



Fondazione Smith Kline

Questa pubblicazione, curata dalla Fondazione Smith Kline,
è una presentazione del

RAPPORTO PREVENZIONE 2012

La governance della prevenzione

dedicata al

45° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene,
Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Santa Margherita di Pula (CA), 3-6 ottobre 2012

RAPPORTO PREVENZIONE 2012

La governance della prevenzione

a cura di

Antonio Boccia, Cesare Cislighi, Antonio Federici,
Domenico Lagravinese, Anna Lisa Nicelli,
Giovanni Renga, Walter Ricciardi, Carlo Signorelli,
Marco Trabucchi e Paolo Villari

*Il Volume sarà disponibile
a partire dal 15 Novembre 2012*

SOCIETÀ EDITRICE IL MULINO

INDICE DEL VOLUME

Presentazione, *di Antonio Boccia, Walter Ricciardi
e Paolo Villari*

OSSERVATORIO PREVENZIONE

Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip).
Presentazione e discussione dei risultati raggiunti: una fotografia per lo sviluppo, *di
Domenico Lagravinese e Francesco Calamo
Specchia*

LA GOVERNANCE DELLA PREVENZIONE

Organizzazione Mondiale della Sanità - Ufficio regionale Europa. Health 2020. Una strategia di indirizzo europea a sostegno dell'azione governativa e sociale per la salute e il benessere

La prevenzione nella programmazione sanitaria nazionale, *di Fabrizio Oleari*

Piano nazionale della prevenzione e stewardship: evoluzione delle azioni centrali e scelte operative di "sistema", *di Antonio Federici*

Gli strumenti di valutazione della stewardship,
*di Antonio Giulio de Belvis, Giuseppe La Torre,
Marta Marino, Domitilla di Thiene, Maria
Tanzariello, Rosella Saulle, Antonio Federici,
Paolo Villari, Walter Ricciardi e Antonio
Boccia*

Uno sguardo d'insieme ai Piani regionali della-
prevenzione, *di Carolina Marzuillo, Domitilla
Di Thiene, Brigid Unim, Antonio Giulio de
Belvis, Giuseppe La Torre, Paolo Villari*

La governance della prevenzione: l'esperienza
della regione Veneto, *di Francesca Russo,
Federica Michieletto, Annarosa Pettenò e
Luciano Marchiori*

La governance della prevenzione: l'esperienza
della regione Lombardia, *di Liliana Coppola,
Nicoletta Cornaggia e Maria Gramegna*

La governance della prevenzione: l'esperienza
della regione Emilia-Romagna, *di Maria Pia
Fantini e Pierluigi Macini*

La governance della prevenzione: l'esperienza
della regione Basilicata, *di Gabriella Cauzillo
e Francesco Locuratolo*

Leadership ed advocacy: elementi essenziali per
la prevenzione e la promozione della salute,
di Walter Ricciardi e Agnese Lazzari

Prevenzione e consenso politico, *di Carlo Signorelli*

Di quale ricerca ha bisogno la prevenzione?, *di Fabrizio Faggiano e Elias Allara*

L'economia della prevenzione, *di Cesare Cislighi e Francesca Giuliani*

Le associazioni scientifiche e professionali e la programmazione della prevenzione, *di Giuseppe Costa, Paolo Villari e Flavia Carle*

PRESENTAZIONE

Antonio Boccia⁽¹⁾, Walter Ricciardi⁽²⁾, Paolo Villari⁽¹⁾

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

L'iniziativa della Fondazione Smith Kline si svolge in collaborazione con la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (S.It.I.) e ha previsto la costituzione di un gruppo di esperti per discutere lo stato della prevenzione in Italia anche nel più ampio contesto europeo, per analizzare e diffondere le migliori pratiche preventive e per proporre innovazione in termini di politica sanitaria, di percorsi organizzativi e di tecnologie. Il gruppo di esperti è così

(1) Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma.

(2) Dipartimento assistenziale di sanità pubblica, Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma

costituito:

- Prof. Antonio Boccia, direttore Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, S.It.I.
- Prof. Francesco Calamo Specchia, Università Cattolica del Sacro Cuore
- Prof. Cesare Cislighi, Agenzia per i Servizi sanitari regionali, Università di Milano
- Dott. Antonio Federici, ministero della Salute
- Dott. Fausto Francia, Ausl di Bologna, S.It.I.
- Dott. Domenico Lagravinese, Asl di Bari, S.It.I.
- Dott. Lorenzo Marensi, Asl 3 - genovese, S.It.I.
- Dott. Fabrizio Magrelli, Asl RM/B Roma
- Dott.ssa Anna Lisa Nicelli, Fondazione Smith Kline
- Dott.ssa Maria Grazia Pompa, ministero della Salute
- Prof. Giovanni Renga, Università di Torino, Fondazione Smith Kline
- Prof. Walter Ricciardi, Direttore Dipartimento assistenziale di sanità pubblica, Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma, S.It.I.
- Dott. Giuseppe Scaramuzza, Cittadinanzattiva
- Prof. Carlo Signorelli, Università di Parma, S.It.I.
- Prof. Marco Trabucchi, Università di Tor Vergata, Fondazione Smith Kline
- Prof. Paolo Villari, Sapienza Università di Roma, S.It.I.

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

L'Osservatorio Italiano sulla Prevenzione (Oip) costituisce una esperienza - da ritenersi complessivamente originale nel contesto della sanità pubblica italiana - di costruzione ampiamente partecipata da parte degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione di uno strumento di valutazione qualitativa e di rilevazione quantitativa di tutte le attività di prevenzione svol-

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

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

L'importanza assegnata alla prevenzione e alla sanità pubblica è testimoniata anche dalla esplicitazione chiara, sempre da parte dell'Oms, delle attività di sanità pubblica ritenute essenziali (*Essential Public Health Operations* - EPHO) che

comprendono: 1) sorveglianza delle malattie e valutazione dello stato di salute delle popolazioni; 2) identificazione dei problemi di salute e dei rischi sanitari nelle comunità; 3) preparazione e pianificazione per le emergenze di sanità pubblica; 4) attività di protezione della salute (ambienti di vita e di lavoro, sicurezza alimentare, altro); 5) prevenzione delle malattie; 6) promozione della salute; 7) assicurazione di forza lavoro competente nel campo della sanità pubblica e nel sistema sanitario; 8) *governance*, adeguato finanziamento e promozione della qualità in sanità pubblica; 9) comunicazione efficace in sanità pubblica; 10) ricerca applicata.

I principali elementi che riguardano la pianificazione degli interventi di prevenzione nell'ambito del più generale tema della programmazione sanitaria nazionale sono sintetizzati nel contributo di Fabrizio Oleari, nell'ottica di descriverne in particolare la *governance*. La cosiddetta *stewardship* si candida ad essere il modo per rendere il ruolo del ministero più efficace ed efficiente nella pratica, in un contesto di *devolution* nel quale i diversi livelli di governo si trovano ad avere molteplici interlocutori forti. La recente esperienza della programmazione della prevenzione nel nostro paese ha costituito e costituisce un processo di grande valore non solo per il merito, ma anche per il consolidarsi nella pratica della nuova *governance* basata sulla devoluzione.

Il percorso che conduce a “capire” cosa voglia in pratica dire la *stewardship* è tuttavia, come ben esplicitato da Antonio Federici nel suo contributo, solo all'inizio. La *stewardship* è per molti versi un concetto nuovo per i sistemi sanitari e l'approccio teorico non ha ancora sostanzialmente raggiunto il livello operativo. Dopo la descrizione del *framework* concettuale della *stewardship*, Federici ne espone l'applicazione al Piano Nazionale della Prevenzione (Pnp) 2010-2012, che ha portato alla definizione e alla impostazione delle cosiddette Azioni centrali ed alla successiva identificazione delle Azioni centrali prioritarie nella prospettiva del sistema prevenzione, concludendo opportunamente che la valutazione di efficacia e di efficienza del processo debba essere necessariamente materia di studio empirico.

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

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

Il contesto italiano della sanità pubblica sembra essere caratterizzato dall'assenza di una *leadership* forte e dal ritardo di una *advocacy* efficace. È questo il messaggio principale contenuto nel contributo di Ricciardi e Lazzari, che sottolineano come paesi quali l'Italia siano vecchi demograficamente e culturalmente ed ancorati a prassi consolidate e a modelli del

passato, non di per sé negativi, anzi, ma spesso inadeguati a fronteggiare le sfide contemporanee. Risulta piuttosto difficile affrontare il cambiamento senza adeguati strumenti che permettano di favorire una trasformazione del contesto di riferimento, e ciò può avvenire solamente tramite adeguate *leadership* e *advocacy*, di cui vengono delineati gli aspetti teorici ed applicativi di riferimento. Solo in questo modo è possibile far capire quanto sia fondamentale non seguire passivamente il consenso, ma persuadere e guidare le comunità verso obiettivi più soddisfacenti per tutti.

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

Ma di quali evidenze scientifiche abbiamo bisogno nell'ambito della prevenzione? È questa la tematica affrontata nel contributo di Fabrizio Faggiano e Elias Allara, in cui viene puntualizzato non solo che abbiamo bisogno di solide evidenze scientifiche di efficacia degli interventi preventivi, ma anche che gli interventi preventivi implementati non soltanto in Italia, ma in un contesto più globale, molto spesso mancano di questo requisito. Si tratta, ovviamente, di un qualcosa che non ci possiamo permettere. Sviluppare la produzione di interventi preventivi innovativi, valutare in modo appropriato gli interventi ritenuti più promettenti, costruire un sistema di diffusione degli interventi efficaci e sviluppare metodologie di valutazione costo-efficacia capaci di stimare l'impatto a breve e a lungo termine sulla salute della popolazione, ma anche a livello economico ed organizzativo, della disseminazione di interventi efficaci, sono le soluzioni proposte, che

richiedono l'impegno individuale di tutti i ricercatori e gli operatori di sanità pubblica, ma anche necessariamente di un approccio di sistema.

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

Il ruolo delle società scientifiche nella programmazione della prevenzione è analizzato nel contributo di Costa et al, evidenziando che le società scientifiche possono fornire tre tipi di contributi essenziali nei processi decisionali preventivi: la revisione scientifica, la produzione di nuova conoscenza scientifica e la costruzione di capacità di innovazione. Nel passato i documenti di programmazione preventiva sono stati il risultato di un processo integrato tra analisi dei bisogni, valutazione delle azioni, e scelta di priorità, senza una validazione scientifica indipendente. L'integrazione nei processi decisionali della conoscenza di cui sono cultori le società scientifiche possono sicuramente rafforzare la credibilità dei documenti di programmazione. La recente intesa formalizzata tra il ministero della Salute, la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (S.It.I.), l'Associazione Italiana di Epidemiologia (AIE) e la Società Italiana di Statistica Medica ed Epidemiologia Clinica (SISMEC) rap-

presenta sicuramente una scelta di sistema a vantaggio della salute pubblica e segna indubbiamente un passo in avanti verso istituzioni ben disegnate e funzionanti.

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

OSSERVATORIO ITALIANO SULLA PREVENZIONE (OIP): CONFERME SPERIMENTALI E PROSPETTIVE DI STABILIZZAZIONE

Domenico Lagravinese e Francesco Calamo Specchia¹

1. *Caratteristiche e obiettivi dell'Oip*

L'iniziativa dell'Osservatorio Italiano sulla Prevenzione (Oip), lanciata nel 2010 dalla Fondazione Smith Kline (Fsk) e dalla Società Italiana di Igiene (Siti), è una esperienza di costruzione - ampiamente partecipata da parte degli operatori dei Dipartimenti di prevenzione - di strumenti di valutazione qualitativa e di rilevazione quantitativa di tutte le attività di prevenzione svolte nel Servizio sanitario nazionale, da sottoporre poi alla compilazione degli stessi operatori.

Obiettivo strategico dell'Oip è contribuire con le sue indagini a realizzare un confronto tra le diverse esperienze e i diversi "mondi" della prevenzione italiana, ponendosi come possibile localizzazione comune e sintesi *per le diverse esperienze geografiche* e per le *differenti appartenenze professionali*.

La definizione di "che cosa è" e di "che cosa fa" il Dipartimento (oltre che di "che cosa sarebbe auspicabile che fosse e che facesse"), ottenuta analizzando le risposte fornite dagli operatori delle diverse regioni italiane, può portare in tal modo un contributo al disegno di *una ipotesi di Dipartimento forte e condivisa*, e che in maniera forte e condivisa possa poi essere proposta ai referenti istituzionali e politici del Ssn.

Ma per un impegno così "alto", politico ed articolato, allora, non si tratta tanto o solo di attivare un benchmarking di modello aziendalistico; *non si tratta cioè tanto o solo di pesare e*

¹Domenico Lagravinese: coordinatore del Collegio degli operatori di sanità pubblica (SItI), direttore del Dipartimento di prevenzione e del Servizio di igiene e sanità pubblica della Asl di Bari; Francesco Calamo Specchia: professore associato di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

comparare rigidamente quantità, quanto soprattutto di interrogarsi reciprocamente sulla qualità; riaffermando così operativamente, peraltro, anche 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 è stato disegnata dunque una iniziativa che sembra presentare alcuni caratteri di originalità; i principali dei quali possono essere schematicamente individuati come segue.

1. *Partecipazione degli operatori alla costruzione degli strumenti di rilevazione.*

Il questionario di valutazione e le griglie di rilevazione utilizzati per l'indagine dell'Oip sono stati messi a punto nel 2010 in tre incontri di macroarea regionale tenutisi a Bologna, Roma e Bari, cui hanno partecipato oltre 100 operatori dei Dipartimenti di prevenzione di tutta Italia [Lagravinese e Calamo Specchia 2010].

Le domande inserite nel questionario di valutazione, e gli aspetti sui quali le griglie di rilevazione si propongono di raccogliere elementi conoscitivi, derivano quindi tutte dalle sollecitazioni e dalle segnalazioni di tali operatori.

2. *Costante "manutenzione" partecipata degli strumenti di rilevazione.*

Il questionario e le griglie usciti dagli incontri del 2010 sono stati successivamente validati nel 2011 in una prima tornata di rilevazioni, che ha riguardato 23 Dipartimenti di prevenzione (circa il 15% del totale nazionale) distribuiti in 12 Regioni [Lagravinese e Calamo Specchia 2011]. In tale tornata sono stati raccolti, oltre ai risultati delle rilevazioni, anche i pareri e i suggerimenti sugli strumenti di rilevazione provenienti dai Colleghi; che erano stati sollecitati a considerare questionario e griglie ancora "elastici", e dunque passibili di miglioramento e modifica, e ad inserire formalmente i loro eventuali suggerimenti nello spazio del questionario appositamente dedicato ai commenti liberi.

Tali suggerimenti e segnalazioni hanno condotto a migliorare questionario e griglie per la tornata di rileva-

zioni del 2012; così come i suggerimenti raccolti nella tornata di rilevazioni di quest'anno contribuiranno a modificare questionario e griglie del 2013, e a renderli massimamente idonei ad essere utilizzati in forma stabile nel momento di una auspicabile applicazione formalizzata dell'Oip su tutto il territorio nazionale, terminata la presente fase di avvio e sperimentazione.

3. *Stimolo al confronto e all'integrazione tra gli operatori.*

L'approccio "partecipato" dell'Oip sottolinea fortemente l'opportunità che le risposte fornite a questionario e griglie dai Colleghi dei Dipartimenti siano unitarie e prodotte collegialmente, ossia che rappresentino il frutto di un percorso di interlocuzione e confronto più ampio possibile tra tutte le diverse professionalità e le diverse funzioni presenti nei Dipartimenti (sul modello di una "consensus conference" diffusa); naturalmente nella misura più ampia compatibile con gli oggettivi vincoli organizzativi delle diverse realtà locali.

E in realtà ciò è già avvenuto nelle rilevazioni sperimentali del 2011 e del 2012, durante le quali le questioni poste dall'Oip hanno diffusamente costituito il centro di iniziative comunque collettive - anche se ovviamente più o meno partecipate nelle diverse situazioni locali - attraverso le quali gli operatori dipartimentali, variamente interrelandosi, hanno compiuto (spesso per la prima volta) dei veri e propri "check" comuni delle loro attività.

4. *Stimolo alla soggettività autovalutativa degli operatori.*

Anche in virtù del suo approccio integrato ed unitario, l'Oip costituisce una importante opportunità per costruire una voce politicamente rilevante di tutti gli operatori italiani della prevenzione, nessuno escluso.

Mentre altre iniziative di rilevazione in ambito di prevenzione (ad es. Passi, Okkio, ecc.) indagano la soggettività dei cittadini e degli utenti, l'Oip tende infatti a far emergere - sia nel questionario a ciò specificamente dedicato, ma anche nelle griglie, pur dedicate prevalentemente a rilevazioni più oggettive - la soggettività degli operatori dei Dipartimenti di prevenzione, finora meno esplorata, i loro

orientamenti e le loro esperienze, le loro sensazioni e le loro aspettative; e a stimolare dunque la loro capacità professionale di valutazione, autovalutazione e riprogettazione delle proprie attività, del proprio contesto di lavoro, ecc.

Si sarebbe potuto avere il timore che tale impostazione prevalentemente soggettiva delle rilevazioni inducesse un effetto di auto-indulgenza e autocompiacimento nelle risposte fornite dagli operatori dipartimentali; timore che però l'evidente quota di equilibrio ed oggettività, già presente nei risultati delle rilevazioni sperimentali del 2011, si è incaricata di fugare. Al contrario, le riflessioni indotte dall'Oip hanno prodotto come ricaduta virtuosa, che “gli operatori - in un'importante assunzione di responsabilità - identifichino le proprie eventuali competenze, abnegazione, flessibilità, capacità di collaborazione come quella importantissima chiave di volta per l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione che studi e acquisizioni della scienza aziendale internazionale dimostrano effettivamente che essa sia.” [Lagravinese e Calamo Specchia 2011]

5. *Ampio spazio per le rilevazioni qualitative.*

Le rilevazioni promosse dall'Oip non si riferiscono tanto o solo a elementi epidemiologici “quantitativi”, quali ad esempio i dati oggettivi di servizio (peraltro anch'essi presenti nelle griglie di rilevazione), ma appuntano anche ampiamente la loro indagine su aspetti fortemente qualitativi, come ad esempio tutte le valutazioni richieste sia nel questionario (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.), sia nella griglia di analisi della legislazione regionale, ecc.

6. *Rilevazioni quantitative originali.*

Gli elementi epidemiologici “quantitativi” desumibili da dati oggettivi di servizio, che come detto sono presenti anch'essi nelle rilevazioni Oip, si riferiscono peraltro nella loro grande maggioranza - per evitare duplicazioni o ripetizioni di altre esperienze di rilevazione passate o in corso

- ad aspetti che mai prima ci si era proposti di indagare in maniera organica: dalle attività di epidemiologia della Asl a tutte le attività preventive svolte nel territorio, dal turnover dirigenziale di Asl e Dipartimento alle dotazioni di risorse strumentali di quest'ultimo, ecc.

7. *Analisi riferita a tutto il territorio.*

L'indagine promossa dall'Oip è mirata sulla prevenzione tutta, e non solo sulle strette pertinenze operative del Dipartimento, perché è ben evidente come gli interventi di prevenzione non si risolvano tutti all'interno del Dipartimento.

Conseguentemente, l'Oip appunta la sua attenzione sia sul contesto regionale (legislazione per la prevenzione, ecc.) che di Asl (flussi informativi, attività di epidemiologia, ecc.); e le sue rilevazioni riguardano *le attività preventive svolte nei diversi territori, anche al di là delle strette pertinenze dei Dipartimenti.*

In tal senso, l'Oip stimola gli operatori dipartimentali impegnati nelle rilevazioni a non accontentarsi di uno sguardo autoreferenziale sulla propria organizzazione, ma piuttosto a sviluppare una contezza completa su tutto ciò che accade con valenze preventive non solo nella Asl, ma anche nel territorio in senso lato (ad es. evoluzione produttiva e legislativa, politica e istituzionale, antropologica e sociale, ecc.); costituendo così in qualche modo per essi una occasione di incarnare la propria funzione sicuramente di referenza culturale - quando non anche direttamente professionale - della prevenzione.

8. *Monitoraggio di tutte le attività preventive.*

L'Oip si propone di rilevare non solo le attività di prevenzione principali e più consuete (come ad esempio alcune vaccinazioni, o alcuni screening, ecc.), e perciò stesso più conosciute e più monitorate. Esso si propone viceversa di rilevare tutte le attività di prevenzione, di qualsiasi segno e natura, messe in opera nel territorio della Asl dal Dipartimento o da qualsivoglia altro referente istituzionale, sanitario o extrasanitario, pubblico e/o privato.

Le rilevazioni hanno condotto in tal modo alla segnalazione fin dal 2011 da parte dei Dipartimenti partecipanti di oltre 500 diverse attività preventive.

9. *Monitoraggio del contesto in cui tali attività si svolgono.*

Tali attività vengono nelle rilevazioni dell'Oip peraltro non solo "contate", ma anche seguite lungo tutto il loro iter: dalle conoscenze epidemiologiche su cui esse si basano (registri, studi ad hoc, flussi informativi, ecc.), alle condizioni legislative e organizzative che ne rendono possibile l'attuazione, alle modalità della loro valutazione (di risultato, di salute, di gradimento).

Per far ciò la griglia di rilevazione è articolata in cinque ambiti principali, ognuno indagato da una griglia dedicata:

- a) *Analisi della legislazione regionale per la prevenzione*
- b) *Analisi delle attività di epidemiologia della Asl*
- c) *Analisi dei flussi informativi istituzionali della Asl*
- d) *Descrizione dell'assetto organizzativo e analisi delle risorse dei Dipartimenti di prevenzione*
- e) *Analisi delle attività preventive della Asl nei differenti settori di intervento.*

Gli strumenti di indagine dell'Oip, questionario di valutazione e griglie di rilevazione (molto dettagliatamente illustrati nelle già segnalate edizioni 2010 e 2011 del Rapporto prevenzione, alle quali dunque si rimanda per eventuali approfondimenti), sono sinteticamente rappresentati nella tabella 1.

2. *Le rilevazioni del 2012*

Dopo la messa a punto teorica del 2010 e le prime rilevazioni del 2011, l'obiettivo operativo principale del lavoro condotto quest'anno dall'Oip è stato il completamento della sua fase sperimentale giungendo a ottenere *risultati da almeno un Dipartimento per Regione*, al fine di avvicinarsi sempre più ad una piena rappresentatività statistica e "politica" del mondo (o dei mondi) della prevenzione italiana; e di preparare così una propria auspicabile generalizzazione e stabilizzazione, propo-

nendosi ai decisori istituzionali come strumento - certo ancora modulabile e perfezionabile - ma già con un suo radicamento e una sua affidabilità.

I Dipartimenti di prevenzione italiani censiti dal Ministero della Salute in riferimento alle più aggiornate leggi regionali di organizzazione sanitaria territoriale sono 146. Peraltro, al 31 dicembre 2011 in alcune regioni persistevano di fatto modelli organizzativi precedenti, che portavano i Dipartimenti operanti in sostanziale autonomia al numero di 161; e relativamente a questo numero sono state compiute le indagini dell'Oip.

I Dipartimenti che hanno partecipato quest'anno alle rilevazioni dell'Oip sono 60, (ossia il 37 % dei 161 Dipartimenti italiani); e precisamente:

Agrigento, Aosta, Arezzo, Ascoli, Bari, Barletta-Andria-Trani, Bologna, Bolzano, Brindisi, Caltanissetta, Camerino, Campobasso, Catania, Catanzaro, Città di Castello, Cosenza, Crotone, Empoli, Enna, Fabriano, Fano, Firenze, Foggia, Foligno, Genova, Grosseto, Latina, Lecce, Lucca, Macerata, Massa e Carrara, Medio Friuli, Messina, Napoli 2, Olbia, Palermo, Perugia, Pesaro, Potenza, Prato, Ragusa, Rimini, Roma A, Roma D, Roma E, Roma H, Salerno 1, Salerno 2, Saluzzo, Siracusa, Taranto, Teramo, Terni, Torino, Trapani, Trento, Urbino, Venezia, Verona, Vibo Valentia (figura 1).

Quest'anno dunque il numero dei Dipartimenti rispondenti all'indagine dell'Oip si è quasi triplicato rispetto al 2011 (da 23 a 59).

42 dei Dipartimenti hanno partecipato alle rilevazioni per la prima volta quest'anno, e precisamente:

Agrigento, Aosta, Arezzo, Bolzano, Caltanissetta, Campobasso, Catania, Catanzaro, Cosenza, Crotone, Empoli, Enna, Fabriano, Firenze, Foggia, Foligno, Grosseto, Lecce, Massa e Carrara, Messina, Napoli 2, Olbia, Palermo, Perugia, Prato, Ragusa, Rimini, Roma A, Roma D, Roma E, Roma H, Salerno 1, Salerno 2, Saluzzo, Siracusa, Terni, Trapani, Trento, Urbino, Venezia, Verona, Vibo Valentia.

18 dei Dipartimenti che hanno partecipato alle rilevazioni di quest'anno erano già tra i partecipanti alle rilevazioni del 2011, e precisamente: *Ascoli, Bari, Barletta-Andria-Trani, Bologna, Brindisi, Camerino, Città di Castello, Fano, Genova, Latina, Lucca,*

Macerata, Medio Friuli, Pesaro, Potenza, Taranto, Teramo, Torino; mentre 5 Dipartimenti tra i partecipanti del 2011 quest'anno non hanno partecipato alle rilevazioni, e precisamente: *Alto Friuli, Bassa friulana, Isernia, Matera, Viterbo.*

Le regioni coperte nel 2012 con la presenza di almeno un Dipartimento sono 19, rispetto alle 12 del 2011.

Complessivamente dunque, nelle rilevazioni sperimentali del 2011 e del 2012, hanno partecipato alle rilevazioni sperimentali dell'Oip 65 differenti Dipartimenti (ossia il 40% dei 161 Dipartimenti italiani), distribuiti in tutte le regioni italiane tranne che in Lombardia (figura 2); la cui costante assenza finora dalle rilevazioni Oip, può essere fatta risalire a contrasti organizzativi che hanno rallentato i chiarimenti circa l'adattabilità del senso e dell'impostazione dell'Oip alla specifica situazione regionale.

In 6 regioni - Basilicata, Puglia, Sicilia, Trentino-Alto Adige, Umbria, Val d'Aosta - hanno partecipato alle rilevazioni il 100% dei Dipartimenti; in Calabria hanno partecipato la quasi totalità dei Dipartimenti (ne manca solo 1 su 5), e in altre 4 regioni (Friuli, Toscana, Marche, Molise) hanno partecipato la metà ed oltre dei Dipartimenti.

Sommando il numero dei residenti nel territorio dei 65 Dipartimenti partecipanti complessivamente all'Oip si arriva a 24,5 milioni di cittadini, ossia il 40% dei 60,8 milioni di cittadini italiani.

Questi dati possono dunque autorizzare nel loro complesso a considerare conclusa in maniera soddisfacente la fase sperimentale iniziale dell'Oip, e possono costituire una base sufficientemente rappresentativa per lo sviluppo delle sue attività su tutto il territorio nazionale.

3. Prospettive e sviluppi

L'Oip si è trovato al suo terzo anno di attività a confrontarsi inevitabilmente con una forte domanda di senso, che è dunque anche un interrogativo cruciale sulle sue prospettive e il suo sviluppo.

L'Oip potrebbe senz'altro sopravvivere come iniziativa di ricerca tra le tante, arruolando ogni anno i Dipartimenti partecipanti sulla scorta di dinamiche non organiche - circostanze occasionali, relazioni personali, autoselezione, ecc. - e contando sulla dedizione e l'entusiasmo degli operatori dei Dipartimenti e dei colleghi della Siti; ma ciò condurrebbe inevitabilmente a rilevazioni a macchia di leopardo, pur sempre suggestive e indicative, e utili per progressivi affinamenti dello strumento di indagine, ma mai davvero pienamente rappresentative e politicamente "pesanti".

Se viceversa ci si pone, come appare più logico e produttivo, l'obiettivo di sviluppare l'Oip come sistema di controllo epidemiologico generalizzato e oggettivo, per rilevare dotazioni, attività, performance della sanità pubblica - oltre che come sistema di ascolto degli orientamenti e atteggiamenti dei suoi operatori - allora occorre mettere in campo una serie di miglioramenti e correttivi delle sue attività.

In primo luogo, appare necessario un **potenziamento significativo delle risorse dell'Oip**, in termini sia di risorse strumentali (ad esempio dotandosi di modelli e supporti informatici per la raccolta, trasmissione ed elaborazione dei dati, e per la diffusione dei risultati), sia soprattutto ed in particolare in termini di operatori dedicati, che possano funzionare nelle diverse Regioni da sollecitatori, facilitatori, effettori, supervisori delle rilevazioni.

Tali operatori potrebbero ad esempio essere costituiti da studenti in formazione nelle scuole di specializzazione (o anche nei corsi di laurea) di area preventiva e di sanità pubblica; coadiuvati magari da una rete più strutturata di referenti Oip, costituita da un operatore per ogni Dipartimento, selezionato tra gli iscritti alla Siti o alle altre società scientifiche e professionali della sanità pubblica.

Per favorire la tempestività e la qualità delle risposte, peraltro, potrebbe essere utilissimo attivare, sotto l'egida degli Assessorati regionali alla Sanità, una serie di *workshop regionali di una o di mezza giornata, per la presentazione dettagliata agli operatori dei Dipartimenti di questionario e griglie* (che potrebbe essere utile fornire il prossimo anno anche in una versione

esemplificativa compilata in fac-simile); mentre altrettanto utile potrebbe risultare successivamente una giornata di confronto a livello regionale intorno alla *considerazione e verifica dei risultati regionali*, che permetterebbe utili riflessioni a livello locale.

In secondo luogo, occorrerebbe per lo sviluppo dell'Oip una opportunità ed una capacità di **lavorare in strettissima sinergia ed integrazione con i referenti istituzionali nazionali e regionali**, anche per evitare duplicazioni di richieste di dati ai Dipartimenti.

Perché l'Oip contribuisca in tal modo nella maniera più produttiva al sistema integrato delle rilevazioni istituzionali, occorrerebbe in particolare svilupparne ulteriormente l'approccio metodologico - sostanzialmente originale nel quadro delle rilevazioni sulla sanità pubblica italiana - potenziando ed allargando sia le rilevazioni quantitative mai prima effettuate, sia tutta la parte mirata sulla soggettività e sulla auto-valutazione degli operatori.

Tale ultima parte soggettiva però, per non restare una sorta di sterile autocoscienza, dovrebbe trovare uno sbocco in una autorevolezza dell'Oip che andrebbe sempre più ampliata, ampliando appunto fino ad una completa rappresentatività statistica le rilevazioni.

E dunque *in terzo luogo*, per tale ampliamento - oltre che, come già detto, aumentare le risorse dedicate all'Oip - sarebbe indispensabile anche o soprattutto, come cruciale elemento motivante per gli operatori chiamati ad esprimersi, trasmettere con forza l'idea che le rilevazioni dell'Oip non galleggino nel vuoto, né costituiscano uno sterile esercizio accademico, ma rappresentino il cuore e il centro e l'occasione imperdibile di una **iniziativa strategica, nella quale la Siti convoglia tutto il suo impegno e tutta la sua determinazione**, e dalla quale ci si aspettano indicazioni importanti e condivise di cambiamento, su cui poi puntare con tutta la propria forza di *lobbying*.

Un impegno che la Siti potrebbe assolvere ad esempio anche riservando all'Oip uno spazio dedicato e sempre più centrale in ognuno dei suoi incontri e convegni regionali o nazionali, e magari apposite commissioni di studio nelle sezioni regionali; o quant'altro possa comunque servire a costituire di fatto la rifles-

sione sull'Oip e dunque sui Dipartimenti come una sorta di filo rosso che si dipana parallelamente a tutte le sue attività scientifiche ed istituzionali.

Le esperienze del 2010 e del 2011 dell'Oip, e le rilevazioni formali e informali degli orientamenti di tutti gli operatori partecipanti, confermano peraltro che tale impegno non avrebbe molto senso se non fosse condotto dalla Siti nello spirito dell'integrazione metadisciplinare, più ancora che della sola apertura professionale e interdisciplinare; spirito peraltro già da tempo diffusamente identificato come caratterizzante del profilo di ogni igienista [Calamo Specchia 1993]; anzi a tale profilo assolutamente connaturato.

Dunque si può ancora convintamente ribadire, come affermato lo scorso anno, che:

“...la sfida ulteriore che sembra ora cruciale accettare è quella di *superare i confini della disciplina igienistica*, in un'opera intelligente di ricomposizione dei diversi apporti disciplinari verso il fine comune della prevenzione, da praticare e da difendere.

Gli stessi operatori dei Dipartimenti pilota, segnalando l'esigenza di integrazione come punto irrinunciabile e fondamentale del loro agire professionale, hanno mostrato di condividere tale impostazione di fondo dell'iniziativa dell'Oip. O meglio, l'Oip ha mostrato di saper intercettare una esigenza fortemente presente negli operatori: ridisegnare per il Dipartimento nuovi spazi di unitarietà, nel lavoro di ricerca comune per arrivare a un quadro di riferimento condiviso per la sua struttura organizzativa ed i suoi interventi.

Al di là dei dati e risultati sempre più importanti che auspicabilmente l'Oip sarà in grado di produrre, è insomma importante attivare fin d'ora intorno a quei dati un *processo di confronto e coesione interna nei Dipartimenti* che potrebbe essere forse il risultato più importante da conseguire (e che potrebbe partire dal riequilibrio di un certo sbilanciamento sui servizi igienistici e sui ruoli medici dello sguardo analitico dell'Oip); e sostituire la contrapposizione e il conflitto per allargare le aree di dominio disciplinare con la ricomposizione degli apporti scientifici e professionali per aumentare la salute dei cittadini (e prima ancora per allargare gli spazi di praticabilità all'interno del SSN che permettano di farlo!).

Un “andare oltre la Siti” per *riunire tutti i professionisti della prevenzione*, che può forse essere condotto e realizzato nella maniera migliore proprio dalla Siti stessa; sia per la tradizione di agenti di integrazione culturale e professionale presente nella storia degli igienisti, sia per il radicamento della riflessione metadisciplinare nelle basi dottrinali della disciplina, sia dunque per la vocazione complessiva dell'igienista a porsi come riferimento trasversale per il collegamento comunicativo tra i differenti ricercatori.

Non sembra dunque azzardato affermare che se non saranno gli igienisti italiani a farsene carico fino in fondo, forse non sarà semplicissimo trovare altri gruppi professionali in grado di fungere da attivatori di tale processo; ed in tal senso l'Oip può divenire una forte assunzione di responsabilità dell'Igiene, ed un impegno strategico della Siti intorno a cui coagulare ricerca, formazione, *lobbying* virtuoso, promozione di immagine.”

Tali proposizioni sembrano del tutto condivisibili anche quest'anno.

Come si potrebbe ad esempio valutare un servizio veterinario, o prospettarne una riorganizzazione, senza parlarne con un veterinario? Anzi, senza lasciare che sia un veterinario a parlarne?

Come affrontare il tema di una riorganizzazione che coinvolge tutti gli operatori, senza coinvolgere nella discussione appunto tutti gli operatori? Come parlare di integrazione professionale e più ancora culturale e di intenti, affermarne e rilevarne la necessità, e non realizzarla nel lavoro stesso che la rileva?

In quarto - ma assolutamente non ultimo! - luogo, dunque, il gruppo di lavoro dell'Oip andrebbe allora necessariamente e tempestivamente **allargato - almeno, ma non solo - a veterinari, medici del lavoro, infermieri, assistenti sanitari, tecnici della prevenzione;** e il gruppo dei promotori dell'Oip a **tutte le associazioni scientifiche e professionali della prevenzione e della sanità pubblica,** o a quante più possibile.

Tale allargamento potrebbe ad esempio trovare una sua concretizzazione ed identificazione insieme operativa e simbolica nella organizzazione congiunta da parte di tutte le Società scientifiche di sanità pubblica di un *Convegno Nazionale* specificamente dedicato non solo alla illustrazione dettagliata dei risultati dell'Oip, ma anche e soprattutto all'avvio di un processo di confronto serrato, scientifico e “politico”, tra le visioni culturali, istituzionali ed organizzative del Dipartimento di prevenzione, tendente a costruire il più ampio consenso professionale intorno ad una ipotesi unitaria.

Peraltro, promuovere un tale coagulo di intenti, ponendone l'Oip come base di partenza e veicolo di diffusione, potrebbe porre di fatto la Siti alla testa di un movimento complessivo della sanità pubblica italiana, che viceversa essa da sola, non solo potrebbe più difficilmente realizzare - non foss'altro perché

non ne rappresenta il mondo nella sua interezza - ma in mancanza del quale potrebbe vedere addirittura limitate di molto forse anche le stesse possibilità di continuare con le semplici rilevazioni statistiche dell'Oip su altri servizi dipartimentali che non siano solo quello di Igiene e sanità pubblica.

Tiepidità verso la teoria e la prassi dell'integrazione metadisciplinare, scetticismi o addirittura opposizioni - fondate magari soltanto in dinamiche di pura appartenenza - non segnerebbero dunque solo la fine dell'Oip, in sé non particolarmente rilevante.

Ciò potrebbe segnare forse anche la perdita di una occasione per la Siti di porsi ancor più come perno centrale dell'associazionismo professionale e scientifico della sanità pubblica italiana; e forse anche per gli stessi operatori di ogni ruolo e profilo dei Dipartimenti di prevenzione, che se non riusciranno a parlare con una sola voce - che sia l'Oip o meno - potrebbero condannarsi comunque all'impossibilità di incidere in maniera significativa sulla realtà organizzativa e "politica" del Servizio sanitario nazionale, e di determinarne gli eventi.

BIBLIOGRAFIA

Calamo Specchia, F. [1993], *Metadisciplinarietà: una sfida per l'Igiene*, Difesa Sociale, 1, 49-64

Lagravinese, D., Calamo Specchia, F. [2010], *Costruzione dell'osservatorio*, in (a cura di Boccia A. et al.): *Rapporto prevenzione 2010 - La formazione alla prevenzione*, Bologna, Il Mulino

Lagravinese, D., Calamo Specchia, F. [2011], *Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip): precisazioni metodologiche e primi risultati*, in (a cura di Boccia A. et al.): *Rapporto prevenzione 2011 - Le attività di prevenzione*, Bologna, Il Mulino

Tabella1

Questionario di valutazione e griglie di rilevazione - schema degli ambiti e argomenti

Questionario - parte I <i>Dipartimento nel suo complesso</i>	Questionario - parte II <i>Are del Dipartimento</i>	Questionario - parte III <i>Are del Dipartimento e Dipartimento nel suo complesso</i>	Griglie
Relazioni formali e rapporti informali con Regione, Asl, Unità di epidemiologia, M.m.g. e P.I.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 Ritorni comunicativi dalla Asl	Accettabilità sociale (gradimento) verso gli interventi Rilevanza epidemiologica degli interventi	Considerazioni e commenti liberi	Analisi delle attività di epidemiologia della Asl 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)
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 ad hoc e indicazione di obiettivi di salute) e valutazione (di risultato, di salute, di gradimento)
Turnover dirigenziale Asl e Dipartimento	Efficacia 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		

Figura 1

Oip - rilevazioni sperimentali 2012 - Dipartimenti partecipanti

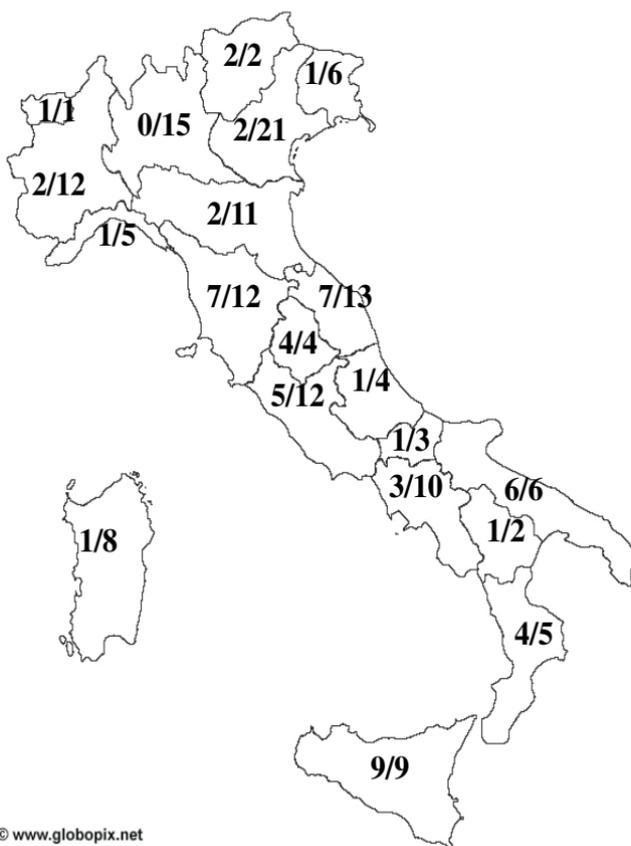


Figura 2

Oip - rilevazioni sperimentali 2011 e 2012 - Dipartimenti complessivamente partecipanti

