

Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2009-2011

**Associazione Italiana Epidemiologia
Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
Società Italiana di Statistica Medica ed Epidemiologia Clinica**

Premessa

Il 23 giugno scorso, la Società Italiana d'Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIItI), l'Associazione Italiana di Epidemiologia (AIE) e la Società Italiana di Statistica Medica ed Epidemiologia Clinica (SISMEC) hanno incontrato gli estensori del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) presso la sede del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali.

All'incontro hanno partecipato Franco Blangiardi, Paolo Villari e Walter Ricciardi per la SIItI, Giuseppe Costa, Carlo Perucci e Adele Seniori Costantini per l'AIE, Gianni Corrao e Franco Merletti per la SISMEC. Per il Ministero erano presenti Giuseppe Filippetti e Antonio Federici. Il dott. Fabrizio Oleari, che aveva favorito tale incontro, non ha potuto essere presente per sopraggiunti importanti impegni.

All'incontro hanno partecipato anche il dott. Pier Luigi Macini e la dott.ssa Alba Finarelli, della Regione Emilia-Romagna, che erano stati invitati da AIE, SIItI e SISMEC a titolo di esperti in materia.

L'incontro era stato richiesto dalle tre società scientifiche per esprimere le proprie considerazioni sui contenuti e le priorità del PNP e anche sul processo di elaborazione e sulle strategie adottate. Erano state rese disponibili la versione del PNP del 3 aprile 2009 e quella del 9 giugno 2009 elaborate a seguito degli incontri tra il Ministero e il Coordinamento Interregionale della Prevenzione.

Il documento di seguito riportato, che è stato consegnato al Ministero, è il frutto di un precedente incontro intersocietario cui avevano partecipato i firmatari del documento stesso.

Tale documento è da intendersi ancora come un lavoro "in progress" dal momento che si è basato su versioni del PNP non ancora definitive e ufficiali.

Documento del gruppo intersocietario

1. Introduzione

Il primo Piano Nazionale della Prevenzione ha indubbiamente rappresentato un importante momento di svolta nelle politiche sanitarie del nostro Paese, perché per la prima volta è stato introdotto in questo fondamentale settore un metodo di programmazione strutturata che ha coinvolto tutte le articolazioni istituzionali ed organizzative del nostro sistema sanitario.

Il secondo Piano Nazionale può rappresentare un ulteriore importante passo avanti nella direzione di una politica di prevenzione globale, coordinata ed integrata in Italia.

Esso parte dalla piattaforma del precedente piano, dando valore ai suoi risultati e cercando di superarne i limiti. In particolare il documento si sforza di rendere espliciti i principi di riferimento e le basi scientifiche ed organizzative delle scelte e di renderle operative attraverso specifici orientamenti strategici e scelte di target ed azioni, rinviando ai Piani Regionali di Prevenzione la personalizzazione regionale dei target stessi, delle azioni e delle responsabilità

2. Strategia e metodo

Tuttavia in questo sforzo l'elaborazione di documenti di questo tipo potrebbe essere perfezionata sia nei contenuti sia nel processo di elaborazione.

In tema di **strategia** il documento (come già il precedente PNP) abbraccia, soprattutto nella edizione del 3 aprile) una strategia prevalente **senza menzionarla e giustificarla, quella per malattie evitabili**. Nella edizione del 9 giugno la strategia per malattie viene preceduta con una per determinanti, con una giustificazione fondata sulla tripartizione tra prevenzione collettiva, prevenzione per gruppi a rischio e prevenzione individuale, dove la prima richiederebbe una strategia per determinanti, la seconda e la terza una per patologie; ma anche in questo caso i problemi di prevenzione della seconda e della terza categoria potrebbero essere classificati per determinanti; mentre gli esiti di salute della prima potrebbero essere categorizzati per malattie.

E' necessario rimarcare che, nella valutazione delle politiche di sanità pubblica si fa distinzione tra differenti strategie: la prevenzione per "cause delle cause" (i determinanti distali), "malattie", "fattori di rischio" (i determinanti prossimali), "gruppi od aree ad alto rischio", "scenari o settings". Nessuna di queste strategie è autosufficiente da sola, tuttavia ognuna di esse ha dei limiti che vanno tenuti presenti; **l'adozione di una strategia prevalente dovrebbe essere presa secondo una consapevole giustificazione che ne esamina problemi e necessità di correzione con appropriate integrazioni con le altre strategie.**

In questo contesto, l'introduzione del chiarimento sulla medicina predittiva e la sua enfaticizzazione nel linguaggio utilizzato dal documento appare un passaggio non abbastanza giustificato. Da un punto di vista concettuale non appare giustificata **la distinzione tra medicina predittiva e resto della prevenzione**, poiché tutta la prevenzione si fonda intrinsecamente sull'applicazione di algoritmi predittivi più o meno sofisticati e accurati per identificare i soggetti/le imprese/i gruppi/le aree a cui offrire possibili soluzioni di prevenzione (dalla riduzione di esposizione di un fattore di rischio, ad una procedura diagnostica, ad una terapeutica).

Da un punto di vista operativo, la distinzione da operare risiede piuttosto nella distinzione tra interventi per i quali esiste adeguata documentazione scientifica sull'efficacia e interventi che necessitano ancora di essere valutati.

Questo vale ancor di più per quanto riguarda gli interventi di "medicina predittiva" a livello individuale, che, per il particolare contesto di applicazione in cui la persona viene indagata senza che ne abbia espresso una domanda, dovrebbero essere introdotti solo se sia stata valutata l'effettiva capacità di predire patologie ritenute prioritarie e se all'esecuzione di test e indagini

possano seguire interventi per prevenire lo sviluppo delle malattie e a condizione che non vi siano altri interventi di prevenzione con impatto maggiore sulla malattia e che non si producano discriminazioni sociali o di qualsiasi tipo.

Per quanto attiene il metodo vanno considerati tre aspetti principali:

- **il processo di elaborazione**
- **i paradigmi scientifici di riferimento**
- **la determinazione delle priorità.**

Per quanto attiene **il processo di elaborazione**, l'evoluzione delle diverse edizioni del documento dimostra che **sarebbe utile distinguere in modo più trasparente le fasi, gli obiettivi e i ruoli messi in campo** per la sua elaborazione e validazione del documento.

Nella fattispecie un documento di tale portata dovrebbe essere il risultato di:

- una fase politica di elaborazione di una lista di temi meritevoli di un "assessment" scientifico (l'indice potenziale del PNP);
- una fase istruttoria, affidata agli esperti tematici a cui chiedere di elaborare per ogni tema gli argomenti scientifici a sostegno della valutazione del piano precedente, dell'analisi dei bisogni, e della scelta delle azioni efficaci sicure e convenienti;
- una fase di rielaborazione di queste argomentazioni per ricavarne una lista di target-azioni e di indicatori di monitoraggio sostenibili, da affidare sempre a esperti
- entrambi i documenti di cui alle due fasi precedenti dovrebbero essere sottomessi a peer review a tutela della loro validità scientifica; le società scientifiche del settore potrebbero dare un contributo in questo senso;
- una fase di scrutinio delle proposte emerse dalle fasi precedenti per selezionare priorità sulla base della sostenibilità politica; questa fase coinvolgerebbe il livello amministrativo e politico dello Stato e delle Regioni, con eventuali formule di coinvolgimento delle parti professionali e sociali interessate (ad esempio nuovamente le società professionali e scientifiche);
- al livello regionale spetterebbe a questo punto di curare la trasferibilità del documento sul piano regionale.

L'attuale evoluzione del documento (alla edizione 9 giugno) è il risultato di un processo integrato tra queste diverse fasi e ruoli, senza una validazione scientifica indipendente, e senza la possibilità di attribuire i contenuti alla responsabilità di uno specifico ruolo titolato a pronunciarsi per quella fase. Questo fatto indebolisce la credibilità del documento. Occorrerebbe valutare se e come questo riordino si possa ancora recuperare in fase di trasferimento regionale (di cui al punto 7. del documento) .

Per quanto attiene **i paradigmi scientifici** si condivide l'impostazione del documento che esige di fare **riferimento alla necessità inderogabile di introdurre, finanziandoli, soltanto interventi sanitari adeguatamente supportati da adeguate prove di efficacia, mentre le ultime due bozze, dopo questi richiami di principio, non appaiono cogenti nell'introdurre nel piano solo interventi di provata efficacia.**

Per quanto concerne le **priorità** il documento, coerente con l'approccio prevalente "basato sulle malattie", introduce nell'elenco delle patologie oggetto di attenzione nuove priorità rispetto al precedente PNP, **senza giustificarle con argomentazioni scientifiche.** Questo fatto appanna la robustezza del documento e soprattutto la sostenibilità e governabilità del piano che non esegue vere scelte di priorità a livello nazionale e rimanda al livello regionale la decisione; concentrarsi di meno su troppe voci e di più sulle differenze da colmare renderebbe più convincenti gli obiettivi del piano.

A proposito di priorità, rileviamo che il documento **non considera adeguatamente l'estrema variabilità del nostro Paese** per quanto riguarda i bisogni di prevenzione (distribuzione dei fattori di rischio e risposte da parte dei servizi sanitari), sia in termini geografici (a svantaggio del Mezzogiorno), sia sociali (a svantaggio crescente delle posizioni sociali più sfavorite). E' noto che queste differenze sono evitabili e, quindi, costituiscono da un lato un problema di giustizia territoriale e sociale da affrontare, dall'altro il principale indicatore del potenziale di salute che un PNP possa acquisire con le sue azioni, quando sceglie delle priorità. **Non è giustificabile che un PNP consideri l'Italia una media.** Il rinvio di queste scelte alla personalizzazione regionale del PNP non risolve né il problema delle disparità regionali, che vanno affrontate con politiche condivise a livello nazionale; né il problema della riduzione delle differenze sociali, che, se non viene affermato come traguardo trasversale a tutte le regioni e a tutti i temi inclusi nel piano, difficilmente diventerà un criterio di scelta adottato operativamente nei piani regionali.

3. Contenuti e priorità

Nei contenuti, le principali debolezze dei documenti esaminati derivano dal fatto che, all'interno di una strategia, come detto centrata essenzialmente sulle malattie a maggiore impatto (dal punto di vista del Burden of Disease), per le quali sarebbe comunque opportuno che fossero citati i criteri per stabilirne le priorità, viene introdotta una **nomenclatura**, nel primo documento “- prevenzione primaria, predittiva, secondaria e terziaria”, nel secondo “prevenzione collettiva, sui gruppi e individuale”- con pregi e limiti, rispetto ai quali si vogliono sottolineare le seguenti preoccupazioni:

- il **vantaggio** di queste nomenclature è che **favoriscono l'allargamento di sguardo da parte della prevenzione** ai compiti e alle responsabilità di prevenzione degli esiti sfavorevoli per la salute delle storie di malattia in tutti i nodi del sistema sanitario, con un chiaro (forse ancora perfezionabile) mandato a tutto il SSN ad essere pro-attivo (e quindi preventivamente più efficace) nel disegno e nella gestione dei percorsi, almeno delle malattie incluse nei documenti; tra l'altro questo allargamento di sguardo e di mandato per la prevenzione coinvolge prevalentemente la responsabilità della funzione epidemiologica e di Sanità Pubblica (analizzare il percorso, valutare l'efficacia delle azioni di correzione, monitorare gli indicatori di risultato e processo), fatto che è molto apprezzato dalle società scientifiche;
- lo **svantaggio** più preoccupante di tale approccio è **la diluizione di priorità proprio sui temi della prevenzione primaria**, fatto che era molto evidente nella edizione di aprile del documento e che è stata ridimensionata nella edizione di giugno. E' noto, per esempio, come il fumo di sigaretta rappresenti in Italia (come in altri paesi sviluppati) il killer principale; è il fattore per il quale sono riconosciuti effetti sanitari gravi, ampiamente diffusi e prevenibili. Appare singolare come proprio su questo aspetto vi sia una limitata assunzione di responsabilità del SSN nel PNP sugli interventi di prevenzione dell'abitudine al fumo e sugli interventi per favorire la cessazione. E' ancora conseguenza di tale approccio la mancanza pressoché totale dei temi riguardanti le esposizioni ambientali che hanno una forte connessione con i problemi di salute. Si tratta di fattori di natura chimica, fisica o biologica responsabili della contaminazione dell'ambiente per i quali studi epidemiologici e/o tossicologici sono stati in grado di stabilire un nesso di causa-effetto con danni sulla salute. Si pensi all'inquinamento atmosferico, alle ondate di calore, al trattamento e smaltimento dei rifiuti, agli insediamenti industriali e ai siti di bonifica, all'esposizione ad amianto in ambito lavorativo ed extralavorativo, solo per citarne alcuni. Su questi temi vi sono responsabilità importanti del SSN nella sorveglianza epidemiologica, nella stima di impatto sanitario delle esposizioni ambientali, nella comunicazione alla popolazione e nelle funzioni

generali di advocacy. Sono i terreni sui quali il SSN diventa attore protagonista nei confronti di altre istituzioni non sanitarie per la tutela della popolazione e la promozione della salute. Questo vale anche per l'impatto sulla salute delle altre politiche non sanitarie, la cui rilevanza dovrebbe essere riconosciuta in omaggio alla strategia Salute in Tutte le Politiche, che è stata accolta dalla Conferenza intergovernativa di Dicembre 2007 a Roma, di cui non c'è traccia nei riferimenti internazionali di programmazione e indirizzo che il documento di PNP cita.

Nello specifico dei singoli temi, **una revisione scientifica dei vari paragrafi** (come suggerito al paragrafo sul processo di elaborazione) probabilmente porterebbe alla luce diverse osservazioni. Ad esempio gli argomenti a sostegno degli interventi per la prevenzione dei comportamenti suicidari andrebbero affinati, perché riguardano specifici gruppi ad alto rischio (donne post parto e post lutto) e specifiche responsabilità che possono solo essere gestite con i medici di medicina generale. Oppure gli argomenti a sostegno dei target sulla sicurezza del lavoro dovrebbero fare i conti meglio con il trend naturale degli infortuni e della sua variazione per infortuni lievi e quelli gravi e mortali, oltre che per il cambiamento della struttura produttiva. E inoltre nel capitolo sulla prevenzione vaccinale viene ignorata l'eterogeneità che attualmente caratterizza il nostro Paese, non solo a livello inter-regionale, ma all'interno delle stesse regioni e, addirittura, all'interno della stessa Azienda Sanitaria Locale.

Inoltre il documento si preoccupa di considerare alcuni impatti delle principali trasformazioni del contesto, come la globalizzazione, l'invecchiamento o la immigrazione, ma ne trascura altri che sono altrettanto critici in questa fase storica, come la crisi finanziaria con le sue ricadute sulla povertà, la disoccupazione, la struttura produttiva...

4. Governance e sostenibilità

In tema di governabilità sono stati rilevati alcuni limiti dei documenti. La sua focalizzazione sulle malattie rende particolarmente **complessa e difficile la correlazione ad altri documenti programmatori, sia nazionali che regionali**. Così le **linee operative del PNP, per quanto riguarda le responsabilità nazionali, rimangono indefinite** (al di là delle responsabilità di supporto tramite il CCM, che andrebbero riconfermate esplicitamente nel documento, ad esempio quella di valutare le prove scientifiche di rilevanza ed efficacia, di produrre prove nei casi dove prevalga l'incertezza, di assistere le situazioni più deboli, etc) e **non viene articolato un piano di raccordo, coordinamento e sviluppo con altri piani**, lacuna solo parzialmente recuperata nei confronti della strategia di Guadagnare Salute, e ignorata e nei confronti della Salute in Tutte le Politiche, che sottolinea l'importanza di un'azione intersettoriale ed interistituzionale nelle politiche sanitarie del Paese.

Le linee operative del PNP vengono poi delegate alle Regioni, secondo un **modello di governabilità** che rimane **da definire**, in particolare per quanto concerne i meccanismi di finanziamento (non solo in quota capitaria), i meccanismi di certificazione e controllo, gli eventuali meccanismi di sostituzione, supplenza o affiancamento e la pregevole attenzione all'**Evidence Based Prevention**, per rispetto all'autonomia regionale, esclude che si possano sottomettere a valutazione anche le **scelte organizzative** di sviluppo regionale e locale del PNP. In conclusione un lettore del PNP **non potrà capire dal documento quali diritti di prevenzione siano concretamente esigibili in ogni regione date le risorse disponibili**; sappiamo che questo dovrebbe essere un compito dei LEA, ma i documenti di piano dovrebbero rendere concreti i target e gli standard di funzionamento sui problemi prioritari, per colmare le lacune e le disparità più significative ed evitabili.

Il documento poi **non menziona**:

- altri aspetti del **“capacity building”** che sono essenziali per un PNP: la formazione e la gestione di competenze specifiche (es. epidemiologiche, igienistiche, di sorveglianza, di valutazione di impatto e di esito);
- gli **indirizzi prioritari** con cui il PNP vorrebbe influenzare la **ricerca** finalizzata ex art 12) e la **formazione** professionale (con cui il PNP dovrebbe indirizzare la formazione specialistica dei dirigenti medici e sanitari e quella di base delle professioni sanitarie) con particolare riferimento al **ruolo dell’Università degli Istituti di ricerca ed al loro raccordo con le Regioni**

L’Associazione Italiana Epidemiologia, la Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica e la Società Italiana di Statistica Medica ed Epidemiologia Clinica affermano la loro disponibilità a supportare l’azione del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali per un Piano che consenta il consolidamento e l’ulteriore sviluppo delle attività preventive nel nostro Paese, in coerenza con quanto sottolineato nel presente documento e rimangono a disposizione per ogni ulteriore approfondimento.

Esse si impegnano inoltre ad attivare forme integrate e continuative di collaborazione intersocietaria al fine di coordinare e integrare le proprie competenze armonizzandole alle finalità e agli interventi propri del PNP e delle sue articolazioni regionali e locali.

Hanno partecipato alla stesura del presente documento:

Pier Alberto Bertazzi, Milano
Annibale Biggeri, Firenze
Luigi Bisanti, Milano
Franco Blangiardi, Ragusa
Cesare Cislighi, Roma
Pietro Comba, Roma
Giovanni Corrao, Milano
Giuseppe Costa, Torino
Roberto De Marco, Verona
Francesco Forastiere, Roma
Ciro Gallo, Napoli
Carlo La Vecchia, Milano

Domenico Lagravinese, Bari
Marina Maggini, Roma
Franco Merletti, Torino
Cristina Montomoli, Pavia
Augusto Panà, Roma
Eugenio Paci, Roma
Carlo Perucci, Roma
Walter Ricciardi, Roma
Adele Seniori Costantini, Firenze
Gabriella Serio, Bari
Carlo Signorelli, Parma
Paolo Villari, Roma

Considerazioni conclusive e prospettive future

Durante l'incontro, alla sintetica illustrazione del documento è seguita una discussione che è stata ampia e libera.

Le "reazioni" dei colleghi del Ministero alle osservazioni fatte sono state (in sintesi):

- È vero, per quanto riguarda il metodo, che il processo non è stato inclusivo e trasparente;
- È vero che le osservazioni sono pertinenti;
- Il processo di elaborazione è però ormai in fase avanzatissima ed il compromesso raggiunto tra Stato e Regioni appare difficilmente emendabile;
- Si può però lavorare a livello di singole regioni che potrebbero tenere conto delle osservazioni fatte per modulare e declinare operativamente gli interventi;
- Si può avviare una collaborazione sin da subito per il prossimo PNP;
- Si riconosce l'importanza del contributo delle tre Società Scientifiche.

SITI, AIE e SISMEC concordano sull'importanza di continuare la collaborazione e di stabilizzare il gruppo di lavoro intersocietario anche per costituire un interlocutore credibile, qualificato e "comune" per le diverse Regioni.

Si prevede una prossima riunione a settembre per elaborare un piano di lavoro con le singole Regioni che vogliano prendere in considerazione il contributo delle associazioni alla stesura dei Piani Regionali e per avviare l'elaborazione di un documento propositivo sulla prevenzione da inserire nel prossimo Piano Sanitario Nazionale che verrà elaborato dalla Direzione generale della Programmazione Sanitaria.