

A cura di
MAURIZIO BASSI, FRANCESCO CALAMO-SPECCHIA,
FABRIZIO FAGGIANO, ANNA LISA NICELLI,
WALTER RICCIARDI, CARLO SIGNORELLI,
ROBERTA SILIQUINI, MASSIMO VALSECCHI

RAPPORTO PREVENZIONE 2015

**Nuovi strumenti
per una prevenzione efficace**

FrancoAngeli



Fondazione Smith Kline

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



Board prevenzione Fondazione Smith Kline: Italo Francesco Angelillo, Maurizio Bassi, Mariadonata Bellentani, Francesco Calamo-Specchia, Giampietro Chiamenti, Sandro Cinquetti, Carla Collicelli, Fiorenzo Corti, Fabrizio Faggiano, Fausto Francia, Antonio Gaudio, Raniero Guerra, Josè Lapinet, Anna Lisa Nicelli, Walter Ricciardi, Carlo Signorelli, Roberta Siliquini.

La Fondazione Smith Kline è un'istituzione indipendente costituitasi in Italia nel 1979 e giuridicamente riconosciuta nel 1982 come Ente Morale non-profit dal Presidente della Repubblica (DPR 917).

Nel 1987 è riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come *Centro di Collaborazione per la Formazione del Personale Sanitario* e nel 1997 come *Centro di Collaborazione in Management Ospedaliero* in Italia.

La Fondazione ha ottenuto dal 2004 al 2010 la Certificazione di Qualità per la progettazione e l'organizzazione di eventi formativi in ambito socio-sanitario e per la progettazione e l'erogazione di servizi di formazione dedicati ai professionisti della sanità nell'ambito dell'Educazione Continua in Medicina.

Da sempre è impegnata in studi e ricerche sulle dinamiche formative degli Operatori sanitari. Negli ultimi tempi il focus delle attività si è progressivamente spostato, con un'attenzione specifica alle tematiche di economia e politica socio-sanitaria, con particolare riferimento alle strategie di prevenzione e all'appropriatezza del trattamento delle patologie cronico-degenerative.

Nella sua veste di "coagulante" di competenze e conoscenze diverse, la Fondazione si pone come punto di riferimento e "incubatore" di progettualità per Operatori sanitari, Istituzioni e ONG, allo scopo di offrire contributi originali nel complesso panorama delle dinamiche sanitarie.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

A cura di
MAURIZIO BASSI, FRANCESCO CALAMO-SPECCHIA,
FABRIZIO FAGGIANO, ANNA LISA NICELLI,
WALTER RICCIARDI, CARLO SIGNORELLI,
ROBERTA SILIQUINI, MASSIMO VALSECCHI

RAPPORTO PREVENZIONE 2015

Nuovi strumenti per una prevenzione efficace

FrancoAngeli



Fondazione Smith Kline

La Fondazione Smith Kline ringrazia la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIItI) e i suoi Gruppi di Lavoro per il costante supporto scientifico.

Copyright © 2015 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione, di *Carlo Signorelli* pag. 7

Osservatorio Italiano Prevenzione: uno strumento per la programmazione

1. L'Osservatorio Italiano Prevenzione (Oip) 2015: storia, risultati, prospettive, di *Francesco Calamo-Specchia, Anna Lisa Nicelli e Massimo Valsecchi* » 13

Dalle buone pratiche agli Ipest: un nuovo strumento per la prevenzione efficace

1. Una riflessione sulle “Buone Pratiche per la Prevenzione” in Italia, di *Fabrizio Faggiano, Silvia Caristia, Alessandro Coppo, Elena Coffano, Paola Ragazzoni e gli allievi del primo corso della scuola Aspp* » 109
2. Un repertorio di interventi di prevenzione efficaci, sostenibili e trasferibili (Ipest): materiali e metodi, di *Silvia Caristia e Fabrizio Faggiano* » 123
3. Un Ipest per la prevenzione dell'obesità e la promozione della dieta sana: la tassazione delle bevande zuccherate, di *Silvia Cardetti e Davide Servetti* » 129
4. Un Ipest per la prevenzione del tabagismo: la tassazione dei prodotti del tabacco, di *Silvano Gallus e Alessandra Lugo* » 164

5. Un Ipest per la prevenzione del fumo di tabacco: gli interventi sul packaging o di pictorial warning, di *Giuseppe Gorini* pag. 192
6. Un Ipest per la prevenzione delle malattie infettive prevenibili con le vaccinazioni: i sistemi di chiamata attiva/promemoria, di *Antonio Ferro e Massimiliano Colucci* » 211
7. Un Ipest per ridurre le diseguaglianze di salute: un intervento per incrementare le coperture vaccinali in gruppi di popolazione difficili da raggiungere, di *Mara Baldissera, Giuseppina Napoletano, Massimiliana Della Camera, Fabrizio Abrescia e Massimo Valsecchi* » 227
8. Un Ipest per promuovere l'autonomia e la mobilità attiva sul percorso casa scuola: il Pedibus, di *Susanna Morgante, Leonardo Speri, Laura Valenari e Massimo Valsecchi* » 244

Prefazione

di Carlo Signorelli¹

Il *Rapporto Prevenzione 2015* rappresenta la quinta edizione di questa esperienza culturale, scientifica ed editoriale, iniziativa svolta in collaborazione con la SItI che, ormai come da tradizione, si suddivide in una prima parte dedicata ad un aggiornamento delle attività dell'Osservatorio Italiano della Prevenzione (Oip) che si configura sempre più come un centro di monitoraggio stabile delle attività di prevenzione in Italia, e una seconda parte che quest'anno approfondisce il tema delle "buone pratiche in prevenzione" a partire dalla definizione di un modello per identificarle, validarle e diffonderle.

Parte dal 2010 l'avventura, che la Fondazione Smith Kline (Fsk) e la Società Italiana di Igiene (SItI) hanno intrapreso nella costruzione di un *Osservatorio Italiano sulla Prevenzione (Oip)* che più recentemente ha visto l'apporto di SNOP e della componente veterinaria, rappresentata dalla SIMEVeP, al fine di rendere più comprensive le attività di prevenzione.

Una sfida che è stata ritenuta necessaria perché un'analisi preliminare degli interventi preventivi dei diversi territori regionali sembravano confliggere con la necessaria omogeneità del Ssn nel suo complesso, disegnando così un nuovo possibile scenario di particolarismi e diseguaglianze.

In questo contesto culturale, l'Oip ha individuato tre fondamentali obiettivi strategici:

- porsi come possibile localizzazione comune e sintesi per le *diverse esperienze geografiche* e per le *differenti appartenenze professionali*, contribuendo con le sue indagini a realizzare un confronto tra le diverse esperienze e i diversi "mondi" della prevenzione italiana;
- attivare sia un sistema di *controllo epidemiologico oggettivo* per rilevare assetti organizzativi, dotazioni, attività della prevenzione nel nostro Paese,

1. Presidente della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI).

sia un sistema di *ascolto e confronto degli orientamenti e atteggiamenti soggettivi dei suoi operatori*, sottoponendo ai Dipartimenti rispettivamente una griglia di rilevazione oggettiva di dati e informazioni, ed un questionario di valutazione e di autovalutazione soggettiva degli operatori;

- arrivare infine, analizzando risposte e pareri forniti dagli operatori delle diverse Regioni italiane, alla definizione di «che cosa è» e di «che cosa fa» il Dipartimento, ma soprattutto di «che cosa sarebbe auspicabile che fosse e che facesse»; portando in tal modo un contributo al *disegno di una ipotesi di Dipartimento forte e condivisa* – e tanto più forte quanto più condivisa – che in maniera forte e condivisa possa poi essere proposta ai referenti istituzionali e politici del Ssn.

Finalizzazione ultima dell'Oip è dunque *favorire un cambiamento dei Dipartimenti*, nei termini di un loro miglioramento e rafforzamento sia organizzativo che “politico” ed istituzionale, finalizzazione ampiamente partecipata da parte degli operatori dei Dipartimenti italiani – attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione qualitativa e di rilevazione quantitativa di tutte le attività di prevenzione svolte nel Ssn.

Rimandiamo alla lettura del *Rapporto* per entrare nel merito dei vari aspetti della rilevazione 2015 ma vorremmo sottolineare un aspetto che ci sembra particolarmente importante.

Vorremmo sottolineare la mancanza di una “anagrafe” istituzionale della prevenzione italiana, di modalità di *governance* condivise al suo interno, di modelli organizzativi comuni, di momenti stabili di confronto; tutte carenze che l'Oip cerca di contribuire a sanare. E, per quanto riguarda i Dipartimenti, quello dell'Oip non è un lavoro sperimentale che tenda a convalidare o disconfermare delle tesi, quanto una descrizione di uno stato di fatto; non è un lavoro accademico di ricerca pura, quanto piuttosto il tentativo di fondare sulla conoscenza della realtà dei Dipartimenti un forte stimolo al loro miglioramento.

Una delle sfide che l'Oip propone e certamente una *sfida comunicativa* che affronti la carenza di iniziative che portino l'esigenza e i vantaggi della prevenzione all'attenzione della collettività e dei decisori. Occorrerebbe dunque anzitutto far sapere ancor meglio che i Dipartimenti esistono, cosa fanno, cosa ottengono; quali sono i loro bisogni, quali le loro potenzialità, come si inseriscono nel sistema meritatorio di protezione della salute su cui si fonda l'esistenza stessa di una società civile.

Occorrerebbe insomma un complessivo rilancio – sia d'immagine, sia culturale, sia politico – della prevenzione; cui forse i risultati e le attività dell'Oip possono fornire un contributo anche attraverso la realizzazione di *un documento di consenso* su tali temi e, a partire dal 2016, arrivare a costruire il prossimo Rapporto Prevenzione. E ciò anche in coerenza

con il Piano Nazionale di Prevenzione vigente che, pur lasciando autonomia alle Regioni nel definire le proprie rispettive organizzazioni, investe il Dipartimento di Prevenzione nel ruolo di regia sia delle funzioni di erogazione diretta delle prestazioni sia di governance degli interventi non erogati direttamente costruendo e sviluppando una rete di collegamento tra i diversi stakeholders.

La seconda parte del *Rapporto* è dedicata a definire il concetto di “buona pratica di prevenzione” attraverso una analisi metodologica e attraverso alcune riflessioni che portano a proporre l’Ipest (Interventi Preventivi Efficaci, Sostenibili e Trasferibili) come modello possibile di intervento di prevenzione sostenuto da solide prove di efficacia, considerato trasferibile nel contesto italiano e sostenibile nel tempo.

Il *Rapporto Prevenzione 2015. Nuovi strumenti per una prevenzione efficace* richiama nel titolo l’idea che la Fondazione Smith Kline e il suo Board Prevenzione abbia fatto il tentativo di suggerire alcuni “strumenti” utili a proporre la “Prevenzione” come leva indispensabile per la tutela della salute dei cittadini e finalizzati alla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale: universalistico, pubblico e solidale.

La sezione del *Rapporto* si chiama appunto “Dalle buone pratiche agli Ipest: un nuovo strumento per la prevenzione efficace” e contiene una serie di Ipest costruiti attraverso il metodo proposto e basato su alcuni criteri precisi.

1. *Efficacia*: il criterio “filtro” riguarda interventi la cui efficacia sia stata provata da studi rigorosi, secondo i criteri della EBM. L’evidenza di efficacia è la condizione *sine qua non* dell’intervento. L’efficacia può essere stata valutata attraverso studi sperimentali o studi osservazionali ed ecologici, qualora lo studio sperimentale non sia applicabile. A partire dai fattori di rischio prioritari definiti dal Piano Nazionale di Prevenzione 2014-18, è stata elaborata una lista preliminare di azioni di prevenzione per le quali vi fossero interventi efficaci: la copertura vaccinale della popolazione, la promozione della dieta corretta, la lotta alla sedentarietà e al fumo di tabacco, e la riduzione delle disuguaglianze di salute.
2. *Sostenibilità*: interventi per i quali è stata ipotizzata la sostenibilità economica, ambientale e sociale nel tempo attraverso l’evidenza scientifica, ma anche l’esperienza degli esperti. La definizione operativa di sostenibilità non è stata così rigorosa come quella di efficacia e si è quindi basata su valutazioni costo-efficacia e costo-benefici derivanti anche da altri contesti, su valutazioni di impatto ambientale e, soprattutto, sociale. Essendo la documentazione scientifica in merito raramente disponibile, la sostenibilità è stata il più delle volte ipotizzata in modo indiretto sulla base delle evidenze disponibili, oppure, più spesso, sulla base della esperienza dell’autore della descrizione.

3. *Trasferibilità*: interventi per i quali è prevedibile la replicazione dell'effetto se trasferiti nel contesto italiano. In mancanza di definizioni operative nella letteratura scientifica, questa valutazione è di nuovo avvenuta in modo indiretto sulla base delle evidenze disponibili e dell'esperienza derivante dall'implementazione di interventi simili, alcuni dei quali applicati in Italia.

Accanto a questo, gli Autori dei vari contributi allegano un “manuale d'uso” che consenta, agli operatori che vorranno collocare nelle loro specifiche realtà queste esperienze, una corretta ed efficace trasferibilità.

Al fine di testare l'adattabilità del metodo, sono state quindi selezionate sei pratiche molto diverse tra di loro. Il metodo sembra adattarsi bene a tutte e sembra tenere conto del diverso grado di complessità.

Ricapitolando, nel volume si potranno trovare e prendere in considerazione le seguenti proposte, tenendo conto che l'esperimento prevede che questi Ipest siano messi alla prova, per valutare l'utilità del repertorio e la sua reale applicabilità. Nel sito www.fsk.it si potrà trovare uno spazio per commenti, critiche e anche per la proposta di nuovi Ipest da valutare per il prossimo Rapporto Prevenzione.

Le esperienze pubblicate nel volume sono così dedicate ai seguenti temi:

- Tassazione delle bevande zuccherate.
- Interventi di regolamentazione del packaging dei prodotti del tabacco.
- Sistemi di chiamata attiva e promemoria per le vaccinazioni (RR).
- Intervento di comunità per incrementare le coperture vaccinali in popolazioni difficilmente raggiungibili: il caso delle comunità Rom e Sinte di Verona.
- Il Pedibus.

Un Ipest è quindi un singolo intervento di prevenzione sostenuto da solide prove di efficacia, considerato trasferibile nel contesto italiano e sostenibile nel tempo. L'uso dell'Ipest deve avvenire all'interno di un processo di programmazione di qualità, che includa analisi dei bisogni e del contesto, coinvolgimento della comunità, valutazione delle risorse, disseminazione e valutazione (di processo e dei risultati).

La SItI ringrazia la Fondazione Smith Kline per la realizzazione del Rapporto Prevenzione 2015, il Board Prevenzione che ha discusso e approvato il Piano editoriale dell'opera, i Curatori e gli Autori dei vari contributi che hanno consentito la pubblicazione di uno strumento che riteniamo possa fare da punto di riferimento per quanti – operatori, programmatori, decisori e cittadini – operano con passione, professionalità e sensibilità all'interno del Servizio Sanitario Nazionale e segnatamente nel campo della prevenzione.

*Osservatorio Italiano Prevenzione:
uno strumento per la programmazione*

1. *L'Osservatorio Italiano Prevenzione (Oip) 2015: storia, risultati, prospettive*

di *Francesco Calamo-Specchia*¹, *Anna Lisa Nicelli*²
e *Massimo Valsecchi*³

STORIA E ATTUALITÀ

1. Un osservatorio per la prevenzione

Nel novembre del 2010, lanciata dalla Fondazione Smith Kline (Fsk) e tempestivamente raccolta dalla Società Italiana di Igiene (SItI), ha preso il via una esperienza di costruzione – ampiamente partecipata da parte degli operatori dei Dipartimenti italiani – di strumenti di valutazione qualitativa e di rilevazione quantitativa di tutte le attività di prevenzione svolte nel Ssn, che ha condotto all'istituzione di un *Osservatorio Italiano sulla Prevenzione (Oip)*.

Tale ardua sfida è stata ritenuta necessaria perché le esigenze di specificità organizzativa negli interventi preventivi dei diversi territori regionali sembravano aver generato qualche sordità verso le necessità imprescindibili di omogeneità del Ssn nel suo complesso; e perché una certa scotomizzazione del contesto nazionale degli interventi sanitari pareva venire disegnando per il nostro Paese un nuovo scenario di particolarismi e disuguaglianze come quello a suo tempo sanato dalla legge 833.

In un contesto culturale orientato dunque al *rilancio del Ssn come promotore del diritto alla salute di tutti i cittadini, che può essere garantito al massimo grado solo rifacendo della prevenzione il centro motore forte e riconosciuto di tutto il sistema sanitario, e della prevenzione primaria il fulcro di tutte le attività preventive*, l'Oip ha individuato tre fondamentali obiettivi strategici:

1. Professore associato di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.
2. Vicepresidente e segretario generale della Fondazione Smith Kline.
3. Dipartimento di Prevenzione, Verona.

- porsi come possibile localizzazione comune e sintesi per le *diverse esperienze geografiche* e per le *differenti appartenenze professionali*, contribuendo con le sue indagini a realizzare un confronto tra le diverse esperienze e i diversi “mondi” della prevenzione italiana;
- attivare sia un sistema di *controllo epidemiologico oggettivo* per rilevare assetti organizzativi, dotazioni, attività della prevenzione nel nostro Paese, sia un sistema di *ascolto e confronto degli orientamenti e atteggiamenti soggettivi dei suoi operatori*, sottoponendo ai Dipartimenti rispettivamente una griglia di rilevazione oggettiva di dati e informazioni, ed un questionario di valutazione e di autovalutazione soggettiva degli operatori;
- arrivare infine, analizzando risposte e pareri forniti dagli operatori delle diverse Regioni italiane, alla definizione di «che cosa è» e di «che cosa fa» il Dipartimento, ma soprattutto di «che cosa sarebbe auspicabile che fosse e che facesse»; portando in tal modo un contributo al *disegno di una ipotesi di Dipartimento forte e condivisa* – e tanto più forte quanto più condivisa – che in maniera forte e condivisa possa poi essere proposta ai referenti istituzionali e politici del Ssn.

Finalizzazione ultima dell'Oip è dunque *favorire un cambiamento dei Dipartimenti*, nei termini di un loro miglioramento e rafforzamento sia organizzativo che “politico” ed istituzionale.

2. 2010: i criteri ispiratori delle rilevazioni

Per un impegno così “alto”, politico ed articolato, non si trattava dunque tanto o solo di attivare un *benchmarking* di modello aziendalistico; *non si trattava cioè tanto o solo di pesare e comparare rigidamente quantità, quanto anche e soprattutto di interrogarsi reciprocamente sulla qualità*; riaffermando così anche operativamente la convinzione che la salute-qualità non si possa rappresentare in maniera soddisfacente con dati sulla sola quantità-servizio.

Per tali fini e in tale ottica la costruzione dell'Oip è stata dunque avviata seguendo alcune direttrici principali⁴:

- **partecipazione** degli operatori alla costruzione degli strumenti di rilevazione (le griglie di rilevazione e il questionario di valutazione utilizzati dall'Oip derivano dalle sollecitazioni e segnalazioni proposte dagli

4. Lagravinese D., Calamo-Specchia F. (2010), “Costruzione dell’osservatorio”, in Boccia A. *et al.* (a cura di), *Rapporto prevenzione 2010. La formazione alla prevenzione*, Bologna, il Mulino.

operatori stessi dei Dipartimenti in tre incontri interregionali – Bologna, Roma, Bari – nel 2010);

- *stimolo al confronto e all'integrazione tra gli operatori* perché fornissero a griglie e questionario risposte unitarie e prodotte collegialmente (sul modello di una “*consensus conference*” Dipartimentale diffusa);
- *stimolo alla soggettività autovalutativa degli operatori* (finora meno esplorata, a differenza della soggettività dei cittadini e degli utenti, analizzata ad es. in programmi nazionali come Passi, Okkio, ecc.); l'Oip può costituire in tal modo una opportunità per costruire una voce politicamente rilevante di tutti gli operatori italiani della prevenzione;
- *originalità* nel richiedere *rilevazioni quantitative di aspetti mai prima organicamente indagati* (dal turnover dirigenziale di Asl e Dipartimenti alle dotazioni di risorse strumentali di quest'ultimo, ecc.), e nel prevedere *ampio spazio per le rilevazioni qualitative* (dalla qualità delle relazioni istituzionali del Dipartimento a quella della comunicazione esterna e interna, dalla accettabilità sociale degli interventi di prevenzione alla equità sociale che essi riescono a promuovere, ecc.);
- *completezza* nel monitoraggio di *tutte le attività preventive di qualsiasi segno e natura* (e non solo delle attività principali e più numerabili – vaccinazioni, screening, ecc. – perciò stesso più conosciute e più monitorate);
- *estensività* nel rilevarle, riferendosi a *tutti i loro possibili attivatori* (Dipartimenti, Asl o qualsivoglia altro referente istituzionale, sanitario o extrasanitario, pubblico e/o privato) e a *tutto il territorio* (e non solo alle strette pertinenze operative dei Dipartimenti, perché è evidente come gli interventi di prevenzione non si risolvano tutti al loro interno);
- *contestualizzazione* nel rilevare le attività preventive, non solo “contandole”, ma seguendole lungo tutto il loro iter: rilevando cioè anche le *conoscenze epidemiologiche* su cui esse si basano (registri, studi *ad hoc*, ecc.), le *condizioni organizzative* in cui vengono svolte, le modalità della *loro valutazione* (di risultato, di salute, di gradimento).

3. 2011-2012: i primi risultati

Le prime tornate di rilevazione attivate dall'Oip nel 2011/2012, cui hanno partecipato complessivamente 65 Dipartimenti (ossia il 40% degli allora 161 Dipartimenti italiani), e in cui sono stati utilizzati un questionario di valutazione e cinque griglie di rilevazione (tab. 1), hanno dunque generato dati quantitativi e qualitativi⁵.

5. Lagravinese D., Calamo-Specchia F. (2011), “Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip): precisazioni metodologiche e primi risultati”, in Boccia A. *et al.* (a cura di), *Rap-*

Pur considerando che tali dati sono stati raccolti senza pretese di rappresentatività statistica (l'adesione dei Dipartimenti alle rilevazioni era puramente volontaria), essi hanno fornito interessanti suggestioni o indicazioni di massima; che qui possono essere sinteticamente ricordati.

Tab. 1 - Questionario di valutazione e griglie di rilevazione – schema degli ambiti e argomenti

<i>Questionario – parte I Dipartimento nel suo complesso</i>	<i>Questionario – parte II Aree del Dipartimento</i>	<i>Questionario – parte III Aree del Dipartimento e Dipartimento nel suo complesso</i>	<i>Griglie</i>
Relazioni formali e rapporti informali con Regione, Asl, Unità di epidemiologia, M.m.g. e P.l.s., altri referenti istituzionali extra Asl	Sensibilità sociale (attesa/ricieste) verso gli interventi	Punti forti e punti deboli	Analisi della legislazione regionale più influente sulla prevenzione
Necessità, situazione attuale e stile della comunicazione esterna e interna	Accettabilità sociale (gradimento) verso gli interventi	Considerazioni e commenti liberi	Analisi delle attività di epidemiologia della Asl
Ritorni comunicativi dalla Asl	Rilevanza epidemiologica degli interventi		Analisi dei flussi informativi della Asl
Controlli di qualità	Qualità degli interventi		Descrizione degli assetti dell'organizzazione e analisi delle risorse dei Dipartimenti (personale, strutture, strumenti, finanziamenti)

porto prevenzione 2011. Le attività di prevenzione, Bologna, Il Mulino; Lagravinese D., Calamo-Specchia F. (2012), "Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip): conferme sperimentali e prospettive di stabilizzazione", in Boccia A. *et al.* (a cura di), *Rapporto prevenzione 2012. La governance della prevenzione*, Bologna, il Mulino.

Tab. 1 - segue

<i>Questionario – parte I Dipartimento nel suo complesso</i>	<i>Questionario – parte II Aree del Dipartimento</i>	<i>Questionario – parte III Aree del Dipartimento e Dipartimento nel suo complesso</i>	<i>Griglie</i>
Progetti autonomi e con finanziatori esterni, commerciali e istituzionali	Efficacia degli interventi		Analisi delle attività preventive della Asl nei differenti settori di intervento, e della loro preparazione (studi epidemiologici <i>ad hoc</i> e indicazione di obiettivi di salute) e valutazione (di risultato, di salute, di gradimento)
Turnover dirigenziale Asl e Dipartimento	Efficienza degli interventi		
Età media, rapporto di lavoro e motivazione degli operatori	Qualità della comunicazione esterna		
Promozione dell'equità sociale negli interventi	Necessità di approfondimenti epidemiologici		
	Necessità di aggiornamenti teorici e operativi, e loro ambiti e argomenti		

3.1. *Dati quantitativi*

I dati quantitativi raccolti delineavano un Dipartimento “*medio*” vasto circa 2.400 kmq e con circa 430.000 abitanti (e una densità abitativa di 354 abitanti/kmq); con una struttura edilizia ogni 36.000 abitanti, e una rete informatica solo nel 50% dei casi; con un veicolo ogni 90 kmq circa, e con un operatore (peraltro cinquantenne o ultracinquantenne) ogni 2.200 abitanti e 12 kmq circa.

Tali operatori erano dotati nella loro stragrande maggioranza di un contratto stabile di lavoro, ma con segnali di precarizzazione; con una prevalenza del personale di ruolo sanitario (circa il 70% del totale, di cui più di 1/3 tecnici della prevenzione e circa 1/20 assistenti sanitari e infermieri), e con personale tecnico al 40% laureato.

Gli operatori erano allocati al 30% nei tre Servizi veterinari, e per quasi il 30% nel Sisp; mentre anche la loro dotazione strutturale e strumentale era allocata in modo grosso modo analogo.

Il Dipartimento “*medio*”, diretto da un medico igienista in carica da circa 7 anni, non disponeva di una certificazione modello Iso9000, era impegnato in molti progetti (dei quali pochissimi con finanziatori commerciali), ed era inserito in una Asl con un Direttore generale in carica da circa 2 anni.

“Sintetizzando” le strutture organizzative presentate negli organigrammi, poteva anche essere disegnata una sorta di organigramma “*medio*”, che aveva i sei Servizi dotati di alcune articolazioni dedicate ai loro ambiti di intervento specifici, e che presentava anche altre articolazioni organizzative Dipartimentali trasversali dedicate principalmente a epidemiologia, medicina dello sport, medicina legale, promozione della salute/educazione alla salute, funzioni amministrative e segretariali, laboratorio di sanità pubblica; e che mostrava inoltre un’ampia territorializzazione/distrettualizzazione delle attività.

3.2. *Dati qualitativi*

Una analisi delle risposte al questionario di valutazione conduceva ad individuare alcuni principali nodi di riflessione critica; dei quali la *forte tensione all’integrazione culturale, operativa e in larga parte umana e relazionale* era il primo, il più diffuso e forse il più importante. Gli operatori affermavano la necessità che il Dipartimento esistesse e che fosse uno; che comprendesse insieme medici e veterinari, igienisti e medici del lavoro – anzi che traesse una delle sue forze dalla loro integrazione; che non perdesse nessuno dei suoi settori tradizionali di impegno, ma anzi che integrasse medicina legale e dello sport, epidemiologia e medicina scolastica, ecc.

In tale ottica di indispensabilità dell’integrazione, si manifestava nei Dipartimenti una diffusa consapevolezza della crucialità assoluta della *comunicazione*, in tutte le sue accezioni: interpersonale tra colleghi e verso utenti, cittadini e portatori d’interesse, con l’associazionismo e il territorio, tra Servizi Dipartimentali e con tutte le Unità organizzative Asl, con le istitu-

zioni sanitarie territoriali e nazionali, con Università e agenzie formative, con le diverse articolazioni territoriali e funzionali dello Stato. Inoltre, veniva individuato come un grave limite la mancanza – e come una importante risorsa la presenza – di visibilità e riconoscimento dei Dipartimenti e dei loro dirigenti (che si costruisce soprattutto con strategie comunicative), e di un clima interno collaborativo (che è evidentemente frutto di una buona comunicazione interna).

La sensazione soggettiva degli operatori segnalava peraltro – a fronte di compiti in continuo aumento – la drammatica *diminuzione di risorse* (economiche, strutturali, per la formazione e per l’informatizzazione) e di personale; cui faceva fronte una capacità ed una dedizione degli operatori (e una funzione di guida e stimolo dei dirigenti) vista come risorsa cruciale.

In opposizione alla tendenza, diffusa già allora e tuttora persistente, a sottovalutare *l’importanza della configurazione organizzativa* del Dipartimento rispetto al conseguimento sostanziale di risultati operativi purchessia, da chiunque e comunque prodotti, gli operatori dei Dipartimenti sottolineavano con forza come gli uni rimanessero nonostante tutto in larga misura funzione dell’altra.

Essi si dichiaravano anche complessivamente fortemente vocati al proprio impegno, fortemente motivati e di buona professionalità; e giudicavano gli interventi del Dipartimento complessivamente efficaci, efficienti, produttivi in termini di salute; ma non particolarmente promoveni sotto il profilo dell’equità sociale. Veniva altresì sottolineata la mancanza in generale di valutazione dei risultati del lavoro, ed in particolare dei suoi *effetti di salute* e di *effetti di gradimento*; e di *audit e best practices*.

Infine, tra le più significative segnalazioni inserite dagli operatori nella sezione “punti forti, punti deboli, commenti liberi” del questionario, possono essere ricordati almeno l’auspicio di maggiore *integrazione* con le pubbliche amministrazioni (e con i Distretti e gli Ospedali), la necessità di garantirsi un contesto di *visibilità politica*, la denuncia della *burocratizzazione* e delle sue lungaggini, la necessità di sollecitare la *partecipazione* e il sostegno dei cittadini e di migliorare la *comunicazione*, in particolare esterna.

4. 2013-2014: la messa a punto del sistema

Sulla scorta delle risultanze delle sue significative esperienze di rilevazione, e per preparare al meglio l’obiettivo di un incremento di copertu-