolo tecnico della Commissione salute delle Regioni sugli adeguamenti normativi
- Predisposizione di una bozza di disegno di legge.

Indicatore per il monitoraggio dell'ACP 1.1: predisposizione della proposta di disegno di legge.

Risorse e budget: iso risorse.

Prodotto atteso: disegno di legge di iniziativa governativa.

Nota 1: confluiscono in questa ACP le seguenti azioni centrali di cui all'Allegato 2 dell'Intesa del 29/4/10:

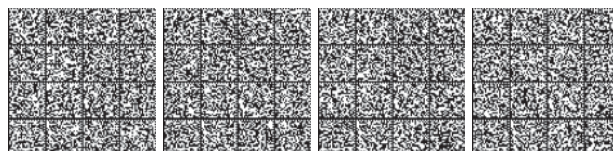
- ✓ A 1.1 (Modifica degli allegati "A" "B" e "C" del DM 10.9.1998
- ✓ B 1.1 predisposizione di proposta di modifica al Codice della Strada
- ✓ I 1.1 Razionalizzazione dei sistemi di sorveglianza e dei flussi informativi mediante la predisposizione di un atto normativo
- ✓ K 1.1 Miglioramento dei sistemi di sorveglianza della incidenza delle patologie neoplastiche, attraverso la regolamentazione della rete dei registri tumori

Nota 2: dall'analisi delle azioni centrali previste dal PNP e sulla base del confronto con il Tavolo tecnico della Commissione salute delle Regioni, sono, allo stato attuale, emersi come necessari i seguenti adeguamenti normativi:

- ✓ abolizione delle pratiche non EBP (semplificazione);
- ✓ abolizione vincoli privacy su registri, sorveglianze e sistemi informativi e individuazione di procedure per la definizione di registri, sorveglianze e sistemi informativi "di importanza strategica".

Cronoprogramma (il mese "0" è definito dalla data di formalizzazione del DM sulle azioni centrali):

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Identificazione preliminare degli adeguamenti normativi												
Confronto con il TAVOLO TECNICO DELLA COMMISSIONE SALUTE												
Redazione delle proposte da inoltrare all'Ufficio legislativo												



ACP 1.2 Intesa Stato-Regioni su registri, sorveglianze e sistemi informativi per la prevenzione

Razionale: l'implementazione di registri, sorveglianze, sistemi informativi costituisce una funzione strutturale della governance del sistema e *conditio sine qua non* della possibilità di raggiungere gli obiettivi di salute del PNP. Prioritariamente alla fase di definizione operativa di tali strumenti informativi (per sé pertinenti alla sub-funzione "Gestione basata sulla conoscenza") è di fondamentale rilevanza strategica, anche alla luce dell'assorbimento di risorse che comportano, l'individuazione al più alto livello di concertazione degli ambiti tematici, degli obiettivi conoscitivi e delle regole di implementazione. Tali indicazioni dovranno tenere conto di quanto definito sul piano normativo anche alla luce dell'ACP 1.1 e costituiranno il mandato per tavoli tecnici dedicati alla definizione dei contenuti informativi (obiettivi informativi, interlocutori, tracciati record, gestione, coordinamento, ecc) e procedure; in questo senso, saranno generati dalla presente ACP una serie di azioni centrali pertinenti alla funzione "Gestione basata sulla conoscenza".

Responsabili: Filippetti G. (istituzionale), A. Federici, S. Vasselli, L- Spizzichino (operativi).

Attori coinvolti: Ministero Salute; Tavolo tecnico della Commissione salute delle Regioni; cabina regia NSIS.

Obiettivo dell'azione: Individuazione di registri, sistemi informativi e sorveglianze "di importanza strategica" da implementare.

Metodologia

- Istituzione tavolo tecnico per l'individuazione delle priorità strategiche
- Predisposizione del documento sul quale ottenere l'Intesa
- Intesa Stato Regioni e PPA
- Mandato alla istituzione dei tavoli tecnici per la definizione operativa di registri, sistemi informativi e sorveglianze "di importanza strategica" da implementare

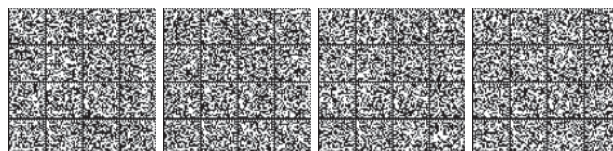
Indicatore per il monitoraggio dell'ACP 1.2: Predisposizione del documento sul quale ottenere l'Intesa.

Risorse e budget: isorisorse.

Prodotto atteso: Predisposizione del documento sul quale ottenere l'Intesa

Nota 1: confluiscono in questa ACP le seguenti azioni centrali di cui all'Allegato 2 dell'Intesa del 29/4/10:

- ✓ D 5.1 Implementazione dei sistemi di sorveglianza per il monitoraggio del fenomeno degli infortuni domestici
- ✓ E.5.1 Monitoraggio delle patologie prevenibili con i vaccini e altre malattie trasmissibili
- ✓ G 5.2 Utilizzo dei sistemi informativi per la valutazione dati e produzione dei report nazionali finalizzati alla redazione di programmi nazionali in comparti produttivi e a maggior rischio
- ✓ J 2.1 Messa a punto di un sistema di rilevazione dati sull'allattamento al seno e di un programma nazionale di promozione dell'allattamento materno quale strumento di prevenzione dell'obesità
- ✓ J 5.1 - Studio pilota per l'attuazione di un piano di sorveglianza e monitoraggio degli interventi di iodoprofilassi
- ✓ J 5.2 Implementazione di Piano Nazionale di monitoraggio Alcol e Salute (già approvate con accordo Stato-Regioni del 29/03/07)
- ✓ J 5.3 Orientare la popolazione per la promozione della salute nei primi anni di vita mediante scelte di salute consapevoli e praticabili su 7 determinanti di salute interconnessi -comunicazione – Monitoraggio
- ✓ J 5.4 Monitoraggio e valutazione dei programmi di prevenzione dei disturbi da abuso di sostanze attivate, con follow up a distanza
- ✓ K 1.1 Miglioramento dei sistemi di sorveglianza della incidenza delle patologie neoplastiche, attraverso la regolamentazione della rete dei registri tumori
- ✓ K 2.2 Miglioramento dei sistemi di sorveglianza della incidenza delle patologie neoplastiche, attraverso il consolidamento della rete dei registri tumori
- ✓ K 5.1 Consolidare il Sistema Informativo Screening
- ✓ K 5.2 Integrare basi dati per il burden of disease dei tumori di mammella, cervice uterina e colonretto
- ✓ M 2.1 implementazione di sistemi informativi per la gestione integrata del diabete
- ✓ S 2.2 Definizione di un sistema di indicatori per il monitoraggio
- ✓ T 2.2 Definizione di un sistema di indicatori per il monitoraggio
- ✓ Confluiscono, inoltre, quelle nelle quali è stata articolata la linea di supporto F, di seguito identificate con:



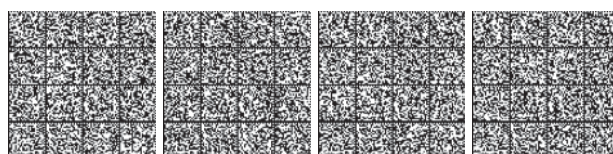
- F 2.1 Sorveglianza e controllo delle zoonosi
- F 2.2 Completare e rendere omogenei i sistemi di sorveglianza di infezione da HIV
- F 2.3 Tubercolosi: sistema di sorveglianza delle resistenze ai farmaci antitubercolari
- F 2.4 Sorveglianza delle malattie a maggior rischio di introduzione e/o di diffusione sul territorio nazionale
- F 5.1 Monitoraggio di Legionellosi, malattie respiratorie virali
- F 5.2 Integrare i sistemi di sorveglianza coordinati delle infezioni correlate all'assistenza
- F 5.3. Sorveglianza epidemiologica delle sindromi simil-influenzali.
- F 5.4 Sorveglianza virologica delle sindromi simil-influenzali
- F 5.5 Sorveglianza dell'incidenza delle paralisi flaccide acute e delle infezioni da poliovirus.

Nota 2: dall'analisi delle azioni centrali previste dal PNP, sono, allo stato attuale, emersi come necessari interventi nei seguenti ambiti:

- ✓ Sorveglianza dell'incidenza delle paralisi flaccide acute e delle infezioni da poliovirus.
- ✓ Sorveglianza e controllo delle zoonosi
- ✓ Revisione dei flussi e debiti informativi richiesti alle Regioni sull'attività svolta dai Servizi e loro omogeneizzazione e standardizzazione (REACH)
- ✓ SINP (Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro)
- ✓ Sorveglianza di laboratorio e controlli di qualità della rete dei laboratori regionali di riferimento per varie patologie

Cronoprogramma (il mese "0" è definito dalla data di formalizzazione del DM sulle azioni centrali):

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Istituzione tavolo tecnico per l'individuazione delle priorità strategiche													
Predisposizione del documento sul quale ottenere l'Intesa													
Intesa Stato Regioni e PPA													



ACP 1.3 Contratto nazionale Medici di medicina generale e dei Pediatri di Libera Scelta

Razionale: il ruolo dei Medici di medicina generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) è cruciale per il raggiungimento degli obiettivi del PNP, in particolare per quanto attiene agli stili di vita, alle vaccinazioni e alla prevenzione nelle popolazioni a rischio ed alla cronicità. Gli obiettivi di salute pertinenti a tali macroaree fanno parte della mission del MMG e PLS, così come si evince dalla parte narrativa delle rispettive convenzioni nazionali. Il Ministero e le Regioni sono consapevoli, tuttavia, che un ruolo operativo di questi professionisti è richiesto in numero così rilevante di ambiti tale da necessitare di un processo di efficientizzazione, proprio al fine di rendere il loro intervento coerente al principio ispiratore del PNP (v Intesa del 29/4/10) che intende mettere la persona al centro di un approccio olistico alla sua salute mediante gli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Il coinvolgimento dei MMG e dei PLS si caratterizza quindi, nell'impostazione del PNP, come funzionale al raggiungimento di un obiettivo di salute complessivo. È pertanto necessario che nelle contrattazioni a livello nazionale venga recepita la necessità di ricomprendere un impegno complessivo dei MMG e PLS per la prevenzione, che definisca tra l'altro i ruoli operativi nei percorsi e nei sistemi informativi/sorveglianze definiti dal PNP. Ciò anche al fine di meglio governare gli aspetti remunerativi a livello regionale. Considerato l'iter procedurale, tale proposta assumerà da una parte il significato di un assetto di riferimento per la residua attività di contrattazione regionale e dall'altra confluirà nella proposta ministeriale per l'emanazione dell'atto di indirizzo del Comitato di settore per la ripresa della contrattazione di carattere nazionale.

Responsabili: G. Filippetti (istituzionale), A. Federici (operativo).

Attori coinvolti: Ministero Salute; Tavolo tecnico della Commissione salute; SISAC.

Obiettivo dell'azione: definire una proposta di norme contrattuali che garantiscano il ruolo operativo dei MMG e dei PLS nell'attuazione dei progetti dei PRP.

Metodologia

- insediamento tavolo tecnico DG Prevenzione-Tavolo tecnico della commissione salute.
- Definizione di proposte di norme contrattuali per la convenzione nazionale MMG e PLS
- Redazione della proposta ministeriale per l'atto di indirizzo del Comitato di settore

Indicatore per il monitoraggio dell'ACP 1.3: redazione di un documento di proposte contrattuali

Risorse e budget: isorisorse

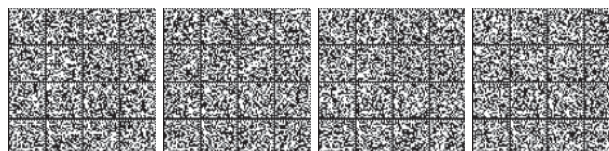
Prodotto atteso: documento di proposte contrattuali

Nota 1: confluiscono in questa ACP le seguenti azioni centrali di cui all'Allegato 2 dell'Intesa del 29/4/10:

K 1.2 Coinvolgimento dei MMG

Cronoprogramma: (il mese "0" è definito dalla data di formalizzazione del DM sulle azioni centrali):

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
insediamento tavolo tecnico DG Prevenzione-TAVOLO TECNICO DELLA COMMISSIONE SALUTE												
Definizione di proposte di norme contrattuali												
Redazione documento di proposte contrattuali												



ACP 1.4 Intesa Stato-Regioni sulla emanazione di documenti di pianificazione

Razionale:

L'approccio definito dal PNP ai temi della prevenzione è risultato molto vasto e si caratterizza per l'affrontare temi e metodologie intersettoriali e tradizionalmente non affidati ai Dipartimenti di prevenzione. Tutto ciò espone alla necessità di pianificare in modo organico ambiti settoriali di intervento, definiti dalla propria complessità e/o innovatività.

Poiché a questo riguardo le esigenze e i punti di vista possono differire tra livelli di governo centrale e regionali, è opportuno concordare procedure per la eventuale pianificazione di settore, discendente in modo più o meno esplicito dal PNP. Proprio per l'alto valore di sistema di tale problematica, appare evidente l'opportunità di concordare a livello di Intesa Stato-Regioni, le procedure da seguire nel caso venga posta l'esigenza di una pianificazione ulteriore di settore.

Responsabili: G Filippetti (istituzionale), Federici (operativo).

Attori coinvolti: Ministero salute-Tavolo tecnico della Commissione salute.

Obiettivo dell'azione: definire un documento che proceduralizzi la pianificazione di settore in ambiti che coinvolgono la prevenzione.

Metodologia

- Definizione di una bozza di documento che espliciti regole e procedure per la pianificazione di settore
- Confronto col Tavolo tecnico della Commissione salute
- Intesa Stato-Regioni

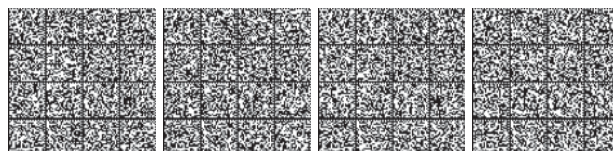
Indicatore per il monitoraggio dell'ACP: approvazione Intesa.

Risorse e budget: isorisorse.

Prodotto atteso: Intesa Stato-Regioni su documento di regole e procedure per la pianificazione di settore.

Cronoprogramma (il mese "0" è definito dalla data di formalizzazione del DM sulle azioni centrali):

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definizione di una bozza di documento												
Confronto con il TAVOLO TECNICO DELLA COMMISSIONE SALUTE												
Intesa												



ACP 1.5 Accordi inter-istituzionali e intersettoriali

Razionale:

Negli ultimi decenni, le *policies* di tutti i Paesi industrializzati si trovano a dover enfatizzare il contrasto ai fattori di rischio sia comportamentali sia ambientali per le malattie croniche. Per farlo efficacemente, tutti gli attori devono assumersi la responsabilità di promuovere la salute, responsabilizzando a loro volta amministratori, servizi, parti sociali; le azioni di promozione della salute devono tradursi in linee guida o raccomandazioni per l'elaborazione delle politiche e per la pratica.

Gli accordi intersettoriali di carattere politico-organizzativo sono indispensabili per permettere una azione sinergica ed efficace su tutti i determinanti di salute.

Gli ambiti tematici principali riguardano:

- ✓ Accordi “quadro” a sostegno del Programma “Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari”, condiviso con le Regioni ed approvato dal Governo il 4 maggio 2007 (compreso l'accordo nazionale sulla scuola-MUIR- di cui all'Intesa del 29/4/10)
- ✓ Accordo-quadro sui rapporti con le altre Istituzioni coinvolte nelle problematiche del rapporto ambiente-salute (ISPRA, Ministero dell'ambiente ecc).

Questo genere di accordi-quadro assume il significato di accordi di sistema fra attori diversi a livello di governo centrale nonché con stakeholders rappresentativi a livello nazionale. La precisazione e formalizzazione di questi elementi di sistema si considera possa favorire la contestualizzazione intra-regionale. Dare vita ad accordi quadro di settore a valenza locale intende favorire le policies regionali ma anche massimizzare mediante articolazioni la policy nazionale.

Responsabili: D. Galeone (istituzionale M. Teresa Menzano (operativo)

Attori coinvolti: Ministero Salute; altri Ministeri ed Enti; Tavolo tecnico della Commissione salute

Obiettivo dell'azione: definire accordi-quadro intersettoriali, di sistema relativamente agli stili di vita e all'ambiente

Metodologia

- a) Confronto tecnico col Tavolo tecnico della Commissione salute delle Regioni
- b) Predisposizione da parte del Ministero della bozza degli accordi quadro
- c) Parere delle Regioni
- d) Avvio di tavoli tecnici con gli Enti/Istituzioni interessati
- e) Stipula degli accordi con gli Enti/Istituzioni interessati

Indicatore per il monitoraggio dell'ACP 1.5: Predisposizione da parte del Ministero della bozza degli accordi quadro. Accordi quadro stipulati.

Risorse e budget: isorisorse.

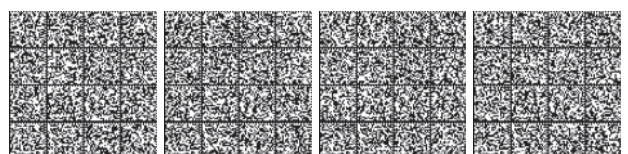
Prodotto atteso: almeno 3 accordi quadro predisposti.

Nota 1: confluiscono in questa ACP le seguenti azioni centrali di cui all'Allegato 2 dell'Intesa del 29/4/10:

- ✓ J 1.1 Stipula di accordi intersettoriali di carattere politico – organizzativo
- ✓ J 1.2 Stipula di accordi con associazioni di categoria per la vendita e distribuzione responsabile di bevande alcoliche
- ✓ J 1.3 Accordi con associazioni di produzione e distribuzione di alimenti
- ✓ J 1.4 Attuazione della legge n. 55/2005 “Disposizioni finalizzate alla Prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica” e dell'Intesa 26-02-09 Governo/Regioni PP.AA sul programma di monitoraggio e sorveglianza della patologia tiroidea (G.U. 31-03-09).

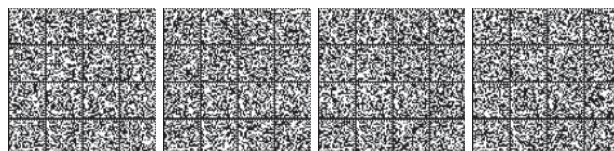
Nota 2: dall'analisi delle azioni centrali previste dal PNP e sulla base del confronto con il Tavolo tecnico della Commissione salute, sono, allo stato attuale, emersi come necessari i seguenti accordi “quadro”:

- ✓ sostegno di guadagnare salute (compreso l'accordo nazionale sulla scuola di cui all'Intesa del 29/4/10)
- ✓ rapporti con IL Ministero dell'ambiente..



Cronoprogramma (il mese “0” è definito dalla data di formalizzazione del DM sulle azioni centrali):

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Censimento degli accordi quadro funzionali alla attuazione del PNP																		
Confronto tecnico col Tavolo tecnico della Commissione salute delle Regioni																		
Predisposizione bozza accordi-quadro																		
Avvio di tavoli tecnici con gli Enti/Istituzioni interessati																		
Stipula degli accordi con gli Enti/Istituzioni interessati																		



ACP 2.1 Protocollo di public health genomics

Razionale: l'uso della medicina predittiva in sanità pubblica può essere basata solo su prove di efficacia e di impatto sociale, etico, medico-legale ed assicurativo. Peraltro, ci sono elementi per ritenere potenzialmente molto onerosa la diffusione di programmi preventivi basati sulla medicina predittiva. Dopo l'acquisizione degli elementi di evidenza disponibili in letteratura è opportuno supportare l'attuazione della programmazione delle Regioni con un protocollo di utilizzo della *Public Health Genomics*.

Responsabili: G. Filippetti (istituzionale), A. Federici (operativo).

Attori coinvolti: Ministero salute (Direzione della Prevenzione); ISS; Regioni; Università; IRCCS; società scientifiche; esperti in genomica, sanità pubblica ed epidemiologia.

Obiettivo dell'azione: definire un protocollo di utilizzo della Public Health Genomics basato sulle evidenze disponibili.

Metodologia

- revisione della letteratura;
- confronto con esperti;
- redazione di un documento-base;
- Confronto col Tavolo tecnico della Commissione salute delle Regioni
- Intesa Stato-Regioni sul protocollo di utilizzo.

Indicatore per il monitoraggio dell'ACP 2.1:

- ✓ redazione di un protocollo di utilizzo della PHG (S/N)

Risorse e budget:

Attività routinarie per gli Enti di appartenenza.

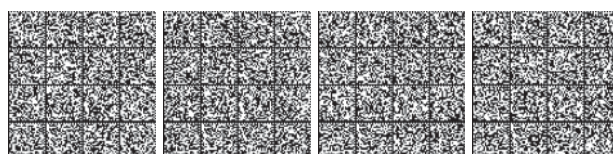
Prodotto atteso: definizione di un protocollo di PHG

Nota 1: confluiscono in questa ACP le seguenti azioni centrali di cui all'Allegato 2 dell'Intesa del 29/4/10:

- ✓ A 2.2 Protocollo di utilizzo della Public health genomic
- ✓ A 5.1 Valutare le pratiche appropriate ed efficaci di medicina predittiva
- ✓ A 5.2 Promuovere la valutazione di impatto etico, sociale, medico-legale e assicurativo di una strategia di diffusione della medicina predittiva
- ✓ A 5.3 Promuovere la valutazione di fattibilità economica ed organizzativa del trasferimento dei principi e delle metodologie della medicina predittiva in sanità pubblica

Cronoprogramma (il mese "0" è definito dalla data di formalizzazione del DM sulle azioni centrali):

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
redazione di un documento sulle evidenze												
istituzione di un tavolo tematico per la produzione di un documento base												
Confronto col Tavolo tecnico della Commissione salute delle Regioni												
Intesa Stato-Regioni												



AC P 2.2 Predisposizione di supporti alle Regioni

Razionale

È stata individuata la necessità che l'attività di monitoraggio e di valutazione delle Regioni rispetto ai PRP possa giovare di supporti di capacity building.

Altri supporti possono consistere in documenti di sintesi delle evidenze scientifiche o in programmi di formazione intraregionale.

Responsabili: G. Filippetti (istituzionale), S. Vasselli, A. Federici, L. Spizzichino (operativi).

Obiettivo dell'azione: definire un quadro sistematico di strumenti (capacity building, sintesi delle nuove evidenze scientifiche) a supporto della programmazione, del monitoraggio e della valutazione regionale (compresa la revisione del progetto CNESPS).

Metodologia generale dell'ACP 2.2

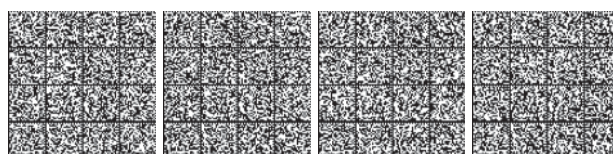
- Identificare i "bisogni di supporto" espressi dalle Regioni compiendo una rassegna delle iniziative in corso e/o di attuale rilevanza, in relazione agli obiettivi e metodi del PNP.
- Confronto col Tavolo tecnico della Commissione salute delle Regioni sulla scelta degli ambiti tematici, dei soggetti da coinvolgere (Istituti e/o Enti a carattere scientifico), delle esigenze programmatiche, di monitoraggio e valutative dei PRP espresse dalle Regioni, cui è utile produrre un "supporto" (attività o documento). Tali fasi sono ricorsive e si concretizzano nella definizione di "Sottoazioni", a partire dalle seguenti:
 - ACP 2.2.1** Supporto alla programmazione, monitoraggio e valutazione regionale (evoluzione del progetto CNESPS).
 - ACP 2.2.2** Definizione di documenti tecnici di sintesi delle evidenze prioritariamente in ambito oncologico.
 - ACP 2.2.3** Supporto al network italiano per la Evidence Based Prevention (EBP)
- Definizione da parte di DG Prevenzione degli aspetti operativi e inoltro al CCM per l'eventuale finanziamento.

Indicatore per il monitoraggio generale dell'ACP 2.2

- ✓ Aggiornamento progetto CCM-CNESPS (S/N)
- ✓ Redazione di documenti di sintesi delle evidenze su screening dei tumori della prostata e del polmone: n° su 2 documenti attesi
- ✓ Redazione dello "statuto" del network EBP (S/N)

Cronoprogramma generale dell'ACP 2.2(il mese "0" è definito dalla data di formalizzazione del DM sulle azioni centrali):

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Riformulazione progetto CNESP																		
Attuazione progetto CNESP																		
Stesura documenti screening prostata e polmone																		
Consultazione per la redazione di altri documenti di supporto alla																		



programmazione																			
Supporto rete di EBP																			

SOTTOAZIONE ACP 2.2.1 Supporto alla programmazione, monitoraggio e valutazione regionale (evoluzione del progetto CNESPS).

Razionale

È stata individuata la necessità che l'attività delle Regioni di programmazione/riprogrammazione, monitoraggio e valutazione sia supportata tecnicamente da parte dell'ISS, come estensione e riadattamento del "progetto di supporto CNESP" finanziato dal CCM. Fa parte di questo supporto la definizione di una formazione metodologica "a cascata", la messa a disposizione di strumenti di confronto (quali la Comunità di pratica), iniziative di confronto specifico su tematiche del PNP (quali la carta del rischio cardiovascolare, oppure gli ambiti esplorati da PASSI). L'iniziativa dell'ISS, benché tarata e concordata rispetto alle singole realtà intraregionali, appare capace di garantire trasversalità e partecipazione, in un'ottica di valorizzazione delle migliori pratiche.

Attori coinvolti: ISS, Regioni, Ministero, CCM

Obiettivo: costruire capacità (competenze e strumenti) intra-regionali per l'implementazione e il monitoraggio dei Piani regionali di prevenzione.

Metodologia

- aggiornamento progetto di supporto CNESP
- confronto con il Tavolo tecnico della Commissione salute delle Regioni
- attivazione seconda fase progetto CNESPS
- attuazione iniziative di formazione
- attivazione di workshop tematici

Indicatore per il monitoraggio dell'ACP 2.2.1

- ✓ attivazione di almeno due workshop tematici

Risorse e budget: già finanziato dal CCM.

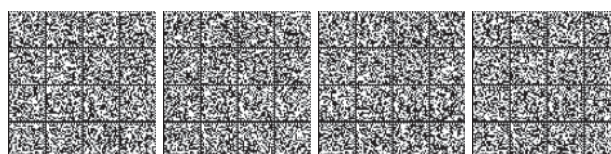
Prodotto atteso: corso teorico-pratico dell'ISS. Comunità di pratica. Workshop di confronto tematico.

Nota 1 confluiscono in questa ACP le seguenti azioni centrali di cui all'Allegato 2 dell'Intesa del 29/4/10:

- ✓ D 2.1 Piano di Formazione alla prevenzione infortuni nelle scuole
- ✓ L 2.5 Predisposizione di Piani nazionali di formazione
- ✓ S 2.4 Formazione in tema di prevenzione
- ✓ T 2.4 Formazione sulle attività di prevenzione
- ✓ S 2.6 Definizione di un percorso di formazione in tema di riabilitazione ed assistenza protesica
- ✓ T 2.6 Definizione di un percorso di formazione in tema di riabilitazione ed assistenza protesica

Cronoprogramma sottoazione ACP 2.2.1 (il mese "0" è definito dalla data di formalizzazione del DM sulle azioni centrali):

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Riformulazione progetto CNESP																		
Attuazione progetto CNESP																		



SOTTOAZIONE ACP 2.2.2 Definizione di documenti tecnici di sintesi delle evidenze**Razionale**

Questa sottoazione è molto connessa alla generazione di intelligenza. Tuttavia, intende privilegiare il significato che le evidenze scientifiche possano assumere a supporto della programmazione regionale e riguarda quindi la sintesi di tali evidenze in una dimensione operativa.

In relazione a quanto stabilito dal PNP (linea di intervento 4.2), e in considerazione degli sviluppi più recenti, risultano innanzitutto utili due documenti di sintesi delle evidenze disponibili in letteratura sui programmi di screening dei tumori della prostata e del polmone. Essi saranno richiesti all'ONS

Per altri ed eventuali documenti, è prevista una procedura di interlocuzione tecnica, attivata dal Tavolo tecnico della Commissione salute delle Regioni e/o dalla Direzione della Prevenzione del Ministero, a seguito del cui compimento, si provvederà ad assegnare la commissione all'ente tecnico-scientifico individuato, chiedendo l'eventuale copertura finanziaria al CCM.

Attori coinvolti: ONS

Obiettivo: Rendere disponibili ai decisori regionali e del Ministero, documenti di sintesi delle più recenti evidenze scientifiche rispetto ad obiettivi di salute del PNP.

Metodologia

- Definizione dell'argomento dei documenti di sintesi delle evidenze scientifiche
- Commissione all'Istituzione/Ente/soggetto scientifico appropriato
- Redazione del documento
- Messa a disposizione delle regioni e del Ministero

Indicatore per il monitoraggio dell'ACP 2.2.2

- Incarico a ONS (S/N)
- Disponibilità di due documenti di consenso sulle evidenze di efficacia degli screening per prostata e polmone (S/N)

Prodotto atteso: documenti di consenso sulle evidenze di efficacia degli screening per prostata e polmone

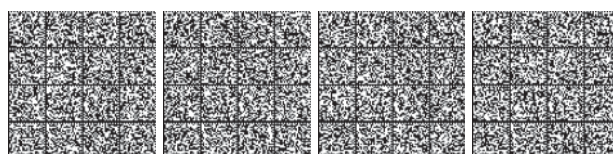
Risorse e budget: risorse degli Enti coinvolti; eventuale finanziamento azioni centrali CCM

Nota 1 confluiscono in questa ACP le seguenti azioni centrali di cui all'Allegato 2 dell'Intesa del 29/4/10:

- K 5.6 coordinare attività di studio e sperimentali per contrastare il cancro al polmone e alla prostata

Cronoprogramma sottoazione ACP 2.2.2 (il mese "0" è definito dalla data di formalizzazione del DM sulle azioni centrali):

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Stesura documenti screening prostata e polmone da parte di ONS																		
Consultazione per la redazione di altri documenti di supporto alla programmazione																		



SOTTOAZIONE ACP 2.2.3 Supporto al network italiano per la Evidence Based Prevention (EBP)**Razionale**

Con l'obiettivo di costruire una rete di centri di eccellenza accreditati alla valutazione di efficacia in sanità pubblica, il CCM ha avviato vari rapporti di collaborazione per ottenere consulenze in tema di prevenzione basata su prove di efficacia, promuovendo anche la costruzione di un network per la ricerca dell'efficacia dei programmi di prevenzione rivolti alla popolazione e la diffusione della cultura scientifica nelle strutture di sanità pubblica. Questa sotto-azione si propone di proseguire le attività di predisposizione di dossier di valutazione di interventi di sanità pubblica, allargando l'insieme dei soggetti in grado di produrre questo genere di valutazioni e coinvolgendo maggiormente la rete dei servizi sanitari preposti alle attività di prevenzione sul territorio nazionale, al fine di supportare le Regioni e il Ministero, come più volte ribadito nel PNP, ad un processo continuo di arricchimento di evidenze di efficacia.

Attori coinvolti: Network EBP

Obiettivo: Promuovere, favorire, sostenere il rafforzamento e l'estensione del network italiano per l'EBP e la prosecuzione e diffusione delle attività di sviluppo metodologico e di messa a punto di strumenti (es. linee guida) finalizzati ad introdurre all'interno dei servizi e della comunità degli operatori sanitari una cultura e una pratica basata sull'evidenza.

Metodologia

- Definizione di uno Statuto del network, condiviso da Ministero e Regioni
- Definizione di un programma annuale di obiettivi e azioni, che comprenda il coordinamento dei progetti CCM inerente lo sviluppo del network EBP
- Eventuale finanziamento delle nuove attività da parte del CCM

Indicatore per il monitoraggio dell'ACP 2.2.3: Ufficializzazione dello statuto del network (S/N); Redazione di due report annuali (%).

Risorse e budget: risorse degli enti coinvolti; eventuale finanziamento azioni centrali CCM

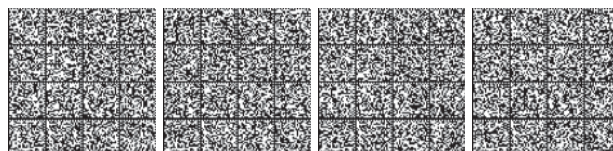
Prodotto attesi: rapporto annuale al Ministero e alle regioni sulla EBP

Cronoprogramma sottoazione ACP 2.2.3 (il mese "0" è definito dalla data di formalizzazione del DM sulle azioni centrali):

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Redazione "Statuto" e approvazione Tavolo tecnico della Commissione salute delle regioni																		
Definizione di un programma annuale di obiettivi e azioni																		
Svolgimento attività rete di EBP																		
Rapporto EBP																		

Nota 1: confluiscono in questa ACP le seguenti azioni centrali di cui all'Allegato 2 dell'Intesa del 29/4/10:

- I 3.1 Sviluppo del network italiano per la Evidence Based Prevention (EBP)



ACP 2.3 Assetto istituzionale dell'Osservatorio nazionale Screening (ONS)

Razionale:

Le ragioni per avviare la ridefinizione del ruolo dell'ONS sono che :

- ✓ si è esaurito l'assetto pianificatorio e di finanziamento dei Piani Nazionali screening;
- ✓ il PNP 2010-12 identifica due azioni centrali, sotto la responsabilità del Ministero, che prevedono il ruolo dell'ONS:
 - nel sistema informativo/valutazione, in collegamento con NSIS (questa azione prevede un ruolo istituzionale di ONS nell'ambito del NSIS nel cui sistema ONS deve integrarsi per gli obiettivi specifici assegnatigli dal PNP);
 - a supporto delle Regioni in un'ottica di stewardship

Per ridefinire il ruolo dell'ONS è necessario precisarne le specifiche in relazione alle esigenze poste dal PNP, ma anche mantenere e valorizzare gli elementi positivi della storia pregressa, correggendone di eventualmente negativi. I principali elementi sono:

- ✓ ONS è un network di centri regionali: questa struttura permette di rendere disponibili le best-practice e favorisce l'integrazione tra la cultura operativa dei programmi di screening
- ✓ (PS) e la ricerca scientifica.
- ✓ ONS, a supporto del Ministero e delle Regioni, svolge un ruolo tecnico insostituibile per i seguenti ambiti:
 - monitoraggio e valutazione dei PS
 - supporto al miglioramento continuo della qualità
 - formazione specifica
- ✓ ONS si è affermato come organo tecnico di riferimento per la sua autorevolezza sia nei confronti delle altre nazioni europee sia all'interno del Paese, soprattutto per quanto riguarda le società scientifiche dei professionisti
- ✓ la natura di network è un'organizzazione "debole" il cui ruolo nella governance va quindi oculatamente precisato per quanto riguarda i rapporti sia col Ministero che con le Regioni
- ✓ l'incardinamento amministrativo/gestionale dell'ONS in ISPO-Firenze ha determinato la costruzione di capacità e competenze che vanno preservate e valorizzate
- ✓ il condensarsi delle competenze tecniche tende ad essere autoreferenziale ad a influire quindi sulla mission così come attuata nella pratica.
- ✓ non esistono patti cogenti e/o meccanismi che assicurino che un singolo centro del network concorra effettivamente al supporto alle altre regioni
- ✓ le funzioni a supporto del sistema (Ministero-Regioni) necessitano di un idoneo finanziamento in quanto non ci si può basare solo sull'attività routinaria, intraregionale, dei Centri del network

Responsabili: G. Filippetti (istituzionale), A. Federici (operativo)

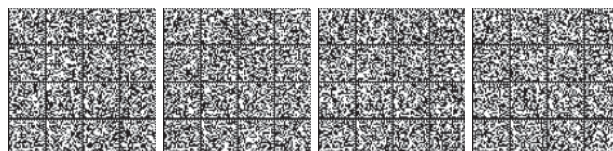
Attori coinvolti: Ministero Salute (Direzione della Prevenzione); ISPO-Firenze; ONS, Tavolo tecnico della Commissione salute delle Regioni

Obiettivo dell'azione: definire il nuovo assetto istituzionale dell'ONS

Metodologia

- a) Definizione della proposta di assetto
- b) Confronto con il Tavolo tecnico della Commissione salute delle Regioni
- c) Intesa Stato-Regioni e PPAA

Definizione della proposta di assetto		
Organo	Composizione	Funzione svolta
Comitato Scientifico del	(omissis)	Definisce gli indirizzi strategici per ONS



CCM		
Comitato di indirizzo dell'ONS	Presidente: nominato dalla Direzione Operativa CCM Vicepresidente: nominato dal Coordinamento delle Regioni Membri (3): nominati dal Coordinamento delle Regioni	esprime gli indirizzi operativi, prevalentemente su un piano specifico agli screening, cui ONS deve attenersi; è responsabile della conduzione delle attività e del ruolo di sistema di ONS.
Direzione scientifica	Rappresentanti del network dei centri più esperti che vi concorrono con un rappresentante tra i quali è nominato un direttore,	attua per quanto di competenza gli indirizzi ricevuti, coordina e governa le attività di ricerca ecc
comitato scientifico	composto da esperti epidemiologi, rappresentanti delle società scientifiche ecc	Supporta la direzione scientifica
Struttura operativa	ISPO	nucleo gestionale di base con funzione di "hub", cui si raccordano i ruoli operativi dei vari centri del network

Indicatore per il monitoraggio dell'ACP: Istituzione tavolo tecnico tra Ministero, ISPO, Tavolo tecnico della Commissione salute delle Regioni (S/N)

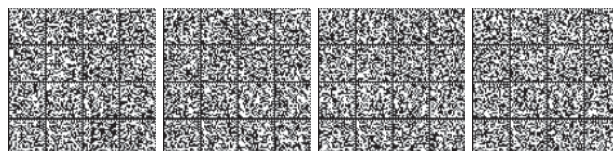
Definizione dell'assetto (S/N)

Risorse e budget: isorisorse; finanziamento attività ONS: azioni centrali CCM

Prodotto atteso: definizione del nuovo assetto istituzionale dell'ONS

Cronoprogramma (il mese "0" è definito dalla data di formalizzazione del DM sulle azioni centrali):

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Confronto tecnico tra Ministero, ISPO, Tavolo tecnico della Commissione salute delle Regioni												
Intesa Stato-Regioni												
Nomine e insediamento												



ACP 3.1 Definire alleanze con gli stakeholders

Razionale:

Il raggiungimento degli obiettivi di salute del PNP implica il coinvolgimento di molti portatori di interesse, anche se a volte con modalità e ruoli diversi. Stabilire alleanze e partnership diventa quindi strumento di attuazione delle policy. Per quanto attiene agli attori e portatori di interesse istituzionali, la dimensione strategica prevalente è quella degli accordi-quadro di cui all'ACP 1.5; tuttavia molti altri stakeholders sono in grado di favorire o sfavorire il raggiungimento degli obiettivi. Per tale motivo è opportuno definire una strategia di sistema per il coinvolgimento mediante atti istituzionalmente "deboli", di altri soggetti, come le associazioni o le società scientifiche degli operatori del SSN, che hanno capacità di rappresentare ed orientare i comportamenti. A questo riguardo gli atti a livello nazionale che impegnino le istituzioni del SSN e gli stakeholders possono costituire premessa ad atti articolati a livello regionale e elemento di riferimento univoco, al servizio degli obiettivi del PNP. Costituiscono premessa e anticipazione di questa ACP gli atti definiti in campo respiratorio (GARD), a sostegno di guadagnare salute, a sostegno degli screening con la LILT e a sostegno delle azioni centrali del PNP con le società scientifiche della sanità pubblica.

Responsabili: G. Filippetti; D. Galeone (istituzionali), A. Federici; M. Teresa Menzano (operativi)

Attori coinvolti: Ministero Salute; Associazioni e Società scientifiche

Obiettivo dell'azione: Definizione delle regole nei rapporti tra Ministero/Regioni e Società scientifiche e Associazioni.

Metodologia

- Definizione di un formato tipo di "atti d'impegno" a livello nazionale, condiviso col Tavolo tecnico della Commissione salute delle Regioni
- Individuazione stakeholders a livello nazionale e sigla di "atti di impegno"
- Proposta alle Regioni di replicare e contestualizzare a livello regionale

Indicatore per il monitoraggio dell'ACP 3.1 : stipula di almeno 4 accordi a livello nazionale

Risorse e budget: isorisorse

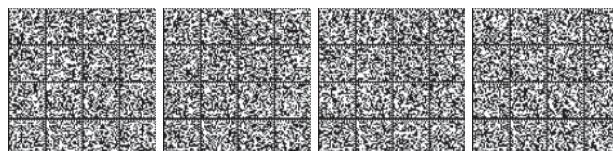
Prodotto atteso: atti di impegni a livello nazionale

Nota 1: confluiscono in questa ACP le seguenti azioni centrali di cui all'Allegato 2 dell'Intesa del 29/4/10:

- ✓ K 3.1 Coordinamento degli stakeholders coinvolti nei programmi di screening e delle attività a sostegno dello sviluppo dei programmi di screening

Cronoprogramma (il mese "0" è definito dalla data di formalizzazione del DM sulle azioni centrali):

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definizione di un formato tipo di "atti d'impegno"												
Stipula di atti di impegno a livello nazionale												



ACP 4.1 Codice di comportamento per la comunicazione in prevenzione

Razionale:

La comunicazione è parte essenziale della promozione di stili di vita salutari e di un appropriato uso degli interventi di prevenzione. Gli aspetti potenzialmente problematici di una mancanza di un approccio unico alla comunicazione riguardano:

- coerenza e sinergizzazione degli interventi di comunicazione con i contenuti della programmazione nazionale e regionale
- qualità della comunicazione
- uso efficiente delle risorse.

Per tali motivi è opportuno sviluppare un'azione sinergica che ottimizzi gli interventi di comunicazione nazionale e poi regionale, garantendo: la qualità della comunicazione; l'evidenza scientifica dei contenuti; la funzionalità rispetto agli interventi di programmazione; l'unitarietà nazionale e la differenziazione su base regionale.

Responsabili: G. Filippetti ,D. Galeone (istituzionali), MT Menzano, A. Federici (operativi)

Attori coinvolti: Ministero; Regioni, Presidenza del Consiglio.

Obiettivo dell'azione: Definizione di un Codice di comportamento, basato sulle evidenze scientifiche, per la realizzazione di campagne informative sulla prevenzione ad opera di istituzioni del sistema sanitario.

Metodologia

- definizione delle regole e dei contenuti del Codice per la comunicazione a sostegno del PNP e degli standard di prodotto
- confronto col Tavolo tecnico della Commissione salute delle Regioni
- proposta di adozione del Codice alla Presidenza del Consiglio e ai Ministeri
- pubblicizzazione del codice presso gli stakeholders

Indicatore per il monitoraggio dell'ACP 4.1: Definizione del Codice (S/N)

Risorse e budget: isorisorse

Prodotto atteso: Codice per la comunicazione a sostegno del PNP

Nota 1: il Codice comprende, tra l'altro, anche :

- una linea-guida per la progettazione di campagne di comunicazione in prevenzione per la popolazione che si articola nelle seguenti fasi principali;
 - predisposizione delle creatività;
 - definizione di un "piano degli spazi" sui media nazionali, con una rassegna degli spazi ottenibili a vario titolo;
 - fornitura alle Regioni delle creatività, per produrre piani di comunicazione contestualizzati alle realtà regionali;
- Linea guida per l'utilizzo delle risorse economiche disponibili presso le Amministrazioni centrali;
- Linee-guida sulla qualità della comunicazione ad opera degli operatori, compresi i MMG

Nota 2 confluiscono in questa ACP le seguenti azioni centrali di cui all'Allegato 2 dell'Intesa del 29/4/10:

Prevenzione eventi infortunistici stradali PNP paragrafo 3.2.a

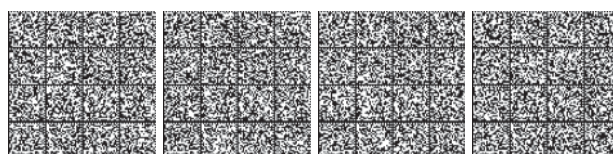
- B 4.1 Predisposizione di campagne di comunicazione

Prevenzione patologie da esposizione agenti chimici, fisici, biologici, PNP paragrafo 3.3.b

- G 4.1 – Definizione dei contenuti delle attività informative , da delineare in relazione alle esigenze regionali, per la comunicazione sul rischio

Prevenzione delle patologie e delle condizioni determinate da comportamenti e abitudini non salutari (sostegno a Guadagnare Salute) ; PNP paragrafo 3.4.b

- J 4.1 Attuazione della legge n.55/2005 promuovendo il consumo di sale iodato attraverso la sensibilizzazione della popolazione



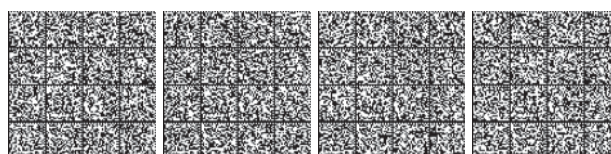
- J 4.2 – Realizzazione di interventi di educazione e di campagne di informazione sulle aree di Guadagnare salute con metodologie di provata efficacia
- J 4.3 Orientare la popolazione per la promozione della salute nei primi anni di vita mediante scelte di salute consapevoli e praticabili su 7 determinanti di salute interconnessi -comunicazione...

Diabete, PNP paragrafo 4.4

- M 4.1 Definizione di strumenti utili ed efficaci per una corretta comunicazione.

Cronoprogramma (il mese “0” è definito dalla data di formalizzazione del DM sulle azioni centrali):

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
istituzione tavolo tecnico												
Definizione del Codice												
Confronto col Tavolo tecnico della Commissione salute delle Regioni												
Proposta di adozione												
Pubblicizzazione												



ACP 5.1 Azione conoscitiva sull'assetto e le attività delle strutture deputate alla prevenzione

Razionale:

Le attività di prevenzione sono in generale affidate ai Dipartimenti di Prevenzione. Diverse di queste attività sono state sottoposte a critiche riguardo il fatto di non essere ad oggi fondate su evidenze scientifiche ed è pertanto nata un'attività di revisione critica (Evidence-Based Prevention) che non si è ancora conclusa. D'altra parte il presente PNP introduce in modo più marcato che in precedenza programmi di prevenzione secondaria e terziaria la cui competenza è tendenzialmente affidata a strutture del Distretto od anche dell'ospedale e pone esplicitamente il problema della integrazione tra strutture diverse (PNP 2.2; 4.1). Il rationale di questa azione risiede quindi nella necessità di avere informazioni di carattere scientifico sulla distribuzione degli assetti organizzativi e sulle best-practices (compresi PAT, PdZ, piani d'Area vasta, ecc.) per un approccio di crescita complessiva del sistema di prevenzione in Italia; infatti, le regioni, nella loro completa autonomia decisionale per gli assetti organizzativi, potranno giovare di conoscenze aggiornate e contestualizzate all'Italia. In generale, l'azione dovrà assumere un punto di vista intersettoriale, interdisciplinare, interprofessionale al fine di massimizzare gli apporti di plurimi "portatori di interesse".

Responsabili: Filippetti G (istituzionale), A. Federici (operativo)

Attori coinvolti: Ministero, Regioni, Società scientifiche, Università

Obiettivo dell'azione: Fornire elementi conoscitivi per una più integrata politica di prevenzione nei sistemi sanitari regionali.

Metodologia:

L'azione prevede - a partire dalla costituzione di uno steering committee - quattro linee di attività interconnesse ma autonome:

- Analisi organizzativa della prevenzione in Italia:
 - Politiche intersettoriali
 - EBP (interazioni con normativa)
 - Analisi strutturata per problemi di salute delle soluzioni organizzative
- Concettualizzazioni: seminari, workshop, position paper: strumenti "deboli" di supporto e orientamento (finalizzati a "portare in esercizio" le nuove conoscenze - elaborazioni - riflessioni)
- Creazione di network regionali delle migliori esperienze a supporto tecnico delle altre regioni
- Riflessione sull'impatto della stewardship

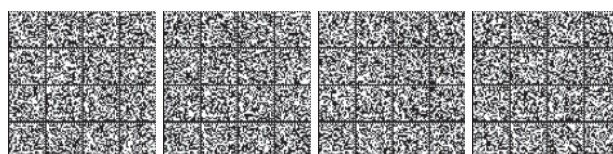
Indicatori per il monitoraggio dell'ACP 5.1: costituzione di uno steering committee; finanziamento del progetto di ricerca; Redazione di almeno un report

Risorse e budget: progetto da affidare al finanziamento del CCM

Prodotto atteso: Documento di sintesi sull'assetto e le attività delle strutture deputate alla prevenzione

Cronoprogramma (il mese "0" è definito dalla data di formalizzazione del DM sulle azioni centrali):

Mese	1	2	3	4	5	6		18	19	20	21	22	23	24
costituzione di uno steering committee														
Redazione del progetto di ricerca														
attuazione del progetto														



ACP 5.2 Azione conoscitiva sui bisogni e sulle migliori pratiche di integrazione socio-sanitaria nell'ambito della prevenzione

Razionale:

L'integrazione socio-sanitaria, oltre che prevista da numerose ed eterogenee normative, è elemento cruciale del welfare. Essa è pertinente alla programmazione della prevenzione da un lato perché è elemento costitutivo di una matura lettura "della persona al centro del progetto di salute", dall'altro perché un suo non efficiente e sistematico utilizzo è sia fattore di peggioramento o pregiudizio della salute degli individui fragili sia perché tende ad aumentare l'utilizzo, spesso improprio, delle strutture sanitarie. In questo scenario, la definizione e quantificazione dei bisogni di integrazione sociosanitaria per i soggetti fragili è elemento di partenza ineludibile per avere elementi conoscitivi utili a programmare il passaggio da una assistenza socio-sanitaria "di attesa" ad una "di iniziativa".

Responsabili: Filippetti G (istituzionale), L. Spizzichino (operativo)

Attori coinvolti: Ministero, Regioni, ANCI, Università, Ministero del lavoro e delle politiche sociali

Obiettivo dell'azione: Fornire elementi conoscitivi per una più sistematica ed efficiente integrazione "socio-sanitaria"

Metodologia:

- 1) Definizione di un disegno di studio per l'analisi strutturata per problemi di salute delle fragilità (analisi e quantificazione dei bisogni, studio delle migliori pratiche per l'integrazione sociosanitaria)
- 2) Esecuzione dello studio
- 3) Concettualizzazioni: seminari, workshop, position paper: strumenti "deboli" di supporto e orientamento (finalizzati a "portare in esercizio" le nuove conoscenze- elaborazioni- riflessioni)
- 4) Creazione di network regionali delle migliori esperienze a supporto tecnico delle altre regioni

Indicatori per il monitoraggio dell'ACP 5.2:

- ✓ costituzione di uno steering committee
- ✓ finanziamento del progetto di ricerca
- ✓ Redazione di almeno un report

Risorse e budget: progetto da affidare al finanziamento del CCM

Prodotto atteso: Documento di sintesi sui bisogni di integrazione sociosanitaria e sugli assetti organizzativi

Cronoprogramma (il mese "0" è definito dalla data di formalizzazione del DM sulle azioni centrali):

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
costituzione di uno steering committee												
Redazione del progetto di ricerca												
attuazione del progetto												

