



Fondazione Smith Kline

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

RAPPORTO PREVENZIONE 2017
Nuovi strumenti per una prevenzione efficace

dedicata al
50° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene,
Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Torino, 22-25 novembre 2017

RAPPORTO PREVENZIONE 2017
Nuovi strumenti per una prevenzione efficace

a cura di

*Fabrizio Faggiano, Maurizio Bassi,
Michele Conversano, Fausto Francia,
Domenico Lagravinese, Anna Lisa Nicelli,
Roberta Siliquini e Francesco Calamo-Specchia*

Il Rapporto Prevenzione 2017 è in corso di stampa presso
l'Editore Franco Angeli - Milano

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

INDICE DEL VOLUME

Prefazione

di *Roberta Siliquini*

Osservatorio Italiano Prevenzione: uno strumento per la programmazione

1. L'Osservatorio Italiano Prevenzione (Oip): rilevazioni 2017, di *Francesco Calamo-Specchia, Domenico Lagravinese*

I nuovi IPEST per promuovere la prevenzione efficace

1. IPEST, ovvero Interventi di Prevenzione Efficaci, Sostenibili e Trasferibili: rivisitare un'idea consolidando il metodo, di *Silvia Caristia e Fabrizio Faggiano*
2. Il counselling delle 5 A per la cessazione del fumo di tabacco: un Intervento di Prevenzione Efficace, Sostenibile e Trasferibile, di *Andrea Binatti, Silvia Caristia e Germano Bettoncelli*
3. I gruppi di cammino per la promozione dell'attività fisica tra gli adulti: un Intervento di Prevenzione Efficace, Sostenibile e Trasferibile, di *Sara Bortoluzzi, M.Elena Coffano e Silvia Caristia*
4. "Communities That Care" i comportamenti a rischio tra gli adolescenti: un Intervento di Prevenzione Efficace, Sostenibile e Trasferibile, di *Valentina Gentile, Alessandro Coppo e Silvia Caristia*

5. L'autoprelievo per il test HPV per la prevenzione del cervicocarcinoma in donne non aderenti allo screening: un Intervento di Prevenzione Efficace, Sostenibile e Trasferibile, di *Lina Jaramillo, Silvia Caristia e Paolo Giorgi Rossi*
6. Il counselling per la prevenzione dell'HIV e delle altre IST tra MSM: un Intervento di Prevenzione Efficace, Sostenibile e Trasferibile, di *Sara Bortoluzzi, Silvia Caristia, Aferdita Bicaku e Chiara Pasqualini*
7. La profilassi pre-esposizione (PrEP) può essere un IPEST? La parola agli esperti della prevenzione dell'HIV, di *Sara Bortoluzzi, Silvia Caristia, Chiara Pasqualini e Giancarlo Orofino*

L'OSSERVATORIO ITALIANO PREVENZIONE (OIP): RILEVAZIONI 2017

Francesco Calamo-Specchia¹, Domenico Lagravinese²

1. Un osservatorio per la prevenzione

Nel novembre del 2010, lanciata dalla Fondazione Smith Kline (Fsk) e tempestivamente raccolta dalla Società Italiana di Igiene (SIItI), ha preso il via un'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 diseguaglianze 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:

- porsi come possibile localizzazione comune e sintesi per le *diverse esperienze geografiche* e per le *diverse appartenenze professionali*, contribuendo con le sue indagini a realizzare un confronto tra le diverse esperienze e i diversi “mondi” della prevenzione italiana;

¹ coordinatore nazionale OIP - docente di Igiene - Università Cattolica - Roma

² responsabile scientifico nazionale OIP - direttore del Dipartimento di prevenzione di Bari - delegato SIItI

- 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.

2011-2015: le prime tre rilevazioni

Alle *prime due tornate di rilevazione* attivate dall'Oip nel 2011/2012 hanno partecipato complessivamente 65 Dipartimenti (ossia il 40% degli allora 161 Dipartimenti italiani). In esse sono stati utilizzati cinque griglie di rilevazione e un questionario di valutazione, che hanno generato dati quantitativi e qualitativi che, pur raccolti senza pretese di rappresentatività statistica (l'adesione dei Dipartimenti alle rilevazioni era puramente volontaria), hanno fornito interessanti indicazioni².

Successivamente, nel 2013 è stato attivato un *sito Internet*

² Lagravinese, D., Calamo-Specchia, F. [2011], *Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip): precisioni metodologiche e primi risultati*, in (a cura di Boccia A. et al.): *Rapporto 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 (a cura di Boccia A. et al.): *Rapporto prevenzione 2012 - La governance della prevenzione*, Bologna, Il Mulino

dell'Oip (www.osservaprevenzione.it), che ha consentito l'importantissima novità dell'introduzione della *modalità informatica nella raccolta dei risultati* delle indagini, che garantisce maggiore completezza, controllabilità e affidabilità dei dati. Inoltre, nel 2013-14 l'Oip ha messo in campo sia un *rinnovato impegno da parte dei suoi primi attivatori*, Fsk e Siti, sia una collaborazione crescente con le Società scientifiche e professionali della sanità pubblica italiana, acquisendo le significative adesioni di *Snop*, Società Nazionale degli Operatori della Prevenzione negli ambienti di lavoro, e *Simevep*, Società Italiana di Medicina Veterinaria Preventiva, Società scientifiche che raggruppano le principali professionalità presenti oltre gli igienisti nei Dipartimenti italiani.

Nel 2015, l'obiettivo operativo principale della *terza tornata di rilevazioni* dell'Oip è stato quindi giungere ad ottenere dati *da almeno il 50% dei Dipartimenti italiani*, al fine di avvicinarsi sempre più ad una piena rappresentatività statistica e "politica" del mondo (o dei mondi) della prevenzione italiana. Tale obiettivo è stato raggiunto: alle rilevazioni del 2015 hanno partecipato 91 Dipartimenti, pari al 62% del totale dei 147 Dipartimenti attivi al momento della rilevazione³.

3.

Le rilevazioni del 2017

3.1.

I nuovi strumenti di rilevazione

La nuova versione della griglia è stata articolata intorno a un duplice obiettivo: da una parte rilevare i grandi *mutamenti organizzativi* che hanno modificato gli assetti dei Dipartimenti, in relazione in particolare alla generalizzata contrazione del numero delle ASL; e dall'altra rilevare le attività più qualificanti implementate nei Dipartimenti, identificate sia per la loro *innovatività* sia per il contributo che pos-

³ Calamo-Specchia, F., Nicelli A. L., Valsecchi M. [2015], *L'Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip)2015: storia, risultati, prospettive*, in (a cura di Bassi, M. et al.): *Rapporto prevenzione 2015 – Nuovi strumenti per una prevenzione efficace*, Bologna, Il Mulino

sono portare al *contrasto delle disuguaglianze in sanità*, come è noto segnalate dall'OMS come il principale problema di salute a livello mondiale per il XXI secolo.

La griglia di rilevazione del 2017 (fig.1-17). si apre con una sezione preliminare dedicata alla registrazione dei dati del compilatore (che può anche non coincidere con il Direttore del Dipartimento), e prosegue con quattro sezioni:

1. analisi degli *assetti organizzativi* del Dipartimento
2. analisi delle *risorse* del Dipartimento
3. analisi delle *attività di contrasto delle disuguaglianze* messe in campo dal Dipartimento,
4. rilevazione delle *attività innovative* implementate dal Dipartimento.

Una ulteriore quinta sezione della rilevazione *on-line* è dedicata al questionario di *auto-valutazione*.

L'evoluzione complessiva delle domande proposte dall'OIP con la griglia di rilevazione e con il questionario di autovalutazione nelle sue quattro raccolte dati del 2011, 2012, 2015, 2017 è riportata nella tabella 1.

3.2.

I partecipanti alle rilevazioni

Alla tornata di rilevazioni dell'Oip del 2017 hanno partecipato 93 Dipartimenti, pari ben all'82% (nel 2015 erano il 62%) del totale dei 114 Dipartimenti attivi al momento della rilevazione (fig. 18).

Confermando la tendenza all'aumento già riscontrata nel 2011 (23 Dipartimenti partecipanti a fronte dei 3 inizialmente previsti), nel 2012 (60 Dipartimenti partecipanti) e nel 2015 (91 Dipartimenti partecipanti), nel 2017 il numero dei Dipartimenti rispondenti all'indagine dell'Oip è aumentato di 2 unità in numero assoluto, ma soprattutto di un terzo in percentuale (dal 62% all'82%), in relazione alla forte contrazione nel numero dei Dipartimenti registratasi dal 2015 al 2017 (da 147 a 114).

La visualizzazione delle quote di Dipartimenti partecipanti sul totale dei Dipartimenti per ogni Regione è riportata nella

figura 19. In 9 Regioni hanno partecipato alle rilevazioni Oip tutti i Dipartimenti, e in ben più della metà delle Regioni (13 su 21) hanno partecipato l'80% o più dei Dipartimenti. Delle restanti 8 Regioni, in 4 hanno partecipato più del 70% dei Dipartimenti, e in 4 il 60% o più (figura 20). Colpisce la presenza tra le Regioni con la percentuale di partecipazione meno alta (Toscana, Emilia-Romagna, Liguria e Calabria) di 3 regioni del Centro-Nord su 4; dato confermato anche dal rilievo che, sui soli 8 Dipartimenti che dal 2011 ad oggi non hanno mai partecipato alle rilevazioni Oip, ben 6 appartengono a regioni del Nord (tabella 2).

4.

Sviluppi delle attività Oip

La presentazione completa dei risultati delle rilevazioni di quest'anno e le valutazioni di merito connesse sono contenute nel Rapporto prevenzione 2017, cui si rimanda; fin d'ora però possono essere poste considerazioni di un duplice ordine.

In primo luogo, vanno segnalati alcuni possibili *sviluppi delle attività di rilevazione Oip*.

Esse andranno migliorate, ampliate e approfondite; da una parte puntando ad una *copertura del 100% del territorio nazionale*, che consentirebbe di raggiungere una totale significatività statistica e di trarne considerazioni non più solo suggestive ma completamente rappresentative; e dall'altra *includendo i Dipartimenti di prevenzione veterinari*, laddove essi sono costituiti. Ciò richiederà evidentemente un lavoro di allargamento della rilevazione anche a variabili di specifico interesse veterinario, da compiersi attraverso un coinvolgimento pieno dei Veterinari nella *riprogettazione della griglia*. Tale lavoro di riprogettazione si rivelerebbe poi massimamente proficuo se coinvolgesse anche gli *altri operatori della sanità pubblica italiana*, medici e non medici, attraverso un auspicabile impegno delle rispettive realtà associative, scientifiche e professionali, che renderebbe la griglia pienamente rappresentativa di tutte le realtà operative dipartimentali. Tutto ciò potrebbe dunque

configurarsi come una prima ipotesi di costruzione di un *sistema stabile di epidemiologia dei servizi mirato sui Dipartimenti e sulle attività di prevenzione*.

In secondo ma non meno rilevante luogo, possono essere proposte alcune suggestioni su una ulteriore possibile ipotesi di sperimentazione, fondata sulle risultanze dell'ormai pluriennale lavoro dell'Oip, che potrebbe costituire una grande sfida da porre alla sensibilità dei gestori della sanità pubblica dei diversi territori; e un importante momento di verifica della fondatezza e del senso di tutto il lavoro compiuto fin qui dall'Oip. Tale sfida sarebbe costituita infatti dall'utilizzare tutto il patrimonio costruito dall'Oip in termini di teorizzazioni e acquisizioni per lanciare una sperimentazione territoriale su modelli organizzativi, *standard, advocacy*, formazione degli operatori, ascolto diffuso del territorio, progettazione partecipata, giudizio soggettivo delle attività, in cui si dia vita ad un insieme collegato e articolato di iniziative – molto ambiziose e difficili, ma che da tali teorizzazioni e acquisizioni sembrano derivare inevitabilmente e naturalmente, senza eccessive forzature – che possano servire a verificare “in campo” l'adeguatezza del lavoro Oip a determinare realmente quel cambiamento migliorativo nei Dipartimenti che è il suo principale obiettivo e il motivo principale della sua istituzione.

Tale ipotesi verrà presentata in maniera più articolata nel Rapporto prevenzione 2017.

TABELLA 1 - DOMANDE OIP 2011-2017

Tabella 1.a - GRIGLIA	2011	2012	2015	2017
LEGGI				
Norme/leggi che abbiano un peso (positivo o anche negativo) sulla prevenzione				
All'interno delle norme/leggi indicate, articoli, commi, ecc. che sono più rilevanti per quanto riguarda gli effetti positivi o negativi sulla prevenzione				
Di ognuno di tali articoli/commi ecc., valutazione della loro applicazione				
Valutazione se la norma/legge in toto abbia sortito degli effetti				
Altre criticità ai fini della prevenzione su cui potrebbe essere opportuno intervenire con una normazione				
Lineamenti e orientamenti generali e di massima di tale normazione				
COLLEGAMENTI ISTITUZIONALI ASL				
Flussi in uscita e in entrata, obbligatori e facoltativi				
EPIDEMIOLOGIA ASL				
Registro di cause di morte				
Relazione sullo stato di salute				
Bilancio sociale				
Registri di patologie				
Studi e rilevazioni di rischio				
Rilevazioni delle percezioni soggettive di salute e di rischio				
Altre iniziative epidemiologiche rilevanti				
Risultati inseriti formalmente nella programmazione/valutazione aziendale e regionale				
PERSONALE				
Personale totale in organico				
Personale in servizio				
Personale con l.104				
Personale con limitazioni funzionali				
Personale di specialistica ambulatoriale rispetto al personale a t. indeterminato				
Personale in organico appartenente al Ruolo sanitario				
Di cui Tecnici della prevenzione in organico				
Di cui Assistenti sanitari in organico				
Personale in organico appartenente al Ruolo tecnico				
Di cui laureati in organico				
Personale in organico appartenente al Ruolo professionale				
Personale in organico appartenente al Ruolo amministrativo				

	2011	2012	2015	2017
STRUTTURE				
Numero di strutture edilizie in cui sono collocate le differenti funzioni operative.				
In quante delle sedi è presente ognuna delle articolazioni organizzative				
VEICOLI				
Numero di veicoli in dotazione, per Servizio				
Personale con veicolo disponibile per attività di servizio				
FINANZIAMENTI				
Introiti ex Dlgs				
Coinvolgimento nella contrattazione del budget				
Finanziamenti arrotondati alle migliaia di €				
Modalità di assegnazione del budget assegnato o contrattato				
Di cui erogati				
Di cui impiegati				
INFORMATIZZAZIONE				
Rapporto unità di personale/numero di computer in dotazione				
Esistenza di un sistema di informatizzazione delle procedure (oltre la mera disponibilità di supporti informatici)				
DIMENSIONAMENTO				
Ambito territoriale del dipartimento				
Popolazione servita dal dipartimento				
Numero di Comuni serviti				
ORGANIZZAZIONE				
Profilo professionale del Direttore				
Sesso				
Età				
Da quanto tempo è in carica l'attuale Direttore del Dipartimento	(1)	(1)		
Da quanto tempo è in carica l'attuale direttore generale ASL	(1)	(1)		
Direttori UOC f.f. sul totale				
Tempo da cui i Direttori UOC f.f. ricoprono il loro incarico				
Esistenza di certificazione/accreditamento per il dipartimento				
Sistema di gestione della qualità	(1)	(1)		
Sistema di controllo di gestione				
Inizio assetto organizzativo attuale				
Accorpamenti				
Comitato di Direzione				
Presenza di un LSP				
Presenza di una Unità di epidemiologia				
Organigramma del Dipartimento				

	2011	2012	2015	2017
ATTIVITÀ PREVENTIVE ASL				
Analisi di tutte le attività preventive ASL nei differenti ambiti di intervento				
Attività di contesto per i diversi interventi: indagini epidemiologiche-obiettivi di salute – risultati operativi – effetti di salute – effetti di gradimento				
Personale cui è affidata l'effettuazione delle vaccinazioni				
Chi gestisce l'ambulatorio vaccinale				
Anagrafe vaccinale informatizzata				
Chiamata attiva alla vaccinazione				
Copertura vaccinale per coorti di nascita				
Programmi di richiamo vaccinale				
CONTRASTO DELLE DISUGUAGLIANZE				
Vaccinazioni				
Screening tumore del seno				
Screening tumore dell'utero				
Screening tumore del colon-retto				
Ricerca TBC asintomatica				
Eas – promozione della salute				
ATTIVITÀ INNOVATIVE				
Analisi di strumenti urbanistici				
Valutazioni e osservazioni su progetti ricadenti in VIA				
Valutazioni sull'impatto ambientale dell'inquinamento atmosferico				
Promozione del capitale sociale				
Facilitazione dell'accesso ai Servizi per i soggetti svantaggiati e fasce deboli				
Contrasto dei gruppi antivaccinisti e dell'esitazione vaccinale				
Contrasto del bullismo e del cyberbullismo				
Contrasto del mobbing				
Contrasto della violenza di genere				
Contrasto del doping				
Contrasto della ludopatia				
Attività online (siti Internet, app, chat, ecc.)				
Valutazioni di EBP				
Ospedale a misura di bambino				
Screening cardiovascolari				
Monitoraggio vaccinale				
Emergenza migranti				
Terapia osservata direttamente (DOT) per la TBC				
Eventi formativi ECM				

	2011	2012	2015	2017
Ufficio promozione della salute				
Implementazione di un Regolamento anticorruzione e trasparenza dipartimentale				
Implementazione di un Sistema di misurazione e valutazione delle performance dipartimentali				
Centro medicina dei viaggi e delle migrazioni				

(1) *Presenti nel 2011 e 2012 come rilevazioni del QUESTIONARIO*

Tabella 1.b - QUESTIONARIO	2011	2012	2015	2017
Adattabilità ai progetti regionali				
Rapporti con l'Assessorato regionale (autonomia decisionale)				
Contributo alla definizione degli obiettivi regionali				
Rapporti con la dirigenza ASL (autonomia decisionale)				
Contributo alla definizione degli obiettivi aziendali				
Rapporti con il Dipartimento veterinario				
Rapporti con l'Ospedale				
Rapporti con il Distretto				
Rapporti con i medici di medicina generale (MMG) e con i pediatri di base (PLS)				
Rapporti con l'Unità di epidemiologia				
Necessità di comunicazione del Dipartimento verso le altre articolazioni ASL				
Necessità di comunicazione del Dipartimento verso referenti istituzionali diversi extra-ASL				
Necessità di comunicazione del Dipartimento verso la popolazione generale				
Qualità della comunicazione del Dipartimento verso la popolazione generale		per area		
Stile di comunicazione all'interno del Dipartimento				
Ritorni comunicativi della Asl verso il Dipartimento				
Tavoli formali di relazione con altri referenti organizzativi e istituzionali intra e extra ASL				
Sistema autonomo per la gestione della qualità (1)				
Progetti autonomi				
Progetti sostenuti da finanziatori esterni al sistema Regione-ASL				
Progetti sostenuti da finanziatori commerciali				

	2011	2012	2015	2017
Da quanto tempo è in carica l'attuale Direttore del Dipartimento (1)				(2)
Da quanto tempo è in carica l'attuale direttore generale ASL (1)				(2)
Stima dell'età media degli operatori del Dipartimento (1)				
Stima della percentuale degli operatori non stabili (a tempo, a contratto, ecc.) sul totale degli operatori del Dipartimento (1)				
Corrispondenza tra le vocazioni degli operatori e la loro reale allocazione in ruoli e attività				
Capacità del Dipartimento di promuovere l'equità sociale con i propri interventi preventivi				
Capacità di perseguire gli obiettivi dell'impegno OMS "Salute in tutte le politiche" nel proprio territorio				
Sensibilità sociale (come attesa/richiesta dell'opinione pubblica)		per area		
Accettabilità sociale (come livello di attenzione prestato/ gradimento dell'opinione pubblica)		per area		
Rilevanza (entità del danno prevenibile, in base ai dati epidemiologici)		per area		
Qualità (adeguatezza a standard scientifico/ normativi)		per area		
Efficacia (capacità di risposta ai bisogni di salute/prevenzione desumibili dagli obiettivi di budget)		per area		
Efficienza (utilizzo delle risorse rispetto all'assegnato dal budget aziendale)		per area		
Necessità di approfondimenti epidemiologici (su dati di contesto e attività)		per area		
Necessità di effettuare aggiornamenti teorici e operativi (abilità e conoscenze)		per area		
Argomenti segnalati come auspicabili temi di aggiornamento/formazione		per area		
Principali criticità affrontate negli ultimi tre anni				
Punti forti e punti deboli		per area		
Considerazioni e commenti liberi				

(1) Presenti nel 2015 come rilevazioni della GRIGLIA

(2) Presenti nel 2017 come rilevazioni della GRIGLIA

Fig. 1

OIP
Osservatorio Italiano Prevenzione

Griglia raccolta dati 2017 (Riferire le risposte al 01.01.2017)

Caricare il questionario incompleto Salvare i dati inseriti Uscire e ripulire l'indagine

Dati personali del responsabile della compilazione della griglia

Dipartimento di prevenzione di **Dip. di..**

Regione **Regione**
Scegliere solo una delle seguenti voci

Nome e Cognome **Nome e cognome**

Profilo professionale (titolo di studio/specializzazione) **Profilo professionale**

Fig. 2

Servizio **Servizio**

Ruolo **Ruolo**

Telefono cellulare **Cellulare**
Solo valori numerici sono consentiti

Posta elettronica **Posta elettron.**

Fig. 3

Sezione 1 - ANALISI DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI DEL DIPARTIMENTO

1) Quali sono: In questo campo possono essere inseriti solo numeri.
 Domanda obbligatoria
 Si prega di completare la compilazione.

Ambito territoriale del Dipartimento (kmq) **Kmq**

Popolazione servita dal Dipartimento **Abitanti**

Numero di Comuni serviti dal Dipartimento **N° di Comuni**

2) Quale è il profilo professionale e la specializzazione del Direttore del Dipartimento? Scegliere solo una delle.
 Domanda obbligatoria **Profilo profess. Direttore**

Medico Igienista
 Medico altre specializzazioni (specificare nello spazio qui sotto la specializzazione)
 Veterinario
 Altra professione (specificare nello spazio qui sotto la professione)
 Direzione vacante (specificare nello spazio qui sotto da quanto tempo è vacante)

Inserire qui sotto il commento:

2a) Qual'è l'età anagrafica del Direttore del Dipartimento (anni)? Solo valori numerici sono consentiti per questo campo.
 Domanda obbligatoria **Età Direttore**

Fig. 4

2b) Qual'è il sesso del Direttore del Dipartimento? Domanda obbligatoria **Sesso Direttore**

Uomo
 Donna

3) Da quanto tempo sono in carica. (inserirlo il dato in anni e mesi)
 In caso di Direzione vacante riferirsi all'ultimo Direttore in carica. In questo campo possono essere inseriti solo valori numerici.
 Domanda obbligatoria
 Si prega di completare la compilazione. **Durata in carica Direttore e Dir. Gen.**

	Anni	Mesi
L'attuale Direttore del Dipartimento	<input type="text"/>	<input type="text"/>
L'attuale Direttore generale ASL	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4) E' formalmente costituito il Comitato di Direzione del Dipartimento? Domanda obbligatoria **Comitato di direzione** **Quante riunioni nel 2016**

Sì No

5) La Direzione del Dipartimento è stata coinvolta dalla Direzione strategica aziendale nella contrattazione dell'ultimo Documento di budget? Domanda obbligatoria **Coinvolgimento contrattaz. budget**

Sì No

Fig. 5

6) E' implementato un controllo di gestione sul Dipartimento? **Controllo di gestione**

☐ Scegliere solo una delle seguenti voci

☐ Se si sceglie 'Altro', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento. **Domanda obbligatoria**

☐ Se si sceglie 'Altro', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Aziendale

Dipartimentale

Aziendale e dipartimentale

Nessun controllo

Altro:

7) Da quanto tempo il vostro Dipartimento ha l'assetto organizzativo attuale (al 01.01.2017)? **Inizio assetto org. attuale**

☐ Scegliere solo una delle seguenti voci **Domanda obbligatoria**

meno di un anno

meno di tre anni

tre anni o più

8) Se l'assetto organizzativo attuale deriva da un accorpamento di più Dipartimenti, indicare quali Dipartimenti ha accorpato: **Accorpamenti**

9) Inserite un organigramma del vostro Dipartimento che individui le unità ATTUALMENTE OPERATIVE **Organigramma**

☐ Selezionare al massimo 3 file per l'upload

Fig. 6

10) Nella vostra ASL, chi pratica le vaccinazioni? **Chi pratica le vaccinazioni**

☐ Scegliere solo una delle seguenti voci

☐ Se si sceglie 'Altro', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento. **Domanda obbligatoria**

☐ Se si sceglie 'Altro', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Medici

Assistenti sanitari

Infermieri professionisti

Altro:

11) Nella vostra ASL, chi gestisce l'ambulatorio vaccinale? **Chi gestisce l'ambulatorio vaccinale**

☐ Scegliere solo una delle seguenti voci **Domanda obbligatoria**

☐ Se si sceglie 'Altro', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

☐ Se si sceglie 'Altro', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Medici

Assistenti sanitari

Infermieri professionisti

Altro:

12) Nel vostro Dipartimento esiste una anagrafe vaccinale informatizzata? **Anagrafe vaccinale informatizzata**

☐ Domanda obbligatoria

Sì

No

Fig. 7

13) Nel vostro Dipartimento esiste un programma di chiamata attiva alla vaccinazione per:

Domanda obbligatoria
 Si prega di compilare la compilazione.

	SI	NO
Difterite-Tetano-Perosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomielite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haemophilus influenzae b	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumococco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morbillo-Parotite-Rosolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningococco C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningococco B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningococco quadrivalente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infezione da papilloma virus umano (HPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Chiamata attiva alla vaccinazione

14) Nel vostro Dipartimento esiste un programma di richiamo attivo per gli inadempienti alla vaccinazione per:

Domanda obbligatoria
 Si prega di compilare la compilazione.

Richiamo attivo inadempienti

Fig. 8

Sezione 2 - ANALISI DELLE RISORSE DEL DIPARTIMENTO

15) Come stimare nel vostro Dipartimento il numero di Direttori di UOC f.f. rispetto a quelli di ruolo?

Scegliere solo una delle seguenti voci

Direttori UOC f.f. sul totale

Nessuno
 Meno del 10%
 Meno del 50%
 Più del 50%

15a) Come stimare, mediamente, nel vostro Dipartimento il tempo da cui i Direttori di UOC f.f. coprono il loro attuale incarico?

Scegliere solo una delle seguenti voci

Da quando Direttori UOC f.f.

Da meno di un anno
 Da più di un anno
 Da più di 5 anni
 Da più di 10 anni

16) Nel vostro Dipartimento, come stimare la presenza percentuale di unità di personale di specialistica ambulatoriale, rispetto a quello a tempo indeterminato?

Meno dell'1% Meno del 5% Meno del 10% 10% o più

Branche mediche

Branche veterinarie

Person. di specialistica amb. rispetto al pers. a t. indeter.

Fig. 9

17) Quante sono le unità di personale complessive previste nella dotazione organica ufficiale vigente per il vostro Dipartimento? <small>● In questo campo possono essere inseriti solo numeri.</small>		Personale in p.o.
Comparto	<input type="text"/>	
Diligenza	<input type="text"/>	
18) Quante sono le unità di personale complessive attualmente in servizio nel vostro Dipartimento? <small>● In questo campo possono essere inseriti solo numeri.</small>		Personale in servizio
Comparto	<input type="text"/>	
Diligenza	<input type="text"/>	
19) Quante sono le unità di personale complessive in servizio nel vostro Dipartimento che utilizzano i benefici della legge 104? <small>● In questo campo possono essere inseriti solo numeri.</small>		Personale con L. 104
Comparto	<input type="text"/>	
Diligenza	<input type="text"/>	

Fig. 10

20) Quante sono le unità di personale complessive in servizio nel vostro Dipartimento con limitazioni funzionali? <small>● In questo campo possono essere inseriti solo numeri.</small>		Personale con limitazioni funzionali
Comparto	<input type="text"/>	
Diligenza	<input type="text"/>	
21) Come stimale l'importo degli introiti del Dipartimento derivanti da: <small>● In questo campo possono essere inseriti solo numeri.</small>		Introiti
Applicazione ex DLgs 194/2008	<input type="text"/>	
Applicazione ex DLgs 758/2008	<input type="text"/>	
Altri diritti sanitari	<input type="text"/>	

Fig. 11

22) Numero di veicoli in dotazione (il valore di "totale Dipartimento" deve essere pari alla somma di tutte le altre righe della colonna)
0 In questo campo possono essere inseriti solo numeri.

Veicoli in dotazione

Direzione Dipartimento

SISP

SIAN

SPESAL

SIKV-A (Sanità animale)

SIKV-B (Alimenti di origine animale)

SIKV-C (Benessere animale)

Altro

0 In caso di veicoli condivisi da più servizi, assegnarli ad uno solo di essi.

23) Nel vostro Dipartimento, quante sono le unità di personale in servizio che mettono a disposizione il proprio mezzo per le attività istituzionali?
0 In questo campo possono essere inseriti solo numeri.

Personale con veicolo disponibile

Comparto

Diligenza

Fig. 12

Sezione 3 - CONTRASTO DELLE DISUGUAGLIANZE

24) Esistono programmi vaccinali mirati specificamente su:

	SI	NO
Nomadi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reclusi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senza tetto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Periferie urbane degradate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altra popolazione disagiata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vaccinazioni

25) Esistono programmi di screening del Tumore al Seno mirati specificamente su:

	SI	NO
Nomadi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reclusi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Senza tetto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Periferie urbane degradate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altra popolazione disagiata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Screening tumore seno

Fig. 13

26) Esistono programmi di screening del Tumore all'Utero mirati specificamente su:		Screening tumore utero	
	SI		
Nomadi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Reclusi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Senza tetto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Periferie urbane degradate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Altra popolazione disagiata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

27) Esistono programmi di screening del Tumore al Colon-Retto mirati specificamente su:			Screening tumore colon/retto	
	SI	NO		
Nomadi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Reclusi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Senza tetto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Periferie urbane degradate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Altra popolazione disagiata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Fig. 14

28) Viene effettuata una ricerca di casi asintomatici di TBC mirata specificamente su:		TBC asintomatica	
	SI		
Nomadi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Reclusi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Senza tetto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Periferie urbane degradate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Altra popolazione disagiata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

29) Vengono effettuati interventi di educazione/promozione della salute mirati specificamente su:		Eas /promozione della salute	
	SI		
Nomadi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Reclusi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Senza tetto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Periferie urbane degradate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Altra popolazione disagiata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Fig. 15

Sezione 4 - ATTIVITA' INNOVATIVE

30) Vengono effettuate in maniera sistematica le seguenti attività:

	SI	NO
Analisi di strumenti urbanistici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valutazioni e osservazioni su progetti ricadenti in VIA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valutazioni sull'impatto ambientale dell'inquinamento atmosferico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promozione del capitale sociale [1]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilitazione dell'accesso ai Servizi per i soggetti svantaggiati e fasce deboli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contrasto dei gruppi antivaccinisti e dell'esitazione vaccinale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contrasto del bullismo e del cyberbullismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contrasto del mobbing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contrasto della violenza di genere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contrasto del doping	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contrasto della ludopatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Attività online (siti Internet, app, chat, ecc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valutazioni di EBP [2]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ospedale a misura di bambino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Screening cardiovascolari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitoraggio vaccinale [3]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emergenza migranti [4]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia osservata direttamente [5] (DOT) per la TBC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quanti nel 2016

Eventi formativi ECM

Ufficio promozione della salute

Implementazione di un Regolamento anticorruzione e Trasparenza dipartimentale

Implementazione di un Sistema di misurazione e valutazione delle performance dipartimentali

Centro medicina dei viaggi e delle migrazioni

● [1] Intensità e densità delle relazioni fra gli individui, e condivisione delle norme sociali

[2] Evidence Based Prevention, revisioni di letteratura per la ricerca di interventi efficaci, metanalisi, ecc.

[3] rilevazioni di copertura aggiuntive a quelle previste dal Ministero, che rilevano anche chi si vaccina in ritardo

[4] verifica delle condizioni di salute degli immigrati accolti dalle Prefetture e vigilanza sui luoghi di accoglienza

[5] regime di terapia in cui il medico si assicura che il paziente assuma la sua dose di farmaci ogni giorno

Fig. 16

Sezione 5 - QUESTIONARIO DI AUTO-VALUTAZIONE

31) Come giudicate ognuno di questi aspetti del Dipartimento

	--	-	=	+	++	Nessuna risposta
L'accessibilità ai progetti regionali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
I rapporti con l'Assessorato regionale (autonomia decisionale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Il contributo alla definizione degli obiettivi regionali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
I rapporti con la dirigenza ASL (autonomia decisionale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Il contributo alla definizione degli obiettivi aziendali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
I rapporti con il Dipartimento veterinario (se presente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
I rapporti con l'Unità di epidemiologia (se presente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
I rapporti con i Medici di medicina generale e con i Pediatra di base	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
I rapporti con l'Ospedale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
I rapporti con il Distretto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
La qualità della comunicazione verso la popolazione generale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
La corrispondenza tra le vocazioni degli operatori e la loro reale allocazione in ruoli e attività	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
La capacità di promuovere l'equità sociale con i propri interventi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
La capacità di perseguire gli obiettivi dell'impegno CMS "Salute in tutte le politiche" nel proprio territorio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Fig. 17

32) Indicate gli argomenti per cui a vostro avviso è più necessario aggiornamento/formazione:

Comunicazione/educazione alla salute/promozione della salute

Epidemiologia

Informatica

Organizzazione

Legislazione

Tecniche operative

Diseguaglianze

Tutela fragilità (anziani, indigenti, migranti, TD, carcere)

Vaccinazioni

Screening

Vigilanza e controllo

Nutrizione/alimentazione

Ambiente di vita

Ambiente di lavoro

Igiene urbana

Veterinaria

Medicina legale

Medicina sportiva

Medicina dei viaggi

Altro:

33) Indicate le principali criticità che il vostro Dipartimento ha affrontato negli ultimi tre anni:

34) Indicate i principali punti forti e punti deboli del vostro Dipartimento:

35) Aggiungete, se volete, altre considerazioni e commenti liberi:

Fig. 18

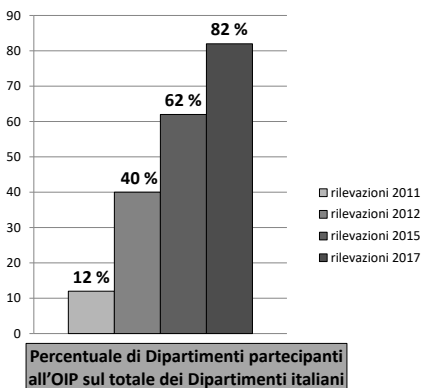


Tabella 2
Dipartimenti mai partecipanti ad alcuna delle rilevazioni OIP 2011-2017

1	Imperia	Liguria
2	Savona	Liguria
3	Ferrara	Emilia-Romagna
4	Piacenza	Emilia-Romagna
5	Brescia	Lombardia
6	Treviso	Veneto
7	Frosinone	Lazio
8	Lanusei	Sardegna

Fig. 19

Oip - Rilevazioni 2017 - Dipartimenti partecipanti sul totale dei Dipartimenti, per Regione

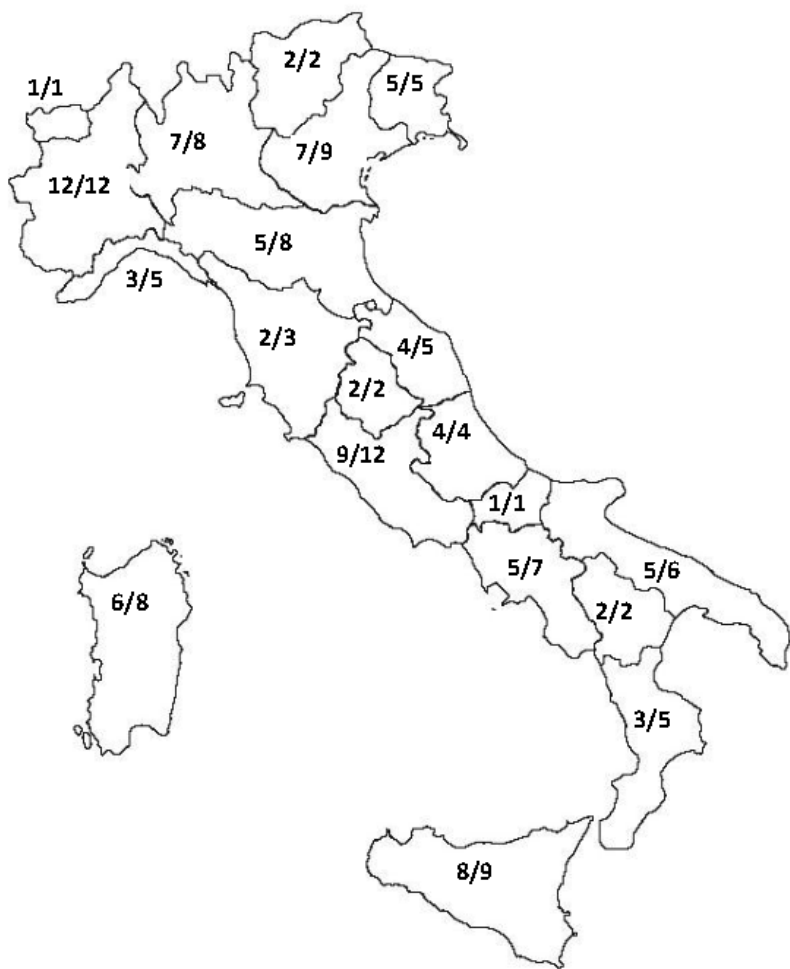
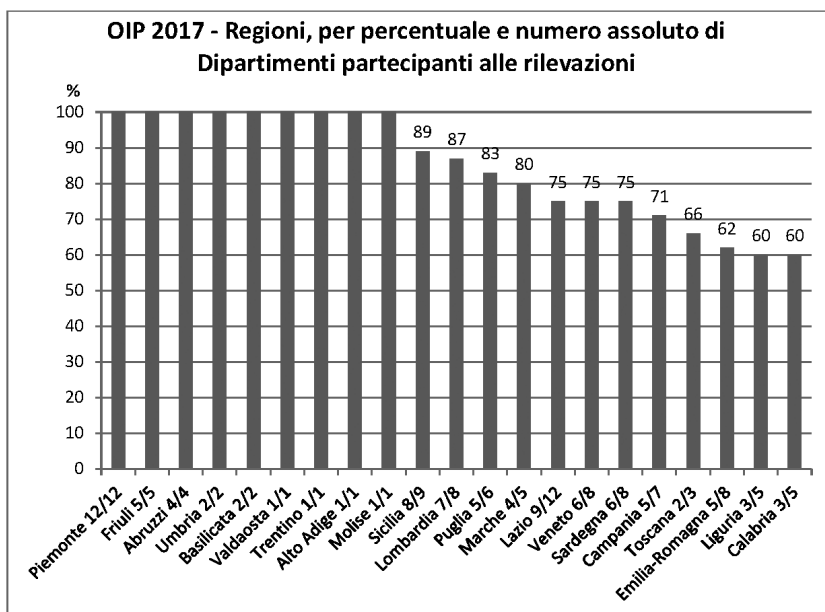


Fig. 20



I NUOVI IPEST PER PROMUOVERE LA PREVENZIONE EFFICACE

A cura di Silvia Caristia e Fabrizio Faggiano

Questa sezione del Rapporto Prevenzione 2017 nasce da due considerazioni che riteniamo essenziali:

- i) la prevenzione primaria delle malattie non trasmissibili, ma non solo di queste, è una priorità del nostro Servizio Sanitario, finalizzata alla sostenibilità di una società che invecchia rapidamente. Ad oggi tutte le più autorevoli statistiche (ISTAT, OECD) sono concordi nell'indicare che il continuo guadagno di attesa di vita della popolazione italiana degli ultimi anni sia rappresentato soprattutto da anni di vita con disabilità, cioè dall'aumento della sopravvivenza per malattie croniche. In misura molto minore è invece dato dalla posticipazione dell'inizio della malattia cronica, cioè dall'effetto delle strategie di prevenzione primaria. La transizione demografica all'invecchiamento della nostra società rischia di sfociare in una società con una proporzione di soggetti anziani e malati poco compatibile con i nostri attuali standard di welfare.
- ii) il Servizio Sanitario Nazionale si sta dotando di strumenti importanti per affrontare questa transizione, primo fra tutti il Piano Nazionale di Prevenzione. Ma il contesto della prevenzione deve assimilare sempre più le modalità operative del mondo clinico, che discute di Evidence-based Medicine, Linee guida, Percorsi di diagnosi, trattamento e assistenza, e sulla base di questi strumenti di assicurazione di qualità ha modificato in modo sostanziale il modo di operare. Ad esempio, ancora oggi mancano strumenti di sostegno alla selezione di interventi efficaci da parte degli operatori nell'ambito della prevenzione primaria, così come strumenti di monitoraggio degli interventi implementati (si pensi al ruolo essenziale delle SDO nel progresso della qualità in campo clinico).

A partire da queste due considerazioni, la sezione intitolata *Dalle buone pratiche agli Ipest: un nuovo strumento per la prevenzione efficace* del Rapporto Prevenzione 2015 proponeva un nuovo strumento per la prevenzione efficace: il modello IPEST (Interventi di Prevenzione Efficaci, Sostenibili e Trasferibili). Questo è stato proposto per superare i limiti delle diverse definizioni del concetto di Buona Pratica così come viene inteso nell'ambito della salute e della prevenzione.

Gli IPEST sono attività, azioni, interventi, programmi e strategie volte al cambiamento degli stili di vita e dell'ambiente al fine di prevenire l'incidenza delle malattie non trasmissibili e promuovere la salute della popolazione di una comunità (a livello nazionale, regionale, locale) [1].

Il Rapporto Prevenzione 2015 riportava 6 IPEST-pilota: un sistema di promozione della copertura vaccinale; un intervento per promuovere la riduzione delle disuguaglianze nelle coperture vaccinali delle popolazioni svantaggiate; il Pedibus, per la mobilità attiva scuola - casa; la tassazione dei prodotti del tabacco (in discussione al momento della pubblicazione di questo rapporto), quella delle bevande zuccherate e l'introduzione dei pictorial warnings sui pacchetti di tabacco (che è realmente avvenuta nel 2016). Come si vede sono interventi ampiamente dibattuti nei mesi successivi alla pubblicazione del volume (non certo o non solo per questo) per i quali sono state emanate leggi e altre sono in via di elaborazione.

A fianco però di questi elementi che suggeriscono ottimismo, vi sono elementi oggettivi che invitano ad un minore entusiasmo:

- i) il volume ha avuto di per se un'ampia circolazione, come consueto per i Rapporti Prevenzione editi dalla Fondazione Smith Kline, ma non hanno avuto alcuna diffusione sul web, che oggi rappresenta il principale veicolo di informazioni per la sanità;
- ii) non vi è stato, a nostra conoscenza, nessun tentativo di replicazione di questa esperienza, e questo a noi è sembrato un segno di un basso impatto nella pratica della prevenzione, probabilmente perché 3 interventi su 6 erano di tipo normativo, indirizzati quindi alle istituzioni. Per promuovere maggiormente nella pratica gli IPEST, la selezione di inter-

venti che vengono proposti in questo volume sono invece prevalentemente indirizzati alla pratica, cioè ai servizi del SSN che a vari livelli sono responsabili di attività di prevenzione. Inoltre in questo volume viene proposto un formato semplificato degli IPEST rispetto a quello precedentemente proposto al fine di rendere più fruibile il testo ai destinatari;

iii) il coinvolgimento contemporaneo di ricercatori e di professionisti impegnati nella pratica era stato previsto fin dal modello originario, ma è stato praticato in modo sistematico solo per gli IPEST pubblicati in questo volume. Nel corso di questi due anni, il lavoro di validazione del modello è continuato anche attraverso la discussione con esperti di vario tipo e l'identificazione e il "disegno" di nuovi IPEST per la prevenzione in Italia.

Il modello originale

Dal punto di vista sostanziale il modello non ha subito grandi modifiche. Gli IPEST sono interventi selezionati sulla base di:

- i) la migliore evidenza di efficacia rispetto ad outcome sanitari diretti;
- ii) la sostenibilità economica (costo-efficacia, costo-benefici, ecc.) e sociale (equità inter e intra-generazionale) e nel tempo;
- iii) la trasferibilità nel contesto italiano nazionale e/o locale, attraverso l'accesso ad un dettagliato manuale per l'implementazione [1].

Anche il metodo di identificazione dell'IPEST non è cambiato:

- i) selezione di interventi di prevenzione sulla base della rilevanza e della migliore evidenza di efficacia e sostenibilità a cura del team accademico;
- ii) elaborazione del metodo della presentazione dell'IPEST;
- iii) identificazione degli esperti da coinvolgere nell'analisi e nella presentazione dell'IPEST;
- iv) discussione con gli esperti sulla sostenibilità e sulla trasferibilità (confronto evidenza-esperienza);
- v) descrizione dell'IPEST.

Quali differenze rispetto al primo modello

Rispetto al primo modello le differenze sono riportate sinteticamente in tabella 1.

Tabella 1 Principali cambiamenti nel modello IPEST rispetto alla prima proposta (Rapporto Prevenzione 2015)

	Rapporto Prevenzione 2015	Rapporto Prevenzione 2017
Team	Numero variabile di esperti della prevenzione e di sanità pubblica coordinati dal team accademico	Team accademico composto da un esperto in metodologia della ricerca, un ricercatore/studente della Scuola di medicina e un esperto in prevenzione
Modalità di lavoro	Partecipato	Centralizzato su pochi, con coinvolgimento successivo di esperti
La valutazione della qualità	Affidati alle valutazioni pre-esistenti di revisori e linee guida	Valutazione effettuata da 3 revisori interni in cieco e in modo indipendente
La descrizione dell'IPEST	No limiti di spazio	Versione più sintetica, chiara e accurata

Cambiano i gruppi di lavoro, per questa versione molto più strutturati e meno numerosi.

Cambiano anche le modalità del lavoro di ricerca e di costruzione dell'IPEST. Da una modalità più partecipata in tutte le fasi ad una più centralizzata sul team accademico, coordinata dal metodologo, e che prevede la partecipazione degli esperti solo nell'ambito della riflessione su sostenibilità e trasferibilità dell'intervento nel contesto italiano.

Ulteriore novità nel processo di selezione è stata l'introduzione di un processo di valutazione della qualità dell'evidenza di effi-

cacia che ha portato a classificare l'evidenza rispetto alla qualità degli studi e alla forza.

Per questo è stato costruito un indice sintetico *ad hoc* sulla base della proporzione di criteri di qualità e di forza valutati al massimo grado. Questa scala non è stata validata ma è stata costruita sulla base delle scale validate esistenti per la valutazione della qualità dei diversi disegni di studi (linee guida, revisioni sistematiche, studi sperimentali e osservazionali), e sulla base dei criteri usati dalle linee guida per valutare la forza dell'evidenza (piramide della forza dell'evidenza) (Fig. 1).

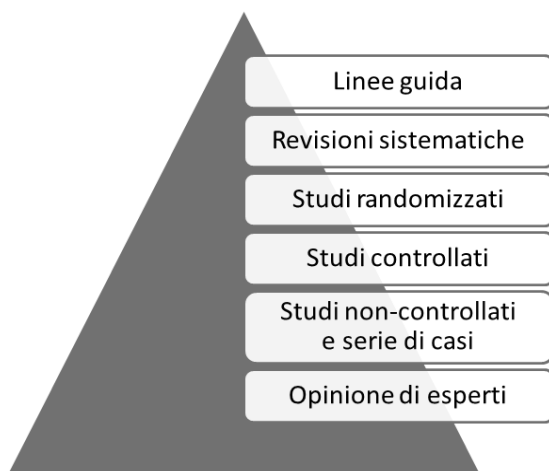


Figura 1 - Gerarchia delle prove di efficacia

Si tratta di una scala qualitativa a 4 posizioni (bassa, sufficiente, buona e ottima) e rappresenta la percentuale dei criteri di buona/ottima qualità rispetto alla totalità dei criteri valutati¹

Ogni studio selezionato è stato valutato usando i seguenti strumenti:

¹ Per un maggior dettaglio dello strumento costruito per la valutazione della qualità e della forza dell'evidenza, dei singoli strumenti usati per i diversi disegni di studio individuati e del processo di valutazione si rimanda alla versione integrale del Rapporto Prevenzione 2017.

- i) le linee guida sono state valutate con Agree II [2]. Il punteggio finale ottenuto è la media dei punteggi ottenuti per ogni singolo dominio, moltiplicato per 100. La valutazione finale è stata sintetizzata usando la scala a 4 posizioni;
- ii) per le revisioni sistematiche è stata costruita una scala usando contemporaneamente la check-list PRISMA per valutare la qualità del report [3], AMSTAR [4] per valutare la qualità del metodo di conduzione della revisione sistematica, e alcuni criteri per valutare la forza dell'evidenza;
- iii) gli studi sperimentali sono stati valutati usando lo strumento offerto della Cochrane Collaboration [5]. Il punteggio finale è stato calcolando rapportando il totale dei bias valutati a basso rischio sul totale dei bias valutati e presentato secondo la scala a 4 posizioni.

Infine, la discussione con gli esperti e la raccolta delle impressioni di alcuni lettori ha permesso di migliorare il modello per lo meno rispetto alla validità di facciata, anche attraverso una modalità di presentazione più sintetica dell'IPEST da favorirne l'uso pratico da parte dei potenziali beneficiari.

I nuovi IPEST

Questa seconda edizione presenterà 6 nuovi IPEST:

Il **counselling delle 5A** come intervento di prevenzione secondaria svolto da medici di medicina generale nei confronti dei pazienti fumatori e che mira alla promozione e al sostegno della cessazione del fumo di tabacco.

I **gruppi di cammino** per la promozione dell'attività fisica nella popolazione adulta.

Un intervento di attivazione di comunità, originario degli USA ma importato da alcuni anni in Europa, "**Communities That Care**" disegnato per la prevenzione dei comportamenti a rischio di adolescenti e giovani (uso di sostanze, violenza, bullismo, criminalità ed altre forme di devianza).

L'**autoprelievo per il test dell'HPV** nell'ambito dei programmi di screening per il tumore alla cervice nelle donne che non accedano ai programmi tradizionali (come il Pap Test).

Il **counselling** dello specialista per la promozione di comportamenti protettivi nei confronti della trasmissione di infezioni sessuali (IST) nella popolazione transessuale e tra uomini che fanno sesso con altri uomini (men who have sex with men – MSM).

Come ultimo intervento proponiamo una riflessione sulla sostenibilità e trasferibilità della **PrEP (Profilassi pre-esposizione HIV)** nei programmi e interventi di prevenzione dell'HIV, chiedendoci in quali condizioni questo possa essere un IPEST. La riflessione è stata mirata su popolazioni ad alto rischio di contagio, prendendo come esempio la popolazione transessuale e MSM.

Conclusioni

Alcuni limiti della prima esperienza sono stati positivamente superati, ma altri rimangono. In particolare la ricerca delle evidenze non è stata condotta in modo sistematico, perché in tal caso avrebbe richiesto risorse che superavano quelle disponibili. Seppure questo dovrebbe essere il modello a cui tendere, riteniamo che la ricerca in letteratura effettuata sia comunque sufficientemente solida.

In tal senso potrebbe essere utile riflettere sull'utilità di unire gli sforzi di esperienze nazionali di identificazione di pratiche efficaci che conducono a revisioni di efficacia (NiEBP, Dors, ecc.) in un'unica regia coordinatrice.

Due limiti sono ancora da sottolineare: la partecipazione degli stakeholders nel processo di individuazione dell'IPEST è stata ridotta anche in questa seconda esperienza, e la disseminazione degli IPEST, che è stata ancora limitata al Rapporto Prevenzione.

Nonostante questi limiti, riteniamo che lo strumento dell'Ipest abbia ancora una potenzialità di utilizzo e di sviluppo che merita di essere perseguita.

BIBLIOGRAFIA

- [1] S. Caristia and F. Faggiano, “Un repertorio di interventi di prevenzione efficaci, sostenibili e trasferibili (Ipest): materiali e metodi,” in *Rapporto prevenzione 2015. Nuovi strumenti per una prevenzione efficace*, M. Bassi, F. Calamo-Specchia, F. Faggiano, A. L. Nicelli, W. Ricciardi, C. Signorelli, R. Siliquini, and M. Valsecchi, Eds. Milano: Franco Angeli, 2015.
- [2] M. C. Brouwers, M. E. Kho, G. P. Browman, J. S. Burgers, F. Cluzeau, G. Feder, B. Fervers, I. D. Graham, J. Grimshaw, S. E. Hanna, P. Littlejohns, J. Makarski, and L. Zitzelsberger, “AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care,” *Can. Med. Assoc. J.*, vol. 182, no. 18, pp. E839–E842, Dec. 2010.
- [3] University of Oxford and Ottawa Hospital Research institute, “PRISMA Trasparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses,” 2009. [Online]. Available: <http://prisma-statement.org/Default.aspx>. [Accessed: 03-Oct-2017].
- [4] B. J. Shea, J. M. Grimshaw, G. A. Wells, M. Boers, N. Andersson, C. Hamel, A. C. Porter, P. Tugwell, D. Moher, and L. M. Bouter, “Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews,” *BMC Med. Res. Methodol.*, vol. 7, no. 1, p. 10, Dec. 2007.
- [5] P. Jüni, D. G. Altman, and M. Egger, “Systematic reviews in health care: Assessing the quality of controlled clinical trials.,” *BMJ*, vol. 323, no. 7303, pp. 42–6, Jul. 2001.

Stampa
Tipolitografia Trabella - Peschiera Borromeo MI