



CONSULTAZIONE STAKEHOLDER

“Sperimentazione di una metodologia per la consultazione degli stakeholder per la scelta di priorità nei piani di prevenzione”

A cura di S Pilutti, G Costa, C Piccinelli, C Senore.



Sommario

Premessa: le priorità nella prevenzione	3
Obiettivi: costruire priorità consapevoli e strategiche.....	3
Una metodologia ripetibile per le regioni	4
Effetti attesi sul piano di prevenzione	4
Attori coinvolti.....	4
La teoria: schemi concettuali e coordinate d’azione.....	6
Sperimentazione del Processo di Consultazione in Piemonte	7
Risultati: indicazioni sul metodo e sui piani di prevenzione.....	11
Appendici	Errore. Il segnalibro non è definito.
1. Materiale per la conduzione della Consultazione individuale	Errore. Il segnalibro non è definito.
2. Analisi della Consultazione degli Stakeholder presentata per la Decision Conference	Errore. Il segnalibro non è definito.
3. Scenari elaborati attraverso il simulatore interattivo costo-efficacia degli interventi di prevenzione su fumo e sedentarietà.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
4. Sintesi del processo di sperimentazione del percorso di consultazione	Errore. Il segnalibro non è definito.

Premessa: le priorità nella prevenzione

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 individua tra i principali obiettivi la riduzione del carico prevenibile di morbosità, mortalità e disabilità dovuto alle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) intervenendo sia sulla diagnosi precoce, sia sui fattori di rischio comportamentali. Le regioni dovranno definire entro settembre 2021 i Piani Regionali di Prevenzione (PRP), sulla base delle indicazioni contenute nel PNP 2020-2025.

In passato, nella maggior parte dei casi, la costruzione dei Piani regionali è avvenuta facendo affidamento sulle pratiche più facilmente percorribili e proponendo le attività su cui nel tempo sono state costruite routine ed expertise che le rendono più facilmente reiterabili, senza una selezione delle priorità basata su criteri espliciti e condivisi.

Il principale driver della stesura dei Piani risulterebbe così essere l'esperienza passata, con scarsa, se non nulla, capacità di lavorare sulla formulazione di scenari futuri, anche di breve periodo, anche se oggi si scrivono i Piani che verranno applicati nei prossimi 5 anni.

Questo modo di concentrarsi sul presente, manifestando comportamenti che alcuni definiscono autoreferenziali, pericolosi e con scarsa capacità di impatto, è un tratto che in letteratura emerge e identifica una nuova tendenza diffusa in vari ambiti. La cosiddetta "defuturizzazione" (Zamengo e Valenzano, 2015¹), risulta, però, quasi un paradosso parlando di Piani di prevenzione.

La complessità e l'incertezza con cui si evolvono i sistemi sociali, il fatto che molti fenomeni sono interdipendenti tra loro e si sviluppano in modo non lineare, rende molto difficili da prevedere le dimensioni che intervengono nel modificare i contesti sociali, organizzativi e territoriali. Il "futuro", così difficilmente controllabile, rappresenta una sfida con cui i Piani di Prevenzione dovrebbero misurarsi, secondo l'idea che il futuro possa in ampia misura dipendere proprio dalle azioni appropriate poste in essere per tempo dagli attori sociali e dalle modificazioni dei comportamenti individuali e collettivi.

Obiettivi: costruire priorità consapevoli e strategiche

Il progetto CCM "Scegliere le priorità di intervento per prevenire il carico delle malattie croniche non trasmissibili" si avvale dell'esperienza del Laboratorio della Prevenzione realizzata in Piemonte nel 2016 e ha l'obiettivo di costruire strumenti e metodologie che rafforzino le conoscenze dei decisori e supportino le loro scelte in ambito di politiche sanitarie della prevenzione. Inoltre, seguendo le indicazioni del PNP 2020-2025, il percorso lavora per integrare l'azione dei diversi attori che operano nel settore della Sanità Pubblica, a livello di Piani di settore (soprattutto Cronicità), e degli stakeholder attivi sul territorio. La loro azione congiunta dovrebbe ridurre il carico di malattie croniche non trasmissibili nella popolazione.

Il progetto ha, quindi, l'obiettivo di migliorare la prevenzione, favorendo l'utilizzo consapevole e coordinato della conoscenza e della sperimentazione:

- rendere fruibili in modo semplice, chiaro e sistematico conoscenze scientifiche indispensabili per poter fare scelte consapevoli, strategiche ed efficaci nell'ambito della prevenzione;
- far crescere le cosiddette "intelligenze strategiche" (Poli, 2019²), ovvero creare le condizioni affinché le persone siano collettivamente in grado di utilizzare le conoscenze per descrivere, immaginare e progettare scenari possibili/alternativi/futuri e in questo modo incidere sulle tendenze critiche come quelle relative all'aumento delle disuguaglianze;

¹ Zamengo F., Valenzano N. (2015) *La defuturizzazione e l'egemonia presentista. Il pensiero utopico come risorsa per uscire dalla crisi*, in "Metis" doi.org/10.12897/01.00095.

² Poli R. (2019), *Lavorare con il futuro. Idee e strumenti per governare l'incertezza*, Egea, Milano.

- sollecitare processi di creatività capaci di far emergere tutte le alternative in gioco e le soluzioni possibili attraverso l'interattività, la cooperazione, il coordinamento tra soggetti e risorse differenti mobilitabili sul territorio e nella comunità.

Una metodologia ripetibile per le regioni

È stata adottata una metodologia mista che attinge a diverse tecniche disponibili in letteratura che valorizzano la partecipazione e il confronto tra portatori di interesse, l'emersione di una visione condivisa e la costruzione di scenari prospettici su cui intervenire adottando priorità di scelta e soluzioni condivise da mettere in atto.

Il percorso proposto è infatti una consultazione di stakeholder che si avvale dell'approccio Delphi il quale fa perno sul "giudizio informato" di soggetti esperti, sul processo di rafforzamento delle loro capacità per il miglioramento dei servizi e dell'organizzazione (**Capacity Building**) e sull'attivazione del **Community Lab**, ovvero la metodologia centrata sul coinvolgimento collettivo. Essa prende avvio dalla valorizzazione delle singole esperienze per trarre indicazioni operative nei processi decisionali e nella programmazione delle attività.

Il processo di consultazione del Laboratorio si muove pertanto su tre livelli di interazione:

- Di condivisione e capitalizzazione di esperienze e competenze da parte della molteplicità di attori che, a vari livelli, hanno voce nelle azioni di prevenzione primaria e che partecipano alla progettazione del PRP.
- Di apprendimento, di confronto e di progettazione di sinergie creative che introducono elementi di svolta e di suggerimento per il superamento delle criticità, riordinando e ricombinando elementi della conoscenza disponibile.
- Di rielaborazione in cui l'apprendimento collettivo porta a delineare strategie condivise che valorizzino i contributi dei differenti livelli decisionali per adattare la policy allo specifico contesto a cui dovrà essere orientata e per promuovere sistemi integrati di risposta ai bisogni emergenti e aperti alle nuove istanze che vengono dalla società.

Effetti attesi sul piano di prevenzione

Le ricadute attese del processo di consultazione sono di due tipi:

- Aumentare il livello di informazione dei decisori che realizzano il piano di prevenzione, attraverso l'analisi delle possibili azioni di miglioramento e degli impatti che potrebbero generare sul contesto e sulle cronicità.
- Sviluppare il confronto e la cooperazione tra gli attori del piano, per favorire la socializzazione delle rappresentazioni e la creazione di sinergie, anche attivando risorse esterne.

Attori coinvolti

L'interrogativo per le politiche di prevenzione è capire quali scelte effettuare e quali strategie adottare per massimizzare l'effetto degli interventi che verranno messi in atto, alla luce dei livelli di risorse, competenze, strutture, ecc. che possono essere mobilitate. Riflettere su questo interrogativo richiede di prendere in esame diverse possibilità di azione, all'interno di scenari che possono modificarsi nel tempo e nei luoghi, secondo criteri di valutazione complessi che tengono conto dei più importanti fenomeni che i soggetti coinvolti vedono già avvenire o si prefigurano concretamente come tendenze che possano incidere sui prossimi anni. La forza dei Piani starebbe nella capacità di cogliere spazi di miglioramento dell'impatto sulla cronicità, da promuovere in ciascuno dei differenti scenari che è realistico immaginare.

Per questo il percorso di consultazione ha investito molte energie nella prima fase di individuazione dei partecipanti, in modo da assicurare il coinvolgimento di soggetti portatori di punti di vista differenti e rilevanti. Si tratta quindi di una pluralità di soggetti interessati o coinvolti nella definizione o attuazione dei Piani di Prevenzione della Salute in Piemonte, in particolare per ciò che riguarda l'attenzione agli stili di vita e alla cronicità.

Sono state individuate e coinvolte 12 tipologie di soggetti, sanitari e non, che compongono altrettanti cluster:

- **Decisori Regionali** – con particolare attenzione all'ambito della Prevenzione e della Programmazione Sanitaria;
- **Decisori Comunali** – Sindaci, assessori, ecc. che nell'ambito del loro mandato sono chiamati a svolgere un ruolo attivo nell'organizzazione e nella gestione della salute, anche e soprattutto in termini di prevenzione e corretti stili di vita (come recentemente sottolineato proprio dall'ANCI e dal network mondiale Cities Changing Diabetes³);
- **Fondazioni Bancarie** – che promuovono policy consolidate e nuove e ne sostengono spesso le fasi di ideazione e implementazione;
- **Dipartimenti di Prevenzione** – protagonisti della definizione, stesura e messa in opera dei Piani di Prevenzione;
- **Ordini Professionali** – che hanno un ruolo chiave nell'orientamento e nell'aggiornamento dei professionisti;
- **Inter reti specialistiche** – coinvolte nei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), strumento di coordinamento per operatori, che consente di strutturare e integrare attività e interventi in un contesto in cui diverse specialità, professioni e aree d'azione (ospedale, territorio, ecc.) sono implicate nella presa in cura attiva e globale del paziente;
- **Clinici specialisti sui fattori di rischio** – esperti di prevenzione primaria e secondaria;
- **I medici di Medicina Generale** solisti o in medicina di gruppo, che hanno un ruolo cruciale nella relazione con i cittadini;
- **Università** – in particolare sono stati coinvolti gli atenei piemontesi che sono parte della Rete delle Università per lo Sviluppo Sostenibile – RUS (<https://reterus.it/cibo/>) e che partecipano all'Atlante del Cibo di Torino Metropolitana (<https://atlantedelcibo.it/>);
- **Sindacati** – impegnati nella rappresentanza dei cittadini e dei loro bisogni di salute, con particolare attenzione alle disuguaglianze;
- **Terzo settore (diviso in due sottogruppi)** – dal momento che questo cluster contiene un'ampia rappresentanza di soggetti associativi nell'ambito del volontariato e delle imprese sociali, si è proceduto a definire ulteriori sottogruppi omogenei per tipologia di missione: un ambito più strettamente sanitario, di accompagnamento per soggetti fragili, di rappresentanza della cittadinanza attiva e l'altro di tutela dell'ambiente e della sostenibilità del mondo dello sport.

Nel complesso, dunque, la sperimentazione Piemontese ha identificato 12 cluster di stakeholder, coinvolgendo 39 partecipanti in 15 incontri di consultazione.

³ <http://www.anci.it/bianco-indispensabile-sinergia-tra-autorita-sanitarie-e-comuni-da-qui-passa-la-sfida-decisiva/>;
<http://www.anci.it/bianco-indispensabile-sinergia-tra-autorita-sanitarie-e-comuni-da-qui-passa-la-sfida-decisiva/>

La teoria: schemi concettuali e coordinate d'azione

Le principali **dimensioni conoscitive** valutate nella Consultazione come schemi concettuali capaci di orientare le scelte di azione dei piani di prevenzione riguardano:

- la consapevolezza della relazione tra stili di vita (fattori di rischio) e impatto sulla salute (MNCT);
- la massimizzazione del rapporto efficacia-costi degli interventi;
- l'adozione di strategie per la riduzione delle disuguaglianze di salute.

Si tratta di dimensioni almeno in parte controvarianti. Infatti, secondo il noto effetto *creaming off* perseguire il massimo risultato in termini di costi-efficacia può essere più facile se ci si rivolge a target meno problematici, quelli per i quali si raggiunge appunto il migliore risultato a parità di costo. Questo tuttavia potrebbe essere dissonante con un orientamento ai target più fragili e potrebbe generare anche un aumento delle disuguaglianze. Tale *trade-off*, in caso di incentivi, potrebbe spingere gli operatori verso comportamenti tesi a migliorare i risultati a parità di costi senza impegnarsi sul piano dell'equità; oppure a trascurare una equilibrata valutazione dei costi nell'intento di promuovere e tutelare l'accesso ai servizi e l'acquisizione di *capabilities* da parte di utenti dotati di minori risorse e con minore capacitazione (Sen, 1986⁴).

A parità di target, gli interventi possono avere maggiore efficacia rispetto al costo a seconda della strategia scelta, che può anche differenziarsi per la capacità di mobilitare risorse sociali, tra cui quelle dello stesso cittadino cui l'intervento si rivolge. Anche a parità di efficacia e di target può essere diverso l'orizzonte temporale prevedibile per il raggiungimento dei risultati attesi.

La conoscenza dell'efficacia degli interventi, del loro costo e della distribuzione temporale dei benefici attesi può guidare in misura differente l'azione dei vari stakeholder in funzione sia dell'effettivo utilizzo di questa conoscenza sia della natura del soggetto e della missione che persegue. Si assume, infatti, che le conoscenze scientifiche possano promuovere scelte più consapevoli, ma che le dimensioni in gioco nelle scelte e nell'agire strategico possano essere di varia natura e strutturare diversi ordinamenti delle priorità.

A tal fine, il nostro schema concettuale fa leva su 4 **ambiti di azione** (declinati in 12 specifiche azioni) che abbiamo ritenuto essere potenziali ambiti di miglioramento della prevenzione, alla luce delle più recenti teorie sull'Integrated Community Care Model (ICC⁵) e più in generale sulle esperienze di intervento territoriale:

1. Contesti territoriali e/o comunitari specifici su cui è opportuno concentrare l'attenzione. Ad esempio su territori dove sono presenti attori che possono facilitare il miglioramento, oppure aree come quelle della Strategia Nazionale per le Aree Interne⁶ dove si può tentare di rafforzare la spinta verso l'integrazione dei servizi.
2. Target specifici di cui è opportuno occuparsi prioritariamente per promuovere il miglioramento. Ad es. la crescente attenzione alle politiche di genere potrebbe rendere prioritario rivolgersi alle donne, piuttosto che agli uomini o viceversa.
3. Opportunità che si manifestano in un particolare momento. Le opportunità possono essere di differente natura, ad es. bandi che consentono di attivare le azioni celermente o maggiori disponibilità di risorse economiche o professionali o cambiamenti normativi.
4. Integrazioni e interazioni più strutturate tra soggetti, azioni e policy. Si intendono in specifici approcci che riconoscano e potenzino le ricadute sulla salute che provengono da politiche sanitarie o da politiche ambientali, oppure da una migliore capacità di relazionarsi e di agire a differenti livelli di competenza (locale, regionale, nazionale) o di cooperazione professionale tra professionalità (medici, infermieri, farmacisti, ecc.).

⁴ Sen A. (1986). *Scelta, benessere, equità*. Bologna: Il Mulino.

⁵ https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf

⁶ <https://www.agenziacoesione.gov.it/strategia-nazionale-aree-interne/>

Sperimentazione del Processo di Consultazione in Piemonte

Il percorso ha previsto 3 fasi che sono state realizzate appositamente in un arco temporale relativamente concentrato e breve, in modo che si svolgessero nello stesso 'clima' sociale: dal 19 Maggio 2021 al 12 Luglio 2021 (per una sintesi del processo si veda appendice 4).

I FASE – Consultazione “individuale”

Gli esperti selezionati sono stati interpellati in piccoli gruppi (da 2 a 6 partecipanti) nell'ambito della stessa competenza e setting decisionale (es. reti di specialisti e clinici). Una delle dimensioni considerate è che alla consultazione partecipassero i soggetti che esercitano formalmente il “potere decisionale” e/o coloro che concorrono a definire le condizioni reali per esprimere la decisione (es. chi conosce bene i vincoli normativi).

Data la situazione generale, questa prima parte della consultazione è stata prevalentemente organizzata con webinar a distanza, ma in un paio di casi anche in presenza. La possibilità di connettersi a distanza ha facilitato il coinvolgimento di esperti da tutto il Piemonte e ha ridotto per tutti i tempi degli spostamenti.

Ogni incontro ha avuto una durata compresa tra le 2 ore e le 3 ore, in base al numero di persone coinvolte, in modo da consentire a tutti di potersi esprimere.

La consultazione è stata condotta da due professionisti, uno con competenze epidemiologiche e l'altra con competenze in metodologia della ricerca qualitativa e dei processi di engagement e valutazione delle politiche sociali.

La discussione ha previsto una prima parte dedicata all'illustrazione delle 3 dimensioni di conoscenza epidemiologica selezionate - impatto dei fattori di rischio sulla salute, impatto delle disuguaglianze sulla salute e rapporto costi-benefici - e dei relativi strumenti di descrizione e analisi a disposizione (per i dettagli del materiale utilizzato si veda appendice n.1):

- A. La prima infografica illustrata è tratta dall'Institute of Health Metrics ed esprime la relazione tra fattori di rischio comportamentali e patologie croniche, introducendo il concetto di DALYs, ovvero gli anni di vita persi aggiustati per disabilità (=anni di vita persi per morte precoce + anni di vita persi perché vissuti con qualche patologia) Fonte: <http://www.healthdata.org/gbd>
- B. La seconda è uno strumento sviluppato da SEPI e Dors nell'ambito dello studio sulle disuguaglianze sociali e di salute - Fonte: CoEsdI PIEMONTE
Fonte: <https://www.dors.it/tooldis/coesdi/index.php>.
- C. Il terzo contributo discusso riguarda uno strumento interattivo, che si basa su un modello predittivo, sviluppato dal CPO in collaborazione con il Dipartimento di Matematica (DISMA) del Politecnico di Torino, che permette di predire/stimare l'impatto futuro sulla salute (in termini di DALY evitati) di interventi di prevenzione efficaci, di valutarne il rapporto costo-beneficio e di stimare ritorno dell'investimento (l'intervallo di tempo entro il quale i risparmi sulla spesa attribuibili ai DALY evitati eguagliano i costi degli investimenti sostenuti per la loro attuazione).
Fonte: <https://laboratorioprevenzione.cpo.it/>

Per ciascuno dei punti sopra descritti è stato chiesto ai partecipanti di esprimersi, in base ad una scala da zero a 5, dichiarando il proprio grado di conoscenza del fenomeno descritto e indicando quanto quella specifica conoscenza avesse orientato le scelte di azione. Si chiedeva di fare riferimento alla reale determinazione delle priorità delle azioni di prevenzione che erano sotto la loro responsabilità e/o che la loro organizzazione aveva sostenuto e promosso.

Oltre al punteggio dichiarato sono state annotate tutte le osservazioni espresse per motivare e argomentare la valutazione.

Il passo successivo ha sollecitato una riflessione sulle condizioni di realizzabilità delle azioni della prevenzione. È stato presentato un set di 12 possibili azioni orientate a potenziare in modi differenti le azioni preventive, sollecitando i soggetti a esprimersi sulle priorità e, quindi, sulle azioni da intraprendere prima e con maggiore determinazione:

1. Coinvolgere i contesti comunitari dei singoli territori (Quanto ritenete sia promettente impegnarvi; quanto è difficile farlo)
2. Declinare gli interventi in modo mirato sui singoli territori
3. Identificare specifici target su cui concentrare gli interventi perché più efficaci (es. solo sui giovani, solo su anziani, solo su donne, ecc.)
4. Proporre interventi non universalistici su target vulnerabili per condizione socio-economica
5. Impostare interventi centrati sulla riduzione delle disuguaglianze di salute (interventi specificamente disegnati per ridurre le disuguaglianze e non solo per allocare diversamente lo stesso intervento disegnato uguale per tutti)
6. Utilizzare prossime finestre di **opportunità economiche** per investire su queste pratiche (progetti, nuovi finanziamenti)
7. Utilizzare prossime finestre di **opportunità organizzative** per investire su queste pratiche (disponibilità di nuovo personale, ruoli e competenze)
8. Creare sinergie tra politiche/azioni sanitarie e ambientali
9. Operare in modo coordinato e sinergico tra servizi dello stesso ente
10. Operare in modo coordinato e sinergico tra enti differenti
11. Superare eventuali condizioni giuridico-amministrative che ostacolano la prevenzione di salute (ad Es. eliminare il rischio di fumo passivo con il divieto)
12. Sollecitare il quadro politico per creare condizioni favorevoli o ridurre condizioni contrarie alla prevenzione

Inoltre, è stata data la possibilità di indicare altre azioni che servono a mettere in atto pratiche rispetto più efficaci per il contrasto dell'abitudine al fumo e della sedentarietà (es. spot in tv)?

Anche in questo caso, i partecipanti sono stati chiamati a esprimersi su quanto l'azione sia ritenuta promettente e quanto sia difficile da realizzare, non in modo generico e astratto, ma rispetto alle loro effettive capacità e possibilità di realizzarla, basandosi sulle loro più recenti esperienze e percezioni.

II FASE – Analisi della Consultazione

La consultazione ha fatto emergere una pluralità di punti vista e di giudizi, che sono stati sintetizzati in forma grafica con istogrammi di frequenza (n. di risposte per ogni giudizio espresso nella scala utilizzata). Questo tipo di rappresentazione ha consentito di avere un immediato colpo d'occhio sui livelli medi di giudizio per ciascun item, sul grado di concordanza o dissonanza di opinioni espresse e sul grado di dispersione dei punti di vista sulla scala (varianza).

L'elemento integrante e prezioso dell'analisi è il corredo di argomentazioni fornito da ciascun esperto a supporto dei giudizi.

L'ampio ventaglio di spiegazioni e di motivazioni fornito è stato riorganizzato in temi rappresentativi delle posizioni espresse e dei messaggi chiave. Essi hanno fornito schemi interpretativi su cui incentrare la discussione collettiva (decision conference).

Il risultato dell'analisi è dunque sintetizzato in un documento (vedi appendice 2) che per ogni item considerato restituisce l'istogramma con la frequenza dei giudizi e le considerazioni espresse nella consultazione.

III FASE – Decision Conference

Il contesto in cui si svolge la “decision conference”

La “decision conference” conclude il percorso di consultazione dei decisori e portatori di interesse in tema di prevenzione. Essa ha anche il compito di fare sintesi rispetto al progetto CCM del Ministero e delle Regioni sugli strumenti di scelta di priorità nella promozione della salute.

Questa fase del progetto si colloca in una fase particolare del percorso di elaborazione del nuovo Piano Regionale di Prevenzione PRP, che vedrà i professionisti sanitari della prevenzione impegnati a scrivere la proposta di piano proprio nei due mesi successivi, seguendo i vincoli dell'intesa Stato-Regioni che richiedono una progettazione dettagliata su almeno dieci programmi predefiniti obbligatori, più quelli a libera scelta della regione.

Questa coincidenza fa sì che la "decision conference" non sia limitata alla parte consultiva e di validazione degli strumenti del progetto, ma consenta di raccogliere anche un contributo originale dei portatori di interesse piemontesi alla elaborazione del piano regionale, cosa che aggiunge responsabilità ai contributi che i partecipanti portano e che arricchisce il PRP piemontese di un passaggio di consultazione pubblica che non è frequente tra le regioni.

Inoltre in questi stessi mesi è stato approvato il PNRR (Stato e Commissione Europea) e il Ministero e le Regioni cominciano a lavorare alla progettazione decentrata e operativa. La missione 6 del PNRR ha scelto come priorità di investimento per la sanità l'innovazione dell'assistenza territoriale verso formule di medicina di iniziativa più prossime ai rischi e ai bisogni delle persone, soprattutto dei gruppi più vulnerabili. Dunque si aprono opportunità inedite di sviluppo di maggiore integrazione tra gli obiettivi di promozione della salute con la popolazione sana e con quella malata e gli obiettivi di riordino dei meccanismi di identificazione attiva e presa in carico delle persone a rischio e in bisogno.

La "decision conference" ha rappresentato dunque il momento di sintesi di questi passi importanti, e nel nostro caso specifico ha riguardato non tutte le opzioni di competenza del PRP, ma solo quelle inerenti alla promozione della salute relativamente agli stili di vita, perché si tratta dell'ambito meno disciplinato da decisioni normative già intraprese e quindi anche dell'ambito meno esigibile. Oggi infatti per la promozione della salute non c'è l'equivalente di un servizio di prevenzione coi suoi ispettori, come c'è nel caso dei rischi da lavoro o da alimenti.

Dai dati del Global Burden of Disease (GBD) emerge che fumo e sedentarietà sono tra gli stili di vita che spiegano il più alto carico di DALYs nella nostra regione e in Italia. La conferenza finale si propone di identificare quella combinazione di interventi di provata efficacia che possa assicurare il miglior beneficio sotto le condizioni date dal contesto. Gli attori hanno la possibilità di rendere più favorevoli, gli interventi scelti, attraverso le dodici azioni prioritarie discusse nella consultazione. Per raggiungere questo risultato la conferenza, durata circa tre ore e mezza, si è articolata nei seguenti passi:

- illustrazione dei principali risultati della consultazione da cui risulta a) unanime giudizio sulla originalità e importanza delle valutazioni beneficio/costo introdotte dal progetto, b) unanime giudizio sulla importanza di tutte le dodici azioni prioritarie, c) discordanze sulla difficoltà di attivazione di tali azioni, soprattutto per quanto riguarda la possibilità di lavoro intersettoriale e la valorizzazione di finestre di opportunità politiche, regolative e organizzative;
- costruzione di consenso intorno ad una graduatoria di importanza e fattibilità tra le dodici azioni prioritarie;
- illustrazione dei due scenari alternativi nell'ambito dei quali fare la scelta di priorità
- brain storming in plenaria per identificare le due strategie (combinazione di interventi, target, tempi di investimento e ritorno) che sono migliori nell'ambito di ognuno dei due scenari
- calcolo e illustrazione in diretta dei benefici, costi e ritorno di investimento per ognuna delle due strategie
- lavoro di gruppo per suggerire le iniziative più urgenti e importanti che si dovrebbero intraprendere per attivare le dodici azioni onde avvicinarsi dallo scenario peggiore a quello migliore.

Gli scenari

Lo scenario è quell'insieme di condizioni di contesto che sono attese nel futuro e non dipendono dalla scelta degli attori. Confrontarsi con gli scenari attesi, in particolare con una coppia di scenari, dal più al meno favorevole, serve a confrontare le strategie, cioè la combinazione di interventi, target e azioni di

facilitazione, che meglio si adattano ai diversi scenari. Per gli scopi di questa conferenza, e quindi per le ricadute sulla progettazione del prossimo PRP, abbiamo proposto gli scenari illustrati di seguito.

Lo **scenario favorevole** potrebbe essere caratterizzato dalle seguenti circostanze:

- si è creato un clima collettivo di speranza e fiducia nella ripresa economica simbolizzata dalle finali sportive degli europei di calcio e di tennis.
- in questo clima si rafforza una percezione e un sentimento di maggiore responsabilità verso le conseguenze delle nostre azioni per le future generazioni e per noi stessi
- il PNRR offre condizioni inedite di investimento condizionate alla introduzione di riforme e innovazioni di sistema, che spingono gli attori ad una maggiore lungimiranza nelle scelte e a una responsabilità di cui dar conto al pubblico
- la missione 6 del PNRR sulla sanità ha concentrato una parte significativa degli investimenti sulla innovazione dell'assistenza territoriale, sia investimenti materiali ("case e ospedali di comunità") sia innovazioni immateriali ("centrale operativa", orientamento alla sanità di iniziativa, prossimità al bisogno, attenzione ai vulnerabili)
- la pandemia ha fatto sì che tutti prendessero confidenza con i concetti di rischio-beneficio e con le loro implicazioni quotidiane (ogni settimana le decisioni prese sul confinamento dipendevano da un bilanciamento dei rischi di infezione rispetto ai costi per il sistema produttivo e sociale)
- le innovazioni e gli investimenti del PNRR sono vincolati a meccanismi di rendicontazione ex ante (in sede di progettazione e quindi di scelta di priorità) ed ex post (come piani di monitoraggio) che devono usare metriche condivise di risultato intermedio e finale coerenti con le valutazioni rischio e costo beneficio
- le innovazioni di digitalizzazione permetteranno lo sviluppo di sistemi di monitoraggio e indagine che faciliteranno la misura
- tra le innovazioni previste nel mix professionale ci sono nuove figure professionali delegate alla ricerca attiva dei rischi e bisogni da prendere in carico e alla attivazione di reti di aiuto nella comunità integrate al funzionamento delle strutture sanitarie e sociali e ai nuovi ruoli, come gli infermieri di famiglia e comunità e nuove figure per la prevenzione
- in questo contesto la politica trova motivi di convergenza di intenti per chiamare tutti gli attori a diventare attori del cambiamento ognuno per la sua parte, compresi i cambiamenti delle regole del gioco e la determinazione di target condivisi.

Lo **scenario sfavorevole** sarebbe quello in cui tutte le circostanze prima descritte vengono interpretate in modo opportunistico dagli attori:

- la ripresa è intesa come ritorno alla situazione precedente senza nessun autentiche spinte al cambiamento
- la politica lascia che vengano attuate scelte che i vari attori decidono di perseguire, senza una funzione di guida e indirizzo
- il PNRR più facile da attuare è quello dove si realizzano strutture, dove contano di più i contenitori rispetto all'uso che ne viene fatto
- le condizionalità introdotte dalla programmazione europea sia ex ante sia ex post si possono sempre aggirare con un uso strumentale e formale di tutti i passi previsti
- se proprio si devono creare nuove figure professionali sanitarie, tanto vale approfittarne per parcheggiare nei nuovi servizi territoriali, che richiederebbero motivazione e specializzazione, i sanitari inidonei al lavoro di reparto.

È evidente che gli attori possono orientare il proprio comportamento per essere tra coloro che contribuiscono a consolidare il primo o il secondo scenario.

Risultati: indicazioni sul metodo e sui piani di prevenzione

La scelta di priorità

La scelta di priorità nella prevenzione fa parte del percorso di definizione e realizzazione del piano, anche se non sempre avviene in modo consapevole. Ad esempio, nella promozione della salute sugli stili di vita, quando una associazione di malati decide di promuovere una campagna informativa su un fattore di rischio sta scegliendo una priorità tra i fattori di rischio e tra i tipi di intervento che si potrebbero fare. Quando una fondazione bancaria sostiene con un finanziamento questa iniziativa dell'associazione dei malati concorre a supportare questa scelta. Quando i clinici competenti per la materia partecipano all'iniziativa, partecipano alla decisione e lo stesso fanno gli enti che la patrocinano, gli organi di stampa che ne danno conto e rilievo e il servizio di prevenzione che la cataloga tra le buone pratiche.

Nella prevenzione collettiva e ambientale la scelta di priorità è più spesso regolata a monte dalle norme che prescrivono di vigilare su certi fattori di rischio e luoghi di produzione e distribuzione secondo determinati standard, ma nelle circostanze date, stante la limitazione delle risorse di vigilanza, anche in questo caso i servizi di prevenzione fanno in modo più o meno consapevole scelte di priorità a seconda del grado di discrezionalità concesso dall'autorità giudiziaria.

In ogni caso per rendere più consapevoli e trasparenti le decisioni, come le scelte di priorità in prevenzione, si dovrebbero mettere a confronto le diverse opzioni e scegliere sulla base dei tre principi/valori che sono in gioco in ogni scelta di questo genere: la beneficiabilità, la libertà e la giustizia.

La beneficiabilità è la quantità di beneficio (anche in negativo: maleficio) di salute che la decisione porta con sé, comunque essa sia stimata, ad esempio in termini di DALY o del loro valore economico. Lo strumento sviluppato dal progetto CCM fornisce elementi di stima e di calcolo utili a fare queste valutazioni considerando le evidenze note. Il principio di beneficiabilità suggerirebbe che dovendo scegliere una priorità tra diverse opzioni sia preferibile quella che assicura più benefici e meno rischi misurati con una metrica comparabile tra le diverse opzioni (come il DALY e il loro valore economico).

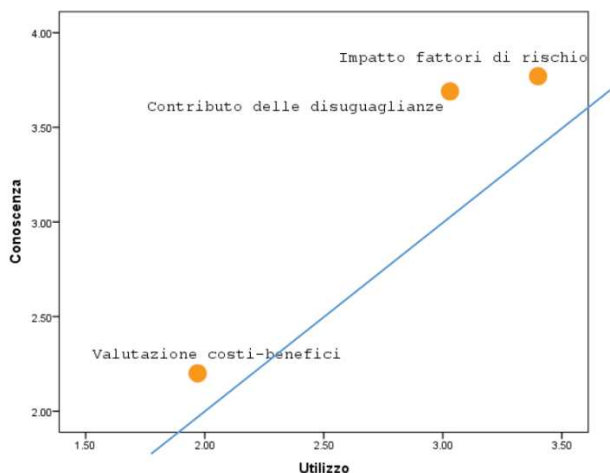
La libertà riguarda il grado personale di autonomia e libertà di scelta del cittadino che la decisione in questione limita o potenzia. Quando si accrescono le capacità delle persone di controllare la propria vita si accresce sostanzialmente la loro libertà di scelta, si aumenta il numero delle opzioni possibili.

La giustizia a sua volta riguarda il grado di equità nella distribuzione della beneficiabilità e della libertà, che risulta dalla decisione sulle priorità. Nei fatti le persone con maggiori mezzi economici e culturali hanno una libertà molto maggiore di decidere sulla propria salute e giustizia vorrebbe che anche la libertà di chi non può praticare queste opzioni fosse accresciuta.

In generale libertà e giustizia non sono disciplinabili secondo algoritmi di stima come quelli usati per la beneficiabilità, ma sono il risultato di opzioni di valore delle persone che decidono, del modo con cui le preferenze, i valori e gli interessi si distribuiscono, si confrontano e si compongono nel sistema sociale in un particolare momento, influenzando regole e scelte.

La consultazione con i portatori di interesse del progetto CCM ha messo in luce come sia importante dar sempre più trasparenza e peso alle conoscenze sulla beneficiabilità, cosa che fa il progetto CCM, ma senza dimenticare che la decisione deve fare i conti con altre caratteristiche del contesto e della vita del sistema sociale che hanno a che fare con interessi, valori e preferenze. Questi elementi di carattere culturale sono venuti bene alla luce esaminando le 12 possibili scelte di priorità. Le fasi di consultazione hanno, infatti, evidenziato che anche laddove la conoscenza scientifica è consolidata, l'agire decisionale se ne può avvalere in modo più o meno significativo (nel grafico 1 se le valutazioni relative a conoscenza e utilizzo fossero analoghe, i punti sarebbero allineati sulla linea indicata).

Grafico 1 – I contributi della Conoscenza



A partire da questo grafico e dalla constatazione che per tutti i decisori coinvolti la valutazione costi-benefici rappresenta l'elemento di novità e di interesse maggiore, possiamo formulare la prima indicazione emersa nell'ambito della decision conference: **sviluppare le conoscenze sui rapporti costi-benefici in modo strutturato**. Accrescere la conoscenza di questo rapporto consentirebbe di abbandonare pratiche poco utili, riducendo quindi il rischio di privilegiare interventi con beneficiabilità sfavorevole e di non intraprendere interventi con rapporto costo-beneficio più favorevole.

Questo tipo di conoscenza richiede ancora, tuttavia, un processo di implementazione, di estensione ad altri fattori di rischio, di definizione più specifica rispetto al territorio nazionale, ecc. A tal fine nel confronto finale si concorda sull'importanza di disporre, almeno per alcune sperimentazioni⁷, di un solido **sistema di monitoraggio e valutazione** per trarre indicazioni, anche in termini di costo-beneficio, dalle esperienze realizzate affinché siano assumibili come benchmark.

La complessità degli scenari in cui gli interventi di prevenzione si realizzano, spesso associata alla ristrettezza di risorse professionali prima ancora che economiche, ha fatto apprezzare il confronto introdotto con le consultazioni. È stata quindi proposta, come metodo generale, la **strutturazione di contesti di cooperazione e confronto interprofessionale**, con rilanci di partecipazione allargata su progettualità già in corso (ad es. percorso PDTA dell'ASLT TO3 o sperimentazione a Vallette su PLC ASL città di Torino).

Il tema delle sinergie, tra politiche differenti e tra attori a differenti livelli, analizzato nelle valutazioni delle consultazioni, ha evidenziato zone d'ombra. Tutti gli aspetti di network sono ritenuti di estrema importanza e facili da realizzare, ma non sembra siano un reale strumento per superare assetti organizzativi e giuridico-amministrativi che rappresentano elementi frenanti delle azioni di prevenzione e difficilmente curvabili in modo che facilitino la realizzabilità dei Piani di Prevenzione. Nella seduta di consenso finale, la questione è stata ripresa e ampiamente discussa. Si è concordato che **l'agire sinergico è uno strumento facilitante** per la realizzazione e la diffusione di buone pratiche di prevenzione, ed al contempo è un costo, in termini di impegno nella costruzione e nel mantenimento della rete, che andrebbe sostenuto e riconosciuto all'interno del Piano. Ciò potrebbe significare introdurre delle condizionalità e delle specificità all'interno del Piano di Prevenzione in tale direzione, evitando così che tutto sia lasciato alla spontaneità dei soggetti.

La discussione sul tema delle disuguaglianze e delle azioni che nell'ambito della prevenzione potrebbero produrre una riduzione del loro impatto negativo sulla salute ha, più di altri temi, differenziato i giudizi degli esperti coinvolti nella consultazione, sia per quanto riguarda il "quanto è promettente impegnarsi" sia per quanto concerne la "difficoltà che comporta impostare gli interventi".

⁷ Più discutibile è apparsa la proposta di assumere il monitoraggio e la valutazione come condizionalità all'interno del Piano di Prevenzione, in quanto graverebbe eccessivamente sui Dipartimenti di Prevenzione e sui soggetti che realizzano gli interventi.

In ampia parte questo riflette la natura dei soggetti chiamati ad esprimersi: alcune associazioni sono nate e lavorano prevalentemente con target fragili, mentre per altri soggetti l'universalismo delle azioni intraprese è un valore essenziale. In questo contesto, è utile fare una premessa sullo spazio di azione della prevenzione nell'equità di salute, ovvero valutare l'assunzione di approcci da integrare insieme, dall'universalismo proporzionato per disuguaglianze a gradiente fino a interventi selettivi sui gruppi a più alto rischio per disuguaglianze a soglia. Chiarito lo spazio di azione, è importante farsi le domande giuste sui meccanismi di generazione delle disuguaglianze, nella logica del processo di Health Equity Audit, per capire se sia più utile intervenire su un target specifico oppure se sia meglio personalizzare l'intervento su una specifica vulnerabilità, o ancora lavorare in modo universalistico ad esempio su accessi e capacità contando sul fatto che proprio in questo modo alcune disuguaglianze si riducano. Il processo HEA, quindi, potrebbe migliorare la consapevolezza di quali siano i corretti *entry point* e come si distribuiscano le responsabilità dell'intervento.

Data questa premessa, è essenziale chiedersi se si riesca a garantire la presenza dei vulnerabili nelle iniziative di prevenzione, e quali siano le strategie più opportune per coinvolgere, senza stigmatizzare. La considerazione conclusiva è che anche in questo caso è necessario **dotarsi di strumenti di valutazione per monitorare se le azioni generano l'effetto voluto di riduzione delle disuguaglianze.**

La molteplicità di azioni di potenziamento della prevenzione e soprattutto le dimensioni su cui si è concentrata maggiormente l'attenzione anche nel corso della *decision conference*, giocano un ruolo centrale nel miglioramento organizzativo e strategico, indipendentemente dagli scenari che si prospettano. Tuttavia attraverso la sollecitazione dei due scenari contrapposti si intravedono i contorni di due possibili strategie alternative (maggiori dettagli sugli scenari presentati sono disponibili nell'appendice 3).

Nello scenario favorevole c'è possibilità di far crescere un piano di attacco per la promozione del cambiamento nei due stili di vita (fumo e sedentarietà) da sviluppare nei cinque anni del PNRR e del PRP. Ci sono le condizioni per manovrare verso risultati di salute condivisi sia interventi regolatori, di finanziamento e di comunicazione (ridurre le opportunità di accesso al comportamento insalubre, renderlo più difficile e socialmente sanzionato o biasimato, e viceversa facilitare l'accesso al comportamento salubre), sia interventi di capacity building per cambiare i comportamenti professionali, sia a livello regionale che a livello locale nei diversi setting: luoghi di lavoro, scuole, comunità locali, comuni, contesti sanitari opportunistici, ecc.

Nello scenario sfavorevole rimane la possibilità di identificare e valorizzare i contesti locali o regionali più volenterosi per indirizzarli verso interventi che siano alla loro portata.

Infine, riportiamo un'ulteriore indicazione emersa riguardante la **necessità di coerenza complessiva di azioni e messaggi che incidono sui comportamenti**, in particolare sul fumo e sulla alimentazione sana, generando effetti positivi o negativi.

In primo luogo nella formulazione delle azioni di prevenzione si dovrebbero considerare gli aspetti di comunicazione latente che derivano dall'esempio che alcune figure professionali chiave forniscono all'esterno. Così, ad esempio, in qualunque ambito sanitario dovrebbe essere bandito il fumo, promuovendo anche interventi specificamente mirati ai dipendenti delle Aziende Sanitarie.

In secondo luogo, è importante investire sulla comunicazione con le persone condividendo le esperienze positive, considerando che spesso ci troviamo davanti agli effetti del famoso teorema di Thomas che enuncia: "Se gli uomini definiscono certe situazioni come reali, esse diventano reali nelle loro conseguenze". Così specifiche azioni di prevenzione che intendono fare leva sull'*empowerment* di comunità, sulla costruzione di capitale sociale per la capacitazione dei singoli individui, rischiano di subire forti limitazioni da forze opposte (in genere comunicazioni attraverso media o passaparola) che enfatizzano aspetti negativi e stigmatizzanti della comunità, o che reiterano stereotipi e pregiudizi tali da modificare il senso delle relazioni sociali. Ad esempio, la promozione dell'attività fisica attraverso l'utilizzo degli spazi verdi disponibili sul territorio potrebbe essere depotenziata da "voci" più o meno autorevoli che deformano i rischi e che raccontano quegli spazi come insicuri.

INDICAZIONI DI SINTESI PER I PIANI DI PREVENZIONE

1. Sviluppare le conoscenze sui rapporti costi-benefici in modo strutturato
2. Avviare monitoraggio e valutazione delle esperienze locali per farne dei benchmark
3. Strutturare contesti di cooperazione e confronto interprofessionale
4. Prevedere nel Piano di Prevenzione uno specifico costo/impegno da dedicare allo sviluppo di network virtuosi
5. Introdurre processi di HEA e di Valutazione di outcome sulle disuguaglianze
6. Prestare attenzione alla comunicazione in modo che sia coerente e costruttiva