

ANTONIO BOCCIA*, WALTER RICCIARDI**
E PAOLO VILLARI*

PRESENTAZIONE

L'obiettivo della Fondazione Smith Kline di pubblicare un Rapporto Prevenzione annuale, che si affianca al consueto Rapporto Sanità, si inserisce in un particolare momento storico del nostro paese e del mondo, in cui è assolutamente indispensabile che la prevenzione sia irrobustita e rilanciata, e questo per almeno tre ordini di motivi. In primo luogo, è ben noto che la prevenzione è in crisi nei momenti di crisi: l'attuale situazione economico-finanziaria impone revisioni severe della spesa pubblica e, nell'ambito della spesa sanitaria, le attività di prevenzione corrono il rischio di essere considerate meno prioritarie rispetto ad altre. In secondo luogo, proprio la limitatezza delle risorse disponibili richiede che queste ultime siano utilizzate in modo non soltanto efficiente, ma anche efficace così da creare «valore» in termini di salute e benessere dei cittadini, ed è ben noto che molti interventi di prevenzione, soprattutto a medio-lungo termine, sono in grado di fare ciò. In terzo luogo, il modello della programmazione della prevenzione, decollato da relativamente poco tempo nel nostro paese, che prevede la stesura di un Piano Nazionale della Prevenzione e, a cascata, di Piani Regionali che tengano conto sia delle linee di indirizzo centrali che dei particolari contesti locali, necessita di fisiologiche revisioni e di un definitivo consolidamento.

L'iniziativa della Fondazione Smith Kline si svolge in collaborazione con la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (Siti) e ha previsto la costituzione di un gruppo di esperti per discutere lo stato

* Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma.

** Dipartimento assistenziale di Sanità Pubblica, Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma.

della prevenzione in Italia anche nel più ampio contesto europeo, per analizzare e diffondere le migliori pratiche preventive e per proporre innovazione in termini di politica sanitaria, di percorsi organizzativi e di tecnologie. Il gruppo di esperti è così costituito:

Prof. Antonio Boccia, direttore Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Siti;

Prof. Francesco Calamo Specchia, Università Cattolica del Sacro Cuore;

Prof. Cesare Cislaghi, Agenzia per i Servizi sanitari regionali, Università di Milano;

Dott. Antonio Federici, ministero della Salute;

Dott. Fausto Francia, Ausl di Bologna, Siti;

Dott. Domenico Lagravinese, Asl di Bari, Siti;

Dott. Lorenzo Marensi, Asl 3 genovese, Siti;

Dott. Fabrizio Magrelli, Asl RM/B Roma;

Dott.ssa Anna Lisa Nicelli, Fondazione Smith Kline;

Dott.ssa Maria Grazia Pompa, ministero della Salute;

Prof. Giovanni Renga, Università di Torino, Fondazione Smith Kline;

Prof. Walter Ricciardi, Direttore Dipartimento assistenziale di Sanità Pubblica, Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma, Siti;

Dott. Giuseppe Scaramuzza, Cittadinanzattiva;

Prof. Carlo Signorelli, Università di Parma, Siti;

Prof. Marco Trabucchi, Università di Tor Vergata, Fondazione Smith Kline;

Prof. Paolo Villari, Sapienza Università di Roma, Siti.

Il volume di quest'anno, il cui coordinamento editoriale è stato curato da Maurizio Bassi, Fondazione Smith Kline, che rappresenta la III edizione del Rapporto Prevenzione, è suddiviso come al solito in una prima parte dedicata alle attività dell'Osservatorio Italiano sulla Prevenzione (Oip) ed una seconda parte relativa allo specifico tema della *governance* della prevenzione.

L'Osservatorio Italiano sulla Prevenzione (Oip) costituisce una esperienza da ritenersi complessivamente originale nel contesto della sanità pubblica italiana di costruzione ampiamente partecipata da parte degli operatori dei Di-

partimenti di Prevenzione di uno strumento di valutazione qualitativa e di rilevazione quantitativa di tutte le attività di prevenzione svolte nel Servizio Sanitario Nazionale, da sottoporre poi alla compilazione degli stessi operatori. Domenico Lagravinese e Francesco Calamo Specchia, dopo averne tracciato i lineamenti teorici fondamentali nel 2010, e aver riportato i risultati di una prima rilevazione sperimentale nel 2011, forniscono nella prima parte del volume di quest'anno *risultati provenienti da almeno un Dipartimento per regione*, al fine di avvicinarsi sempre più a una piena rappresentatività statistica e «politica» del mondo (o dei mondi) della prevenzione italiana, e di preparare una auspicabile generalizzazione e stabilizzazione dell'Oip proponendolo ai decisori istituzionali come strumento, certo ancora modulabile e perfezionabile, ma già con un suo radicamento e una sua affidabilità.

Il concetto che la prevenzione rappresenta una chiave di volta essenziale nel promuovere la salute ed il benessere delle popolazioni è ampiamente radicato a livello europeo. L'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) ha recentemente redatto il documento politico *Health 2020*, opportunamente tradotto in questo Rapporto Prevenzione, che si apre con la dichiarazione che gli obiettivi dei paesi europei devono comprendere il miglioramento della salute e del benessere delle popolazioni, la riduzione delle disuguaglianze di salute, il rafforzamento della sanità pubblica e la garanzia di sistemi sanitari universalistici, equi, sostenibili e di elevata qualità. Gli obiettivi strategici di *Health 2020* sono di migliorare la salute per tutti e di ridurre le disuguaglianze di salute e di perfezionare la *leadership* e la *governance* partecipativa per la salute, individuando quattro aree prioritarie: adozione di un approccio *life-course* e promozione dell'*empowerment* dei cittadini; attenzione alle malattie infettive e cronico-degenerative; rafforzamento dei sistemi sanitari centrati sulla persona, delle competenze di sanità pubblica e delle capacità di rispondere alle emergenze; creazione di comunità e di ambiente in grado di supportare positivamente la salute.

L'importanza assegnata alla prevenzione e alla sanità pubblica è testimoniata anche dalla esplicitazione chiara, sempre da parte dell'Oms, delle attività di sanità pubblica ritenute essenziali (*Essential Public Health Operations*, Epha) che comprendono: 1) sorveglianza delle malattie e valutazione dello stato di salute delle popolazioni; 2) identificazione dei problemi di salute e dei rischi sanitari nelle comunità; 3) preparazione e pianificazione per le emergenze di sanità pubblica; 4) attività di protezione della salute (ambienti di vita e di lavoro, sicurezza alimentare, altro); 5) prevenzione delle malattie; 6) promozione della salute; 7) assicurazione di forza lavoro competente nel campo della sanità pubblica e nel sistema sanitario; 8) *governance*, adeguato finanziamento e promozione della qualità in sanità pubblica; 9) comunicazione efficace in sanità pubblica; 10) ricerca applicata.

I principali elementi che riguardano la pianificazione degli interventi di prevenzione nell'ambito del più generale tema della programmazione sanitaria nazionale sono sintetizzati nel contributo di Fabrizio Oleari, nell'ottica di descriverne in particolare la *governance*. La cosiddetta *stewardship* si candida 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. La recente esperienza della programmazione della prevenzione nel nostro paese ha costituito e costituisce un processo di grande valore non solo per il merito, ma anche per il consolidarsi nella pratica della nuova *governance* basata sulla devoluzione.

Il percorso che conduce a «capire» cosa voglia in pratica dire la *stewardship* è tuttavia, come ben esplicitato da Antonio Federici nel suo contributo, solo all'inizio. La *stewardship* è per molti versi un concetto nuovo per i sistemi sanitari e l'approccio teorico non ha ancora sostanzialmente raggiunto il livello operativo. Dopo la descrizione del *framework* concettuale della *stewardship*, Federici ne espone l'applicazione al Piano Nazionale della Prevenzione (Pnp) 2010-2012, che ha portato alla defini-

zione e alla impostazione delle cosiddette Azioni centrali e alla successiva identificazione delle Azioni centrali prioritarie nella prospettiva del sistema prevenzione, concludendo opportunamente che la valutazione di efficacia e di efficienza del processo debba essere necessariamente materia di studio empirico.

Il tema dell'analisi della *stewardship* e, in particolare, del suo livello di implementazione è affrontato anche nel contributo di de Belvis *et al.*, in cui si presentano le basi concettuali e il percorso metodologico dello sviluppo di uno strumento di valutazione (*audit tool*) del livello di sviluppo della *stewardship* per l'attuazione delle Azioni previste dal Pnp nelle regioni italiane. Lo strumento potrebbe consentire di posizionare quali-quantitativamente ogni regione rispetto alle prerogative istituzionali, alle regole di sistema e alla gestione effettiva di tale strumento nei rapporti con le Asl e con i principali *stakeholder* interni ed esterni.

Il nuovo Pnp 2010-2012 contiene diverse caratteristiche interessanti che lo rendono, per certi versi, «innovativo» rispetto al piano precedente. Tra queste vi è sicuramente la chiara definizione dei ruoli delle istituzioni degli obiettivi di prevenzione (con l'individuazione delle linee di supporto o azioni centrali affidate al Ministero della Salute e delle linee di intervento affidate alla programmazione regionale). Ne consegue che ampia autonomia viene lasciata alle regioni relativamente agli obiettivi generali di salute da perseguire e alle linee di intervento da implementare sotto forma di specifiche attività progettuali. Un'analisi descrittiva complessiva dei progetti dei diversi Piani Regionali della Prevenzione (Prp), come quella effettuata da Marzuillo *et al.*, può rivelarsi molto utile per capire gli indirizzi regionali, evidenziando, ad esempio, che la maggior parte dei progetti riguarda la macroarea della prevenzione universale. Le esperienze di alcune regioni nella *governance* della prevenzione sono poi descritte in dettaglio nei contributi di Russo (Veneto), Coppola e Gramegna (Lombardia), Cauzillo e Locuratolo (Basilicata) e Fantini e Macini (Emilia-Romagna).

Il contesto italiano della sanità pubblica sembra essere caratterizzato dall'assenza di una *leadership* forte e dal ritardo di una *advocacy* efficace. È questo il messaggio principale contenuto nel contributo di Ricciardi e Lazzari, che sottolineano come paesi come l'Italia siano vecchi demograficamente e culturalmente ed ancorati a prassi consolidate e a modelli del passato, non di per sé negativi, anzi, ma spesso inadeguati a fronteggiare le sfide contemporanee. Risulta piuttosto difficile affrontare il cambiamento senza adeguati strumenti che permettano di favorire una trasformazione del contesto di riferimento, e ciò può avvenire solamente tramite adeguate *leadership* e *advocacy*, di cui vengono delineati gli aspetti teorici e applicativi di riferimento. Solo in questo modo è possibile far capire quanto sia fondamentale non seguire passivamente il consenso, ma persuadere e guidare le comunità verso obiettivi più soddisfacenti per tutti.

Al complesso rapporto tra prevenzione e consenso politico è dedicato il contributo di Carlo Signorelli, in cui i diversi esempi descritti dimostrano che le potenzialità delle iniziative di prevenzione primaria e secondaria al fine di raccogliere consenso politico sono elevate e ciò a prescindere dai risultati che spesso emergono dopo molti anni quando il politico che ha promosso le iniziative non riveste più quel ruolo. Il compito del mondo scientifico e, in particolare, degli esperti di sanità pubblica che rivestono i ruoli di consulenti e fiduciari dei decisori politici è invece quello di illustrare sia le recenti evidenze scientifiche sia, soprattutto, la rilevanza sociale del fenomeno e le ricadute positive in termini economici e sociali.

Ma di quali evidenze scientifiche abbiamo bisogno nell'ambito della prevenzione? È questa la tematica affrontata nel contributo di Fabrizio Faggiano, in cui viene puntualizzato non solo che abbiamo bisogno di solide evidenze scientifiche di efficacia degli interventi preventivi, ma anche che gli interventi preventivi implementati non soltanto in Italia, ma in un contesto più globale, molto spesso mancano di questo requisito. Si tratta, ovviamente, di un qualcosa che non ci possiamo permettere.

Sviluppare la produzione di interventi preventivi innovativi, valutare in modo appropriato gli interventi ritenuti più promettenti, costruire un sistema di diffusione degli interventi efficaci e sviluppare metodologie di valutazione costo-efficacia capaci di stimare l'impatto a breve e a lungo termine sulla salute della popolazione, ma anche a livello economico ed organizzativo, della disseminazione di interventi efficaci, sono le soluzioni proposte, che richiedono l'impegno individuale di tutti i ricercatori e gli operatori di sanità pubblica, ma anche necessariamente di un approccio di sistema.

Qualsivoglia ragionamento sulla *governance* della prevenzione non può prescindere dal prendere in considerazione l'attuale contesto di crisi economico-finanziaria. In tempi di crisi la prevenzione è a rischio. Tuttavia la difesa della prevenzione in tempi di crisi non può essere una difesa di principio. In questo senso il contributo di Cislighi e Giuliani è quanto mai attuale, anticipando temi che saranno oggetto di futuri Rapporti Prevenzione. Nell'ambito dell'economia della prevenzione, esistono tre aree di valutazione che è possibile svolgere: la prima è quella della compatibilità economica di sistema, la seconda è la convenienza della prevenzione sulla terapia e la terza è la convenienza della prevenzione su un qualsiasi uso alternativo delle risorse economiche. Tutte e tre le aree devono essere adeguatamente sviluppate e considerate nei processi decisionali, tenendo presente che la prevenzione non è solo una componente della spesa sanitaria ma è anche un settore di investimento che può innescare elementi di crescita in questa fase di depressione economica.

Il ruolo delle società scientifiche nella programmazione della prevenzione è analizzato nel contributo di Costa *et al.*, evidenziando che le società scientifiche possono fornire tre tipi di contributi essenziali nei processi decisionali preventivi: la revisione scientifica, la produzione di nuova conoscenza scientifica e la costruzione di capacità di innovazione. Nel passato i documenti di programmazione preventiva sono stati il risultato di un processo integrato tra analisi dei bisogni, valutazione delle azioni,

e scelta di priorità, senza una validazione scientifica indipendente. L'integrazione nei processi decisionali della conoscenza di cui sono cultori le società scientifiche possono sicuramente rafforzare la credibilità dei documenti di programmazione. La recente intesa formalizzata tra il ministero della Salute, la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (Sipi), l'Associazione Italiana di Epidemiologia (Aie) e la Società Italiana di Statistica Medica ed Epidemiologia Clinica (Sismec) rappresenta sicuramente una scelta di sistema a vantaggio della salute pubblica e segna indubbiamente un passo in avanti verso istituzioni ben disegnate e funzionanti.

Ma il messaggio conclusivo che emerge dal Rapporto Prevenzione 2012 è probabilmente che il recente decollo del sistema della programmazione della prevenzione nel nostro paese, che necessita sicuramente di aggiustamenti e modifiche, ha innescato un dibattito virtuoso a livello di ministero, regioni, società scientifiche, accademie e strutture del Ssn, riconoscendo alla prevenzione un autorevolezza nuova dopo anni di sottovalutazione.