



Fondazione Smith Kline

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

RAPPORTO PREVENZIONE 2011
Le attività di prevenzione

dedicata alla
XII Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica

Roma 12-15 ottobre 2011

RAPPORTO PREVENZIONE 2011

Le attività di 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 2011*

SOCIETÀ EDITRICE IL MULINO

INDICE DEL VOLUME

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

OSSERVATORIO PREVENZIONE

Osservatorio italiano sulla prevenzione (OIP):
precisazioni metodologiche e primi risultati,
*di Domenico Lagravinese e Francesco Calamo
Specchia*

LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

La governance della prevenzione in Italia tra
livello centrale e livello regionale, *di Antonio
Boccia, Antonio Federici e Walter Ricciardi*

Le malattie infettive in Italia: un'analisi compa-
rata del contesto epidemiologico e delle atti-
vità progettuali dei piani di prevenzione, *di
Carolina Marzuillo, Corrado De Vito, Guerino
Gatto, Ferdinando Romano, Paolo Villari*

Prevenzione delle malattie attuabile con la vac-
cine, *di Walter Ricciardi, Chiara Cadeddu
e Maria Rosaria Gualano*

Prevenzione cardiovascolare: organizzazione di percorsi innovativi per la valutazione e il contenimento del rischio cardiovascolare, *di Antonio Ferro, Vittorio Carreri, Tiziana Menegon, Barbara Pellizzari, Massimo Valsecchi e Sandro Cinquetti*

Prevenzione secondaria in oncologia per i tumori di seno, cervice uterina, colon retto, *di Antonio Federici, Fausto Francia e Marco Zappa*

Prevenzione nutrizionale delle principali malattie cronico-degenerative: patologia cardiovascolare, tumorale e diabete mellito di tipo II, *di Giorgio Gilli, Felicina Biorci ed Elisabetta Carraro*

Si può vivere 120 anni?, *di Marco Trabucchi*

La prevenzione della perdita dell'autosufficienza, *di Giuseppe Bellelli, Paolo Mazzola e Marco Trabucchi*

La prevenzione nei vari ambiti di vita dell'anziano, *di Renzo Rozzini e Angelo Bianchetti*

Prevenzione delle problematiche relative alla gravidanza e al parto, *di Giorgio Vittori e Rinaldo Zanini*

Essere mamma: dalla maternità al parto. Problematiche e prevenzione, *di Francesca Merzagora*

La prevenzione degli incidenti stradali in Italia,
*di Giuseppe La Torre, Alice Mannocci e
Antonietta Monteduro*

La prevenzione sul lavoro, degli infortuni e delle
malattie professionali, *di Maria Triassi e
Vittorio Carreri*

La prevenzione delle dipendenze patologiche, *di
Fabrizio Faggiano e Giovanni Corrao*

Prevenzione negli ambienti di vita, *di Carlo
Signorelli*

Genomica di sanità pubblica e medicina predit-
tiva, *di Stefania Boccia, Annamaria Del Sole,
Benedetto Simone e Luca Sbrogiò*

La prevenzione delle disuguaglianze, *di Giuseppe
Costa, Elena Gelormino e Cesare Cislighi*

PRESENTAZIONE

di Antonio Boccia, Walter Ricciardi e Paolo Villari

L'avvento dell'aziendalizzazione ha segnato un passaggio delicato nella storia sanitaria del nostro paese, poiché l'ingresso dei direttori generali nella gestione delle organizzazioni sanitarie in un momento di forte crisi finanziaria, con la necessità di focalizzarsi sulla contabilità, sulle spese e sui costi al fine di risparmiare, ha certo posto importanti limitazioni all'autonomia operativa dei clinici, ma molto più spesso ha identificato nella prevenzione la vittima sacrificale preferita. Questo nonostante oggi, accanto alla prevenzione primaria delle malattie infettive, emerga imponente la necessità della prevenzione primaria delle malattie cronico-degenerative (in larga parte multifattoriali, fortemente condizionate da comportamenti individuali e con un lungo periodo di latenza), nonché della loro prevenzione secondaria, basata su importanti e complessi programmi di screening e sulla diagnosi precoce.

A fronte di ciò, a tutt'oggi, non vi è alcuna regione italiana che raggiunga la quota, peraltro arbitrariamente indicata, del 5% della spesa sanitaria per la prevenzione, come livello minimo di impiego delle risorse per far fronte alle grandi sfide epidemiologiche di questo secolo; inoltre continua la sottostima dell'importanza strategica della prevenzione e della necessità di adeguati investimenti in questo settore. Sebbene i diversi atti programmatici e legislativi intervenuti negli ultimi anni, inclusi i Piani nazionali della prevenzione 2005-2007 e 2010-2012, sembrano indicare un'importante inversione di tendenza, la convinzione, tra gli studiosi di sanità pubblica e gli operatori del settore, è che il cammino da fare per il raggiungimento nel nostro paese di una prevenzione realmente al passo dei tempi, sia ancora lungo.

In quest'ottica si inserisce l'iniziativa della Fondazione Smith Kline, in collaborazione con la Società italiana di igiene,

medicina preventiva e sanità pubblica (SIItI), di costituire 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 costituito:

- Prof. Antonio Boccia, direttore Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive Sapienza Università di Roma, SIItI
- Prof. Francesco Calamo Specchia, Università Cattolica del Sacro Cuore
- Prof. Cesare Cislacchi, Agenzia per i Servizi sanitari regionali, Università di Milano
- Dott. Antonio Federici, Ministero della Salute
- Dott. Fausto Francia, Dipartimento di prevenzione Ausl di Bologna, SIItI
- Dott. Domenico Lagravinese, Dipartimento di prevenzione Asl di Bari, SIItI
- Dott. Lorenzo Marensi, Unità Operativa Igiene Asl 3 - Genovese, SIItI
- Dott. Fabrizio Magrelli, Dipartimento di Prevenzione Asl RM/B Roma; SIItI
- 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 Istituto di Igiene Università Cattolica del Sacro Cuore, SIItI
- Dott. Giuseppe Scaramuzza, Cittadinanzattiva
- Prof. Carlo Signorelli, Università di Parma, SIItI
- Prof. Marco Trabucchi, Università di Tor Vergata, Fondazione Smith Kline
- Prof. Paolo Villari, Sapienza Università di Roma, SIItI.

L'obiettivo è quello di pubblicare un Rapporto prevenzione annuale, che si affianca al consueto Rapporto sanità della Fondazione Smith Kline, suddiviso in una prima parte dedicata alle attività dell'Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip) ed una seconda parte relativa ad uno specifico tema di

approfondimento. Il volume di quest'anno, il cui coordinamento editoriale è stato curato da Maurizio Bassi, Fondazione Smith Kline, rappresenta la II edizione del Rapporto prevenzione e si apre con l'aggiornamento delle attività dell'Oip, relativo alla descrizione del percorso metodologico seguito e ai primi risultati dello studio pilota, e prosegue con l'obiettivo, senz'altro ambizioso, di descrivere ed analizzare, anche in chiave propositiva, le attività principali e più importanti di prevenzione.

L'Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip) si propone di costituire un centro di monitoraggio stabile sulle attività di prevenzione in Italia. Dopo il lancio dell'iniziativa, avvenuta con la I edizione del Rapporto dello scorso anno, Lagravinese e Calamo Specchia, nella prima parte del volume di quest'anno, descrivono il complesso percorso metodologico che, con il coinvolgimento massivo di esperti e operatori del settore, ha portato alla definizione dello strumento di rilevazione dei dati; espongono in dettaglio il razionale e le finalità delle diverse parti dello strumento di rilevazione; riportano i primi risultati dello studio pilota effettuato su un numero già considerevole di Dipartimenti di prevenzione (23, pari al 13,5% del totale); delineano, infine, gli obiettivi dell'Oip sia a breve che a lungo termine, inclusivi della definizione di un profilo nazionale di Dipartimento e del confronto con le altre società scientifiche impegnate a vari livelli nelle attività di prevenzione.

La seconda parte del Rapporto si apre con una riflessione sulla *governance* della prevenzione tra livello centrale e livello regionale, fornendo a Boccia *et al.* l'opportunità di schematizzare i principali atti legislativi e programmatori posti in essere nell'ambito della prevenzione dopo la riforma federalista dello stato del 2001 a partire dall'accordo di Cernobbio del 2004 per finire con il Piano nazionale della prevenzione 2010-2012, in cui si affronta in modo sistematico il tema della *governance* alla luce della riforma del titolo V della Costituzione identificando il modello della *stewardship*. Si tratta di una strategia di gestione "orizzontale" del sistema sanitario che viene proposta con forza dal World health organization (WHO; Organizzazione mondiale della sanità - OMS) e che molti paesi europei stanno

adottando. In questo modello il ministero svolge un ruolo di indirizzo e coordinamento, ma anche di interlocutore con le regioni; queste ultime possono assumere lo stesso ruolo – quello di *steward* – nei confronti delle Aziende sanitarie locali (Asl).

Alla prevenzione delle malattie infettive sono dedicati due contributi. Nel primo, Marzuillo *et al.* effettuano un'analisi comparata tra il contesto epidemiologico delle malattie infettive in Italia e gli indirizzi di programmazione contenuti nel Piano nazionale della prevenzione 2010-2012 e nei Piani regionali della prevenzione, nell'ipotesi che i progetti delle singole regioni aderiscano ai bisogni di salute effettivi e affrontino i problemi rilevabili da analisi obiettive dei diversi contesti epidemiologici regionali. Il quadro risultante dall'analisi effettuata presenta numerose luci ma anche alcune ombre e, più in generale, mostra che il modello di programmazione della prevenzione da poco “decollato” nel nostro paese necessita di perfezionamenti ulteriori, che tuttavia sono del tutto fisiologici in considerazione della giovane età del modello stesso. Nel secondo contributo Ricciardi *et al.* affrontano il tema delle malattie prevenibili con la vaccinazione, riassumendo le tormentate vicende dei Piani nazionali vaccinazioni ed evidenziando come si stia facendo prepotentemente strada l'idea che da una parte debbano essere chiaramente individuati criteri per l'inclusione dei vaccini nei piani nazionali di immunizzazione attiva, dall'altra che le metodologie di valutazione debbano essere rigorose e multidimensionali.

La transizione epidemiologica da malattie infettive a cronicodegenerative, che si è verificata nel secolo scorso in Italia così come in tutti i paesi industrializzati, è stata affiancata da una transizione dei fattori di rischio associati - con il coinvolgimento dell'invecchiamento della popolazione, esito dei successi della prevenzione sulle malattie infettive - da fattori tradizionali (quali carenze alimentari, insufficiente disponibilità d'acqua, carenze igieniche) a nuovi fattori, come l'inattività fisica, il sovrappeso/obesità e il fumo. Il progetto di screening cardiovascolare della regione Veneto, descritto in dettaglio da Ferro *et al.* nel loro contributo, rappresenta un esempio paradigmatico di “buona pratica” da esportare in altre realtà regionali, proget-

to che vede in prima linea gli igienisti dei dipartimenti di prevenzione, con il coinvolgimento attivo, tuttavia, di altre figure professionali mediche (come i medici di medicina generale) e non (come gli assistenti sanitari). Federici *et al.* affrontano la tematica della prevenzione secondaria della patologia tumorale, non soltanto descrivendo i contesti epidemiologici, le evidenze scientifiche, lo stato di diffusione dei programmi di screening ed esempi di buone pratiche, ma anche mostrando l'importanza della *governance* con la necessità di garantire funzioni centrali di governo e contemporaneamente di rafforzare il coordinamento intraregionale dei programmi di screening. Sempre nell'ambito delle patologie cronico-degenerative, Gilli *et al.* sintetizzano le evidenze scientifiche disponibili relative al ruolo causale della nutrizione e all'efficacia dei programmi di prevenzione primaria nutrizionale.

Nel suo contributo Trabucchi sottolinea l'importanza, insieme strategica e concreta, di stili di vita adeguati per invecchiare bene e a lungo, con atteggiamenti di serenità, che impediscono la frustrazione di fronte alle difficoltà, ma anche di serietà, perché il raggiungimento degli obiettivi di salute richiede un impegno non facile attorno a tematiche forti, ben lontane dagli approcci superficiali di un certo *successful aging*, che è solo una parodia commerciale di scelte di vita adeguate. Un aspetto specifico, ma non marginale, riguarda il ruolo dei servizi ed il supporto alla vita sul piano clinico e assistenziale (con tutte le dovute specificità), che sono indispensabili perché sia possibile "invecchiare a lungo", dove invecchiare a lungo significa conservare nel tempo i segni dei giorni, senza che questi devastino la vita pur lasciando le loro tracce. I contributi di Bellelli *et al.* e di Rozzini e Bianchetti forniscono un'esemplificazione concreta a quanto affermato da Trabucchi in linea teorica, per dimostrare che è davvero realizzabile una vita sempre più lunga se si compiono scelte precise e adeguate.

La salute materno-infantile è un tema di enorme importanza sanitaria e richiede investimenti, progetti, energie e impegno e la sua tutela deve essere prioritaria nella agenda politica e nell'agenda della prevenzione in Italia. È questo il messaggio principale dei contributi di Vittori e Zanini e di Merzagora.

Nonostante in Italia si registrino indici di assistenza perinatale particolarmente buoni, tra i migliori del mondo (mortalità materna circa 4 per 100.000 e perinatale inferiore a 3 per 1.000), tuttavia diversi dati dimostrano che l'attenzione alla salute materno-infantile in Italia non è ancora radicata in modo omogeneo su tutto il territorio. Esistono infatti sostanziali differenze, in particolare tra le regioni settentrionali e quelle meridionali del paese, nell'utilizzo sia di pratiche preventive, quali per esempio la vaccinazione contro la rosolia o l'assunzione di acido folico in gravidanza, sia in quelle post-natali come per esempio l'allattamento al seno o la copertura vaccinale dei neonati. Persiste inoltre una rete ospedaliera obsoleta, pensata e costruita per il baby-boom degli anni '60, ed il ricorso al parto cesareo appare ancora molto elevato, soprattutto in alcune regioni. I due contributi contengono molteplici elementi di tipo tecnico necessari per rendere la prevenzione una realtà applicabile ai punti nascita italiani.

Gli andamenti epidemiologici dell'incidenza degli incidenti stradali e degli infortuni professionali in Italia, come bene evidenziato nei contributi di La Torre *et al.* e di Triassi e Carreri, sono entrambi in diminuzione. Nel caso degli incidenti stradali tale decremento, però, non è in linea con i parametri indicati nel Libro Bianco, cioè nel piano d'azione attraverso il quale la Commissione europea si prefigge lo scopo di migliorare qualità ed efficacia dei trasporti nel vecchio continente: il nostro paese, infatti, si è fermato a poco più della metà dell'obiettivo fissato dall'Unione europea che prevede la riduzione della mortalità del 50% tra il 2000 e il 2010. Relativamente agli infortuni del lavoro, il fatto che le statistiche dell'Inail ne indichino una riduzione progressiva negli ultimi anni è indubbiamente un segnale positivo, ma non ancora sufficiente per sostenere che il sistema sicurezza non sia meritevole di modifiche e integrazioni. Infatti i rischi professionali non si sono ridotti in modo uniforme: alcune categorie di lavoratori vi sono particolarmente esposte, taluni tipi di aziende e realtà lavorative sono più vulnerabili, alcuni settori sono ancora particolarmente pericolosi. Inoltre il numero di denunce di malattie professionali sta progressivamente aumentando. Come emerge dai due con-

tributi, è necessario uno sforzo straordinario per rilanciare con determinazione una nuova “cultura della sicurezza” che veda nella prevenzione il suo punto qualificante.

Il contributo di Faggiano e Corrao mostra chiaramente che l'uso di sostanze psicoattive, tra cui tabacco e alcol, può essere considerato la prima causa di problemi per la salute nei paesi sviluppati. Oltre all'impatto diretto sulla salute, l'uso di sostanze psicoattive determina numerosi altri effetti negativi in termini di sicurezza personale, di salute mentale e di benessere sociale. Trattandosi di una patologia definita come cronicorecidivante, benché vi siano strumenti efficaci di trattamento, la prevenzione rimane la strategia di intervento più razionale. Le evidenze riportate nel contributo testimoniano che esistono interventi dotati di prove scientifiche di efficacia, con i quali è possibile elaborare una strategia complessiva, capace di avere un impatto sostanziale sul problema, che dovrebbe associare interventi di popolazione, con l'obiettivo di de-normalizzare l'uso di sostanze e di ridurre l'accesso, con interventi ambientali mirati alla scuola e alla famiglia e interventi scolastici di *social influence*. L'assenza di questa strategia, oggi, non è quindi un problema di mancanza di strumenti, né un problema di risorse, in quanto con quelle che attualmente vengono destinate a interventi costruiti in proprio, sarebbe possibile probabilmente implementare interventi più efficaci.

Il ruolo dell'ambiente nella capacità di modulare la salute umana – a livello sia di popolazione sia di individuo – è oggi sostanzialmente indiscusso e la percezione del problema da parte della popolazione in Italia è sempre più estesa. Tuttavia, come emerge dal contributo di Signorelli, l'attenzione rivolta nel nostro paese alle tematiche ambientali è relativamente deficitaria. Sicuramente non ha aiutato in questo senso il referendum abrogativo che ha sottratto alle Usl le competenze in materia di controlli sull'ambiente (aria, acqua, suolo, rifiuti). In definitiva è possibile affermare che le attività di prevenzione ambientale sono di difficile conduzione e devono vedere uniti medici, comunicatori sociali, media e istituzioni pubbliche. Tali iniziative nel nostro paese risentono negativamente dei ritardi e delle difficoltà nell'affrontare la maggior parte delle

problematiche ambientali da parte delle istituzioni, come testimoniato da alcuni esempi emblematici, come il caso rifiuti a Napoli e in Campania.

Gli ultimi tre contributi del Rapporto prevenzione 2011 riguardano quelle che è possibile considerare, in Italia come altrove, le “frontiere” della prevenzione. Boccia *et al.*, nell’ esaminare la genomica di sanità pubblica, valutano le potenzialità ed i rischi dei cosiddetti test genetici predittivi, vale a dire di quei test diagnostici in grado di svelare un incremento del rischio individuale di sviluppare patologie nel futuro. Costa *et al.* analizzano la problematica delle disuguaglianze di salute e propongono con forza che la programmazione sanitaria sia finalizzata alla prevenzione delle stesse.

È difficile prevedere se il Rapporto prevenzione 2011 possa realizzare pienamente i propri obiettivi, vale a dire fornire un aggiornamento, ancorché non esaustivo, sulle principali attività di prevenzione e, soprattutto, contribuire ad assegnare alla prevenzione il valore che merita. La lettura del Rapporto, tuttavia, è particolarmente stimolante in quanto ricca di sfide e di traguardi, difficili ma sicuramente raggiungibili, a patto che la prevenzione venga realmente e unanimemente riconosciuta come un potente mezzo per lo sviluppo sociale ed economico del paese.

OSSERVATORIO ITALIANO SULLA PREVENZIONE (OIP): PRECISAZIONI METODOLOGICHE E PRIMI RISULTATI

Domenico Lagravinese e Francesco Calamo Specchia¹

1. *Costruzione dell'Oip*

Come affermato nel 2010 presentando l'iniziativa congiunta della Fondazione Smith Kline e della Società Italiana di Igiene [Lagravinese e Calamo Specchia 2010], la principale radice della necessità dell'Oip, Osservatorio Italiano sulla Prevenzione, che si propone di costituire un centro di monitoraggio stabile sulle attività di prevenzione in Italia, si fonda nella

necessità di omogeneizzazione delle attività dei Dipartimenti, al di là di una ideologia e di una prassi dell'autonomia locale nel SSN che sembrano talvolta più decisionalità autoreferenziale o creatività arbitraria e fantasiosa (in qualche caso la mera rivendicazione di una originalità magari solo lessicale...) che non un contributo, pur necessariamente specifico ed autonomo, a disegni ed obiettivi coordinati e comuni in un universo di riferimento valoriale condiviso.

In tale quadro, l'Oip si pone dunque come il tentativo di costruire la sede e il contenitore per un *confronto tra i "mondi" regionali della prevenzione italiana*.

Esistono già una serie di importanti iniziative istituzionali e scientifiche di rilevazione e *monitoraggio epidemiologico* dei servizi sanitari, che sono in genere basate su dati *quantitativi* di servizio, o che scandagliano la *soggettività dei cittadini e degli utenti* del Ssn; ma che contengono solo qualche accenno ai temi della prevenzione (generalmente *mirato sulla diffusione dei vari comportamenti o fattori di rischio*).

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

Sulla scorta di tale osservazione, nella costruzione dell'Oip è apparso opportuno orientarsi alla costruzione di un sistema di *monitoraggio completo delle attività di prevenzione* - o se non altro degli interventi principali - che sollecitasse e rilevasse principalmente *la soggettività degli operatori* e la loro capacità professionale di valutazione e autovalutazione qualitativa.

Infatti *la principale delle caratteristiche di originalità e validità dell'Oip - che come tale è stata identificata e sottolineata dagli operatori coinvolti nella sua costruzione - risiede nell'essere fondato sulla soggettività degli operatori stessi*, come in una sorta di *consensus conference* diffusa; e di essere articolato dunque non tanto intorno ad una ennesima e più consueta richiesta di conoscenza di dati quantitativi di attività (una sorta di controllo di produzione - quante vaccinazioni, quanti prelievi, quante ispezioni, ecc.), ma piuttosto intorno alla costruzione comune di una serie di *valutazioni mai prima richieste* (da quali siano le leggi più rilevanti per le attività preventive, alla qualità della comunicazione interna; dal peso effettivo dell'epidemiologia nella presa di decisioni, alla qualità dei rapporti con medici di medicina generale e pediatri di base...), e intorno alla rilevazione di *aspetti mai prima rilevati* (dall'età media degli operatori, al turnover dirigenziale Asl; dai progetti sostenuti da finanziatori esterni, ai flussi di dati in entrata...).

2. Strumenti di rilevazione

Gli strumenti operativi principali dell'Oip, presentati nel citato primo Rapporto Prevenzione 2010, sono costituiti da un questionario e cinque griglie di rilevazione.

Nel questionario è riservato un ampio risalto per problemi quali i *rapporti "politici" e organizzativi del Dipartimento con la dirigenza Asl e regionale; gli atteggiamenti e le prassi comunicative (istituzionali e non)* all'interno del Dipartimento e verso i più svariati referenti esterni, aziendali ed extra-aziendali; la *certificazione/accreditamento* dei Dipartimenti e la gestione della *qualità delle attività* preventive; la *stabilizzazione o la precarietà* dei dipendenti, ecc.

Le griglie sono dedicate a:

1. analisi della *legislazione regionale* per la prevenzione,
2. analisi delle attività di *epidemiologia* della Asl,
3. analisi dei *collegamenti informativi* istituzionali della Asl,
4. descrizione dell'*assetto organizzativo* e analisi delle *risorse* dei Dipartimenti,
5. analisi delle *attività preventive* della Asl nei differenti settori di intervento.

Tali strumenti sono stati integrati e precisati grazie ai suggerimenti e ai rilievi dei Colleghi universitari e del territorio, raccolti nel marzo-aprile 2011 in tre incontri, a Bologna, Roma e Bari (rivolti rispettivamente agli operatori della prevenzione delle macroaree geografiche Nord, Centro e Sud Italia), nei quali sono stati presentati e discussi senso e finalità dell'iniziativa.

In tale veste aggiornata, questionario e griglie sono stati poi presentati nel corso del giugno 2011 ai 23 Dipartimenti pilota (ossia il 13,5% dei 173 Dipartimenti italiani) che hanno partecipato alla prima rilevazione sperimentale; ossia i Dipartimenti di *Alto Friuli, Ascoli, Bari, Barletta-Andria-Trani, Bassa Friulana, Bologna, Brindisi, Camerino, Città di Castello, Fano, Genova, Isernia, Latina, Lucca, Macerata, Matera, Medio Friuli, Pesaro, Potenza, Taranto, Teramo, Torino, Viterbo* (FIG. a).

Nella rilevazione dei dati, la decisione della grande maggioranza dei Colleghi dei Dipartimenti pilota si è orientata verso la produzione di *risposte unitarie e prodotte collegialmente*, ovviamente nella misura più ampia compatibile con gli oggettivi vincoli organizzativi; nell'intento di far sì che *le risposte rappresentassero il frutto di un percorso di interlocuzione e confronto più ampio possibile tra tutte le diverse professionalità e le diverse funzioni presenti nei Dipartimenti*.

Il lavoro dell'Oip è insomma un impegno che nel Dipartimento va condotto tutti insieme; come hanno scelto di fare praticamente tutti i Dipartimenti, o come comunque tutti hanno segnalato come auspicabile.

Va ricordato oltretutto che - spingendo ancora oltre questa necessità di ricomposizione unitaria dello sguardo e della prassi preventiva - *l'indagine promossa dall'Oip è mirata sulla prevenzione tutta, e non solo sulle strette pertinenze operative del Dipartimento*.

L'Oip fa perno sul Dipartimento, ma è chiaro che gli interventi di prevenzione non si risolvono tutti all'interno del Dipartimento. Il Dipartimento dunque non può certo accontentarsi di "guardarsi l'ombelico", ma deve sviluppare uno sguardo ed una conoscenza completi su tutte le attività preventive, e più ancora dimostrarne per così dire un totale "dominio", teorico se non anche di prassi.

3. Primi risultati

L'enfasi posta fin dalla sua impostazione iniziale sul metodo partecipato di costruzione e funzionamento dell'Oip si giustifica anche in ragione di quello che è probabilmente *il più importante tra i suoi risultati attesi*: ossia la possibilità di portare un contributo al disegno di *una ipotesi di Dipartimento forte e condivisa*, e che in maniera forte e condivisa possa 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 di pesare e comparare rigidamente quantità*, ma 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.

Ciò è già in parte possibile con i risultati di quest'anno, che sono in elaborazione e saranno disponibili in novembre nel Rapporto 2011.

Essi propongono una visione degli operatori su se stessi, con *le criticità e le esigenze più pressanti*; e permettono la costruzione di una sorta di *ipotesi di "Dipartimento medio"*, basandosi sui dati provenienti dai 23 Dipartimenti pilota.

Per quanto vada tenuto ben presente che ci si riferisce a dati esigui, e raccolti senza pretese di rappresentatività statistica, essi possono fornire comunque - se non rappresentazioni o inferenze generali - certamente interessanti suggestioni e indicazioni di massima.

La conoscenza di *chi - fa che cosa - perché - come - quando - dove - quanto - con quale impiego di risorse - con quali risultati di efficienza, di salute e gradimento*, cui tendono le rilevazioni dell'Oip, può servire infatti a poter effettuare incroci di efficienza ed efficacia, calcoli di carichi di lavoro, ecc.; insomma, può servire a organizzare sempre meglio il lavoro, anche in termini di fissazione di standard, parametri, protocolli, linee guida.

4. *Prospettive e sviluppi*

Il principale *obbiettivo operativo del prossimo anno* per l'Oip sarà dunque di ampliare le rilevazioni a più Dipartimenti possibile, e comunque fino a garantire la presenza di *almeno una Asl anche per le otto Regioni attualmente non rappresentate*; e contestualmente procedere nell'affinamento della griglia e del questionario, nel miglioramento della qualità e della completezza delle risposte, nello *sviluppo di strumenti informatici* per la raccolta e trasmissione dei dati e per la diffusione dei risultati (a quest'ultimo proposito è già stato acquisito il dominio www.osservaprevenzione.it).

Gli *obiettivi a medio termine* dell'Oip si collocano su vari piani.

A livello teorico, l'Oip potrebbe costituire la base per una serie di linee di sviluppo e approfondimento che vanno dall'*organizzazione sanitaria* (ad esempio con lavori che comparino efficacia e efficienza dei diversi interventi preventivi quando sono coordinati dai Dipartimenti e quando non lo sono, o gli eventuali vantaggi operativi di avere nel Dipartimento il fulcro di tutte le attività preventive dell'Asl), all'*economia sanitaria* (ad esempio con lavori che verifichino la eventuale correttezza del classico adagio sul "prevenire è meglio di curare" anche dal punto di vista finanziario, quali ad esempio studi sui *risparmi di costi diretti e indiretti indotti dalle diverse attività preventive segnalate dall'Oip come massimamente rilevanti e diffuse*), alle valutazioni di appropriatezza e di *Ebp, prevenzione basata sull'evidenza* (con l'obbiettivo ad esempio di identificare le attività e le pratiche di prevenzione

di cui è dimostrabile o dimostrata l'utilità e l'efficacia, o al contrario l'inutilità o l'inefficacia).

A livello politico/professionale, l'Oip potrebbe poi servire al mondo degli igienisti italiani per aprire quel *confronto con le altre Società scientifiche* (medici del lavoro e di medicina generale, pediatri di libera scelta e veterinari, epidemiologi e professionisti infermieri e tecnici...) che può costituire la chiave di volta per il rilancio della prevenzione nel Ssn.

In tal senso, l'Oip, come auspicabile coagulo e sintesi dei Dipartimenti nazionali, potrebbe ad esempio ambire a porsi con le sue rilevazioni come riferimento e partner con istituzioni diverse per compiti di *promozione di programmi di valutazione della performance sanitaria*; ed anche come luogo più in generale di confronto stabile dei diversi *Piani regionali della prevenzione*, e cantiere di costruzione di *indicatori specifici per le attività preventive*, o di sviluppo di un *sistema di definizione di obiettivi per la formazione continua* per gli operatori dei DP (magari anche inserendo nel questionario una specifica sollecitazione agli operatori ad indicare specificamente *i temi e gli argomenti più urgenti e sentiti per la formazione/aggiornamento nelle diverse aree di intervento*).

Ma gli interlocutori per sviluppi e collegamenti dell'Oip non sono solo le istituzioni e i Colleghi, ma anche - o forse soprattutto - i cittadini!

Ulteriore obiettivo a medio termine dell'Oip potrebbe essere quindi di contribuire a stimolare e sviluppare una forte *azione comunicativa generale* per la riattivazione di una massa critica culturale favorevole alla prevenzione.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

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

Figura a – OIP: distribuzione territoriale dei Dipartimenti pilota



