

**Audit sperimentali del Piano di Prevenzione 2014-2018**

**Audit programma *Governance***

**Rapporto finale attività 2017**

(DD n. 326 del 16/05/2017)



**INDICE**

	<i>pag.</i>
<i>Premessa</i>	3
<i>Abstract</i>	4
1. Mandato	5
2. Finalità e scopo della valutazione	5
3. Organizzazione e risorse impiegate	6
4. Campo ed estensione	6
5. Descrizione del programma di audit	7
6. Risultati	8
6.1. Organizzazione e stewardship locale	8
6.2. Tempo dedicato alla governance del PLP	10
6.3. Coerenza con l'impostazione del PRP e con gli obiettivi e le azioni regionali	10
7. Conclusioni, raccomandazioni e buone pratiche. Ipotesi di sviluppo	12
7.1. Valutazione del processo	12
7.2. Raccomandazioni	14
7.3. Buone pratiche esportabili	14
7.4. Conclusioni e ipotesi di sviluppo	16
Appendice	
Risultati emersi dalla stima del tempo per la governance PLP	18
Tempo dedicato all'audit	22

**A cura di:**

Gianfranco Corgiat Loia<sup>1</sup>, Monica Bonifetto<sup>1</sup>, Maria Chiara Antoniotti<sup>2</sup>, Antonella Barale<sup>3</sup>, Marcello Caputo<sup>4</sup>, Elena Coffano<sup>5</sup>, Mauro Cravero<sup>4</sup>, Bartolomeo Griglio<sup>6</sup>, Carlo Mamo<sup>5</sup>, Daniela Rivetti<sup>7</sup>.

**Con la collaborazione di:**

Lucia Albano<sup>6</sup>, Oscar Argentero<sup>6</sup>, Dario Ariello<sup>5</sup>, Maurizio Bacchi<sup>8</sup>, Silvia Baiardi<sup>9</sup>, Giorgio Bellan<sup>10</sup>, Attilio Clerico<sup>11</sup>, Alda Cosola<sup>5</sup>, Margherita Croce<sup>10</sup>, Rosa D'Ambrosio<sup>12</sup>, Paolo Ferrari<sup>13</sup>, Silvia Iodice<sup>13</sup>, Laura Marinaro<sup>11</sup>, Elena Pavoletti<sup>3</sup>, Maria Teresa Puglisi<sup>4</sup>, Claudio Rabagliati<sup>9</sup>, Maurizio Roceri<sup>2</sup>, Andrea Rosazza<sup>8</sup>, Chiara M. Rossi<sup>12</sup>, Vincenzo Soardo<sup>7</sup>, Gianfranco Zulian<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Regione Piemonte, Settore Prevenzione e Veterinaria

<sup>2</sup> ASL Novara

<sup>3</sup> ASL Vercelli

<sup>4</sup> ASL CN1

<sup>5</sup> ASL TO3

<sup>6</sup> ASL TO5

<sup>7</sup> ASL Asti

<sup>8</sup> ASL Biella

<sup>9</sup> ASL Alessandria

<sup>10</sup> ASL TO4

<sup>11</sup> ASL CN2

<sup>12</sup> ASL Città di Torino

<sup>13</sup> ASL VCO

## Premessa

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (PNP) fa riferimento per la prima volta al concetto di *governance* quale strumento per favorire l'assunzione di responsabilità da parte di tutti i soggetti coinvolti nella prevenzione a vari livelli. Il presupposto risiede nella strategia OMS *Salute 2020* che introduce il principio della "salute in tutte le politiche", derivante dalla consapevolezza che la salute è il prodotto dell'azione di molteplici fattori (non solo sanitari).

Si rende quindi necessaria una funzione di coordinamento e governo di tutti gli attori che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute fissati dal PNP, una sorta di "regia" trasversale, basata però non su un modello gerarchico verticale, bensì sul modello della *stewardship*, ovvero una *governance* partecipativa, tesa a promuovere la collaborazione tra diversi settori, istituzioni, servizi, aree organizzative, al cui interno la sanità mantenga il ruolo di *steward* ("facilitatore"), a tutti i livelli, centrale e regionale, fino alle declinazioni territoriali.

A livello regionale, questa funzione consiste nel promuovere e guidare il coordinamento con gli altri attori (istituzioni e non) che hanno responsabilità identificate nell'attuazione delle politiche intersettoriali, mentre a livello locale (ASL), si tratta di promuovere e guidare il coordinamento da parte del Dipartimento di Prevenzione con gli altri servizi e strutturazioni organizzative che svolgono attività pertinenti alla prevenzione, promozione e tutela della salute.

Il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 ha recepito queste indicazioni in un apposito programma, denominato appunto *Governance, organizzazione e monitoraggio*, definendo non solo azioni di supporto, documentazione e monitoraggio, ma anche un'azione finalizzata alla "autovalutazione" del sistema prevenzione della Regione Piemonte, sulla base di criteri condivisi, che si rifà alla metodologia dell'audit.

Non è un caso che per il primo anno di attuazione dell'audit sia stato scelto il programma *Governance*: perché si tratta del filone più innovativo del Piano, che ha meno punti di riferimento in norme, procedure o prassi consolidate, ed è quindi terreno fertile per la sperimentazione e lo sviluppo di modalità operative nuove, derivate dall'esperienza e competenza degli operatori stessi.

Sono diverse le competenze messe in campo per la costruzione e conduzione di questo audit: da un lato quelle metodologiche, prestate in particolare (ma non solo) da operatori che in Piemonte conducono da anni gli audit di sistema nel campo della sicurezza alimentare; dall'altro, le competenze di coordinamento e *governance* dei PLP presenti in tutte le ASL da molti anni, almeno a partire dal 2010, anno di avvio dei Piani locali di prevenzione.

Ma se l'audit, secondo la definizione ISO, è "un processo sistematico, indipendente, documentato, per ottenere evidenze e valutarle con obiettività, al fine di stabilire in quale misura i criteri di verifica sono soddisfatti", l'audit del Piano della Prevenzione ha assunto un significato più vicino alla valutazione tra pari, in quanto tutto il processo è stato condotto dagli operatori che hanno rivestito il ruolo sia di valutatori sia di valutati, e che hanno anche messo a punto i criteri in modalità condivisa. Proprio per questo motivo è stato ribattezzato *peer audit*.

L'esperienza è stata senz'altro positiva, come confermano le valutazioni effettuate dai partecipanti, e i risultati sono tangibili: oltre agli elementi concreti che è stato possibile focalizzare, sintetizzati in questo report, è cresciuto negli operatori il senso di essere una "comunità" e di lavorare per gli stessi obiettivi, con la possibilità di condividere strumenti, idee e soluzioni operative fuori da logiche certificative. È per questo motivo che l'audit messo a punto nel 2017 sarà replicato nel biennio 2018-2019 su un programma specifico del Piano Regionale di Prevenzione, mettendo a frutto quanto imparato dall'esperienza condotta e perfezionando metodi e strumenti.

Questo documento non solo testimonia il lavoro svolto, gli sforzi profusi e i risultati concreti che potranno essere messi all'opera già a partire dal 2018, ma dà evidenza dell'impegno costante e di alto livello dei professionisti della prevenzione in Regione Piemonte.

Dicembre 2017

Gianfranco Corgiat Loia  
Dirigente del Settore Prevenzione e Veterinaria

## **Audit sperimentali del Piano di Prevenzione 2014-2018.**

### **Audit programma *Governance* - Rapporto finale attività 2017**

#### ***Abstract***

- L'audit 2017 ha riguardato la governance dei Piani locali di prevenzione. Sono stati coinvolti 24 auditor che, a coppie, hanno approfondito la situazione relativa a ciascuna ASL attraverso la lettura di documentazione e le interviste "in casa" agli operatori dei gruppi di progetto PLP. I Coordinatori PLP hanno effettuato una autovalutazione dei processi di governance interni.
- I gruppi locali di coordinamento del PLP sono quasi tutti gruppi di progetto formalizzati con provvedimento del Direttore Generale (11 su 12). In quattro ASL il Coordinatore PLP è lo stesso Direttore del Dipartimento di Prevenzione.
- Tra i *punti forti* rilevati, il buon clima di collaborazione interno al gruppo PLP instauratosi pressoché in tutte le ASL; la composizione del gruppo quasi sempre rappresentativa di tutte le realtà coinvolte nel Piano; un buon livello di coerenza dei PLP con gli obiettivi del Piano regionale, pur nella ricchezza e varietà di iniziative locali.
- Solo tre ASL attribuiscono un "obiettivo di budget/risultato" a tutte le strutture aziendali coinvolte nel PLP. Alle altre è stato raccomandato di estendere tale strumento a tutte le strutture aziendali che collaborano al PLP.
- Il coinvolgimento degli stakeholders è risultato difficoltoso per tutti ma comunque perseguito, in varia misura, in tutti i territori; sono necessari strumenti di comunicazione e partecipazione.
- Si evidenzia un intenso lavoro in tutte le ASL per il coordinamento e la governance dei PLP: in media 1330 ore annue di lavoro in ogni ASL (gruppo PLP) dedicate a formazione, stesura documenti, riunioni, contatti con attori vari.
- Sono emerse alcune *criticità*: il sostegno talvolta carente da parte della Direzione aziendale e la scarsa disponibilità di risorse umane competenti dedicate; la non sempre facile collaborazione con strutture esterne al Dipartimento di Prevenzione; lo scarso riconoscimento di "ruolo" del Coordinatore PLP, soprattutto quando la collocazione gerarchica non è forte; la necessità di strutturare al meglio i Piani Locali e curarne il radicamento nelle aziende e la diffusione di informazioni all'esterno delle ASL.
- L'approccio al contrasto alle disuguaglianze nella prevenzione è risultato ancora disomogeneo e richiede approfondimenti, formazione, strumenti condivisi.
- I sistemi informativi in uso non supportano adeguatamente tutte le necessità informative del Piano.
- Il ruolo della Regione per coordinare e standardizzare il lavoro nelle diverse ASL è considerato fondamentale. Si avverte la necessità di un supporto regionale più forte e rigoroso.
- Tra le *buone pratiche* evidenziate, la diffusione di modalità di monitoraggio del PLP via via più strutturate, in alcune ASL anche come formazione accreditata finalizzata alla stesura dei documenti, e le iniziative di comunicazione rivolte al territorio, in alcune ASL ormai consolidate.
- Si intende proseguire con gli audit sul Piano di prevenzione, con l'ipotesi di un audit sul programma *Ambiente e salute*, in particolare su alcuni aspetti più attinenti all'operatività dei Servizi delle ASL.

## 1. Mandato

Per certificare l'attuazione degli obiettivi definiti nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018<sup>1</sup> è stato previsto l'impianto di un sistema di valutazione<sup>2</sup> con relativi requisiti e criteri, da declinare a livello regionale. La definizione di metodi e procedure di monitoraggio risulta non solo funzionale alla valutazione dei processi e dei risultati, ma anche utile a fornire indicazioni per il riordino delle attività che compongono il Piano Regionale di Prevenzione.

La Regione Piemonte, con il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2018 (PRP)<sup>3</sup>, nell'ambito del programma 10 (*Governance, organizzazione e monitoraggio del Piano regionale di prevenzione*), ha definito una specifica azione, n. 10.3.2, "Implementazione audit del Piano di prevenzione", che prevede la predisposizione di un programma e l'effettuazione di audit in tutte le ASL piemontesi.

La programmazione PRP annuale ha previsto per il 2016<sup>4</sup> l'avvio dei lavori attraverso la definizione di un gruppo regionale, l'elaborazione di un programma di audit e la formazione degli operatori, mentre per il 2017<sup>5</sup> era previsto lo svolgimento di un audit sperimentale e la redazione dei report finali.

Il programma di audit 2017, comprendente le linee di indirizzo per lo svolgimento dell'audit, il modello di griglia per autovalutazione, il cronoprogramma e tutta la documentazione a supporto, è stato definito e approvato a maggio 2017<sup>6</sup>; l'ambito prescelto è relativo alla governance dei Piani locali di prevenzione (PLP).

## 2. Finalità e scopo della valutazione

L'audit 2017 è stato realizzato con l'obiettivo di analizzare le differenti esperienze locali, individuandone i punti di forza e di debolezza, mettendone in evidenza approcci e punti di vista diversi nella gestione della governance, per dare la possibilità a ciascuna ASL di individuare anche autonomamente gli aspetti organizzativi suscettibili di miglioramento ed eventuali soluzioni innovative a problemi di interesse comune. I principali obiettivi specifici dell'audit 2017 sono quindi stati:

- per il coordinamento regionale:
  - affinare il sistema di monitoraggio e supporto alla realizzazione del PRP e dei PLP;
  - migliorare la conoscenza dei meccanismi e delle modalità di gestione della governance da parte delle ASL piemontesi;
- per i Coordinatori PLP:
  - effettuare una autovalutazione dei processi di governance arricchita dal confronto con altre esperienze;
  - acquisire conoscenze più approfondite sulle modalità di gestione della governance da parte delle altre ASL;
  - poter quindi perfezionare i processi di governance del PLP;
- come obiettivo trasversale: influire sulle competenze dei partecipanti stimolando la partecipazione e il cambiamento.

---

<sup>1</sup> Intesa Stato-Regioni, 13 novembre 2014.

<sup>2</sup> Intesa Stato-Regioni, 25 marzo 2015.

<sup>3</sup> DGR 3 giugno 2015 n. 25-1513.

<sup>4</sup> DD n. 309 del 1/06/2016

<sup>5</sup> DD n. 268 del 18/04/2017.

<sup>6</sup> DD n. 326 del 16/05/2017.

### 3. Organizzazione e risorse impiegate

L'audit è stato avviato nel 2016 con la costituzione di un gruppo di auditor aziendali, come da richiesta del Settore regionale Prevenzione e Veterinaria. Ciascuna ASL ha indicato un auditor titolare e un sostituto, quasi sempre individuati tra i Coordinatori PLP e i referenti per la governance del PLP. In particolare, dei 24 auditor incaricati, 5 sono Direttori del Dipartimento di Prevenzione, 11 sono Coordinatori PLP (per 4 di essi l'incarico coincide). Dieci auditor sono stati individuati fra i referenti locali del programma Governance (e, di questi, 8 sono anche Coordinatori PLP), mentre 10 sono referenti di altri programmi ma non del Governance. 6 auditor sono anche referenti per la funzione di promozione della salute (repes) e 6 della funzione di epidemiologia. 4 auditor provengono dal SIAN, 3 dal SISP e 2 dal Servizio Veterinario area B.

Le attività previste dal processo di audit sono quindi state effettuate con risorse (personale, logistica, ecc.) del Servizio Sanitario Regionale. I costi sono stati interamente sostenuti dalle Amministrazioni di appartenenza.

Il gruppo degli auditor, insieme al gruppo regionale di coordinamento del programma Governance, ha formulato, nel corso di tre riunioni, una proposta di programma di audit riguardante le azioni di governance dei PLP trasversali ai programmi. È stata elaborata dal gruppo una griglia utilizzata in primis per l'acquisizione di informazioni mediante autocompilazione da parte di ciascun Coordinatore PLP; sono stati predisposti e approvati dal Settore regionale i piani di audit, in seguito ai quali si è svolta in ciascuna ASL la visita di audit da parte di due auditor appartenenti ad altre ASL per l'approfondimento degli aspetti di governance evidenziati dalla griglia autocompilata. Infine sono state elaborate raccomandazioni contenute in un report inviato alle amministrazioni interessate.

Struttura	Ruolo					Totale
	Direttore	Dirigente medico	Responsabile	Dirigente biol.	Amm.vo	
Dipartimento Prevenzione	5					5
Staff al Dip. Prev.		2	1		1	4
SIAN	3	1				4
SISP		3				3
SVet B	1		1			2
Epidemiologia/ Promozione salute			4			4
UVOS				1		1
Direzione sanitaria		1				1
<b>TOTALE</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>24</b>

**Tabella 1** - Profilo dei 24 auditor partecipanti

### 4. Campo ed estensione

Trattandosi della prima esperienza di audit sul Piano di Prevenzione, si è optato per un audit riguardante il solo programma 10 (*Governance*) del PLP, quindi le attività trasversali e organizzative necessarie all'attuazione del PLP nel suo complesso:

- organizzazione e stewardship: in che misura l'organizzazione locale è coerente con le indicazioni regionali (gruppo di progetto, responsabile locale, gruppi di supporto, riunioni, ecc.) e si è dimostrata funzionale al raggiungimento degli obiettivi del Piano;
- coerenza con l'impostazione del PRP e le indicazioni per la stesura dei PLP;
- coerenza delle attività programmate con gli obiettivi e le azioni del programma regionale;
- in che misura le attività previste sono state individuate tenendo conto del contesto;
- grado di coinvolgimento dei principali stakeholder interni ed esterni all'ASL: sindaci, associazioni, consorzi socio-assistenziali, ASO;
- sistemi informativi.

L'audit ha coinvolto tutte le ASL della Regione Piemonte.

## 5. Descrizione del programma di audit

Il programma di audit 2017 sulla governance dei PLP si è basato sull'autovalutazione e il confronto tra pari. Il gruppo regionale Governance ha fornito supporto di natura metodologica, ha mediato i rapporti con la direzione regionale, ha predisposto la formazione degli auditor.

Per l'autovalutazione è stata utilizzata la griglia concordata fra gli stessi auditor, elaborata nell'ambito di un primo corso di formazione accreditato ECM (30 novembre 2016). In occasione del secondo corso accreditato (15 marzo 2017), è stata effettuata una rilettura comune, con analisi e discussione degli elementi emersi dall'autovalutazione, delle differenze tra le diverse realtà e degli aspetti da approfondire.

L'audit vero e proprio si è poi concretizzato nelle visite "incrociate", ciascuna condotta da una coppia di auditor provenienti da due diverse ASL, in base agli abbinamenti definiti nella Determinazione regionale; all'interno della coppia è stato individuato il responsabile dell'audit, con il compito di garantire l'attuazione del Piano di audit (presa di contatto con l'ASL auditata, conduzione dell'audit, compilazione della documentazione, ecc.). Le visite di audit si sono svolte nel periodo compreso fra il 26 maggio e il 21 giugno 2017 e sono state strutturate in tre fasi:

- preparazione delle attività da parte della coppia di auditor (esame della documentazione, suddivisione dei compiti, redazione documenti di lavoro, condivisione di eventuali punti oggetto di specifico approfondimento);
- conduzione delle attività di audit sul campo attraverso l'intervista al Coordinatore PLP effettuata in un apposito incontro presso la sede dell'ASL auditata, condotto dalla coppia di auditor: le interviste effettuate nelle 12 ASL si sono strutturate, in generale, in una riunione di apertura, una fase di riesame dei documenti richiamati nella griglia, raccolta e verifica di ulteriori informazioni, definizione comune delle risultanze, preparazione e svolgimento della riunione di chiusura;
- preparazione del rapporto di audit, con redazione della bozza a cura della coppia di auditor e successiva revisione a cura del gruppo regionale Governance, finalizzata a uniformare le modalità di descrizione di evidenze, risultanze e la coerenza delle raccomandazioni fornite.

Tutto il processo di svolgimento dell'audit è stato descritto da ciascuna coppia nell'apposito diario di bordo, mentre le evidenze e risultanze emerse sono state riportate nella griglia di valutazione, in aggiunta a quanto già descritto da ciascun Coordinatore PLP in sede di autovalutazione.

Nel periodo estivo inoltre si è svolto, per ciascuna ASL auditata, un approfondimento specifico nell'ambito di un incontro del Coordinatore PLP e dei referenti Governance con il responsabile del Settore regionale e coordinatore PRP (responsabile dell'audit), nel corso del quale sono stati discussi e integrati i contenuti della bozza di report.

Infine, è stata effettuata, in un incontro degli auditor a settembre 2017, la valutazione comune dei risultati e la discussione delle principali raccomandazioni e buone pratiche emerse dal processo di audit, al fine di un loro inserimento uniforme nei report di ciascun audit; questi ultimi sono stati spediti a inizio ottobre alle Direzioni generali delle ASL.

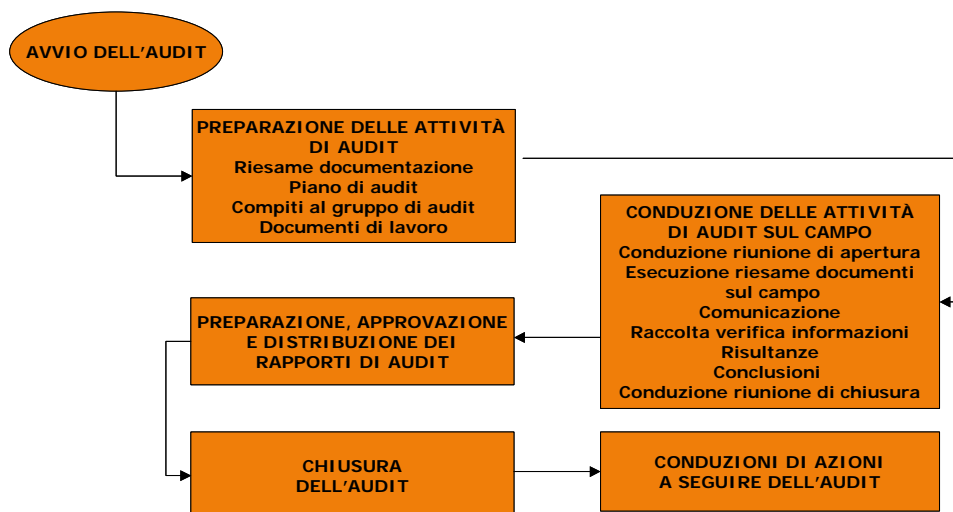


Figura 1 - Schema del programma di audit

Nella stesura dei report si è cercato di rendere le conclusioni e raccomandazioni il più possibile pertinenti con le evidenze e risultanze osservate: in particolare, le raccomandazioni discusse e concordate con l'ASL auditata sono orientate a fornire indicazioni organizzative utili a superare le criticità rilevate nella governance locale.

## 6. Risultati

Si delineano qui gli elementi principali di governance dei PLP delle 12 ASL piemontesi, che l'audit ha messo in luce nelle varie fasi descritte al punto precedente. Si tratta di una "fotografia" di quanto osservato al momento dell'audit (giugno 2017); alcune situazioni potrebbero nel frattempo essersi modificate, in particolare l'organizzazione dei gruppi di progetto definita da provvedimenti aziendali.

### 6.1. Organizzazione e stewardship locale

Uno degli aspetti posti sotto osservazione dall'audit trae origine dalle indicazioni regionali contenute nella Determinazione n. 751 del 19/11/2015, finalizzate alla costituzione formale in ciascuna ASL di modalità di coordinamento del Piano locale di prevenzione. Tali indicazioni prevedevano quanto segue:

- "formalizzazione di un gruppo di progetto incaricato del coordinamento del PLP;
- individuazione formale del responsabile del gruppo di progetto (coordinatore PLP) sulla base di criteri di competenza e di leadership: il coordinatore PLP dovrà possedere esperienza nella sanità pubblica e nell'applicazione degli strumenti della prevenzione e avere una collocazione forte nell'organigramma aziendale. Pertanto, l'incarico potrà essere attribuito al Direttore del Dipartimento di Prevenzione, che svolge la funzione di Direzione integrata della prevenzione, oppure, sentito lo stesso Direttore del Dipartimento, delegato ad altro professionista dotato delle necessarie competenze.
- il gruppo di progetto PLP deve prevedere almeno un referente per ogni programma del Piano e deve includere operatori delle strutture o funzioni dipartimentali di epidemiologia, promozione della salute, medicina dello sport, UVOS, nonché operatori appartenenti alle altre strutture aziendali chiamate a collaborare al PLP, quali i Dipartimenti Materno-infantile, delle Dipendenze e della Salute mentale, il coordinamento dei distretti.
- Il coordinatore del PLP è componente del Coordinamento Regionale della prevenzione (CORP) e i referenti di programma collaborano con i gruppi di lavoro regionali incaricati della realizzazione e del monitoraggio dei singoli programmi del PRP".

L'autovalutazione e le successive visite di audit hanno messo in luce che i **gruppi** locali di coordinamento del PLP sono quasi tutti gruppi di progetto formalizzati con provvedimento del Direttore Generale. Fanno eccezione due ASL, nelle quali i gruppi sono costituiti con atto del Direttore del Dipartimento di Prevenzione; una di queste ha poi formalizzato il gruppo con provvedimento del Direttore Generale nel corso dell'audit. Vi sono poi alcune situazioni particolari: ad esempio in un'ASL la governance è affidata a un "tavolo di coordinamento per la governance PLP" interaziendale (che include componenti afferenti all'ASO e all'Università), non strutturato come gruppo di progetto; in un altro caso è stato individuato un gruppo di progetto per ogni programma del PLP.

Tutte le ASL hanno individuato almeno un referente per ciascuno dei 10 programmi del PLP, in molti casi non solo un referente ma un intero gruppo di lavoro; quasi tutte hanno previsto la presenza nei gruppi o la collaborazione con operatori afferenti a strutture diverse dal Dipartimento di Prevenzione (Dipartimenti Dipendenze patologiche, Salute mentale, Materno-infantile, Distretti e altro); il provvedimento di formalizzazione del gruppo in alcuni casi individua anche altri gruppi di lavoro, per lo più tematici, a supporto di ambiti specifici di prevenzione (ad esempio promozione della salute, promozione dell'attività fisica, ambiente e salute, gruppo fumo, ecc.).

In un solo caso il gruppo di progetto è interamente costituito da operatori del Dipartimento di Prevenzione. In quattro ASL il Coordinatore PLP è lo stesso Direttore del Dipartimento di Prevenzione, negli altri casi tale ruolo è stato delegato ad altro operatore, quasi sempre (in 6 ASL) responsabile di una struttura del Dipartimento e "storicamente" impegnato sul Piano locale di prevenzione; in una minoranza di casi sono



presenti (e supportano il Piano locale) aree o funzioni dedicate specificamente al PLP, oppure strutture deputate ad attività trasversali di supporto (come l'Epidemiologia e la Promozione della Salute).

Nei casi in cui il ruolo di Coordinatore PLP è delegato, è emersa quasi sempre una buona comunanza di intenti tra delegante e delegato, con la condivisione di strategie, metodi, attività attraverso momenti di scambio/confronto e in alcuni casi con la supervisione del Direttore di Dipartimento sui documenti di programmazione e rendicontazione.

La collaborazione con i referenti dei programmi (e in generale con il gruppo PLP) è quasi sempre intensa e continuativa nel tempo.

I referenti per la governance (programma 10) in 9 casi su 12 coincidono con il Coordinatore PLP.

Le modalità di lavoro dei gruppi PLP, per la stesura dei documenti di programmazione/rendicontazione e per il monitoraggio intermedio, sono sostanzialmente di tre tipi:

- concentrata nella figura del Coordinatore (tipicamente nelle realtà più piccole);
- collegiale, con riunioni e contatti informali;
- collegiale, anche strutturata in momenti di formazione accreditata.

La modalità della formazione accreditata, con attività sul campo finalizzata alla stesura dei documenti, è stata sperimentata in tre ASL, con buoni risultati e gradimento da parte degli operatori.

Il livello di coinvolgimento della Direzione aziendale è eterogeneo: in alcune realtà (una minoranza) è effettivo e continuativo, mentre nella maggioranza dei casi è per lo più formale.

Uno degli strumenti di sostegno al PLP è rappresentato dall'attribuzione alle strutture aziendali di **obiettivi incentivanti di budget/risultato** legati al PLP, e il suo utilizzo è differenziato:

- in tre ASL, tutte le strutture aziendali coinvolte nel PLP hanno un obiettivo collegato;
- in quattro ASL questo avviene solo per le strutture del Dipartimento di Prevenzione;
- in un altro caso, solo per il Direttore del Dipartimento;
- in quattro ASL, oltre alle strutture del Dipartimento, un obiettivo di PLP è attribuito anche ad alcune altre strutture (spesso per lo screening oncologico).

Solo in pochi casi l'obiettivo attribuito riguarda tutto il PLP, quasi sempre è riferito a specifiche azioni o programmi.

Lo stesso documento di programmazione PLP in 4 ASL viene formalizzato ogni anno con un atto della Direzione generale, aspetto che contribuisce a una migliore visibilità dello strumento a livello di tutta l'Azienda.

Sono state segnalate alcune **criticità** nel mantenere l'organizzazione descritta.

Una di queste riguarda il rispetto dei tempi e dei mandati per la stesura dei documenti di programmazione/rendicontazione da parte di tutti i referenti e gruppi di programma, condizione necessaria perché il Coordinatore PLP possa a sua volta garantire il rispetto delle scadenze previste a livello regionale; questa criticità potrebbe forse essere ricondotta a scarso riconoscimento di "ruolo" del Coordinatore.

Viene segnalata di frequente una difficoltà nel programmare riunioni di gruppo, sia quando il gruppo è numeroso (e quindi è necessario conciliare le esigenze di molte persone) sia quando è più ristretto (e i suoi membri ricoprono molteplici incarichi).

In alcuni casi si lamenta l'assenza di un sostegno forte da parte della Direzione aziendale e la disponibilità di risorse umane competenti dedicate in modo concreto, elementi forse dovuti a non piena comprensione della valenza del PLP.

È percepita come difficoltosa la relazione e la collaborazione con strutture esterne al Dipartimento di Prevenzione: ospedale, distretto, altri dipartimenti.

Anche la carenza di risorse economiche è talvolta segnalata come criticità: a questo proposito, una sola ASL ha finanziato negli ultimi anni progetti di prevenzione utilizzando i proventi delle sanzioni ex DLgs 758/94 o degli introiti ex DLgs 194/08.

## 6.2. Tempo dedicato alla governance del PLP

Una sezione specifica della griglia prevedeva di stimare il tempo destinato alle attività di governance del PLP rispettivamente dal Coordinatore PLP e dal gruppo di progetto; una terza domanda era mirata a stimare il tempo “prestato” alla Regione per attività di coordinamento regionale del PRP da parte di operatori dei gruppi PLP aziendali.

Non sono stati individuati criteri più precisi per la rilevazione, l’unica indicazione condivisa dal gruppo di auditor è consistita in una stima soggettiva del tempo dedicato alle principali attività di governance, quali: stesura di documenti, corsi di formazione, riunioni, comunicazione con gli stakeholders, altro.

I risultati che se ne possono trarre sono pertanto poco confrontabili, in quanto sono stati adottati criteri anche molto diversi.

Nonostante l’assenza di indicazioni precise, o forse proprio a causa di questo, effettuare la stima ha rappresentato un impegno non indifferente per gli operatori coinvolti, che viene evidenziato in appendice a questo documento attraverso una analisi più dettagliata delle stime effettuate, con qualche tentativo di generalizzazione.

Il Coordinatore PLP dedica in media 267 ore annue alla governance del Piano, mentre il gruppo di progetto è impegnato in media 1070 ore l’anno. Considerando il tempo dedicato congiuntamente dal Coordinatore e dal gruppo di progetto, si ottiene una media annuale di circa 1330 ore annue, utilizzate per il 36% in attività di stesura documenti e per il 26% in corsi di formazione. Va tenuto presente che la voce “corsi di formazione” include i corsi che in alcune ASL sono propedeutici alla stesura di documenti di programmazione e valutazione PLP, pertanto va ad aumentare la quota di tempo dedicata ai documenti; al tempo stesso, però, la stesura del documento diventa un processo non meramente burocratico ma frutto di un confronto “formativo”. Emerge qui, probabilmente, il bisogno di “imparare”, cioè fare formazione, sulle novità programmatiche regionali, su come sono andate le cose in ASL nell’anno precedente, riflettere insieme sul perché sono andate in quel modo per decidere come proseguire dandosi nuovi obiettivi... La costruzione condivisa del PLP è un processo continuo di apprendimento che può essere ammessa a pieno titolo come formazione annuale ECM.

Le 1330 ore medie annuali stimate rappresentano poco meno del tempo-lavoro annuo di un operatore del comparto. Non si tratta certo di una stima attendibile, tuttavia ci viene suggerito che il lavoro di governance del Piano Locale della Prevenzione ha bisogno di tempo dedicato e una sola persona, magari con molteplici incarichi, probabilmente non può farvi fronte.

Tali considerazioni non sono al momento certamente utilizzabili per una seria valutazione delle risorse assorbite dalla governance del PLP; tuttavia si ritiene che tale valutazione sia necessaria, anche se difficile, se la prevenzione non vuole essere autoreferenziale. La stima del tempo dedicato appare una ragionevole alternativa alla definizione puntuale dei “carichi di lavoro”. L’esperimento tentato in occasione dell’audit, ancorché dagli esiti imperfetti e approssimativi, ha fornito spunti di riflessione interessanti che portano a interrogarsi sull’opportunità (o meno) di lavorare alla definizione di un più accurato strumento o a un’altra modalità di valutazione/stima delle risorse, anche in funzione di una migliore programmazione futura.

## 6.3. Coerenza con l’impostazione del PRP e con gli obiettivi e le azioni regionali

Generalmente viene rispettata l’impostazione di massima con l’utilizzo del **format** proposto dal Settore regionale. Si registrano tuttavia differenze notevoli in aspetti quali la lunghezza, il livello di sintesi descrittiva, la ricchezza di informazioni aggiuntive (relative ad es. ai progetti locali).

Molto alta è la coerenza con gli **obiettivi** di PRP, percepibile anche nella ricchezza di attività locali funzionali agli obiettivi regionali, generalmente ben descritte e ricondotte agli obiettivi del Piano in un quadro generale coerente. In qualche caso i documenti sono di difficile lettura, anche per via di una non adeguata contestualizzazione, o quando la descrizione delle attività programmate è una mera riproposizione del corrispondente paragrafo del PRP, senza che vengano concretizzate le indicazioni regionali in attività reali, di oggettivo riscontro.

Non sempre risulta compreso il significato degli **indicatori** di processo e la modalità di declinazione locale, di conseguenza non sono stati talvolta recepiti gli standard locali indicati dal PRP, funzionali al raggiungimento dello standard regionale complessivo. L'interpretazione cambia da un PLP all'altro e anche, all'interno dello stesso PLP, da programma a programma: talvolta viene modificato il contenuto dello standard locale (che invece andrebbe mantenuto in quanto rappresenta l'indicazione regionale per l'attività locale); in alcuni casi tale standard viene copiato "alla lettera" per cui riporta indicazioni non pertinenti, come "per tutte le ASL" o "per l'ASL XX..."; quasi tutti i PLP riportano anche gli indicatori con standard solo regionale, cosa che può essere utile per inserire l'attività locale nel quadro complessivo regionale, ma che va ben governata per non rischiare di creare confusione tra le attività centrali/regionali e quelle locali e rispettivi indicatori di valutazione. In qualche caso la tabella indicatori viene trasformata in testo, perdendo la struttura originale, oppure viene utilizzata per elencare le attività previste per il raggiungimento dello standard atteso, che invece dovrebbero essere riportate parte descrittiva dell'azione.

L'attenzione all'esistenza di **diseguaglianze**, esplorata con specifiche domande nell'audit, è presente in tutti i PLP, con un diverso grado di approfondimento e di analisi delle condizioni di svantaggio che si intende contrastare; talvolta è prevalente una giustificazione a posteriori riferita ad azioni rivolte a tutta una fascia di popolazione, quindi senza tener conto di condizioni specifiche di diseguaglianza. Come considerazione generale, appare necessario investire in formazione per diffondere tra operatori sanitari e decisori politici una maggiore attenzione a questo aspetto; deve inoltre essere più preciso e orientante l'indirizzo regionale del PRP nell'indicare obiettivi chiari e sostenibili, oltre che strumenti e metodi efficaci per un approccio coerente e diffuso nel territorio alla problematica delle diseguaglianze di salute.

Per quanto riguarda l'utilizzo dei **dati di contesto**, in molti PLP è presente una analisi di contesto introduttiva, con riferimenti alla realtà locale e a indicatori di salute (provenienti dalle sorveglianze o da altre fonti) e di attività, utili per indirizzare e comprendere le scelte di programmazione. In diversi casi è stato evidenziato l'andamento locale degli indicatori centrali del Piano Nazionale della Prevenzione.

Il **coinvolgimento degli stakeholders** è ben sviluppato, in quasi tutte le realtà locali è presente un ampio spettro di collaborazioni con soggetti esterni, coinvolti il più delle volte nella conduzione e realizzazione di azioni specifiche, meno a livello di progettazione. I soggetti più di frequente coinvolti sono le scuole (uffici scolastici territoriali, dirigenti scolastici, insegnanti), associazioni del territorio, sindaci, consorzi socio-assistenziali, UISP. Vi sono poi diverse esperienze di comunicazione dei bisogni di salute e dei risultati ottenuti dal PLP ai decisori (politici, amministrativi, del sociale), nonché esempi di coinvolgimento di questi attori a sostegno di politiche per la salute. Non di rado il PLP viene presentato alle Conferenze dei Sindaci e alle riunioni del Comitato dei Sindaci di Distretto.

Sul versante interno, sono presenti naturalmente molte aree di collaborazione con le ASO e le strutture ospedaliere/ territoriali delle ASL.

Risulta a macchia di leopardo l'integrazione con altri strumenti di programmazione aziendale, quale ad esempio il Piano delle attività territoriali (PAT), con correlata difficoltà di integrazione con i Distretti; analogamente, solo in alcune realtà è consolidata la prassi di inserire risultati della prevenzione nei documenti di accountability aziendali, quali il Bilancio sociale, la Relazione di metà mandato, il Piano delle performance, la Relazione socio-sanitaria, ecc.

Non sono presenti sistemi informativi specificamente pensati per il monitoraggio e la rendicontazione del PLP. È stato segnalato che i sistemi informativi in uso non supportano adeguatamente tutte le necessità informative del Piano.

Alcune realtà locali, però, si stanno muovendo in tal senso: una ASL da tempo effettua un monitoraggio intermedio dello stato di avanzamento delle azioni PLP attraverso compilazione di apposite schede. Un altro esempio consiste nell'ipotesi di utilizzare il cruscotto aziendale di valutazione degli obiettivi di performance anche per le azioni PLP.

## 7. Conclusioni, raccomandazioni e buone pratiche. Ipotesi di sviluppo

### 7.1. Valutazione del processo

Tutte le coppie di auditor hanno compilato, al termine dell'attività, il "diario di bordo", un documento che descrive gli aspetti relativi al processo di realizzazione dell'audit consentendo di tener traccia del lavoro svolto, nelle sue diverse tappe, in modo abbastanza dettagliato e confrontabile. Per ogni fase dell'audit (il cui contenuto di massima era predeterminato) la coppia di auditor ha annotato data, tempo impiegato, attività realizzate ed eventuali problemi emersi, mentre ciascun auditor individualmente ha registrato riflessioni e commenti sull'esperienza vissuta.

Da questo materiale emerge una valutazione sostanzialmente positiva dell'esperienza. Tutti sottolineano l'importanza del **confronto tra pari**; è stato apprezzato il metodo basato su ascolto e condivisione tra gli stessi protagonisti dell'attività oggetto di audit, finalizzato a rilevare i punti di forza o le zone d'ombra, che necessitano una maggiore attenzione, piuttosto che a giudicare, esaminare o valutare. Il processo partecipativo innescato dall'audit ha reso possibile, oltre a una migliore conoscenza reciproca dei colleghi, una più concreta condivisione dei problemi e delle loro soluzioni e, in definitiva, ha contribuito ad accrescere tra gli operatori il senso di "comunità di pratica".

Come sapevamo, non tutte le ASL si pongono allo stesso modo nei confronti del PLP. Gli operatori hanno potuto confrontarsi direttamente con modelli di governance diversi dal proprio, legati alla "storia" locale. Nonostante le differenze, si è potuto toccare con mano che le difficoltà spesso sono analoghe.

È stata apprezzata la possibilità di approfondire attività svolte in altre ASL, che ha stimolato idee nuove sia sulle attività di prevenzione, sia rispetto alle modalità organizzative di gestione dei gruppi.

È stato sottolineato anche l'arricchimento dato dal lavoro fatto con un altro auditor (nel gruppo audit) con la lettura preliminare dei documenti PLP.

Per alcuni auditor è stato un modo per avvicinarsi al PLP nel suo complesso e conoscerne meglio i contenuti, o per approfondire la conoscenza di alcuni programmi/azioni. Per molti è stata un'opportunità per approfondire l'evoluzione e la "crescita" locale delle attività di prevenzione e la costruzione delle reti intra ed extra aziendali, aspetti che non possono emergere dalla sola lettura dei PLP.

La modalità "tra pari" scelta ha consentito un reciproco vantaggio fra i due ruoli di auditor e "auditato": l'essere sottoposti ad audit ha aiutato a svolgere l'attività di auditor, e viceversa.

L'audit ha rappresentato un primo tentativo di **misurare e migliorare** il sistema di prevenzione, quindi un segnale che ha sollecitato l'attenzione della Direzione aziendale e del Dipartimento di Prevenzione sul PLP, facendo luce su impegno, fatica, dedizione di molti operatori, che spesso non vedono riconosciuto il proprio lavoro. Tutto questo potrebbe contribuire a un posizionamento meno precario del PLP nel panorama ASL.

Anche nella "comunità" degli operatori PLP la compilazione della griglia potrebbe innescare processi virtuosi di autovalutazione e di miglioramento organizzativo, con assunzione di un punto di vista più "costruttivamente critico" nei confronti del PLP, meno soggettivo e più basato sull'evidenza. Certamente ha contribuito ad acquisire una maggior consapevolezza dello strumento PLP e delle sue potenzialità.

Sono emerse anche alcune criticità, inevitabili in un percorso sperimentale, non basato su precedenti esperienze analoghe e privo di rigorosi standard di riferimento; tali criticità dovranno essere tenute presenti in un eventuale proseguimento del programma di audit.

La criticità principale è forse data dall'**eterogeneità** evidente sia nei documenti di autovalutazione, sia nei rapporti conclusivi. L'audit è stato interpretato e vissuto in maniera molto diversa dagli operatori, con approcci a volte divergenti, e con produzione di documenti e autovalutazioni talvolta poco confrontabili.

L'uso della griglia di audit, ad esempio, ha evidenziato differenze marcate. Già in fase di autovalutazione sono emersi approcci diversi: alcune ASL l'hanno utilizzata per rendere evidenti e trasparenti le modalità di governance del PLP con luci e ombre, arricchendo la griglia con molte informazioni; in altri casi è stata vissuta più come una check-list di requisiti formali di cui dimostrare il raggiungimento. Il fatto che si sia arrivati solo in corso d'opera al format definitivo della griglia, inoltre, ha creato problemi: alla fine alcune griglie hanno utilizzato il format definitivo, altre no, inoltre alcuni auditor avevano cominciato a lavorare sulla prima versione di griglia e hanno poi dovuto rivedere tutto.

Alcuni auditor hanno utilizzato la griglia durante la visita per lo più come traccia, successione non vincolante dei punti di discussione, per far emergere conoscenze e percezione degli operatori sullo strumento PLP e sulla sua governance, in un confronto aperto e poco giudicante. Altri l'hanno seguita in modo più pedissequo, annotando evidenze e riscontri punto per punto. Altri ancora hanno approfondito maggiormente le azioni del programma Governance del PLP, dando minore spazio alle domande della griglia.

La **stesura del report** è stata forse la fase che ha evidenziato le maggiori differenze di approccio: in alcuni casi sono state sintetizzate le valutazioni e i commenti del gruppo di audit, spesso sostanzialmente positivi, senza collegarli direttamente alle evidenze emerse, perdendo così molte delle informazioni presenti nella griglia ma, soprattutto, non rendendo espliciti gli elementi oggettivi sui quali basare le raccomandazioni finali. Altri report erano invece molto particolareggiati, con approfondimenti non sempre direttamente collegati all'oggetto dell'audit e talora dettagli sulla procedura non rilevanti per le conclusioni. Altri ancora non erano strutturati secondo il format indicato dalla Determinazione regionale, soprattutto riguardo alle evidenze, presentandosi più come una "cronaca" dell'incontro di audit.

Per tutti questi motivi, la fase di revisione a cura del gruppo Governance, che aveva l'obiettivo di uniformare in particolare le raccomandazioni, si è rivelata più complessa e alcuni report sono stati modificati in modo rilevante con l'aggiunta di evidenze desumibili dalla griglia o dai PLP.

Inoltre è stato introdotto un passaggio non esplicitamente previsto nel programma, cioè il confronto diretto tra ciascun Coordinatore PLP e il Coordinatore regionale del PRP, con una duplice finalità: dare un feedback rispetto ai documenti di programmazione 2017 e rendicontazione 2016 PLP, ma anche fornire all'ASL auditata una restituzione dell'esito dell'audit (preliminare all'invio del report definitivo) prevista dal programma (all. 1, par. 3, punto C). Tale passaggio ha consentito di acquisire ulteriori informazioni e introdurre quindi nuovi elementi di valutazione, che sono andati a integrare i report elaborati dai gruppi di audit.

Le diversità di approccio sono da ricondurre probabilmente non solo a inevitabili differenze soggettive, non sufficientemente bilanciate dalla formazione effettuata, ma anche al diverso ruolo aziendale svolto dagli auditor: non tutti sono Coordinatori PLP, e in ogni caso il livello di coinvolgimento nella governance del Piano locale, e quindi anche la consapevolezza dei meccanismi in gioco, sono sempre diversi. Alcuni auditor hanno segnalato infatti come criticità il fatto di non avere alcuna esperienza precedente di audit, il non essere coordinatore PLP (cosa che ha fatto mancare la parte di confronto tra pari), la non piena conoscenza di tutti gli ambiti del PLP.

È necessario quindi lavorare ancora per una maggiore condivisione di obiettivi, criteri, comportamenti e per affinare e uniformare procedure e strumenti, rendere più confrontabili le griglie di autovalutazione, i rapporti finali e in generale i risultati. In tal senso, sarà da curare di più anche la formazione degli auditor.

Alcuni operatori hanno segnalato la necessità di avere più **tempo** a disposizione, avendo effettuato l'audit in un lasso di tempo piuttosto breve, in parte anche in sovrapposizione con le ferie estive (da fine maggio a fine giugno); ciò ha reso non facile organizzare gli incontri di audit e trovare date che permettessero a tutti gli interessati di partecipare. Per il futuro, quindi, dovrebbe essere preliminarmente valutato il tempo-lavoro degli operatori necessario per svolgere un audit, programmandone l'attuazione in un periodo più lungo, anche tenendo conto del tempo che questo audit ha richiesto (v. oltre).

L'audit ha assorbito molte energie anche per via delle modalità di attuazione previste; la documentazione da produrre è stata ritenuta da alcuni eccessiva; le evidenze della griglia, il rapporto di audit e il diario di bordo sono risultati in parte ripetitivi. Sarà quindi da valutare, in un eventuale nuovo audit, l'opportunità di rendere più snello il procedimento anche alleggerendo la documentazione.

La stima del tempo dedicato alla governance del PLP, contenuta nella griglia, si basa su criteri generici, pertanto le stime effettuate risultano poco confrontabili.

Gli operatori auspicano che tale esperienza non rimanga un evento isolato, ma siano organizzati altri audit, magari con affondi su ambiti o programmi specifici, mantenendo sempre lo spirito del confronto reciproco, della condivisione e valutazione critica-costruttiva, al di là dell'analisi formale dei documenti. Potrebbe essere utile inserire l'audit in un processo strutturato di monitoraggio e valutazione del PLP.

I risultati dell'audit sperimentale potranno essere ripresi e discussi in una riunione o in un corso ECM che affronti i problemi del PNP e PRP e la loro applicazione a livello locale.

## 7.2. Raccomandazioni

Le raccomandazioni tratte dall'audit svolto e contenute nei report trasmessi alle Direzioni generali delle ASL coinvolte sono frutto anche di una riflessione condivisa, scaturita nell'incontro degli auditor e del gruppo Governance a settembre 2017.

### *PLP come obiettivo aziendale; approvazione formale*

Per tutte le ASL è stata prevista la raccomandazione di estendere l'assegnazione di obiettivi incentivanti, con particolare riferimento alle aree di competenza, a tutti i Dipartimenti e Servizi che partecipano alle azioni del PLP, compresi quindi i Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze, Salute mentale, Materno-infantile e i Distretti. Pur riconoscendo la necessaria autonomia delle Aziende sanitarie nella definizione degli obiettivi, si ritiene che tutte le attività rientranti nel PLP debbano risultare tra gli obiettivi aziendali, con assegnazione alle Strutture che partecipano alle azioni dei singoli programmi.

Un aspetto fortemente correlato a questo è l'approvazione del PLP con atto della Direzione generale, in quanto strumento di programmazione dell'Azienda e non solo del Dipartimento di Prevenzione. Si ritiene che tale segnale di "attenzione" della Direzione possa favorire una più concreta integrazione tra diverse realtà aziendali e migliorare la cultura della prevenzione, soprattutto presso i dipartimenti che meno conoscono il PLP, dando più forza e visibilità al Piano e una maggior autorevolezza alle azioni di governance; questa raccomandazione è stata inserita nei rapporti audit di tutte le ASL che non lo avessero già previsto. Affinché non costituisca un mero atto formale, la delibera dovrebbe essere agganciata agli obiettivi assegnati alle strutture. La pubblicazione della delibera non deve però necessariamente essere vincolata alle scadenze regionali di redazione dei documenti PLP.

### *Gruppo di progetto PLP*

In diversi casi è emersa una non piena coerenza dell'organizzazione di supporto al PLP (gruppo di progetto) con le indicazioni regionali, in particolare nella composizione del gruppo, come previsto dalla già richiamata Determinazione del Settore Prevenzione e Veterinaria n. 751 del 19/11/2015.

Laddove necessario, pertanto, è raccomandata l'integrazione dei gruppi di progetto con tutte le figure previste; non è messa in discussione, naturalmente, l'autonomia delle ASL di organizzare il lavoro in gruppi di varia natura, secondo le specificità locali (cosa che, di fatto, già avviene).

La discussione svolta tra gli auditor ha poi evidenziato l'opportunità che l'eventuale delega della funzione di Coordinatore PLP da parte del Direttore del Dipartimento di Prevenzione riguardi una figura qualificata, da identificarsi, almeno, in uno dei referenti di programma. Pur riconoscendo la maggiore "autonomia" di alcune aree tematiche del Piano, si ritiene utile mantenere gli spazi di collaborazione evidenti nel Piano e, quindi, la rappresentanza dei referenti di tutti i programmi nel gruppo di progetto.

### *Altro*

Si è rivelato migliorabile in molte realtà il rapporto di collaborazione con il territorio (Distretti, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta): in diversi audit questo aspetto è diventato oggetto di specifiche raccomandazioni, ma tutte le ASL hanno evidenziato l'intenzione di lavorare in tale ambito.

Il poco tempo a disposizione si è rivelato un fattore critico per la comunicazione e la collaborazione, da migliorare soprattutto attraverso una maggiore visibilità delle attività di prevenzione (ad esempio sui siti aziendali). Altrettanto importante è rafforzare i contatti informali con i colleghi di altri dipartimenti. È opportuno organizzare corsi di formazione sul campo anche con la finalità di condividere la programmazione della prevenzione con gli altri operatori che vi partecipano.

## 7.3. Buone pratiche esportabili

L'audit sperimentale 2017, oltre a consentire di estendere a tutte le ASL l'utilizzo dello strumento "obiettivi aziendali di budget/risultato" agganciato all'adozione formale del PLP con atto della Direzione aziendale, ha favorito la conoscenza più diretta di alcune buone pratiche di governance esportabili, intese quali

esperienze promettenti, sostenibili e quindi replicabili, o adattabili allo specifico contesto locale. Se ne riportano alcune, a titolo di esempio.

In tutte le ASL, con modalità diverse, il Coordinatore PLP effettua il **monitoraggio** dell'avanzamento delle azioni PLP. In diversi casi, viene effettuato un monitoraggio più strutturato, che si svolge essenzialmente in due possibili modalità:

- attraverso compilazione da parte dei referenti di programma di apposite schede, simili a quelle utilizzate per la rendicontazione finale annuale;
- mediante riunioni di servizio, a cadenza diversa a seconda delle ASL, durante le quali viene monitorato lo stato dell'arte delle azioni e relative attività dei programmi PLP; tali occasioni sono considerate dagli operatori utili per favorire la presenza e collaborazione anche dei soggetti tradizionalmente non coinvolti nella programmazione delle azioni di prevenzione (ad esempio, strutture esterne al Dipartimento di Prevenzione); in alcune realtà tali riunioni coinvolgono i referenti di programmi "omogenei", ad esempio quelli relativi a Guadagnare Salute. In tre ASL tale monitoraggio è strutturato come formazione accreditata con attività sul campo finalizzata alla stesura dei documenti annuali PLP, rivolta a tutto il gruppo di progetto oppure articolata in più edizioni successive, pensate per i referenti di diversi programmi; questa modalità di lavoro ha finora prodotto buoni risultati ed è apprezzata da parte degli operatori.

La previsione di inserire periodiche riunioni del gruppo di progetto viene giudicata positivamente quale strumento per creare maggiore condivisione e partecipazione; viene apprezzata la calendarizzazione condivisa in anticipo con i colleghi, all'inizio dell'anno solare, tenendo conto dei tempi di rendicontazione annuale, di stesura della programmazione per l'anno in corso e del monitoraggio delle attività previste.

Il monitoraggio, oltre a essere necessario per il controllo periodico dell'andamento delle azioni, può aiutare a rafforzare la coesione del gruppo di lavoro e a dare maggior visibilità e riconoscimento anche formale a tutto il processo, nonché al lavoro svolto dai numerosi operatori dei gruppi di programma e degli altri gruppi di lavoro, anche in relazione al non sempre facile coinvolgimento della dirigenza. Considerato che la formazione accreditata finalizzata alla stesura dei documenti annuali PLP è stata apprezzata anche da parte di diversi operatori che ancora non la praticano nella propria ASL, si può ipotizzare che almeno uno degli incontri di monitoraggio programmati nel corso dell'anno sia realizzato in tale modalità.

È stata molto apprezzata l'attività di **comunicazione** rivolta agli stakeholder del territorio intrapresa in alcune ASL, tra cui la presentazione dei principali risultati conseguiti nell'ambito della prevenzione e delle opportunità derivanti dal PLP in occasione della Conferenza dei Sindaci o delle riunioni del Comitato dei Sindaci di Distretto. Viene da più parti sollecitata la messa a disposizione di un format comune per tutte le ASL, da mettere a punto a livello regionale, per la realizzazione di documenti sintetici spendibili con gli interlocutori locali e pubblicabili sui siti aziendali. In alcuni casi i risultati della prevenzione vengono inclusi nel Bilancio Sociale predisposto dall'ASL. In un'altra realtà viene realizzato un evento informativo "Open day della Prevenzione" rivolto alla cittadinanza, con allestimento di punti informativi su vari temi del PLP, postazioni multimediali, presenza di operatori ASL, conferenze tematiche aperte alla cittadinanza.

Sono state sottolineate le esperienze in atto in alcune realtà locali volte a una migliore integrazione tra il Piano locale di prevenzione e **altri strumenti di programmazione** aziendali, quali il Piano delle attività territoriali (PAT) e il Piano Locale delle Dipendenze. Ad esempio, in una ASL è stato realizzato un macroprogetto del PAT finalizzato alla prevenzione delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) collegato agli obiettivi del PLP.

In parallelo al catalogo dell'offerta formativa per la promozione della salute nelle scuole, alcune ASL stanno lavorando a un **catalogo dell'offerta di progetti di promozione della salute per la comunità**.

## 7.4. Conclusioni e ipotesi di sviluppo

Le conclusioni e le possibilità di sviluppo scaturiscono dalla riflessione del gruppo degli auditor, il quale ha elaborato e condiviso, nell'ambito di una giornata di discussione con il gruppo regionale Governance, alcune considerazioni generali sugli aspetti di governance messi in luce dall'audit, qui di seguito sintetizzate.

### *Quali dati utilizzare per l'analisi di contesto nei PLP? Di quali sistemi informativi abbiamo bisogno?*

Utilizzare i dati di contesto nel PLP / PRP non è solo una formalità, ma è utile ai fini della programmazione delle attività e della comunicazione dei risultati. I dati che dovrebbero essere utilizzati sono:

- dati delle sorveglianze di popolazione;
- dati derivanti dai flussi correnti;
- dati di attività dei servizi.

Sarebbe opportuno, pertanto, che la Regione mettesse a disposizione delle ASL istruzioni più puntuali per la redazione dei PLP e dei documenti di rendicontazione.

Emerge una duplice esigenza in ordine alla raccolta, elaborazione e interpretazione dei dati:

- disporre di sistemi informativi integrati a livello di dipartimento (esistono diversi esempi di software gestionali con anagrafi comuni e sistema di gestione condiviso);
- riattivare o ri-definire la rete di epidemiologia (nodi regionali e nodi locali) per il supporto alla disponibilità, elaborazione e lettura dei dati.

### *Come utilizzare finanziamenti ad hoc?*

È auspicabile che sia incentivato l'utilizzo di fondi della prevenzione (vincolati quali ex DLgs 758/94, DLgs 194/08 oppure incassati per diritti sanitari o prestazioni in co-pagamento) per finanziare attività o risorse della prevenzione stessa. Tali risorse potrebbero essere gestite dal Coordinatore PLP e darebbero maggiore rilevanza al ruolo.

### *Governance regionale*

Sono emerse anche questioni che attengono alla governance regionale.

In particolare, è sentita l'esigenza di un ruolo più forte di assistenza e accompagnamento da parte della Regione, sotto diversi aspetti:

- il ruolo della Regione per coordinare e standardizzare il lavoro nelle diverse ASL è considerato dagli auditor fondamentale; sono necessarie indicazioni regionali più cogenti per l'attività e per le modalità organizzative;
- si avverte la necessità di un format regionale di relazione PLP sintetica e immediata per diffondere i risultati del Piano ai portatori di interesse;
- è opportuno investire in formazione su aspetti "critici" (es. contrasto alle disuguaglianze, monitoraggio attraverso l'uso di indicatori e fonti);
- occorre una generale revisione del modello di governance regionale, in quanto è sentita l'esigenza di un allargamento e consolidamento delle collaborazioni ai gruppi di lavoro centrali.

In generale, è condivisa la necessità di strutturare al meglio i Piani locali e curarne la diffusione all'interno e all'esterno delle ASL. Il PLP necessita di maggior radicamento nelle aziende e di una strutturazione forte, autonoma e uniforme tra tutte le ASL.

### *Prosecuzione dell'audit*

Per quanto riguarda la prosecuzione dell'audit, nel metodo, si intende riproporre la modalità della valutazione fra pari sperimentata con successo.

Nel merito, si ritiene opportuno procedere in primis alla verifica dell'applicazione delle raccomandazioni fatte nell'audit sperimentale 2017.



Si propone poi di svolgere l'audit sul programma 7 del PRP (*Ambiente e salute*) concentrandosi sugli aspetti di programmazione e rendicontazione delle attività svolte dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), che al momento si ritiene siano "disomogenei" rispetto alle attività che svolgono e alle modalità con cui le medesime vengono attuate nelle varie ASL.

Si ritiene che, per costruire preliminarmente gli indispensabili standard per oggettivare le valutazioni, sia necessaria un'analisi e comparazione (attraverso una lettura trasversale dei PLP) delle attività svolte dai SISP nelle varie ASL, correlata altresì alle risorse disponibili/necessarie.

La griglia di autovalutazione è considerata uno strumento valido, eventualmente accompagnata da indicazioni che fungano da "guida" alla compilazione, per ridurre la possibilità di interpretazioni difformi tra ASL e tra operatori.

Si dovrà proseguire con la formazione, in quanto utile occasione di confronto tra gli auditor (al fine di ridurre progressivamente le difformità nella conduzione degli audit), e di costruzione condivisa di strumenti, come già avvenuto nel 2017. Non è probabilmente necessaria una formazione specifica inerente il programma da auditare, in quanto ci si può avvalere, in corso di audit, di un esperto tecnico con conoscenza specifica (che può non essere formato come auditor).

## Appendice

### Risultati emersi dalla stima del tempo per la governance PLP

Alla domanda “Indicare una stima in ore lavoro del tempo dedicato dal Coordinatore PLP / dal gruppo di progetto alle attività di governo del PLP considerate nella presente griglia” sono state date risposte molto diverse tra loro, basate su criteri diversi, come prevedibile, soprattutto per stimare le ore dedicate dal gruppo PLP. Anche se non precisato nella griglia (ma almeno questo elemento era condiviso da tutti), si trattava del tempo-lavoro riferito a un anno solare, cioè all’intervallo temporale di riferimento del PLP.

Per stimare il tempo dedicato dal **Coordinatore**, quasi tutti hanno elencato distintamente il tempo stimato per le diverse voci di attività proposte dalla griglia (riunioni e preparazione, stesura documenti, comunicazione con gli stakeholder, corsi di formazione, altro). Quasi sempre si tratta di una stima, in alcuni casi documentata anche con una certa ricchezza di dettagli, con elencazione delle riunioni fatte, dei corsi, degli incontri con stakeholder.

La maggior parte delle ASL ha comunque applicato un criterio proprio:

- in un caso (forse due), sono state incluse nel conteggio le ore di lavoro prestate dal collaboratore amministrativo;
- una ASL ha conteggiato nella formazione solo le ore di docenza;
- un’altra ha stimato un totale complessivo senza distinguere le diverse voci di attività;
- un’altra ancora ha incluso nella voce “altro” 900 ore di “supporto epidemiologico, statistico, sociologico ai progetti del PLP”, sfalsando probabilmente il totale, che infatti si discosta sensibilmente da quello delle altre ASL;
- un’altra, infine, ha indicato un valore significativamente più basso degli altri, ma probabilmente molte attività sono spostate sul referente del programma 10.

Perciò, nel tentare di stimare la media del tempo totale dedicato dal Coordinatore PLP al governo del Piano nel suo complesso, sono stati esclusi il valore più alto (1138) e il più basso (75). Si ottiene così una media di **267** ore annue.

La media delle ore dedicate a ciascuna tipologia di attività risente del fatto che un’ASL non ha fatto questa distinzione, oltre al fatto che ciascuno ha distribuito le ore tra le diverse attività in proporzione non sempre uguale; sono stati quindi eliminati anche qui i valori estremi in ciascuna tipologia. Fatte tali premesse, si può evidenziare che la maggior parte del tempo (40%) è dedicata dal Coordinatore PLP alla stesura di documenti (programmazione e rendicontazione).

La diversa distribuzione di attività tra i Coordinatori PLP dipende certamente anche dal fatto che rivestono ruoli diversi all’interno dell’ASL e lavorano nell’ambito di organizzazioni diverse: ad esempio chi può contare su personale dedicato probabilmente dedica meno tempo alla stesura di documenti, o laddove vi è un gruppo PLP molto numeroso è richiesto più tempo per le riunioni.

Più complesso è il discorso riguardante il tempo dedicato dal **gruppo PLP** nel suo complesso. I criteri utilizzati sono in questo caso significativamente diversi, forse anche per via della diversa strutturazione di tali gruppi, emersa proprio nel corso dell’audit. Si può tentare una sintesi dei diversi approcci adottati nel conteggio del tempo:

1. il criterio prevalente è stato quello di stimare il tempo dedicato dal gruppo PLP *nel suo complesso*, distinto per voci di attività (riunioni, stesura documenti, comunicazione con gli stakeholders, corsi di formazione, altro): hanno seguito questo criterio 5 ASL, due delle quali documentano con i dettagli delle attività svolte;
2. 2 ASL hanno stimato il tempo dedicato da *ciascun referente di programma*, distinto per voci di attività: nella presente analisi, è stata presa in considerazione la somma totale del gruppo, distinta per voci, riconducendosi quindi al criterio n. 1;
3. altre 2 ASL hanno stimato il tempo dedicato dai diversi *gruppi di programma* (non solo dai referenti di programma, come nel criterio 2), distinte per voci di attività; una di esse indica tale stima non per tutti i gruppi di programma e aggiungendo altri gruppi di lavoro di supporto al PLP;

4. un'altra ASL adotta un mix dei criteri 1 e 2, stimando le ore riferite al *gruppo PLP* e poi quelle relative a *ciascun referente di programma*, distinte per voci di attività (ma la somma delle ore dei referenti non coincide con il totale del gruppo; per l'elaborazione è stata considerata la stima riferita al gruppo);
5. infine, un'ASL indica solo la stima delle *ore totali* dedicate dal gruppo PLP, senza distinzione per voci di attività;

Una ASL non ha effettuato questa stima.

Una prima constatazione è che probabilmente chi ha adottato i criteri 2, 3, 4 ha incluso nella stima attività proprie dei gruppi di programma (che quindi esulano dalla governance), a differenza di chi ha seguito il criterio 1. In particolare, nella voce "corsi di formazione" è possibile che qualcuno abbia incluso tutta la formazione effettuata, altri solo quella a supporto della governance PLP (correttamente): il caso più evidente è quello di un'ASL che indica 1695 ore di formazione (tra 2016 e 2017) solo per il programma 6.

Ci sono poi situazioni particolari: ad es. chi attribuisce al referente pr. 10 "½ tempo pieno altre attività che convergono verso il raggiungimento di obiettivi di governo del PLP" (non compreso nei conteggi, non essendo quantificato); chi esclude dai conteggi il programma 5 "Screening di popolazione"; chi, come già detto, riporta le stime solo per alcuni gruppi di programma e per altri gruppi di lavoro (è possibile che non tutti i referenti di programma abbiano fornito ai Coordinatori PLP le informazioni richieste).

Anche in questo caso, quindi, tentare una media pare poco realistico; tuttavia si può osservare che, non tenendo conto dei due valori estremi (50 vs 2560) gli altri presentano una dispersione minore e si attestano intorno a una media di circa **1070** ore/anno.

Bisogna anche tener presente che, come già accennato, in alcuni casi la maggior parte del lavoro di coordinamento è in carico al Coordinatore, in altri è svolta soprattutto dal gruppo di progetto o dai referenti della governance; pertanto considerando per ciascuna ASL il totale delle ore stimate per il Coordinatore e per il gruppo, ed escludendo i due valori estremi, si ottiene una media di circa **1330** ore annue, cioè poco meno del tempo-lavoro annuo di un operatore del comparto. Pur non essendo una stima attendibile, ci suggerisce che il lavoro di governance del Piano locale della prevenzione ha bisogno di tempo dedicato e una sola persona, magari con molteplici incarichi, probabilmente non ce la farebbe.

Un'altra interessante considerazione è relativa all'uso di questo tempo, così distribuito:

- stesura documenti: 36%;
- corsi di formazione: 26%;
- riunioni: 18%;
- comunicazione con gli stakeholders: 10%;
- altro: 10%.

Dunque la stesura di documenti (principalmente la programmazione e rendicontazione annuale) assorbe la quota più rilevante di tempo.

Alla domanda "Indicare una stima in ore lavoro del tempo dedicato dal Coordinatore e dai componenti del gruppo di progetto ai gruppi di **coordinamento dei programmi PRP**" le risposte si attestano su valori che vanno da 40 a 640 ore. Non è probabilmente realistico tentare un confronto, anche perché in questo caso entra in gioco non solo l'interpretazione soggettiva della domanda, ma anche il diverso grado di coinvolgimento di ciascuna ASL nel coordinamento regionale dei programmi.

La maggior parte delle ASL (7) ha stimato un totale generale riferito al Coordinatore PLP o, in alcuni casi, anche ad altri colleghi (non precisando in quale modo è stato calcolato/stimato); altre (3) hanno distinto per tipologia di attività.

La griglia che più ha dettagliato la stima, ha tenuto conto nel conteggio di tutte le attività innescate dal livello regionale utilizzando le seguenti categorie: riunioni in Regione (CORP, riunioni dei referenti di programma, altri progetti o gruppi regionali), partecipazione a stesura di documenti regionali, corsi di formazione regionali (in qualità di docenti o discenti), altro (ricognizioni in risposta a richieste regionali di informazioni su allattamento e MCNT, comunità di pratica prog. 3, lettura documenti, comunicazione stakeholder).

Figura 2 - Stima tempo dedicato dal Coordinatore PLP all'attività di governo del PLP

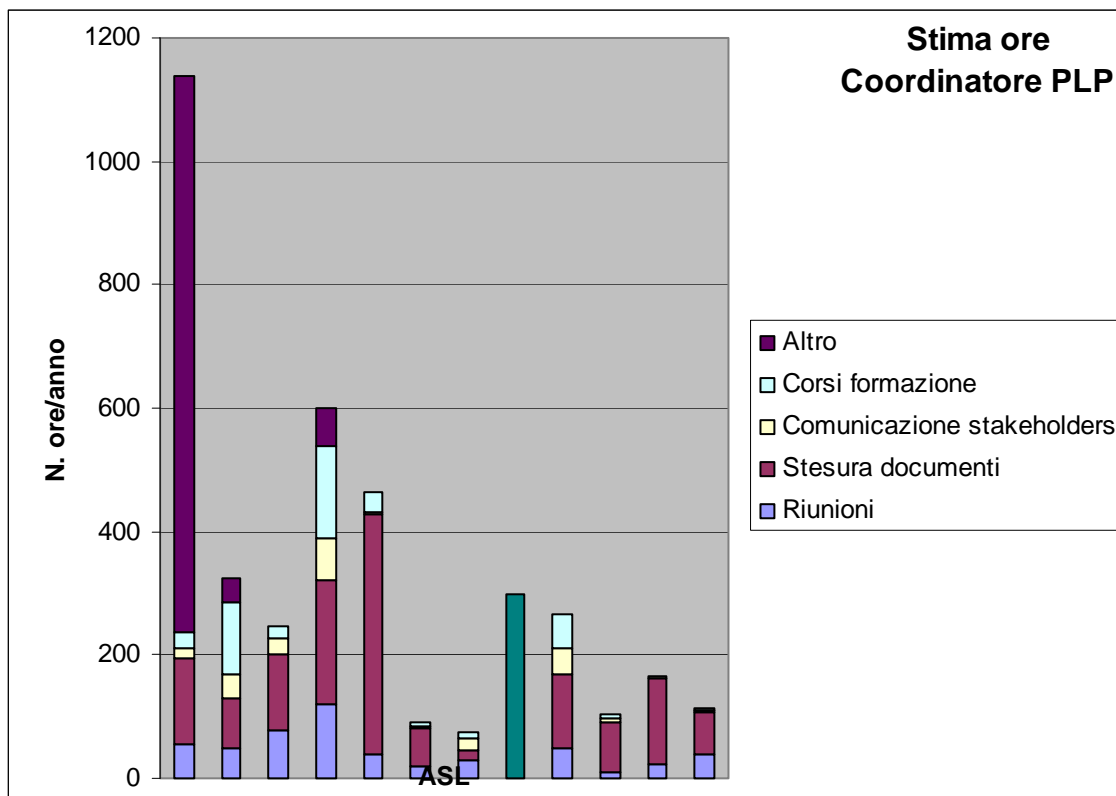
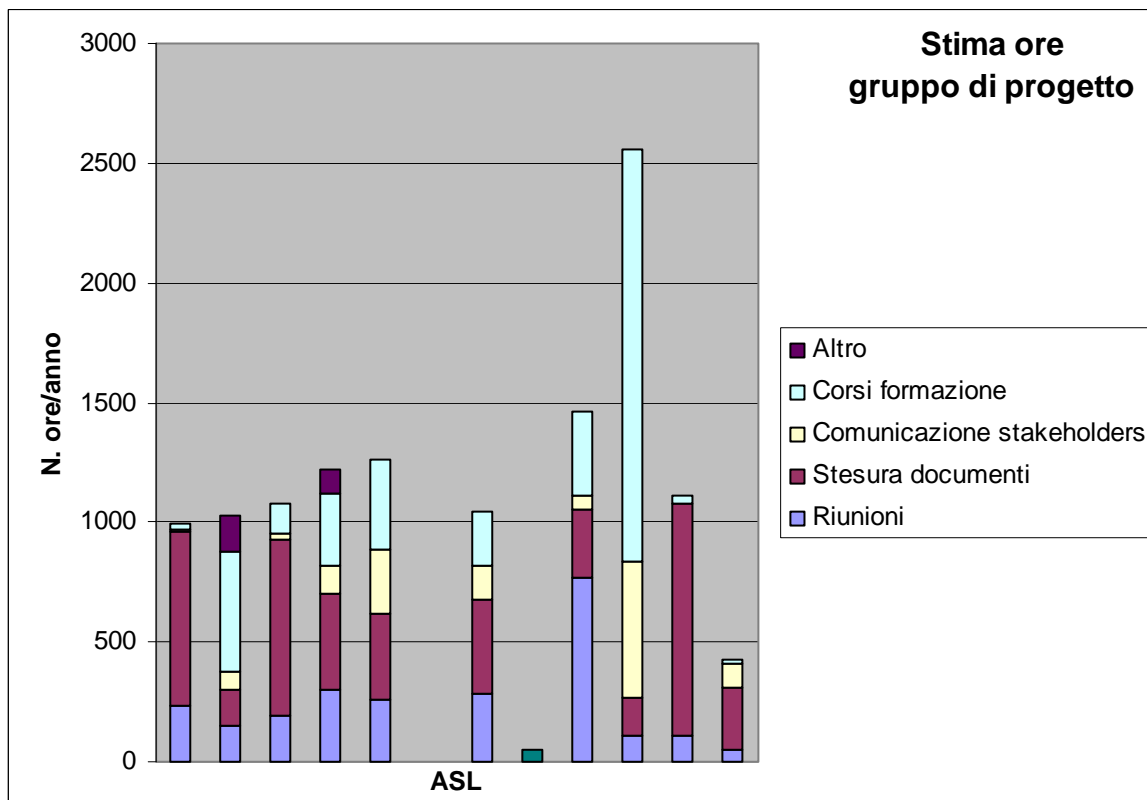
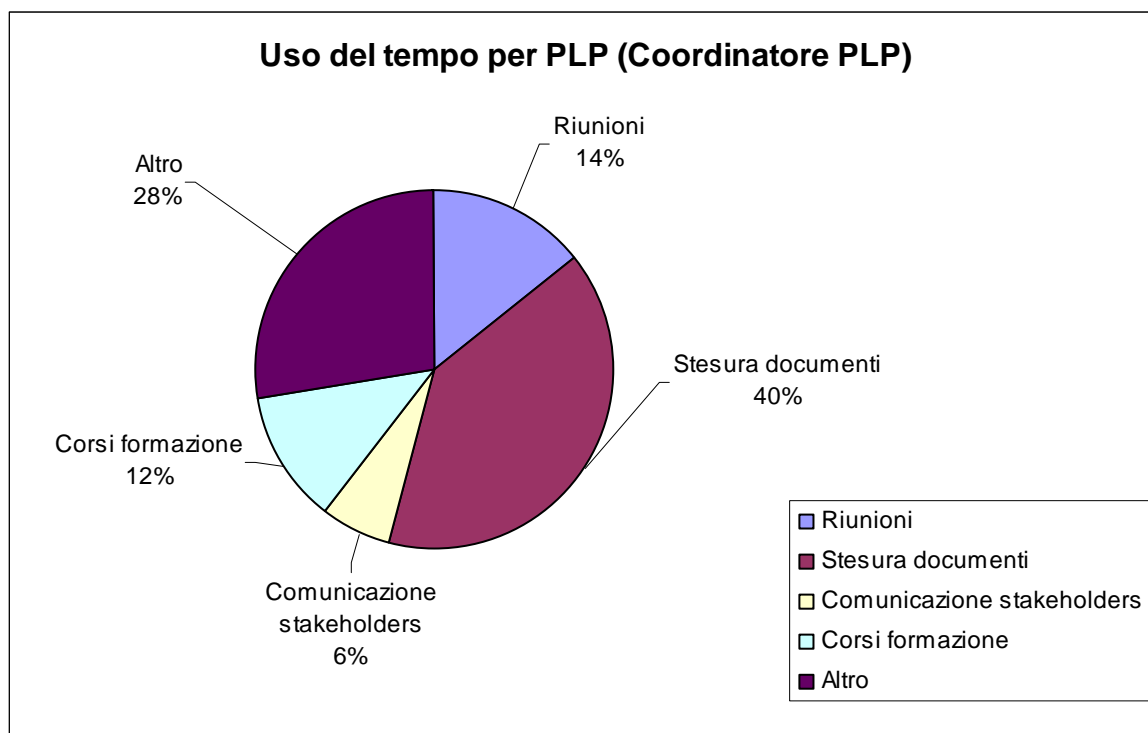


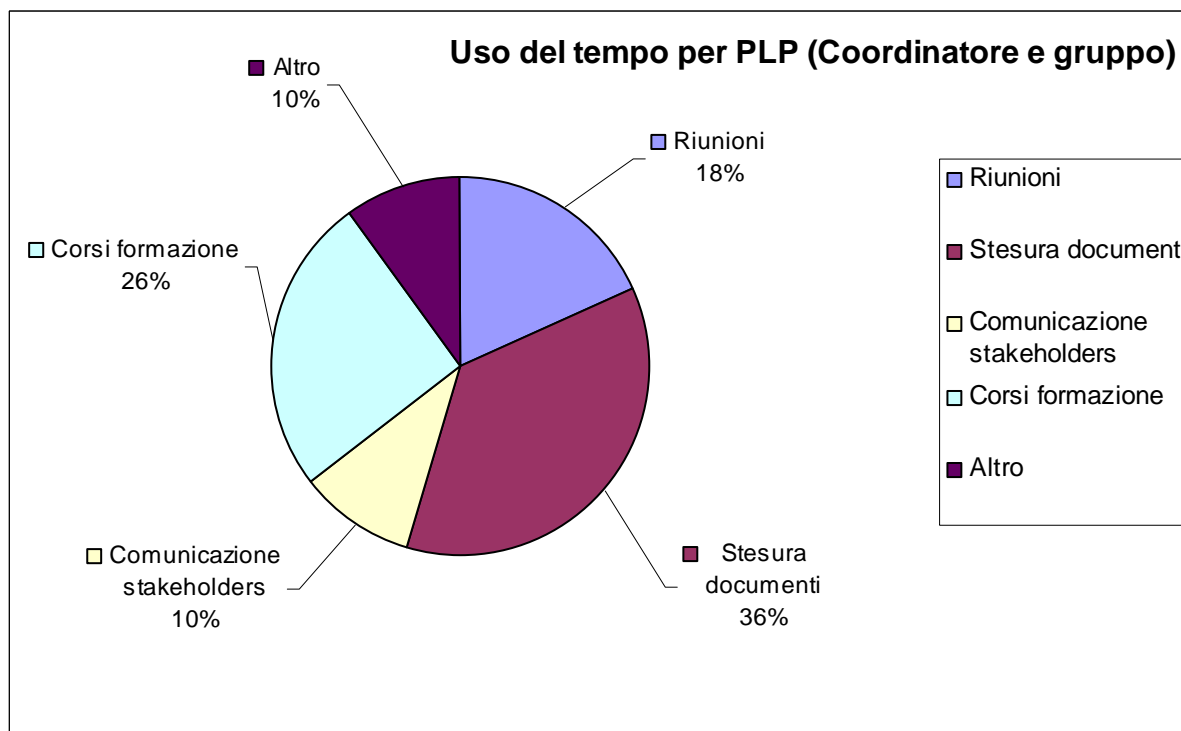
Figura 3 - Stima tempo dedicato dal gruppo di progetto all'attività di governo del PLP



**Figura 4** - Distribuzione delle ore dedicate dal Coordinatore PLP all'attività di governo del PLP



**Figura 5** - Distribuzione delle ore dedicate dal Coordinatore e dal gruppo all'attività di governo del PLP



## Tempo dedicato all'audit

Figura 6 - Tempo dedicato all'audit

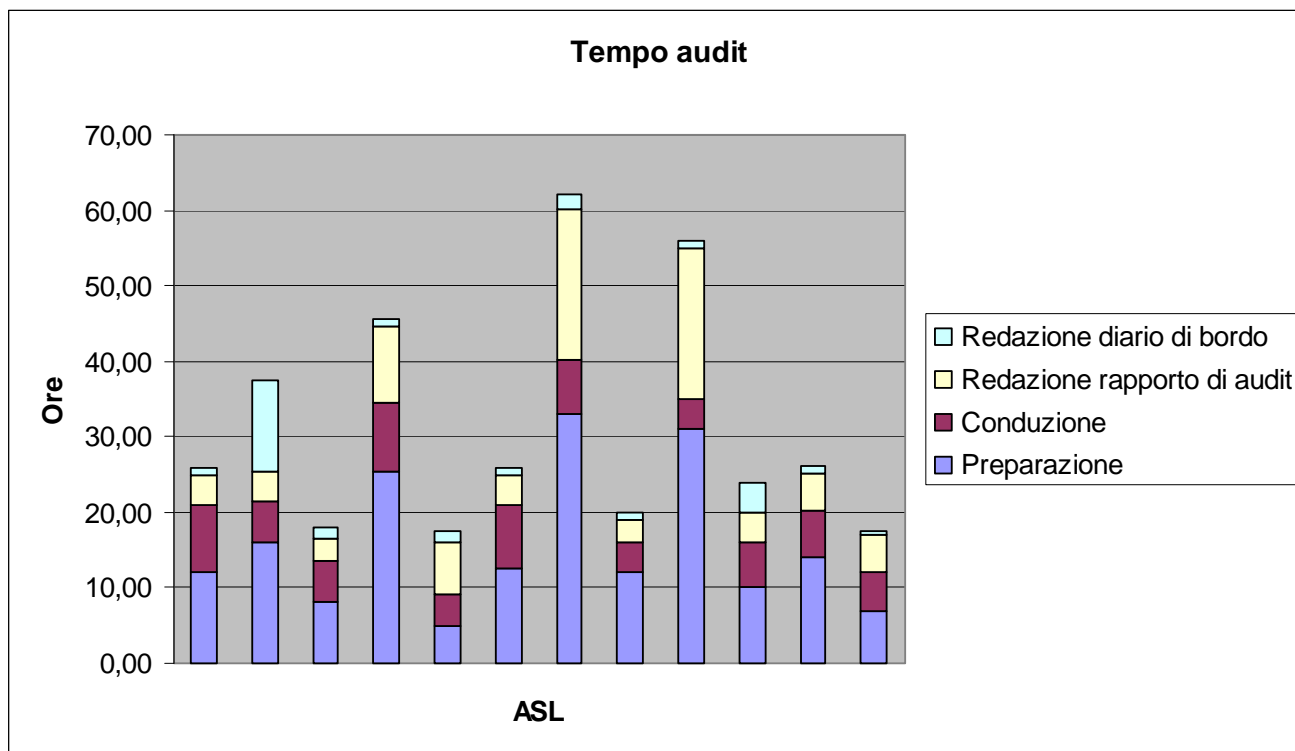


Tabella 2 - Valutazione dell'audit da parte degli auditor

Obiettivo	Voto (da 1 a 10)
Acquisire nuove conoscenze sulle attività oggetto dell'audit	9,0
Migliorare o mettere a punto i processi di governance del PLP	8,5
Influire sulle competenze dei partecipanti stimolando la partecipazione e il cambiamento, anche mediante auto valutazione	8,9