

DOMENICO LAGRAVINESE E FRANCESCO CALAMO SPECCHIA ^(*)

COSTRUZIONE DELL'OSSERVATORIO

1. *Presentazione*

L'importante e fattivo stimolo che arriva dalla Fondazione Smith Kline a una riflessione profonda sullo «stato di salute» delle attività di prevenzione nel nostro paese costituisce per gli igienisti italiani e per la loro società scientifica una sfida assolutamente necessaria, anche se ardua, e insieme una grande opportunità.

I termini della necessità di questa sfida sono contenuti anzitutto, a più di trent'anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale, nella assoluta crucialità rivestita ancor oggi dalla prevenzione nel dare a un sistema sanitario quella cifra dell'attenzione innovativa alla promozione e alla difesa della salute, che è la cifra prevalente contenuta nella legge 833; legge «igienistica» che è stata promossa e difesa in massima parte dagli igienisti (tra le altre evidenze di tale spirito complessivamente preventivo/igienistico della legge 833 non va dimenticato per esempio che la prevenzione è l'ambito per il quale essa indicava più espressamente e dettagliatamente compiti operativi e articolazione organizzativa).

Oggi, una ricognizione sullo stato di salute della prevenzione costituisce la migliore ricognizione possibile sullo stato

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

Questo saggio è stato redatto con la collaborazione del dr. Michele Labianca (dirigente medico del Dipartimento di Prevenzione Asl Ba, Bari); della dr.ssa Anna Maria Bianco (dirigente medico Dipartimento di Prevenzione Asl Ba, Bari); del dr. Raffaello Bellino (dirigente medico Spesal, Dipartimento di Prevenzione Asl Bat, Andria) e il coinvolgimento del Collegio degli operatori di Prevenzione, di Sanità pubblica e delle Direzioni Sanitarie della SIIt.

di salute del Servizio sanitario nazionale italiano nel suo complesso, e può altresì costituire un segnale e uno strumento importantissimo nel suo rilancio, e allo stesso tempo nel contrasto di quel neomutualismo privatistico incombente, che porrebbe grandi difficoltà ed evidenti limitazioni alle esigenze della prevenzione (oltre che a quelle della salute *tout-court*, e dell'efficienza economica nel determinarla).

Le voci a esso favorevoli sembrano infatti *in primo luogo* dimenticare i guasti storicamente prodotti dal mutualismo pubblico e/o privato nel nostro paese, nel quale fu necessario articolare un complesso iter legislativo-istituzionale per liquidare gli enormi debiti di una mutualità con oltre 12.000 centri autonomi di spesa che ne rendevano vano ogni tentativo di programmazione e controllo; e nel quale una sterminata pubblicistica di denuncia nei confronti delle mutue e dei loro medici testimoniò ed espresse in maniera divenuta paradigmatica la profonda incapacità di quel sistema a rispondere ad attese e bisogni di salute – oltre che di dignità – dei pazienti e dei cittadini.

In secondo luogo, promuovendo una sanità fatta di puri atti medici, di prestazioni acquistate e remunerate dai clienti, pubblici o privati (dalle quali rimangono evidentemente fuori la più gran parte degli interventi di prevenzione primaria, non potendo alcun privato «acquistare» per esempio un disinquinamento dell'aria, o una umanizzazione di ritmi di lavoro), tali voci neomutualiste sembrano trascurare l'evidenza tutta contemporanea dello sforzo colossale e difficilissimo che gli Usa, paese leader dell'approccio mutualistico alla sanità, stanno compiendo per mettere riparo alle gravi manchevolezze proprie di un sistema di questo tipo.

Un sistema *inefficiente*, in cui un gran numero di enti rimborsa gli associati a differenti livelli, generando costi amministrativi che assorbono circa il 15% della spesa sanitaria, contro il 5% o meno negli altri paesi Ocse (in generale, e contrariamente a quanto da taluni oggi si tenda a far credere, i paesi Ocse che riescono a controllare meglio la spesa sanitaria sono quelli con la più ampia percentuale di intervento pubblico sul totale degli interventi); un sistema *inefficace*, in cui le limitate risorse pubbliche per prevenzione e assistenza generano tassi

di mortalità infantile e speranza di vita peggiori rispetto a ogni altro paese sviluppato, e anche ad alcuni paesi in via di sviluppo; un sistema *iniquo*, in cui le differenti capacità finanziarie di accesso alle differenti coperture mutualistiche generano mortalità e morbilità direttamente connesse al livello di reddito, al lavoro svolto, al luogo di residenza, all'etnia di origine.

Riaffermare la centralità della prevenzione nel sistema sanitario è dunque oggi in Italia più che mai necessario, e costituisce la base della difesa e del rilancio di quell'approccio fondato sulla fiscalità e sull'intervento pubblico che garantisce miglioramenti sensibili dello stato di salute della popolazione – e dell'efficienza e dell'equità degli interventi sanitari – rispetto a ogni sistema retributivo.

Tale difesa e rilancio del Servizio sanitario nazionale come unico possibile contenitore di attività preventive globali e unitarie – e dunque come miglior promotore di salute in una collettività – costituisce però nella temperie culturale e istituzionale contemporanea (per motivi così evidenti che non è necessario soffermarsi a ricordare) una sfida culturalmente ardua; una sfida che inoltre si rivela ardua anche sotto il profilo della sua semplice perseguibilità tecnica.

Il necessario e convinto richiamo contenuto nello spirito e nella lettera della legge 833 alla specificità dell'attenzione a ogni specifico territorio sembra infatti essere stato trasceso e distorto, nell'evoluzione legislativa successiva, dall'estendersi di una ideologia e di una prassi dell'autonomia locale che talvolta può apparire più decisionalità autoreferenziale, o creatività arbitraria e fantasiosa – talora una mera rivendicazione di una originalità magari solo lessicale – che non un contributo, pur necessariamente specifico e autonomo, a disegni e obiettivi coordinati e comuni, vicendevolmente articolati in un universo di riferimento valoriale condiviso; del quale anche la pura e semplice consonanza del linguaggio (tutta ancora da ricostruire) non costituisce l'elemento meno rilevante.

La sfida a una nuova unitarietà delle riflessioni e degli interventi, e alla coerenza nel salvaguardare il senso di sistema pur nella diversità degli apporti, è dunque resa necessaria dagli stessi motivi che la rendono, come detto, assolutamente ardua: oggi sembra infatti se non impossibile certo assolutamente dif-

ficile e indaginoso – e perciò stesso tanto più indispensabile – qualsiasi confronto, o perfino qualsiasi rilevazione comune, anche di aspetti di funzionamento di base, nell'attività dei Dipartimenti di prevenzione; che paiono essere diventati – e, quel che è peggio, i cui operatori si vivono come se fossero diventati! – una sorta di babele di «confessioni» localistiche; senza non solo quello sguardo globale richiesto dall'insieme delle sfide sanitarie della contemporaneità, ma nemmeno quella visione nazionale unitaria che è richiesta dal proprio rimanere comunque articolazioni appunto di un Servizio nazionale.

Questa difficoltà oggettiva, e questa sfiduciata consapevolezza degli operatori, sono il dato sconsolante che ci si è trovati di fronte nell'accingersi anche a un preliminare inicialissimo, minimo tentativo di far partire un discorso di analisi a livello nazionale dei Dipartimenti di prevenzione; prima ancora di poterlo realizzare, e molto prima di poter tentare di porne i risultati alla base di un cambiamento organizzativo che vada almeno nel senso tutto operativo delle *best practices*, insomma del più strumentale *benchmarking*, se non della omogeneizzazione richiesta dallo spirito e dalla lettera della legge 833 (oltre che da elementari considerazioni di logica organizzativa).

È perciò stesso – va ancora ribadito – che tale ardua sfida è appunto necessaria e cruciale: perché le esigenze di specificità organizzativa negli interventi preventivi dei diversi territori non generino sordità verso le necessità imprescindibili di omogeneità del sistema nel suo complesso; e perché una certa scotomizzazione del contesto nazionale degli interventi sanitari non disegni per il nostro paese un nuovo scenario di particolarismi e diseguaglianze come quello a suo tempo sanato dalla legge 833.

Ossia perché un eccesso di localismo non disegni nei fatti un sistema che operativamente e culturalmente riconosca la propria eccellenza solo nella capacità di fornire episodicamente interventi diagnostico-terapeutici – pur di elevatissima qualità tecnica – ma prestati in centri iperspecialistici per situazioni epidemiologicamente meno rilevanti, che agiscano in uno scenario complessivo di nuova disparità nei livelli delle prestazioni e dei servizi, di nuova frammentazione degli interventi, di nuovo oscuramento del territorio e della prevenzione.

Perché non si affermi insomma una sorta di rinnovato «ospedalocentrismo» a macchia di leopardo, modello pre 833, che lungi dal contrastarle non trovi proprio nel permanere delle differenze di capacità assistenziale tra i diversi territori alimento per una competizione attrattiva finalizzata alla remunerazione di ogni singolo centro, e non alla soddisfazione dei reali bisogni di salute di tutti i territori.

Ma perché piuttosto si affermi l'idea che l'eccellenza di un Sistema sanitario nazionale si mostra soprattutto nell'allargare la base di crescita sanitaria di tutto il paese, e che per conseguire questa idea di eccellenza la prevenzione deve costituire il fulcro del sistema sanitario.

Infatti la prevenzione – che strutturalmente, per sua stessa intrinseca natura, si rivolge a popolazioni o a gruppi e non a singoli, e non prevede dunque contingentamenti – assicura in tal modo una ampia equità negli interventi; e garantisce anche per sua natura l'efficienza, offrendo – grazie ai suoi interventi generalmente a basso contenuto tecnologico/strumentale – risparmi di risorse rispetto alle necessità assistenziali (e ai costi indiretti) di patologie non prevenute; e infine costituisce l'unica possibilità di contrasto verso la patologia multifattoriale prevalente nelle nostre collettività (in generale non guaribile e solo controllabile ad alti costi finanziari e di sofferenze umane), rivelandosi dunque strutturalmente una fonte insostituibile di efficacia sanitaria nelle società sviluppate.

Gli effetti di efficacia, efficienza ed equità della prevenzione sono garantiti però non solo dalle pratiche di diagnosi precoce, né solo dagli interventi di medicina preventiva sull'individuo, né solo dalla corretta gestione delle terapie che escluda effetti collaterali, complicanze, errori, incidenti e ricadute; ma anche e soprattutto – e in primo luogo – dalle attività di prevenzione primaria, ambientale e educativa, ossia da interventi di quella «prevenzione/prevenzione» che garantisce davvero la non insorgenza di una patologia; e la cui promozione passa per una ridiscussione e una promozione culturale collettiva dell'atteggiamento preventivo nel corpus professionale medico, istituzionale, politico sanitario e complessivamente culturale di popolazione.

Così, nel momento in cui pare dunque imporsi a livello nazionale un lavoro di recupero e allargamento degli spazi per la sanità pubblica, questo impegno a monitorare la prevenzione proposto dalla Fondazione Smith Kline può costituire davvero una grande opportunità, che gli igienisti italiani non vorranno lasciar cadere, per riaffermare il proprio specifico professionale di difensori e promotori della sanità pubblica, ritornando alle fonti del Servizio sanitario nazionale di cui hanno promosso gestazione e nascita, e al suo spirito originario; e per rilanciare il Servizio sanitario nazionale 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.

2. *La proposta di lavoro*

Il primo passo che si è pensato dunque di compiere per accogliere questa sfida è stato l'approntamento di una iniziale ipotesi di griglia unica di analisi e rilevazione organizzativa delle attività dei Dipartimenti di prevenzione di tutto il paese.

Nell'ideare la griglia si è pensato che fosse opportuno condurre lo sguardo «in profondità», *al di là dell'aspetto puramente economico/finanziario degli interventi* e delle eventuali incongruenze in esso contenute, per tentare di costruire uno strumento che rilevasse le principali criticità nella vita dei Dipartimenti; cercando al contempo di non negarsi uno sguardo ampio «di latitudine» sulle attività preventive svolte nei territori *anche al di là delle strette pertinenze dei Dipartimenti di prevenzione*.

Come nell'analizzare le questioni della sanità è necessario rifiutare una visione «serviziocentrica» autoreferenziale, mirata sul puro *output*, ossia sulle verifiche di funzionalità e di puri risultati delle attività e degli interventi, e centrare invece lo sguardo sulla salute che ne deriva, così non sembra solo o tanto importante analizzare la realtà organizzativa dei Dipartimenti

di prevenzione, quanto *verificare davvero lo stato di salute complessivo della prevenzione nel nostro paese*; ossia chiedersi quanta prevenzione venga prodotta dal Dipartimento di prevenzione e da ogni altra articolazione del Servizio sanitario nazionale, o dalle diverse articolazioni istituzionali dell'intervento statale e pubblico che possano produrla.

Per non negarsi uno sguardo ampio, è infine anche necessario seguire «in longitudine» la prevenzione lungo tutto il suo iter: dalle *conoscenze epidemiologiche* e dalle *condizioni organizzative* che la rendono possibile, alla realtà del suo esplicarsi in *interventi*, alle modalità della sua *valutazione*.

In relazione a tale approccio generale, è stata dunque pensata una articolazione della griglia complessiva di analisi e rilevazione in cinque ambiti principali, ognuno indagato da una griglia dedicata:

- analisi della *legislazione* regionale per la prevenzione;
- analisi delle attività di *epidemiologia* della Asl;
- analisi dei *collegamenti informativi* istituzionali della Asl;
- descrizione dell'*assetto organizzativo* e analisi delle *risorse* dei Dipartimenti di prevenzione;
- analisi delle *attività preventive* della Asl nei differenti settori di intervento.

Tali comparti della griglia saranno preceduti da un breve spazio iniziale per i dati anagrafici del compilatore, e seguiti e integrati da un questionario/intervista.

2.1. Anagrafe del compilatore

La griglia si apre con l'anagrafe del compilatore, che deve contemperare le necessità di una certa riservatezza – per garantire la necessaria libertà di giudizio nella compilazione – e quelle di una sicura tracciabilità dei dati.

In realtà, è auspicabile che si producano due differenti livelli di compilazione: uno *regionale*, affidato alla *rete di referenti regionali costituita dai responsabili dei Collegi degli operatori di Sanità pubblica della SItI*, che produrranno a livello di regione una collazione e una integrazione dei dati prodotti dalle differenti Asl; e uno *periferico di Asl*, in

ognuna delle quali il referente regionale SItI avrà avuto cura di identificare *un referente locale per la rilevazione*; che dunque gli sarà evidentemente noto.

Ai fini della valutazione generale dei risultati, del referente di Asl è però verosimile che sia interessante conoscere solo:

- l'articolazione organizzativa di appartenenza;
- il profilo professionale;
- il ruolo istituzionale;

che possono fornire indicazioni utili a interpretare il contesto in cui il compilatore arriva a fornire le risposte e le valutazioni soggettive che in alcuni passi la griglia di rilevazione gli richiede.

2.2. Questionario/intervista

La soggettività, lungi dal costituire un limite, è evidentemente centrale in qualsiasi rilevazione in cui non si voglia soffocare il dato qualitativo nella mera verifica di quantità; e ancor di più lo è in un ambito eminentemente qualitativo come quello dei beni meritori – salute, giustizia, formazione, sicurezza ecc. – nei quali la stessa produzione del bene non può che essere preceduta da una definizione soggettiva della sua natura, e di ciò che occorre fare per produrlo.

Che cosa vuol dire prevenzione, cos'è fare prevenzione, quali sono le priorità nel fare prevenzione? Le risposte a queste domande – evidentemente cruciali nell'orientare la realtà della vita dei Dipartimenti di prevenzione a valle e talora quasi a prescindere dai mandati normativi e organizzativi formali – possono variare più o meno grandemente a seconda del «clima» culturale e operativo di ogni Dipartimento; e in definitiva in relazione alla soggettività di ogni operatore, con le sue conoscenze scientifiche e i suoi vissuti professionali, oltre che con le sue proprie convinzioni personali e i propri atteggiamenti culturali.

È dunque assolutamente necessario anche nel nostro lavoro di rilevazione tener conto della soggettività degli operatori, portarla allo scoperto e in qualche modo anche valorizzarla; nell'obiettivo però di arrivare, attraverso il confronto, a una

omogeneizzazione dei vissuti soggettivi e alla fusione dei repertori soggettivi nella costruzione di un paradigma preventivo condiviso, che è la risorsa principale per un orientamento comune – e dunque massimamente efficace e massimamente efficiente – per le attività di prevenzione nel nostro paese.

Allo scopo dunque di favorire l'emersione della soggettività degli operatori della prevenzione, e a integrazione necessariamente «qualitativa» delle informazioni prevalentemente (anche se non solo) «quantitative» raccolte nella scheda, sarà opportuno strutturare un questionario/intervista rivolto sia ai compilatori delle schede della griglia sia ad altre eventuali figure di riferimento nel mondo della prevenzione (direttori di dipartimento, altri *opinion leaders* ecc.), e che a seconda delle future possibilità operative del nostro gruppo di lavoro sarà proposto all'autosomministrazione sotto forma di questionario a domande chiuse e aperte, o piuttosto condotto come un colloquio guidato con un intervistatore.

I nodi di interesse intorno ai quali strutturare il questionario/intervista deriveranno dall'iter delineato al successivo paragrafo 2.3, ossia da un itinerario lungo il quale la nostra proposta di lavoro verrà discussa e migliorata nel confronto con la più ampia parte possibile del mondo della sanità pubblica italiana; e anzi, *la stessa costruzione del questionario/intervista potrà costituire una occasione e uno stimolo per attivare tale itinerario di relazione e dibattito.*

Le criticità qualitative intorno alle quali articolare una rilevazione della soggettività professionale non possono infatti essere meglio individuate se non da chi le vive nella quotidianità del proprio impegno operativo; d'altro canto, si possono però forse già tentare di anticipare o suggerire alcune delle questioni intorno a cui potrebbe essere opportuno suscitare un confronto; quali per esempio:

- la necessità di comunicazione all'esterno del Dipartimento – verso le altre articolazioni Asl e verso referenti istituzionali diversi, oltre che verso la popolazione generale – di metodi e risultati dell'intervento preventivo;
- gli stili di comunicazione interna e di gestione (relazionalità, gerarchia, coordinamento...), i livelli di autonomia decisionale;

- i modelli organizzativi (distrettualizzazione...);
- i modelli di incardinamento del personale (dedicato, incardinato in servizi e distretti, personale equivalente...);
- i modelli di conferimento delle risorse finanziarie: il processo e le dinamiche di *budgeting* (tempi, formalità o sostanzialità della negoziazione, modalità di reportistica e controllo di gestione...);
- la quota di attività istituzionali (previste da norme nazionali o regionali) e la quota di progetti sostenuti da finanziatori esterni;
- la valutazione e l'interpretazione della legislazione e della normativa.

2.3. *Analisi della legislazione regionale per la prevenzione*

Proprio l'ambito della legislazione è il primo preso in esame, nel quadro della nostra rilevazione, con una griglia dedicata (tab. 1).

La necessità di rilevare l'oggettività degli assetti legislativi, ma più ancora la soggettività della valutazione su di essi, deriva dalla convinzione che le norme possano essere – ben più che un vincolo statico, che semplicemente delinea le possibilità di agire – una delle più importanti risorse che soggettivamente possano essere utilizzate per stimolare / obbligare ad agire, o comunque per determinare il fondamento e l'esigenza di quell'azione.

La presenza di un certo dettato legislativo, in un ambito come quello della prevenzione – nel quale un'articolazione estremamente complessa di norme e statuizioni, a fronte di risorse di tempo, di personale, strutturali e strumentali evidentemente limitate, necessariamente favorisce la soggettività delle scelte di priorità negli interventi di dirigenti e operatori – può costituire dunque una risorsa importante per chi voglia orientare in quel certo senso le attività preventive proprie o dell'organizzazione nel suo complesso.

D'altro canto, non va dimenticato neppure che la gran parte degli interventi preventivi primari, essendo mirati a modificazioni «salutifere» degli assetti ambientali intesi nel

TAB. 1. *Analisi della legislazione regionale per la prevenzione*

	LEGGE 1				LEGGE 2				LEGGE N.
Punto qualificante 1	(descrivere).....				(descrivere).....				
Punto qualificante 2	(descrivere).....				(descrivere).....				
Punto qualificante 3	(descrivere).....				(descrivere).....				
Punto qualificante n.	(descrivere).....				(descrivere).....				
Applicazione complessiva	completa	parziale	scarsa	nulla	completa	parziale	scarsa	nulla	
Effetti complessivi prodotti	significativi	soddisfacenti	scarsi	assenti	significativi	soddisfacenti	scarsi	assenti	
Principali altre criticità su cui intervenire normativamente	(descrivere)								

loro più ampio senso (ambiente naturale, sociale, edilizio/urbanistico, produttivo/lavorativo, assistenziale stesso...), riposano su – o addirittura si identificano con – disposti legislativi o politiche istituzionali generali.

È dunque proprio su questo tipo di leggi regionali, ossia le leggi organizzativo/sanitarie che abbiano un peso sugli interventi preventivi, o le leggi generali che abbiano un peso sugli assetti latamente ambientali, e mostrino in essi le maggiori ricadute preventive (e meno o affatto sulle leggi di dettaglio tecnico, o sulle normative delle modalità di intervento) che la griglia dedicata alla legislazione chiede una valutazione soggettiva al compilatore.

Nella prima parte della griglia sarà dunque chiesto di *indicare e descrivere con la massima sinteticità i punti qualificanti positivi ai fini della prevenzione, contenuti in n leggi regionali.*

Di ognuna di queste leggi verrà anche chiesto di valutare il *livello di applicazione complessiva (completa / parziale / scarsa / nulla)* e gli *effetti migliorativi (di salute, organizzativi, sociali ecc.)* complessivamente prodotti.

Nella seconda parte della griglia verranno infine chiesti suggerimenti e indicazioni sulle *principali criticità per la prevenzione, sulle quali non sia presente o non sia soddisfacente la regolamentazione legislativa, e su cui sarebbe opportuno intervenire normativamente.*

Le valutazioni soggettive richieste nella griglia non dovranno però, per quanto possibile, riferirsi al mero orientamento personale del compilatore; ma è auspicabile che possano riflettere il «clima» e gli atteggiamenti più diffusi nel Dipartimento: in questo senso andrà esplicitamente chiesto al compilatore uno sforzo di seppur embrionale analisi «culturale» e organizzativa del proprio ambito operativo.

Tutto ciò, oltre che naturalmente produrre rilevazioni che potranno costituire – insieme alle altre rilevazioni previste nei successivi comparti della griglia – un utile elemento di confronto interdipartimentale e interregionale, ci sembra possa utilmente andare nel senso di uno stimolo diffuso al senso critico e alla capacità di visione «introspettiva» nei Dipartimenti; e all'assunzione di una seppur minima e assolutamente indiretta capacità «programmatoria» e orientativa, che può costi-

tuire per gli operatori una piccola occasione per confrontarsi con la sfida a un impegno sempre meno autoreferenziale e sempre più autoconsapevole e professionale.

2.4. *Analisi delle attività di epidemiologia della Asl*

Nel quadro di una rilevazione sulle attività preventive, la necessità di una sorta di elementare rilevazione dello «stato di salute» anche dell'epidemiologia è fondata evidentemente sugli strettissimi rapporti, di necessità assoluta più ancora che di opportunità, che legano queste due attività.

Non si fa prevenzione in un territorio se non si ha una conoscenza epidemiologica dei problemi di salute presenti, e dei determinanti negativi e positivi rispettivamente da contrastare e potenziare con azioni preventive.

Non si possono valutare gli effetti di salute delle iniziative preventive attivate se non si dispone di un sistema di rilevazione epidemiologica.

A tal fine, la seconda griglia di rilevazione dedicata (tab. 2) è mirata a registrare la presenza nella Asl, o a un livello interAsl o regionale da cui sia possibile disaggregare i dati relativi alla Asl in esame, delle fondamentali iniziative di epidemiologia, prevalentemente descrittiva, che forniscano le conoscenze necessarie su cui si deve basare l'identificazione dei bersagli e la valutazione dei risultati di ogni intervento preventivo, quali principalmente:

- un registro delle cause di morte;
- una Relazione sullo stato di salute, costruita come lo sguardo «a 360 gradi» sulla salute prodotta e da produrre (e sui suoi determinanti demografici, culturali e sociologici, oltre che epidemiologici del territorio e dei servizi), necessario per articolare interventi preventivi non sulla scorta di episodiche e parziali rilevazioni epidemiologiche, o di transeunti sollecitazioni eterogenee e diverse, ma piuttosto orientati sui risultati di un sistema di monitoraggio e analisi epidemiologica costante e stabile, completa e complessiva, della situazione globale di salute, rischio e malattia di tutto il territorio;

TAB. 2. *Analisi dell'attività di epidemiologia Asl*

		SÌ	NO	RISULTATI INSERITI FORMALMENTE NELLA PROGRAMMAZIONE / VALUTAZIONE AZIENDALE		RISULTATI INSERITI FORMALMENTE NELLA PROGRAMMAZIONE / VALUTAZIONE REGIONALE	
				SÌ	NO	SÌ	NO
1	Registro di cause di morte attivo e aggiornato nel corso dell'anno di rilevazione						
2	Relazione sullo stato di salute Asl riferita all'anno di rilevazione						
3	Bilancio sociale di Asl riferito all'anno di rilevazione						
4	Registri di patologie attivi e aggiornati nel corso dell'anno di rilevazione 1 (elencare): 2 (elencare): 3 (elencare): n (elencare):						
5	Studi e rilevazioni di rischio attive e aggiornate nel corso dell'anno di rilevazione 1 (elencare): 2 (elencare): 3 (elencare): n (elencare):						
6	Rilevazioni delle percezioni soggettive di salute e di rischio attive e aggiornate nel corso dell'anno di rilevazione 1 (elencare): 2 (elencare): 3 (elencare): n (elencare):						
n	Altre iniziative epidemiologiche rilevanti (specificare):						

- un Bilancio sociale, che aggiunga alle conoscenze derivate dalla relazione sullo stato di salute valutazioni ampie sulle attività svolte dalla Asl in termini di utilizzazione dei servizi e del personale; sulle relazioni con i cittadini e le loro associazioni, con enti e istituzioni, con la pubblica amministrazione; su modello organizzativo, missione e strategia aziendale, rendiconto economico della Asl ecc.; e che insieme alla Relazione sullo stato di salute si ponga come una delle due facce irrinunciabili e strettamente interconnesse di un unico sistema di conoscenza delle necessità preventive del territorio e delle possibilità, capacità e stili di risposta operativa dell'organizzazione sanitaria;

- registri di patologia (tumorale, cardiovascolare, rara ecc.);

- studi analitici o rilevazioni descrittive del rischio, e qualsiasi altra iniziativa epidemiologica presente nel territorio Asl;

- rilevazioni delle percezioni soggettive di salute e di rischio da parte della popolazione Asl, che rivestono un ruolo particolarmente importante. Dalla classica definizione Oms in avanti, infatti, l'accezione di salute che si dichiara appartenere al bagaglio culturale e operativo dell'organizzazione sanitaria contemporanea è sempre più allargata, e sempre più si parla dell'importanza dell'autopercezione nel determinare il livello di salute, o nel costituirsi essa stessa come tale. Ma se non si costruiscono gli strumenti valutativi di tutti quegli ambiti non biologici della salute – di cui l'autopercezione è uno dei più importanti – e che contribuiscono molto concretamente a determinarla (più che solo a rappresentarla teoricamente), tali definizioni rimangono pure dichiarazioni formali, e non si trasformano in patrimonio operativo del sistema sanitario, né in sua possibilità di intervento a migliorarli.

Di tutte queste iniziative e interventi epidemiologici, non ci si può però accontentare di chiedere solo di registrare la presenza e la funzionalità; nella griglia, infatti, si chiede anche di segnalare quanto le loro risultanze siano effettivamente inserite nella programmazione/valutazione aziendale o regionale.

Chiedere al compilatore di rilevare, dunque, quanto i dati

epidemiologici entrino nella filiera programmatica/valutativa (cioè quanto determinino l'individuazione degli obiettivi degli interventi e l'allocazione delle risorse) significa lanciare col nostro lavoro di rilevazione un richiamo alla necessità che ogni analisi o ascolto del territorio, pur completa e approfondita, non rimanga una relazione o un documento «ornamento di scrivanie», o solo una «medaglia d'onore» sul petto di esecutori e committenti.

Perché l'epidemiologia non perda del tutto lo stesso senso del proprio esistere essa deve entrare nella filiera programmatica, valutativa e riprogrammatica degli interventi preventivi; anzi, costituirne base e scaturigine.

Ecco dunque una ulteriore sfida culturale e scientifica che può essere lanciata come importante ricaduta di questo lavoro: pensare rinnovate e rigorose linee organizzative perché le scelte degli interventi di prevenzione e di sanità pubblica derivino principalmente dai risultati dell'epidemiologia; e perché la loro valutazione sia condotta con strumenti e metodi di *valutazione della salute*.

Una sfida innanzitutto rivolta a chi, come gli igienisti, studia l'organizzazione sanitaria: riconfigurarne con precisione ogni passaggio organizzativo, immaginandone tutto l'iter (analisi epidemiologica, traduzione in domande, autoanalisi organizzativa, identificazione di obiettivi operativi e procedure, interventi, autovalutazione organizzativa, valutazione comunicativa) *inserito in dinamiche fisse*; non nel senso di servomeccanismi automatici (rigidi o immutabili), ma piuttosto di *procedimenti* in cui la decisionalità dei programmatori/valutatori segua canali stabili, codificati, riconosciuti.

2.5. *Analisi dei collegamenti informativi istituzionali della Asl*

Una delle più rilevanti fonti di dati per l'epidemiologia, oltre le iniziative di rilevazione *ad hoc* quali quelle cui si accennava al punto precedente, è quella costituita dai flussi informativi correnti verso un ampio ventaglio di referenti istituzionali, richiesti e inviati per i più diversi motivi operativi e istituzionali, e che in grandissima quantità e notevo-

le varietà attraversano pressoché tutti i comparti di una Asl come obblighi da assolvere per i diversi settori e servizi.

Tali dati *costituiscono una importantissima risorsa, generalmente ignorata, e poco e mal utilizzata*: chiederne contezza significa perciò anzitutto costruire conoscenza e consapevolezza di questo enorme «giacimento di conoscenze», e porre quindi le basi per una sua piena utilizzazione a fini epidemiologico/preventivi.

Nella griglia di rilevazione dedicata (tab. 3) viene dunque innanzitutto chiesto di segnalare se sono attivi flussi informativi in uscita verso tutta una serie di referenti istituzionali; e se tali flussi siano solo quelli *obbligatoriamente previsti dalle normative regionali/nazionali*, o ve ne siano anche di *facoltativi*, ossia di eventualmente attivati in seguito a necessità o accordi locali *ad hoc*.

Generalmente, tali flussi in uscita non generano poi alcun flusso in entrata verso la Asl, in cui il referente istituzionale fornisca un ritorno comunicativo su come i dati Asl inviati siano stati impiegati e per quale scopo, e sui risultati e le aggregazioni derivate da tale impiego che possano rivestire qualche interesse oltre che nella determinazione di tendenze generali, anche per gli scopi conoscitivi e programmatici/valutativi della Asl di partenza (il che otterrebbe peraltro un effetto di aumento alla motivazione Asl alla trasmissione dei dati!).

Per verificare l'eventuale esistenza di tali flussi di ritorno – e dunque implicitamente segnalarne la crucialità, e stimolarne l'effettuazione – nella griglia si chiede dunque di verificare anche la presenza generale di flussi informativi in entrata verso la Asl, da parte degli stessi referenti istituzionali verso i quali sono stati inviati; sia come atto *normativamente obbligatorio* (peraltro non particolarmente esteso), sia come eventuali flussi «facoltativi», nel senso che si è appena ricordato.

Oltre ai flussi di ritorno sull'utilizzazione dei dati, flussi facoltativi in entrata verso la Asl possono peraltro essere costituiti anche dalle risposte da parte di tutta una serie di referenti a eventuali *richieste specifiche di conoscenza* di una Asl, per l'evidente interesse sanitario, e in particolare pre-

ventivo, dei dati che possono fornire; come può accadere per esempio per le esigenze conoscitive legate alla redazione di una Relazione sullo stato di salute, per la quale sono molto utili dati provenienti da Istat e Comuni (dati demografici e sociali), dagli Uffici territoriali scolastici (evasione scolastica, edilizia scolastica ecc.), dell'agricoltura (uso di pesticidi ecc.) e del lavoro (occupazione, infortunistica ecc.), dalla Motorizzazione civile (incidenti stradali ecc.), dalla Camera di commercio (vendita tabacchi-alcolici ecc.), dall'autorità giudiziaria (sequestri di stupefacenti, suicidi ecc.) e da altri referenti ancora.

Una consapevolezza organizzativa piena di tutti tali flussi, in uscita e in entrata, quale quella stimolata dalla rilevazione prevista in questo lavoro, potrebbe precludere a una razionalizzazione del lavoro dei servizi nell'assolvere i loro obblighi informativi, evitando duplicazioni e sovrapposizioni, e a una sua utilizzazione tempestiva anche a livello locale.

Per esempio, potrebbero essere costituite a livello Asl *delle stazioni locali uniche di raccolta e utilizzazione dei dati prima del loro invio e al momento del loro ricevimento*, gestite per esempio dalle Unità di statistica ed epidemiologia e di controllo di gestione presenti nell'azienda, per la razionalizzazione dell'uso di tutte le risorse di informazione acquisite e acquisibili (ivi compresi i dati amministrativi, che occorre sempre più imparare a produrre e utilizzare in vista del loro uso a fini epidemiologici di salute).

O ancora, per le richieste informative della Asl verso le fonti di dati particolarmente utili per la sanità e ancora non pienamente e regolarmente collegate al Ssn (dal lavoro ai consumi, dalla giustizia all'istruzione ai trasporti ecc.), potrebbero essere sperimentate *schede uniche di richiesta di un set di dati* predisposto in relazione alle specifiche esigenze delle aziende (in particolare – ma non solo – la citata Relazione annuale sullo stato di salute dei cittadini e del territorio).

2.6. *Assetto organizzativo e analisi delle risorse dei Dipartimenti di prevenzione*

Una analisi organizzativa dei Dipartimenti di prevenzione parte evidentemente dalla loro struttura formale.

Come prima rilevazione in questo ambito si richiede al compilatore di indicare:

- ambito territoriale (km²)
- popolazione servita (ab.)

del Dipartimento; e quindi di disegnarne l'organigramma (fig. 1).

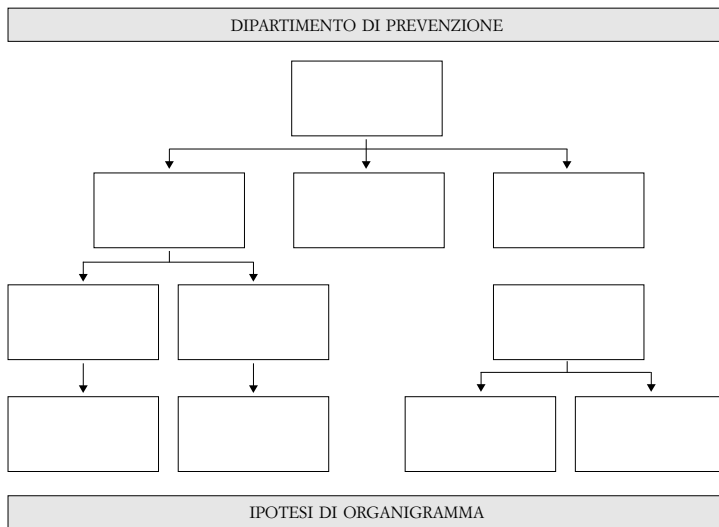
La griglia di rilevazione per questo ambito (tab. 4), che chiede dati disaggregati in relazione a ognuna di queste articolazioni organizzative del Dipartimento, è poi strutturata in quattro settori, in relazione alle principali tipologie di risorse: personale, strutture, strumenti, finanziamenti.

Come generico indicatore della dotazione di risorse di personale viene chiesto di riportare nella griglia, sia come dato complessivo per il Dipartimento sia in riferimento a ognuna delle sue articolazioni organizzative, *il numero di personale in organico, complessivo e suddiviso per profilo professionale (sanitario, tecnico, professionale, amministrativo)*; con una particolare indicazione per il numero di *Tecnici della prevenzione*.

Nell'ampia eterogeneità organizzativa dei Dipartimenti a livello nazionale, e nelle loro complesse relazioni istituzionali e organizzative all'interno delle Asl, è evidentemente molto difficile stabilire per ognuno di essi in maniera confrontabile anche solo il numero del personale dedicato, o la sua assegnazione/dipendenza gerarchica formale.

Ma tale conoscenza è evidentemente irrinunciabile in ogni tentativo di analisi e confronto/razionalizzazione organizzativi; e dunque, in questo caso ma anche in tutta la costruzione della griglia, la scelta di inserire anche indicatori non immediatamente rilevabili risponde a una esigenza di validità e completezza dello strumento di rilevazione; che costituisce comunque un importante risultato in sé, in quanto indispensabile prerequisito della validità e completezza dei risultati di una sua successiva utilizzazione.

FIG. 1. Ipotesi di organigramma del Dipartimento di prevenzione



Inserire nella griglia indicatori relativi a dati che si sa bene che saranno difficilmente reperibili, o che non sono stati mai rilevati, serve intanto a segnalare l'esigenza che lo siano; e proporre di rilevarli con indicatori naturalmente molto migliorabili grazie al contributo di studiosi e operatori nel dibattito che dovrà seguire a questa prima pubblicazione della griglia, serve appunto ad aprire un dibattito su di essi; e a segnalare che se evidentemente lo strumento va migliorato, il fenomeno che indaga va comunque registrato.

Come generico indicatore della dotazione di risorse strutturali, la griglia chiede di riportare il numero delle *strutture edilizie* in cui sono collocate le differenti funzioni operative del dipartimento (sedi, ambulatori ecc.).

Come generico indicatore della dotazione di risorse strumentali, identificando la mobilità e la presenza sul territorio e la possibilità e la capacità di gestione di dati come due dei requisiti fondamentali di cui un Dipartimento di prevenzione dovrebbe essere fornito, la griglia chiede di riportare il

TAB. 4. *Analisi dell'assetto organizzativo e delle risorse del Dipartimento di prevenzione*

	PERSONALE IN ORGANICO (N. ASSOLUTO)						STRUTT. (1)	STRUMENTI			FINANZIAMENTI		
	S (2)	DI CUI TDP (3)	T (4)	P (5)	A (6)	TOT. (7)		VEICOLI (8)	OP/PC (9)	INFORMATIZZAZIONE S/N (10)	STANZIAMENTI (IN MIGLIAIA DI €) (11)		
											negozianti/ assegnati	di cui erogati	di cui impiegati
Totale Dipartimento													
Direzione Dipartimento													
SISP													
SIAN													
SPESAL													
SIAV-A (Sanità animale)													
SIAV-B (Alimenti di origine animale)													
SIAV-C (Benessere animale)													
Altro													
Profilo professionale del direttore	(indicare)												

LEGENDA: (1) Numero di strutture edilizie in cui sono collocate le differenti funzioni operative; (2) Personale in organico appartenente al ruolo sanitario; (3) Di cui tecnici della prevenzione in organico; (4) Personale in organico appartenente al ruolo tecnico; (5) Personale in organico appartenente al ruolo professionale; (6) Personale in organico appartenente al ruolo amministrativo; (7) Numero di veicoli in dotazione; (8) Rapporto unità di personale OP / numero di computer in dotazione PC; (9) Esistenza di un sistema di informatizzazione delle procedure (oltre la mera disponibilità di supporti informatici); SI/NO; (10) Modalità di assegnazione del budget con contrattazione solo formale oppure con reale contrattazione: A/C (assegnato/contrattato); (11) In riferimento al bilancio dell'anno precedente a quello di rilevazione.

numero di veicoli in dotazione, il rapporto tra unità di personale e numero di computer a disposizione, e anche l'esistenza di un vero e proprio sistema di informatizzazione/gestione in rete delle procedure, al di là della mera disponibilità di supporti informatici.

Come generico indicatore della dotazione di risorse finanziarie, infine (ribadendo e sottolineando le già espresse difficoltà – in questo ambito forse massime – di costruire indicatori universalmente validi e confrontabili), si chiede di indicare nella griglia anzitutto le *modalità di assegnazione del budget*, se dopo una contrattazione reale o solo formale.

Si chiede anche di riportare, pur con una approssimazione anche ampia, sia *l'ammontare degli stanziamenti assegnati o negoziati*, sia quanta parte di tali stanziamenti siano stati effettivamente erogati, sia infine quanta parte di tale erogazione sia stata effettivamente impiegata.

È evidente che ai fini di una analisi organizzativa dei Dipartimenti di prevenzione tutte tali rilevazioni di risorse, già in sé generiche e limitate, soffrono peraltro del limite delle loro natura esclusivamente quantitativa.

Nell'affinamento della griglia sarà necessario quindi arrivare a costruire *indicatori di qualità e congruità di tutte le risorse* quantitativamente definite (è solo molto indirettamente indicativo, infatti, il semplice riferimento all'ampiezza e alla popolosità del territorio servito dal dipartimento) alla specifica realtà dei dipartimenti, *sollecitando in tal senso la soggettività valutativa degli operatori.*

Soggettività che peraltro costituisce il principale aspetto qualitativo – e dunque qualificante – delle cosiddette «risorse umane», e che quindi anch'essa *bisognerà in qualche modo attrezzarsi a rilevare.*

Un primo generico tentativo in questo senso è peraltro compiuto nell'ultima riga della griglia, dove si chiede di indicare il *profilo professionale del direttore del dipartimento*, come indicazione – naturalmente molto generale e indiretta – del «clima» culturale e operativo in cui il dipartimento può trovarsi ad agire.

2.7. *Analisi delle attività preventive della Asl nei differenti ambiti di intervento*

Con la quinta e ultima griglia di rilevazione dedicata (tab. 5) si effettua una rilevazione delle attività di prevenzione complessivamente messe in opera nel territorio del dipartimento.

Non solo quindi delle dirette attività del Dipartimento di prevenzione, pur di gran lunga prevalenti, ma anche delle attività preventive di qualsiasi altra articolazione Asl: in particolare, nelle celle in grigio della griglia sono indicati i settori nei quali possono essere presenti interventi preventivi provenienti non solo dal Dipartimento di prevenzione.

Nella griglia è anzitutto compiuta un'identificazione degli ambiti in cui sono possibili interventi preventivi. Per ognuno di tali ambiti (o per altri ambiti eventualmente individuabili dal compilatore nel contesto specifico della sua Asl) la griglia richiede anzitutto di segnalare le attività prevalenti, senza distinguerle per natura (progetto, attività di routine ecc.) ma badando appunto ai loro ambiti e obiettivi.

Di ogni attività il compilatore dovrà riportare informazioni su alcuni nodi critici, che ripercorrono idealmente l'iter di base della corretta progettazione di ogni intervento preventivo, e la cui richiesta di identificazione con la griglia dedicata serve innanzitutto, secondo la filosofia generale di questo lavoro, a uno stimolo e una verifica per la correttezza di tale iter; nel segno prevalente di una irrinunciabile e improcrastinabile lotta all'autoreferenzialità in sanità, per cui si fa acriticamente «quel che si fa», o si continua a fare «quel che si è sempre fatto», senza soverchia attenzione alla specificità e alla mutevolezza del contesto dei bisogni e delle attese di salute nel quale si opera; e per cui ci si valuta in termini esclusivi di gesti compiuti/servizi prestati.

Tali nodi critici per una corretta progettazione delle attività preventive sono rappresentati nella griglia dalla richiesta di identificare:

- *attività preventive e soggetto organizzativo responsabile delle attività* (chi fa che cosa);
- *numero approssimativo di cittadini coinvolti* (per richiamare alla necessità di fare i conti con la rilevanza e l'impat-

to sociale ed epidemiologico complessivo degli interventi);

- *presenza di rilevazioni/indagini epidemiologico/sociali condotte ad hoc pre-intervento* (per verificare in quanti casi lo svolgimento di un'attività è preceduto da un'analisi di contesto, e da una identificazione specifica di attese e bisogni di salute, risorse e vincoli per gli interventi ecc.);

- *presenza di obiettivi di salute* chiaramente espressi e precisamente indicati come obiettivi principali cui finalizzare le attività, e sul conseguimento dei quali commisurarne la riuscita;

- *rilevazione dei risultati operativi* delle attività svolte (gesto valutativo pur elementare, che talora può essere forse trascurato);

- *rilevazione degli effetti di salute* delle attività svolte;

- *rilevazione degli effetti di gradimento* da parte di utenti e cittadini delle attività svolte.

In particolare, se è verosimile pensare che possano essere diffusamente raccolti nei diversi Dipartimenti i risultati operativi – di output o di servizio – delle proprie attività, sembra più trascurata la rilevazione dei risultati di salute (peraltro oggettivamente difficili da rilevare, in particolare per gli interventi preventivi, che possono mostrare i propri effetti anche a distanza di molto tempo dall'effettuazione, e sulla cui rilevazione possono gravare molteplici confondenti) e la rilevazione dei risultati di gradimento (più facili e immediati da rilevare, ma la necessità di una rilevazione è in genere trascurata o ignorata nella cultura professionale sanitaria corrente).

Il contesto del presente lavoro sembra dunque essere particolarmente propizio per lanciare per esempio, come importante ricaduta del dibattito suscitato sul lavoro nel suo complesso (vedi avanti, paragrafo 3), un progetto di sperimentazione nel quale, in una Asl campione, in riferimento agli ambiti dei Lea,¹ si costruiscano e si rilevino i *Les (Livelli essenziali di salute, oggettivi)* e i *Leg (Livelli essenziali di gradimento, soggettivi)* per le attività di prevenzione.²

¹ Dpcm 29 febbraio 2001, «Definizione dei livelli essenziali di assistenza».

² Cfr. Calamo Specchia F., *Nuovi strumenti per la sanità pubblica italiana*, in «Care», 3, 2009, pp. 31-33.

TAB. 5. *Analisi delle attività preventive delle Asl nei differenti ambiti di intervento*

	SOGGETTO ORGANIZZATIVO RESPONSABILE	N. DI CITTADINI COINVOLTI	RILEVAZIONI / INDAGINI PRE-INTERVENTO	OBIETTIVI DI SALUTE	RILEVAZIONE RISULTATI OPERATIVI	RILEVAZIONE EFFETTI DI SALUTE	RILEVAZIONE EFFETTI DI GRADIMENTO
1 Ambiente	Attività 1 Attività 2 ...						
2 Educazione alla salute	Attività 1 Attività 2 ...						
3 Promozione della salute nelle scuole	Attività 1 Attività 2 ...						
4 Formazione	Attività 1 Attività 2 ...						
5 Materno infantile	Attività 1 Attività 2 ...						
6 Consultori	Attività 1 Attività 2 ...						

TAB. 5. (segue)

	SOGGETTO ORGANIZZATIVO RESPONSABILE	N. DI CITTADINI COINVOLTI	RILEVAZIONI / INDAGINI PRE-INTERVENTO	OBIETTIVI DI SALUTE	RILEVAZIONE RISULTATI OPERATIVI	RILEVAZIONE EFFETTI DI SALUTE	RILEVAZIONE EFFETTI DI GRADIMENTO
14 Nutrizione	Attività 1 Attività 2 ...						
15 Infortunistica lavoro	Attività 1 Attività 2 ...						
16 Malattie professionali	Attività 1 Attività 2 ...						
17 Mobbing	Attività 1 Attività 2 ...						
18 Salute mentale	Attività 1 Attività 2 ...						
19 Handicap	Attività 1 Attività 2 ...						
20 Dipendenze patologiche	Attività 1 Attività 2 ...						

21	Fragilità (anziani, m. cron. deg., povertà ecc.)	Attività 1 Attività 2 ...																	
22	Medicina dello sport	Attività 1 Attività 2 ...																	
23	Medicina penitenziaria	Attività 1 Attività 2 ...																	
24	Viaggi / aeroporti / porti	Attività 1 Attività 2 ...																	
25	Farmaco vigilanza	Attività 1 Attività 2 ...																	
26	Rischi clinici / ospedalieri	Attività 1 Attività 2 ...																	
27	Altro (n.....)	Attività 1 Attività 2 ...																	

N.B.: Nelle celle in grigio i settori di non esclusiva competenza del Dipartimento di prevenzione.

Tale costruzione potrebbe essere condotta da una parte accoppiando a molti o a tutti i Lea preventivi una valutazione dei livelli di salute e di gradimento prodotti (ciò che può servire anche a ragionare della validità del Lea in sé); dall'altra strutturando indicatori originali di salute e gradimento che vadano in parallelo con i Lea, integrandoli ma senza sovrapporvisi.

Conseguentemente a tale lavoro, la Asl potrebbe sperimentalmente fissare un impegno circostanziato annuale con i cittadini, sia in termini di standard da raggiungere per ogni Les/Leg, sia come percentuale di Les/Leg da migliorare rispetto all'anno prima sul totale dei Les/Leg; ciò che farebbe sì che la salute e il gradimento prodotto dalle attività preventive – più che il loro mero svolgersi – divenissero concretamente obiettivi della programmazione sanitaria, e unità di misura della valutazione degli interventi.

Ai Les/Leg la Asl potrebbe altresì vincolare una ipotesi di sistema premiante annuale aziendale interno, anch'esso da costruire sperimentalmente, per consolidarne in maniera forte la filosofia e la prassi tra gli operatori.

3. *Gli sviluppi*

Nell'illustrare questa proposta di lavoro per disegnare uno «stato di salute» delle attività preventive nel nostro paese sono state fin qui usate molte forme verbali al condizionale e al futuro.

Ciò che viene presentato in queste pagine è infatti appunto una proposta, uno stimolo e un punto di partenza nell'attivazione di un processo, più che un suo risultato; è una bozza di lavoro intorno a cui chiamare alla riflessione e alla valutazione gli igienisti e gli operatori della prevenzione di tutta Italia.

In realtà tale processo è – seppur in minima parte – già partito; il disegno complessivo dell'intervento e la griglia di rilevazione sono già stati preliminarmente discussi con alcuni colleghi igienisti pugliesi, e poi con i colleghi referenti di alcuni Collegi regionali degli operatori di sanità pubblica

della SItI, dei quali tutti sono stati tenuti in grande considerazione rilievi e suggerimenti.

Ma, con la pubblicazione di questo primo Rapporto Fsk sulla prevenzione in Italia, questa iniziale ipotesi di griglia in esso presentata dovrà diventare oggetto di riflessione e valutazione tra tutti i lettori, e tra tutti gli igienisti e tutti gli attori – operatori, studiosi, politici, amministratori – del mondo della prevenzione e della sanità pubblica italiana.

Tale dibattito potrà essere suscitato e sollecitato utilizzando ulteriori iniziative editoriali e scientifiche della Fsk, e gli incontri e i convegni regionali e nazionali delle società scientifiche interessate, e in primo e particolare luogo, naturalmente, della SItI.

Se tale processo si svolgerà con la passione e la partecipazione che la crucialità del tema richiedono, nella prossima edizione del Rapporto della Fsk verranno presentati sia il *questionario/intervista* sia la *griglia di rilevazione* (unitamente a un dettagliato *manuale di compilazione*) nella loro forma se non definitiva (uno strumento di analisi e rilevazione è sempre in costruzione!) almeno soddisfacenti ai fini di una loro prima *applicazione sperimentale* in alcuni Dipartimenti pilota, auspicabilmente collocati in differenti zone geografiche del nostro paese; i cui *risultati* verranno altresì contestualmente presentati.

Ciò servirà a validare ulteriormente lo strumento di rilevazione, e a poter produrre nella successiva terza edizione del Rapporto i *risultati completi della rilevazione condotta in tutti i Dipartimenti di prevenzione di tutta Italia*.

Un lavoro così complesso, importante e originale, che presenta una così ampia potenzialità di ricadute organizzative, operative, istituzionali, non può essere concluso rapidamente, pena un suo svilimento.

Gli autori del presente contributo si sono trovati già anni fa a lanciare un processo di analisi organizzativa in qualche modo simile a questo, attivando la prima Relazione sullo stato di salute di una Asl in Puglia; che coglieva – con oltre 200 indicatori demografici, sociali, epidemiologici e organizzativi costruiti in un confronto preliminare con gli operatori durato oltre un anno – la realtà complessiva dello stato di salute, rischio e malattia del territorio.

Anche in quella occasione fu scelta la strada dell'attivazione degli operatori nella costruzione di un sistema stabile, piuttosto che quella della produzione da parte di una expertise «consulenziale» esterna di dati immediati, meno significativi e più caduchi.

Sia consentito dunque riportare un breve brano della introduzione scritta nel 1996 alla prima edizione della «Relazione sullo stato di salute della popolazione e del territorio della Provincia di Brindisi», che esprime lo spirito di quell'impegno; spirito che oggi si può riproporre per l'impegno presente:

Nell'approntamento della griglia si è scelto di non utilizzare una serie di indicatori preconstituita a livello scientifico o legislativo, perché proprio il lavoro di selezione – e in qualche caso di ideazione – degli indicatori della griglia ha costituito lo strumento principale della formazione degli operatori.

Si è scelto cioè di rinunciare alla scorciatoia dell'utilizzazione di un sistema preconstituito, ben consapevoli che ciò avrebbe comportato un allungamento dei tempi di lavoro; ma con l'obiettivo di un impegno lungimirante più che di risultati rapidi ma effimeri.

Ciò perché, in particolare in una realtà in cui si parta in questo settore dal grado zero, l'impegno di una Ausl in epidemiologia va valutato non tanto nella quantità di informazioni scollegate immediate prodotte, quanto appunto nella capacità di costruire un sistema stabile per la produzione di conoscenze epidemiologiche complessive e attendibili.

Peraltro anche la griglia, come tutta la Relazione sullo stato di salute, va considerata come un indispensabile punto di partenza, più che come il punto di arrivo delle attività di epidemiologia della Ausl; la sua più ampia diffusione nell'Azienda – attraverso i rilievi, le critiche e i suggerimenti che auspicabilmente ne deriveranno – favorirà una sempre maggiore collaborazione tra l'Unità di epidemiologia e gli operatori Ausl, che permetterà l'affinamento degli indicatori orientati sull'attività dei diversi servizi; mentre la continuazione del lavoro degli operatori dell'Unità di epidemiologia tenderà al miglioramento e all'ampliamento progressivo

dei criteri di selezione degli indicatori istituzionali e scientifici, fino a conseguire l'obiettivo della più ampia esaustività possibile.

Al di là della capacità di chi scrive di delinearne i contorni generali e i primi elementi, solo il sostegno convinto della Fsk, della SItI e dei singoli colleghi potrà costituire la leva fondamentale per la riuscita di questa iniziativa, e dunque per la costruzione e il consolidamento di un Osservatorio italiano sulla prevenzione.