

DOMENICO LAGRAVINESE E FRANCESCO CALAMO SPECCHIA ^(*)

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

1. *Introduzione*

Nel novembre del 2010, nel primo capitolo della precedente edizione di questo *Rapporto* [Lagravinese e Calamo Specchia 2010], veniva lanciata l'iniziativa congiunta della Fondazione Smith Kline e della Società italiana di igiene per la costruzione dell'Oip, Osservatorio italiano sulla prevenzione, che si propone di costituire un centro di monitoraggio stabile sulle attività di prevenzione in Italia.

A partire da quel momento, oltre che l'assoluta necessità e l'ardua sfida cui ci si riferiva nel 2010 presentandone i connotati di partenza, l'iniziativa dell'Oip si è venuta rivelando anche un coinvolgente itinerario; le cui tappe è dunque opportuno ripercorrere qui rapidamente in apertura.

Tale itinerario parte nel marzo-aprile 2011, con l'organizzazione di tre incontri, a Bologna, Roma e Bari (rivolti rispettivamente agli operatori della prevenzione delle macroaree geografiche Nord, Centro e Sud Italia), nei quali sono stati presentati e discussi senso e finalità dell'iniziativa, unitamente alle griglie di rilevazione e al questionario messi a punto per attivarla.

Negli incontri macroregionali è emersa anzitutto la *forte attesa* di un intervento di questo tipo presente da tempo tra tutti gli operatori italiani della prevenzione, legata alla necessità da essi manifestata di un rilancio complessivo del tema e della prassi della prevenzione a livello nazionale, e del ruolo

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

dei Dipartimenti in essa; necessità ben fondata nella realtà delle attuali linee politiche e gestionali del Ssn, che non paiono avere al loro centro il tema della prevenzione. Si può citare a tal proposito, tra gli altri esempi possibili, il recente accorpamento della direzione generale ministeriale in precedenza specificamente dedicata alla prevenzione; e ricordare come la prevenzione non sia menzionata nei 15 “Mattoni” del progetto ministeriale omonimo, né si ritrovino voci schiettamente preventive tra le linee guida, se si eccettuano “Screening, diagnosi precoce e trattamento multidisciplinare del cancro del colon retto” e “Cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari”, che però non sono mirate su interventi di prevenzione primaria.

Si può anche aggiungere

che assistiamo all’assurda situazione che, in Italia, si risparmia solamente sulla prevenzione collettiva: si spende infatti, mediamente, il 3,5 per cento del cosiddetto Fondo sanitario nazionale (Fsn), contro il minimo concordato dallo stato e dalle regioni del 5%, in base alla stima di un gruppo di lavoro del ministero della Salute. Ne deriva che in numerose regioni non si adempie neppure al diritto irrinunciabile dei cittadini di avere le prestazioni di cui al 1° Livello essenziale di assistenza (Lea) [Carreri 2007].

O si può infine rilevare come nella bozza del Piano sanitario nazionale 2011-2013 l’ospedale venga menzionato 123 volte, il distretto e le sue attività 20 volte, e il Dipartimento nessuna; e come perfino nel Piano nazionale della prevenzione 2010-12 i Dipartimenti vengano citati una sola volta!

L’iniziativa dell’Oip è stata dunque subito identificata dagli operatori, al di là dei puri dati conoscitivi che essa potrà produrre, come *un’opportunità per ricostruire massa critica e consenso professionale e sociale intorno al rilancio della prevenzione e del ruolo del Dipartimento in essa.*

Nel merito, negli incontri macroregionali sono stati poi analizzati e discussi approfonditamente gli strumenti operativi principali dell’Oip presentati nel citato primo *Rapporto prevenzione 2010*; ossia il questionario e le griglie di rilevazione.

Le cinque griglie di rilevazione originarie, dedicate a:

1. analisi della *legislazione regionale* per la prevenzione;
2. analisi delle attività di *epidemiologia* della Asl;
3. analisi dei *collegamenti informativi* istituzionali della Asl;
4. descrizione dell'*assetto organizzativo* e analisi delle *risorse* dei Dipartimenti;
5. analisi delle *attività preventive* della Asl nei differenti settori di intervento, sono state dunque integrate e precisate, grazie ai suggerimenti e ai rilievi dei colleghi universitari e del territorio.

Un ampio risalto è stato peraltro voluto da tutti i colleghi per questioni quali i rapporti “politici” e organizzativi del Dipartimento con la dirigenza Asl e regionale; gli atteggiamenti e le prassi comunicative (istituzionali e non) all’interno del Dipartimento e verso i più svariati referenti esterni, aziendali ed extra-aziendali; la certificazione/accreditamento dei Dipartimenti e la gestione della qualità delle attività preventive; la stabilizzazione o la precarietà dei dipendenti ecc. Tutte queste questioni sono confluite dunque a rendere più corposa la versione originale del questionario.

In tale veste aggiornata, questionario e griglie usciti dagli incontri macroregionali sono stati presentati nel corso del giugno 2011 ai 23 Dipartimenti pilota (ossia il 13,5% dei 173 Dipartimenti italiani) che hanno partecipato alla prima rilevazione sperimentale; ossia i Dipartimenti di *Alto Friuli, Ascoli, Bari, Barletta-Andria-Trani, Bassa friulana, Bologna, Brindisi, Camerino, Città di Castello, Fano, Genova, Isernia, Latina, Lucca, Macerata, Matera, Medio Friuli, Pesaro, Potenza, Taranto, Teramo, Torino, Viterbo* (fig. 1). Altri 5 Dipartimenti, ai quali è stato presentato il lavoro, pur avendo aderito alla sperimentazione, non sono poi riusciti (prevalentemente per motivi organizzativi interni) a fornire i loro dati.

Considerando però che in aprile ci si era posti l’obiettivo di testare gli strumenti di rilevazione usciti dagli incontri di Bologna-Roma-Bari in sole tre Asl (una per macroarea), aver moltiplicato circa per nove in poco più di un mese il gruppo dei Dipartimenti partecipanti, e circa per otto quello dei Dipartimenti rispondenti, può essere già in sé considerato un buon successo, e soprattutto una testimonianza del grande interesse e del favore con cui è stata accolta l’iniziativa.

FIG. 1. Oip: distribuzione territoriale dei Dipartimenti pilota



Nota: 23 Dipartimenti su 171 (13,5%); 12 Regioni su 20.

Fonte: Oip [2011].

Dalla presentazione di griglie e questionario nei Dipartimenti pilota è stata peraltro tratta contestualmente anche una nutrita serie di ulteriori rilievi che porteranno a modificarli ancora, eliminarne gli errori, potenziarne le carenze e semplificarne le ridondanze; in accordo anche con la classica consapevolezza che la costruzione di un buon strumento di rilevazione non è mai veramente “finita”.

Le griglie e il questionario che verranno utilizzati per le rilevazioni del prossimo anno deriveranno dunque dall'integrazione sia di tali rilievi “di Asl” sulle metodologie seguite nelle prassi di rilevazione o su ulteriori modifiche proposte dello strumento di indagine ecc.; sia di alcune evidenze emerse nelle rilevazioni di quest'anno; sia dei rilievi che

potranno provenire da ulteriori, *futuri incontri per macroarea e regionali*, che andranno senz'altro organizzati. Nell'intento di proseguire nell'impostazione originale di costruzione del consenso, dando spazio alla soggettività degli operatori nella quale si è voluto far muovere l'iniziativa dell'Oip.

Di tutto il dibattito sviluppatosi nell'itinerario di costruzione dell'Oip, e fin qui brevemente delineato, si riferirà dunque nel presente lavoro; oltre che dei primi risultati delle rilevazioni, che verranno di seguito anch'essi qui presentati.

2. *La situazione delle rilevazioni sulla prevenzione*

Come affermato presentandone i lineamenti fondamentali [Lagravinese e Calamo Specchia 2010], la principale radice della necessità dell'Oip si fonda nella

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

In tale quadro, l'Oip si pone dunque nel suo complesso come il tentativo di costruire la sede e il contenitore per un *confronto tra i "mondi" regionali della prevenzione italiana, basato sulla rilevazione di dati di attività, ma non a essi limitato*.

Esistono già, come è ben noto, una serie di importanti iniziative istituzionali e scientifiche di rilevazione e *monitoraggio epidemiologico* dei servizi sanitari, che sono in genere prevalentemente condotte con un taglio per così dire *quantitativo* (ossia basato fundamentalmente sulle rilevazioni provenienti da diversi sistemi informativi basati su dati *oggettivi* di servizio).

Al loro interno può essere ritrovato qualche accenno ai temi della prevenzione (generalmente *più mirato sulla diffusione dei vari comportamenti o fattori di rischio che non sulle*

attività e gli interventi di prevenzione); accenni presenti comunque in numero e ampiezza generalmente molto inferiore rispetto alle rilevazioni dedicate al versante diagnostico/curativo/riabilitativo/assistenziale delle attività sanitarie.

Possono essere succintamente citati, per esempio, tra gli altri:

- il Siveas, Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria attivato dal ministero della Salute, che su 34 indicatori ne dedica due ai dati di *copertura vaccinale* (rispettivamente *Mpr* e *antinfluenzale*), e uno rispettivamente ai dati degli *screening mammografici* e del *colon retto*;

- Osservasalute, il rapporto annuale dell'Istituto di igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma sullo stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, che raccoglie dati sulla *copertura vaccinale e gli screening oncologici* – oltre che sulla diffusione di fumo, alcol, stili alimentari, attività fisica, incidenti, inquinamenti ambientali, patologie multifattoriali e infettive, disabilità, dipendenze, fragilità;

- il *Rapporto Era* (Epidemiologia e ricerca applicata), redatto annualmente dalla Cattedra di igiene dell'Università di Roma "Tor Vergata", in collaborazione con Istat e Iss, che è centrato sui dati di *mortalità evitabile* e di *ospedalizzazione evitabile*, che possono fornire indicazioni sugli ambiti più opportuni per iniziative di prevenzione.

Peggior si presenta la situazione nell'ambito di importanti iniziative di *monitoraggio delle ricadute economico-finanziarie* dei servizi sanitari; nelle quali il tema della prevenzione viene non tanto trascurato, quanto quasi integralmente ignorato.

Tra di esse citiamo solo:

- gli annuali *Rapporto sanità* del Ceis, il Centro di studi economici e internazionali della Facoltà di Economia dell'Università di Roma "Tor Vergata", l'ultimo dei quali per esempio, riferito al 2009 e intitolato *Sanità e sviluppo economico*, punta l'attenzione tra l'altro sui servizi ospedalieri, ambulatoriali, domiciliari – oltre che sull'assistenza territoriale e farmaceutica – ma non fa menzione della prevenzione;

- gli studi prodotti dal Cergas (Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale) dell'Università

Bocconi di Milano, tra cui il *Rapporto annuale Oasi* (Osservatorio sulla funzionalità delle aziende sanitarie italiane), che si dilungano tra l'altro sui costi delle prestazioni di laboratorio e di radiologia, delle strutture residenziali per anziani, dei servizi di assistenza territoriale, delle reti cliniche in oncologia, dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali ospedalieri, e perfino delle cure dentarie, ma trascurano la prevenzione.

Esistono infine anche rilevazioni che scandagliano *la soggettività dei cittadini e degli utenti* del Ssn, e nelle quali, analogamente a quanto accade nelle rilevazioni oggettive quantitative, possono essere ritrovati alcuni accenni ai temi della prevenzione, anche qui però prevalentemente condotti in termini di rilevazione di fattori o comportamenti a rischio.

Tra di esse si segnalano principalmente:

- l'indagine quinquennale multiscopo Istat su "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari" (e quella su "Prevenzione dei tumori femminili: ricorso a pap-test e mammografia" da essa desunta), effettuata sia con intervistatori sia mediante l'autocompilazione di un questionario individuale, che nell'ultima edizione 2007 – insieme a dati sulle condizioni di salute della popolazione, il consumo di farmaci, l'obesità e l'abitudine al fumo e la fruizione dei servizi sanitari – rileva anche dati su alcune attività preventive (*copertura vaccinale, controlli della pressione, della glicemia e del colesterolo, visite per prevenzione*);

- il progetto Passi, Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia (e quello derivato Passi d'argento, indagine periodica sulla qualità della vita nelle persone con più di 64 anni), attivato dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Iss, che rileva tramite somministrazione telefonica di un questionario le percezioni dei cittadini, oltre che sul proprio stato di salute e su diversi comportamenti a rischio, anche su *diagnosi precoci tumorali e vaccinazioni*;

- Okkio alla Salute, sistema di sorveglianza del Cnesps su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria, che raccoglie informazioni su abitudini alimenta-

ri e sedentarietà tramite un questionario riempito dai bambini in classe e uno indirizzato ai genitori;

- Hbsc (Health Behaviour in School-aged Children), studio multicentrico internazionale sui comportamenti a rischio dei ragazzi in età scolare, rilevati grazie a questionari somministrati ad alunni della scuola secondaria dagli 11 ai 15 anni.

Da questa rassegna, pur necessariamente non esaustiva, pare comunque risaltare una certa carenza di rilevazioni *organiche e complete* – sia *quantitative* “oggettive” sia anche *qualitative fondate sulla soggettività dei cittadini* – che monitorizzino *tutte le possibili attività di prevenzione*; che sono viceversa identificate nella maggioranza dei casi solo con vaccinazioni e medicina preventiva, ossia con gli interventi in qualche modo più “evidenti” e più facilmente computabili.

Risalta anche la sostanziale *carenza di studi di economia sanitaria sulla prevenzione*; e, infine, grande assente dal ventaglio nel complesso scarno dei rilievi è il fattore viceversa unanimemente considerato cruciale nella qualità degli interventi di un moderno sistema organizzativo complesso come la sanità, ossia la *soggettività degli operatori* circa il proprio stesso operare.

3. Il modello Oip: soggettività autovalutativa degli operatori

Sulla scorta di tali osservazioni, nell’accingersi a costruire un’iniziativa di monitoraggio della prevenzione è apparso opportuno orientarsi alla costruzione di un sistema di *monitoraggio completo delle attività* – o se non altro degli interventi principali (come verrà riferito più avanti analizzando la griglia 5, dedicata alle attività di prevenzione) – che sollecitasse e rilevasse principalmente *la soggettività degli operatori* e la loro capacità professionale di valutazione e autovalutazione *qualitativa*.

Infatti *la principale delle caratteristiche di originalità e validità dell’Oip* – che come tale è stata identificata e sottolineata dagli operatori coinvolti nella sua costruzione – *risiede nell’essere fondato sulla soggettività degli operatori stessi*, come in una sorta di *consensus conference* diffusa; e di esse-

re articolato dunque non tanto intorno a un'ennesima e più consueta richiesta di conoscenza di dati quantitativi di attività – una sorta di controllo di produzione: quante vaccinazioni, quanti prelievi, quante ispezioni ecc. –, ma piuttosto intorno alla costruzione comune di una serie di *valutazioni mai prima richieste* (da quali siano le leggi più rilevanti per le attività preventive, alla qualità della comunicazione interna; dal peso effettivo dell'epidemiologia nella presa di decisioni, alla qualità dei rapporti con medici di medicina generale e pediatri di base...), e intorno alla rilevazione di *aspetti mai prima rilevati* (dall'età media degli operatori, al turnover dirigenziale Asl; dai progetti sostenuti da finanziatori esterni, ai flussi di dati in entrata...).

Insomma, gli operatori hanno correttamente individuato nell'Oip non tanto uno sguardo per così dire “entomologico” dall'esterno, quanto piuttosto una sollecitazione all'autoconsapevolezza e all'autoanalisi organizzativa; ossia uno stimolo alla piena assunzione della sfida professionale come capacità di autodefinire il proprio impegno.

Quella dell'Oip è dunque in qualche modo *una ricerca che ha per primo oggetto la definizione del proprio ambito e dei propri strumenti*.

In ragione di questa consapevolezza, *il questionario* è stato costruito come raccolta delle domande e delle sollecitazioni degli operatori, e poi proposto alla loro autocompilazione; abbandonando, dopo gli incontri di Bologna-Roma-Bari, l'idea di poterlo condurre come intervista, e sacrificando dunque l'omogeneità (o l'omogeneizzazione...) delle risposte a favore della libera emersione della molteplicità dei pareri.

Anche *le griglie*, pur essendo volte alla rilevazione di aspetti più quantitativi, sono state costruite come una guida sufficientemente lasca al lavoro di rilevazione – ossia più come uno stimolo e auspicabilmente una provocazione che non come una gabbia –, e sono state proposte ai Dipartimenti pilota negli incontri territoriali con un mandato ampio – anzi con una sollecitazione – a integrarle e modificarle.

Il lavoro di quest'anno è stato dunque mirato al chiarimento metodologico sugli strumenti di rilevazione (che poteva essere adeguatamente prodotto solo con un lavoro

di “testaggio” sul campo), oltre che alle prime conoscenze che potevano risultare dalla loro applicazione; e conseguentemente anche *il miglioramento del questionario e delle griglie ha costituito in sé un risultato importante del lavoro dell’Oip* in questa sua prima fase, oltre ai dati con cui essi sono stati riempiti.

Del resto, anche i Dipartimenti pilota parteciperanno alle rilevazioni del prossimo anno, e dunque il merito delle loro risposte (peraltro di qualità accettabile già quest’anno) potrà essere ulteriormente migliorato e precisato. Non va dimenticato che i Dipartimenti pilota sono stati chiamati a un impegno non irrilevante in un mese/un mese e mezzo (il *tempo medio* intercorso tra la presentazione del questionario e della griglia e la loro restituzione è stato di *1 mese e 20 giorni*); mentre dall’anno prossimo i tempi per fornire i risultati dovranno considerevolmente allungarsi (almeno 2-4 mesi).

Per favorire la tempestività e la qualità delle risposte, comunque, sarà necessario per il prossimo anno attivare una serie di *workshop regionali di una o di mezza giornata*, prima per la *presentazione di questionario e griglie* agli operatori dei Dipartimenti, e successivamente per la *riconsegna dei risultati* da parte dei referenti delle rilevazioni.

4. *Gli strumenti di rilevazione e la loro applicazione “unitaria”*

Negli incontri territoriali con i colleghi dei Dipartimenti pilota, prima di illustrare loro le griglie di rilevazione e il questionario, e al fine di fondare nel consenso anche importanti aspetti metodologici dell’Oip, si è scelto di non dare una risposta “chiusa” alla domanda su quale dovesse essere il soggetto responsabile delle rilevazioni.

Si è dunque proposto e analizzato insieme ai colleghi uno spettro di possibilità che andava dal direttore del Dipartimento “onnisciente”, che assumesse su di sé la responsabilità di rappresentare il “comune sentire” oltre che l’esperienza operativa di tutto il Dipartimento, alla riunione collegiale di tutti gli operatori, di ogni ruolo e profilo professionale, nessuno escluso; e dalla versione unica

delle risposte più soggettive – in particolare al questionario – alle versioni molteplici che rispecchiassero differenze di opinioni interne al Dipartimento non riconducibili a uniformità; e si è lasciata a ogni Dipartimento la più ampia possibilità di scelta.

La decisione della grande maggioranza dei colleghi dei Dipartimenti pilota si è orientata verso la produzione di *risposte unitarie e prodotte collegialmente*, ovviamente nella misura più ampia compatibile con gli oggettivi vincoli organizzativi.

È evidente che in Dipartimenti di notevole numerosità si debbano accettare intermediazioni e semplificazioni (per esempio riunendo solo il personale dirigenziale o apicale, affidando ad esso la diffusione “a cascata” degli incontri, effettuando più riunioni per articolazione organizzativa o per sede ecc.); mentre in Dipartimenti più piccoli possa essere integralmente applicato il modello *consensus conference*.

Ciò che è cruciale, però, è che qualunque sia il metodo scelto, *le risposte rappresentino il frutto di un percorso di interlocuzione e confronto più ampio possibile tra tutte le diverse professionalità e le diverse funzioni presenti nei Dipartimenti*.

Il lavoro dell'Oip è insomma un impegno che nel Dipartimento va condotto tutti insieme; come hanno scelto di fare praticamente tutti i Dipartimenti, o come comunque tutti hanno segnalato come auspicabile; una unitarietà della quale bisognerà sempre più, nel prosieguo dell'impegno dell'Oip, *ideare e sperimentare i modi più corretti per garantire la piena praticabilità*.

Tale istanza “unitaria” – che si è rivelata radicata nel sentire diffuso e nell'esperienza degli operatori dei Dipartimenti – trova peraltro una sorta di ratifica formale nell'*Accordo tra il ministro della Salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sulle linee guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle aziende sanitarie locali (Repertorio Atti n. 1493 del 25/7/2002)* [Cislaghi e Giuliani 2010, d'ora in avanti *Accordo stato-regioni*], che segnala l'esigenza di attivare momenti qualificanti di confronto al loro interno:

È stabilita l'autonomia regionale nell'organizzazione dei servizi, che rappresenta un valore aggiunto alla definizione, alla promozione e al raggiungimento degli obiettivi di salute. Questo può avvenire a condizione che si sviluppino meccanismi virtuosi non tanto di controllo quanto di confronto e di valutazione, al fine di innescare processi di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza produttiva.

Va ricordato oltretutto che – spingendo ancora oltre questa necessità di ricomposizione unitaria dello sguardo e della prassi preventiva nel Dipartimento (peraltro unica radice, probabilmente, della ricostruzione di un suo “peso politico” e autorevolezza scientifica e istituzionale) – *l'indagine promossa dall'Oip è mirata sulla prevenzione tutta, e non solo sulle strette pertinenze operative del Dipartimento.*

L'Oip fa perno sul Dipartimento, ma è chiaro che gli interventi di prevenzione non si risolvono tutti all'interno del Dipartimento.

Il Dipartimento dunque non può certo accontentarsi di “guardarsi l'ombelico”, ma deve sviluppare uno sguardo e una conoscenza completi su tutte le attività preventive, e più ancora dimostrarne per così dire un totale “dominio”, teorico se non anche di prassi.

Se insomma dirigenti e operatori del Dipartimento non mostrassero neppure di conoscere ciò che al di là dei propri interventi accade di preventivo – non solo nella Asl, ma anche nel territorio in senso lato (evoluzione produttiva e legislativa, politica e istituzionale, antropologica e sociale ecc.) – avrebbero già abdicato alla propria funzione di referenza culturale se non direttamente professionale della prevenzione; e si candiderebbero solo a una paventata estinzione [Meloni 2011], che si mostrerebbe però in tal caso non solo giusta ma necessaria.

4.1. *Questionario: chiarimenti metodologici e sviluppi*

Nell'articolazione degli strumenti di rilevazione pensati per l'Oip, il questionario è più specificamente mirato a favo-

rire l'emersione della soggettività degli attori del sistema prevenzione, e a fornire così un'integrazione necessariamente qualitativa delle informazioni prevalentemente (ma non solo e non completamente) quantitative raccolte nelle griglie.

Nel merito, come già accennato, esso è stato articolato seguendo le sollecitazioni emerse dagli incontri di Bologna-Roma-Bari.

La versione che qui si presenta è quella distribuita ai Dipartimenti pilota per le rilevazioni, tranne una correzione formale riguardo ai verbi di richiesta («come giudica...», «come valuta...», «aggiunga...»), che sono stati passati dal singolare al plurale («come giudicate...», «come valutate...», «aggiungete...»); ossia come in realtà sono stati letti nei Dipartimenti per poter fornire risposte collettive che rappresentassero il comune sentire di tutti gli operatori.

I diversi aggettivi utilizzati nel questionario per caratterizzare le risposte possibili rappresentano sostanzialmente la trasposizione linguistica (talvolta originariamente non felicissima) di una valutazione a quattro livelli (sul modello --, -, +, ++), in cui l'assenza di un livello centrale è voluta per evitare che ci si attesti sulla "non risposta" intermedia, e per determinare comunque un giudizio o positivo o negativo. Presentando il questionario ai colleghi si è richiamata comunque fortemente l'attenzione anche sulla necessità di *evitare di scambiare il + per giudizio intermedio*.

Presentando qui i risultati si è provveduto quindi a emendare l'aggettivazione rendendola più propria; mentre per la prossima versione del questionario si valuterà altresì se passare, almeno per qualche domanda, dai quattro livelli di risposta a una scala maggiormente articolata (per esempio scala percentuale, o simili).

Nella sezione 1 del questionario sono raccolte una serie di questioni varie (vedi Allegato 1).

Con la *domanda 1* sui rapporti con l'*Assessorato regionale* (autonomia decisionale, contributo alla definizione degli obiettivi regionali, adattabilità ai progetti regionali) si intende indagare sulle eventuali relazioni dirette tra Dipartimento e referente politico/decisore, più che sui riferimenti tecnici routinari con la tecnostruttura regionale; lumeggiando così

lo spazio e il peso “politico” del Dipartimento, più che i suoi collegamenti funzionali.

Va peraltro chiarito che per “adattabilità” del Dipartimento ai progetti regionali si intende *possibilità* di adattamento (in termini di risorse, capacità ecc.) più che pura disponibilità.

Sempre nella domanda 1 vengono analizzati in maniera analoga i rapporti con la *dirigenza Asl* (autonomia decisionale e contributo alla definizione degli obiettivi aziendali), e infine quelli con *medici di medicina generale e pediatri di base*.

Le *domande 2, 3, 4* scandagliano il tema della *comunicazione* nelle sue differenti declinazioni (interna, esterna, organizzativa, istituzionale ecc.) e verso i vari referenti (colleghi, cittadini, articolazioni organizzative Asl, Enti e Istituzioni ecc.); tema riconosciuto anche dall’Accordo stato-regioni come «una componente fondamentale della cultura della Sanità pubblica, su cui poggiano i processi organizzativi e le prassi operative della prevenzione».

Per allargare lo spettro di indagini su questa fondamentale tematica, nella prossima versione del questionario sarà forse opportuno inserire anche una domanda circa la presenza e la qualità di *ritorni comunicativi dalla Asl verso il Dipartimento*.

Nella *domanda 5* si analizza la realtà dei progetti attivati grazie a *finanziatori esterni*, a un tempo vincolo ma anche opportunità, per richiamare insieme alla valorizzazione delle capacità di *fund raising* dei Dipartimenti e alla loro necessaria indipendenza.

Nella prossima versione del questionario potrebbe essere opportuno inserire anche una rilevazione sulla *tipologia* dei soggetti da cui arrivano i finanziamenti (altre istituzioni, aziende commerciali e farmaceutiche ecc.), e sulla presenza di progetti a finanziamento *misto* (sia interno sia esterno al sistema regione-Asl).

Le *domande 6, 7, 8* propongono una riflessione su tre dati cruciali per il clima organizzativo, e cioè il *turnover dirigenziale* e *l’età media* e la *stabilizzazione lavorativa* degli operatori.

Un’interessante suggestione su cui riflettere in vista della prossima versione riguarda l’eventualità di aggiungere una domanda sulla reale *allocazione degli operatori secondo le*

proprie vocazioni, elemento anch'esso non irrilevante nel clima organizzativo e nelle *performances* professionali.

La sezione 2 è dedicata a un'analisi degli interventi condotti nelle (e non "dalle") diverse Aree dipartimentali (vedi Allegato 2).

Nell'identificazione delle aree degli interventi si è scelto infatti di *non riferirsi rigidamente all'articolazione istituzionale dei servizi*, sia per marcare la necessità di ragionare per obiettivi e non per scansioni disciplinari, sia per poter ricomprendere una possibile variegata articolazione delle diverse realtà regionali, sia per favorire una valutazione per aree condotta da tutti gli operatori, e non solo da chi in quell'area fosse incardinato. Per quest'ultimo stesso motivo si è rifiutato anche il suggerimento di sottoporre il questionario separatamente alle diverse figure professionali – medici igienisti, medici del lavoro, veterinari ecc. – cosa che avrebbe marcato una distanza (o addirittura prefigurato una disarticolazione) che l'Oip intende contrastare fortemente, sulla scorta anche di quanto si afferma nel documento S.It.I. sul futuro dell'Igiene [Documento S.It.I. 2007]:

Il Dipartimento di prevenzione deve essere unitario sia per la prevenzione umana sia per la veterinaria, nel rispetto delle giuste aspettative dei vari professionisti che chiedono maggiore autonomia e visibilità nello svolgimento dei compiti istituzionali.

Le aree identificate con gli operatori a Bologna-Roma-Bari, ma sulla cui articolazione sarà sicuramente opportuno riflettere ancora insieme approfonditamente (la massima parte dei suggerimenti giunte durante le presentazioni del questionario ai Dipartimenti ha riguardato, per esempio, l'opportunità di definire meglio l'area "salute in ambiente di vita e di lavoro"), sono le seguenti:

- *igiene degli alimenti;*
- *igiene della nutrizione;*
- *igiene pubblica;*
- *ambiente e salute;*
- *prevenzione malattie cronico-degenerative e screening;*
- *salute in ambiente di vita e di lavoro;*

- *educazione alla salute;*
- *sanità veterinaria;*
- *alimenti di origine animale;*
- *allevamenti.*

Si è chiesta dunque ai Dipartimenti pilota un'autovalutazione complessiva degli interventi condotti in tali aree, proponendola in termini di:

- *sensibilità sociale* (ossia l'attesa e la richiesta di interventi in quella specifica area da parte dell'opinione pubblica);
- *accettabilità sociale* (come livello di attenzione prestato durante l'effettuazione – e gradimento mostrato al termine – degli interventi, in quell'area, da parte dell'opinione pubblica; e anche qui si sono raccolte diverse segnalazioni sull'opportunità di valutare separatamente nella prossima versione del questionario l'attenzione prestata e il gradimento mostrato, che possono non convergere);
- *rilevanza* (come entità e importanza stimate del danno prevenibile, in base ai dati epidemiologici di diffusione e gravità del fenomeno da prevenire);
- *qualità scientifica* (come adeguatezza a standard formali scientifico/normativi);
- *efficacia* (come capacità di risposta ai bisogni di salute/prevenzione);
- *efficienza* (come capacità di utilizzo delle risorse nel corso dell'attuazione degli interventi).

Per la prossima versione del questionario potrebbe essere opportuno considerare anche l'inserimento di valutazioni sulla *eticità* degli interventi, intesa non tanto e non solo in riferimento alle evidenti e ben note caratteristiche intrinsecamente favorevoli che la prevenzione mostra in tema (capacità anticipatoria, non selezione degli utenti ecc.), quanto in termini di capacità del Dipartimento di *promozione dell'equità sociale con i propri interventi preventivi* [Collegio operatori della Società italiana di igiene, in corso di stampa].

Nella sezione 3, più che sugli interventi condotti, si punta l'attenzione sulla *realtà organizzativa* nelle diverse aree (vedi Allegato 3); chiedendone ai Dipartimenti un'autovalutazione in termini di:

- *qualità della comunicazione esterna* (come informazio-

ni dirette al cittadino, interventi sui mass-media, ascolto dei bisogni ecc.);

- *necessità di effettuare approfondimenti epidemiologici* (come raccolta e analisi dei dati di contesto e di attività, per poter rispettivamente prima programmare e poi valutare su dati di salute);

- *necessità di effettuare aggiornamenti teorici e operativi* (come acquisizione di nuove abilità e conoscenze).

La sezione 4 è infine dedicata a *punti forti e punti deboli* riscontrabili a parere degli operatori sia in ognuna delle aree del Dipartimento, sia nel Dipartimento nel suo complesso (vedi Allegato 4); e oltre a ciò si aggiunge una pagina dedicata a eventuali *considerazioni e commenti liberi* (vedi Allegato 5).

L'esperienza di valutazione in Sanità e in didattica dimostra infatti la crucialità dell'approccio "punti forti/punti deboli", e della disponibilità di spazio per valutazioni e suggerimenti liberi, non solo per far emergere davvero tutta la soggettività dei compilatori, ma anche per raccogliere valutazioni inaspettate e proposte originali.

4.2. Griglie di rilevazione: chiarimenti e sviluppi

Nella costruzione delle griglie si è cercato di contemperare le esigenze della rappresentatività e quelle della maneggevolezza dello strumento, rinunciando magari a interessanti approfondimenti (che potrebbero peraltro costituire uno sviluppo in seconda battuta delle rilevazioni dell'Oip, come cerchio concentrico di iniziativa locale o anche generale), per non appesantirle e non sbilanciarle eccessivamente.

Le griglie di rilevazione sono state costruite nel loro complesso per essere *estensibili ed elastiche*, con larghi appositi spazi per interpolazioni e modifiche (in genere contrassegnati da "n" o da "altro"). Laddove lo spazio si fosse rivelato comunque insufficiente, è stata data indicazione agli operatori di replicare le tabelle, aggiungere note a margine ecc., curandone solo la leggibilità.

Alcuni degli indicatori inseriti sono potuti risultare di difficile rilevabilità immediata; ma mantenerli comunque

nelle griglie potrebbe servire a segnalare la necessità di rilevare il dato in questione, la cui eventuale assenza indica appunto una criticità che diversamente non emergerebbe, e prepara a sanarla. Peraltro, per qualsiasi domanda ritenuta per motivi diversi irricevibile si è dato mandato agli operatori di lasciare la risposta in bianco, avendo l'unica cura di asteriscarla con una succinta spiegazione del motivo per il quale non è stata fornita. Le rilevazioni sono state tutte idealmente riferite al 31 dicembre 2010.

Per un'analisi dettagliata della costruzione delle griglie di rilevazione si rimanda alla loro prima presentazione nel citato precedente lavoro [Lagravinese e Calamo Specchia 2010]; qui di seguito ne verranno segnalate solo le caratteristiche cruciali e i cambiamenti più rilevanti.

4.2.1. *Griglia legislazione*

Con la griglia dedicata alla legislazione (vedi Allegato 6) non ci si propone evidentemente di effettuare una rilevazione di tutte le leggi regionali che possano avere un peso sulle attività di prevenzione (per questo sono disponibili codici e raccolte), quanto di raccogliere *la percezione e la valutazione da parte degli operatori* di tutte quelle norme, delibere, statuizioni, disposti, circolari ecc. (che in sintesi e per comodità vengono definite “leggi”), di livello regionale, di natura organizzativa e generale (anche non direttamente sanitaria: da norme sull'edilizia a norme sull'organizzazione del lavoro, da assetti urbanistici a piani di sviluppo industriale ecc.) che con più frequenza e con più peso “interferiscono” con lo svolgimento quotidiano delle attività di prevenzione da parte degli operatori – a giudizio degli operatori stessi – favorendole o ostacolando.

Si tratta di un approccio che si muove anche nello spirito dell'approccio Stp, Salute in tutte le politiche [Costa e Gelormino 2010], e che mira a evidenziare l'effetto che le scelte politiche generali, legislative e organizzative, possono produrre sulla salute.

Non viene invece richiesta in linea di massima una valu-

tazione delle normazioni regionali di dettaglio tecnico, o delle normazioni delle modalità degli interventi.

All'interno delle leggi indicate dagli operatori, viene richiesto poi di identificare e di descrivere i punti e i passaggi (articoli, commi, brani ecc.) che sembrano essere i più rilevanti e i più critici per quanto riguarda i loro effetti positivi o negativi sulla prevenzione. Di ognuno di tali punti viene chiesto di valutare se siano stati effettivamente applicati, e viene chiesto altresì di valutare anche se la legge *in toto* abbia sortito degli effetti.

Nella tabella è previsto lo spazio per due leggi e per quattro punti qualificanti in ognuna di esse; naturalmente, se le leggi o i punti fossero più numerosi si può replicare la tabella e completare la descrizione.

Non si è scelto dunque di dare un limite preconstituito al numero di leggi da segnalare (“almeno due”, “le tre più importanti”, e simili) perché anche il numero stesso delle segnalazioni costituisce un indicatore di come il problema delle leggi venga vissuto all'interno del Dipartimento, e perché sul numero medio di leggi segnalate si potrebbe per esempio ritrarre la griglia nella sua prossima edizione.

Infine, è richiesto di indicare se esistano altre necessità normative ai fini della prevenzione, in termini di leggi da aggiungere o da abrogare, criticità al momento non normate, e su cui potrebbe essere opportuno intervenire con una produzione legislativa; o magari criticità già normate, ma sulle quali potrebbe essere opportuno modificare la normativa esistente. Viene contestualmente richiesto di indicare anche i lineamenti e orientamenti generali e di massima per tale intervento legislativo. Si tratta insomma di una forte sollecitazione allo sforzo creativo dei Dipartimenti, e di una sfida a passare dall'inespresso o dal “mugugno” generico, alla propositività progettuale.

4.2.2. Griglia epidemiologia

Con la griglia dedicata all'epidemiologia (vedi Allegato 7) ci si propone di rilevare la presenza a livello regionale di

attività di rilevazione epidemiologica, in considerazione del legame – più ancora che forte, assolutamente strutturale – esistente tra epidemiologia e prevenzione; un legame – anzi un “patrimonio genetico” degli operatori di prevenzione – individuato con chiarezza anche nell’Accordo stato-regioni, che recita:

In particolare l’epidemiologia, come funzione sottesa a tutte le fasi del processo illustrato, costituisce, insieme alla comunicazione e alla qualità, l’elemento più dinamico e utile per riorientare culturalmente i servizi; inoltre essa rappresenta un ponte tra la prevenzione e l’assistenza sanitaria. Per questo motivo l’epidemiologia, più che essere richiamata in modo rituale tra le funzioni del Dp, dovrebbe diventare patrimonio genetico di chi si occupa di prevenzione.

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 e regionale.*

4.2.3. Griglia flussi informativi

Il Dipartimento è il cuore dei flussi informativi in un’Asl, e nella griglia dedicata ai *collegamenti istituzionali* tra la Asl e diversi referenti esterni (vedi Allegato 8), le rilevazioni sono indirizzate evidentemente a essi; per evitare possibili fraintendimenti, dunque, tale griglia può essere ridefinita direttamente “flussi informativi”.

L’identificazione dei riferimenti istituzionali dei flussi deve evidentemente seguire, anno per anno, il loro evolversi; nella prossima edizione della griglia la legge 30 luglio 2010, n. 122 di conversione con modificazioni del d.l. 78/2010, che prevede l’attribuzione all’Inail delle funzioni già svolte dall’Ispesl, renderà probabilmente superflua la presenza di quest’ultimo nella griglia; mentre occorrerà forse aggiungere il ministero della Sanità.

Per quanto riguarda non solo i flussi della Asl al suo esterno, ma quelli del Dipartimento all'interno della Asl, rilevarli in dettaglio nella griglia sarebbe probabilmente eccessivamente oneroso; peraltro, i livelli di relazione e di comunicazione del Dipartimento sono probabilmente già sondati a sufficienza nel questionario.

4.2.4. Griglia risorse

Per quanto possa sembrare paradossale, non è infrequente la situazione di Asl o di Dipartimenti nei quali la conoscenza precisa di tutte le dotazioni di personale, strutture, strumenti, stanziamenti a disposizione è confusa, o esposta a diverse "scuole di pensiero", o addirittura del tutto assente.

Anche in questo senso la quarta griglia dell'Oip, dedicata appunto alle risorse e all'assetto organizzativo, può costituire per ogni Dipartimento uno strumento utile di autoanalisi e conoscenza organizzativa; oltre che costituire in senso generale la base per ogni ragionamento sulla congruità delle dotazioni.

Nel dettaglio, *quanto all'assetto organizzativo e al personale* (vedi Allegato 9), si è evidenziata rispetto alla prima versione della griglia la presenza di infermieri e assistenti sanitari; e – sulla scorta di utili suggestioni raccolte tra i colleghi – si provvederà a valutare per la prossima edizione della griglia un'analoga evidenziazione dei dirigenti medici, o una articolazione del personale rilevato tra dirigenza e comparto, una suddivisione dei tecnici in laureati e non ecc.

Tutto ciò può essere utile per definire in qualche modo il *mix* di professionalità "standard" necessario in un Dipartimento, e a indicizzarlo ad altre variabili di riferimento (altre dotazioni, attività svolte, estensione e popolazione del territorio ecc.); se non addirittura – in una visione di prospettiva – ad accoppiare al numero di operatori rilevato le funzioni e gli obiettivi raggiunti.

I settori della griglia dedicati alle *risorse strutturali* (sedi) e *strumentali* (veicoli e informatizzazione) (vedi Allegato 10) non sono state modificati rispetto alla versione origina-

le; mentre alle rilevazioni della *popolosità* e dell'*estensione* del Dipartimento e del suo *organigramma* sono state aggiunte domande sulla presenza e l'incardinamento organizzativo di *Unità di epidemiologia* e *Lsp*, e sull'esistenza di una *certificazione/accreditamento* del Dipartimento.

La sigla *Lsp* è stata peraltro, nella presentazione ai Dipartimenti, sciolta in Laboratorio di sanità pubblica, stanti le difficoltà diffusamente riportate dai colleghi alla sua identificazione (il che forse può già raccontare qualcosa circa i laboratori stessi); e quanto alla certificazione/accreditamento, si valuterà se inserire anche la rilevazione di una certificazione solo parziale, per alcuni settori del Dipartimento. Ma non si può non sottolineare ancora come tutta la rilevazione dell'Oip, nel suo complesso, possa costituire la base per un necessario e richiesto affinamento degli strumenti e delle procedure di certificazione dei Dipartimenti (cfr. *supra*, 3.2).

Per quanto riguarda infine la *rilevazione dei finanziamenti*, un'analisi di dettaglio monetario si presenta francamente complicata più ancora che complessa (e i dati raccolti – o meglio non raccolti – lo confermano, cfr. *infra*, 5.2.4., *f*), ma tutto sommato forse nemmeno così interessante, a meno che non se ne riescano a costruire indicatori relativi significativi.

Nella prossima griglia si valuterà dunque l'opportunità di spingere piuttosto la valutazione su aspetti di processo quali i modelli di conferimento delle risorse finanziarie, o il processo e le dinamiche di *budgeting* (tempi, formalità o sostanzialità della negoziazione, modalità di reportistica e controllo di gestione ecc.).

4.2.5. Griglia attività

Esiste un'evidente difficoltà nell'attivare un *monitoraggio completo delle attività preventive* – che sopra si poneva come uno dei lineamenti fondamentali dell'Oip (cfr. *supra*, 3.1) – a causa dell'oggettiva complessità di stilarne un elenco esaustivo.

Detto in estrema sintesi: se eterogenei e numerosissimi sono i rischi per la qualità della vita/salute, eterogenei e

numerosissimi possono essere gli interventi di prevenzione; dalle politiche generali alle strategie mediatiche, dagli interventi urbanistici all'organizzazione del lavoro ecc.

E anche se si sceglie di limitarsi a rilevare solo gli interventi "più importanti", ci si trova comunque di fronte alla scelta del criterio di importanza da adottare, e prima ancora di chi debba avere la responsabilità della selezione di tale criterio.

I criteri "oggettivi" (rilevare gli interventi che garantiscono un maggior guadagno di salute, o quelli che insistono su un ambito territoriale più ampio, o impattano una fascia di popolazione più numerosa ecc.) risentono a tutt'oggi di forti carenze e/o difficoltà e/o ritardi nelle rilevazioni necessarie (come *computare* la popolazione di riferimento di un controllo sui ristoranti? O l'ambito territoriale di una rilevazione di fumi nocivi? O il guadagno di salute complessivo di un intervento di educazione nutrizionale?), e riconducono dunque l'identificazione della responsabilità del criterio di selezione nell'ambito della soggettività.

Per interpretare tale soggettività, si è scelto dunque per l'Oip – più che di assumersi in proprio, in quanto attivatori del sistema di rilevazione, una pre definizione rigida degli interventi da rilevare fondata nella propria stessa soggettività di ricercatori – di affidare la responsabilità della selezione degli interventi principali (e dunque in qualche modo anche dell'oggetto della ricerca) alla soggettività degli operatori.

Ogni ricercatore, infatti, anche a prescindere dalle possibili diversità di orientamento scientifico, produce comunque un criterio di selezione della rilevanza in qualche misura astratto o formale; mentre gli operatori possono riprodurre ciò che – nello spettro amplissimo del mandato complessivo del Dipartimento alla prevenzione delle patologie, al risanamento ambientale e alla promozione della salute *latu senso*, e nello spettro altrettanto ampio delle possibilità di intervento preventivo (ben al di là di vaccinazioni e screening) – di fatto compiono ogni giorno come *selezione di criteri di priorità di intervento in termini di rilevanza delle attività*.

Dove il giudizio di rilevanza deriva si direbbe quasi giorno per giorno da una sintesi professionale autonoma di moventi complessi – dai mandati formali alle spinte e contropinte

informali – di natura legislativa, organizzativa, epidemiologica, istituzionale/”politica”, culturale/ambientale ecc.

Un po’ come accade per la scienza, la cultura, la sanità, anche la prevenzione è insomma in buona misura ciò che la soggettività progettante e la responsabilità professionale dei suoi operatori decide che sia; e in considerazione dunque della assenza o della complessità di identificazione di criteri oggettivi, *lo sguardo soggettivo degli operatori* si può rivelare come il più interessante (sapere come è *praticata* la prevenzione e non come è rappresentata dai ricercatori), e il più accettabile da rilevare.

Anche nell’articolazione pur molto ampia delle aree di intervento proposte nella griglia (vedi Allegato 11), si è scelto di mantenersi su un livello non profondo o “chiuso” di dettaglio, e dunque di inserire anche aree *non mutuamente esclusive*; proprio nell’intento di saggiare nello specifico l’assegnazione a questa o quell’area dei diversi interventi da parte degli operatori (l’educazione alla salute è più promozione della salute o sanità scolastica?).

Una prima notazione di dettaglio può comunque essere fatta fin d’ora sulla opportunità di aggiungere nella prossima versione della griglia alle aree di ambito lavorativo una su *ritmi, organizzazione e interrelazioni sul luogo di lavoro*, che possono essere patogeni in sé, al di là di possibili malattie professionali, incidenti o mobbing; e una relativa all’assistenza alle imprese (sportelli attività produttive ecc.).

Una seconda notazione può riguardare l’opportunità di prevedere esplicitamente la possibilità che, per attività svolte in collaborazione tra servizi, i *soggetti organizzativi responsabili* possano essere *più d’uno*; ridefinendo dunque la categoria di rilevazione come “soggetti organizzativi *responsabili o collaboranti*”.

5. Risultati

Nel presente capitolo vengono riassunte le risposte ottenute alle domande contenute nel questionario e nelle griglie.

Per uno sguardo più analitico, si rimanda alle tabelle e

alle figure – raggruppate nei citati 11 allegati e riportate alla fine del capitolo – qui di seguito volta per volta richiamate con indicazioni a più cifre (in cui la prima si riferisce all'allegato nel quale sono contenute, e le successive al numero progressivo della tabella o della figura).

Tabelle e figure riportano nel dettaglio tutte le valutazioni inviate dai 23 Dipartimenti pilota; esse contribuiscono a una conoscenza più completa del comune sentire dei Dipartimenti, e costituiscono peraltro un seppur infinitesimo “diritto di tribuna” per gli operatori dei Dipartimenti, che non è l'ultimo tra gli scopi dell'Oip, e che ripari – seppur sempre in infinitesima parte, e a prezzo di qualche ridondanza – all'oscuramento delle «volontà di 30-50 mila operatori, specie quelli dei 200 Dipartimenti di prevenzione delle Ausl, che non sono tenute in nessun conto» [Carreri, in corso di stampa].

5.1. *Questionario*

I questionari pervenuti dai 23 Dipartimenti pilota sono in totale 26; tutti i Dipartimenti hanno infatti fornito un questionario compilato, tranne uno, che ha scelto di inviarne 4; attenendosi comunque, in tal modo, all'indicazione della più ampia libertà di scelta nella rappresentazione del comune sentire diffuso nel Dipartimento.

Nello spazio iniziale dedicato ai *dati personali del compilatore materiale* del questionario (tab. 1.0), in 2 casi non è stato indicato alcun dato, e in 2 casi come compilatore è stato esplicitamente indicato un gruppo multidisciplinare e multi professionale.

Per i restanti 22 questionari, i compilatori – la cui età media è di 57 anni e 9 mesi – appartengono tutti al Dipartimento (10 direttori, 9 responsabili di unità semplici o complesse, 1 operatore dell'unità di epidemiologia), tranne 1 direttore sanitario di presidio e 1 dipendente Asl non meglio specificato; e sono tutti medici (tra cui 6 si sono qualificati come igienisti), tranne 2 veterinari, 1 tecnico della prevenzione, 1 operatore amministrativo.

Nella prossima versione del questionario andranno però

forse *meglio chiariti i termini “profilo professionale” e “ruolo istituzionale”* – che sembrano aver ingenerato qualche incertezza – accompagnandoli magari a qualche esempio.

Negli spazi successivi del questionario dedicati alle domande, solo poche risposte sono lasciate in bianco, e solo in pochi casi si ripetono le risposte in colonna, che potrebbero far pensare a un livello di compilazione affrettato e non particolarmente accurato; mentre nella stragrande maggioranza dei casi le valutazioni sono articolate nella varietà completa delle risposte possibili.

Nonostante le raccomandazioni proposte in sede di presentazione ai Dipartimenti, la massima parte delle risposte al questionario si sono comunque addensate nella casella “+”, il che può rappresentare sia una valutazione effettivamente positiva, sia forse anche una valutazione surrettizia di metà; e ciò può far dunque riflettere sull’opportunità di *adottare il prossimo anno una gradazione a cinque caselle nelle risposte (-, -, =, +, ++)*.

Dando a ogni modo per acquisito il dato di una diffusa positività nelle risposte, l’analisi dei risultati è stata condotta appuntando principalmente l’attenzione sulle caselle -- e - come indicatrici di negatività, e sulla casella ++ come indicatrice di eccellenza.

5.1.1. *Prima sezione*

Dall’analisi delle risposte fornite alle otto domande della *prima sezione* del questionario, si rileva innanzitutto (tab. 1.1) una buona adattabilità dei Dipartimenti ai *progetti regionali*, in un quadro di relazioni tutto sommato buone con il livello regionale, mentre sono in forte sofferenza il contributo alla definizione degli *obiettivi aziendali* e l’autonomia in relazione alla dirigenza aziendale.

La *necessità di comunicazione* (tab. 1.2) è fortemente avvertita nei Dipartimenti pilota: questo è infatti l’ambito per cui si raggiungono nel questionario le segnalazioni più basse per le risposte negative (nessun “nulla” e complessivamente solo 6 “scarsa” alle tre domande), e le segnalazio-

ni più alte nella casella “molto alta” (circa il 60% delle risposte per la comunicazione verso la popolazione generale, circa il 50% per la comunicazione verso i referenti intra-Asl, e circa il 40% per la comunicazione verso gli altri referenti istituzionali).

Lo *stile di comunicazione* (tab. 1.3) nel Dipartimento è ritenuto prevalentemente di coordinamento funzionale, con 3 sole segnalazioni di relazionalità profonda ed empatica (in 1 caso limitata al personale femminile). Il rimanente delle risposte (30% circa) segnala uno stile gerarchico unidirezionale, e nessuna segnalazione si registra per l'assenza di comunicazione.

Nelle possibilità di risposta a questa domanda peraltro *l'aggettivo “assente” andrà probabilmente sostituito* con una dizione come per esempio “gravi difficoltà comunicative”, essendo oggettivamente difficile riscontrare una totale assenza di comunicazione.

Per i *tavoli* formali di relazione del Dipartimento con altri referenti intra ed extra-Asl (tab. 1.4) sono stati segnalati un ampio ventaglio di referenti e di argomenti; andrà ulteriormente sottolineato e chiarito bene, peraltro, che nella risposta a questa domanda è necessario *indicare insieme sia il referente, sia l'argomento* per il quale viene attivata la referenza.

Viceversa, si sono ottenute risposte per la maggior parte non coordinate, da cui comunque risulta una prevalenza della regione, e poi della provincia, dell'Arpa, degli Izs e del distretto tra i referenti; e della promozione della salute, e poi della sicurezza del lavoro, degli screening oncologici e della sicurezza alimentare tra gli argomenti.

Un *sistema autonomo per la gestione della qualità modello Iso9000* è segnalato solo da 6 Dipartimenti: in 1 caso come “in corso” per il complesso del Dipartimento, in 2 casi solo per il Sian, e in 1 caso rispettivamente solo per veterinaria, laboratorio di tossicologia e vaccinazioni.

Tra i *progetti* dei Dipartimenti (tab. 1.5) ve ne sono nella maggioranza dei casi 6 o più autonomi e 3-5 sostenuti da finanziatori esterni.

Il direttore del Dipartimento (tab. 1.6) è *in carica* in media da 7 anni e 4 mesi, mentre il direttore generale Asl lo

è in media da 2 anni (peraltro, non tenendo conto dell'unico caso di direttore generale in carica da 10 anni, la media scenderebbe a 1 anno e 8 mesi)

L'*età media* degli operatori del Dipartimento (tab. 1.7) è nella maggior parte dei casi stimata tra i 40 e i 50 anni, e nel resto dei casi oltre i 50; mentre la percentuale di operatori *non stabili* (tab. 1.8) viene valutata nella maggior parte dei casi tra il 2 e il 5%.

5.1.2. Seconda e terza sezione

Anche dalle risposte alla *seconda* e alla *terza sezione* del questionario risalta in generale la già citata diffusa positività.

Fa eccezione la qualità della *comunicazione esterna* (tab. 3.1), per la quale si riscontrano i più ampi e diffusi livelli di negatività (è l'unica risposta con valutazioni di "scarsa" e "insufficiente" presenti in tutte le aree), in particolare per ambiente e salute.

Per le altre domande, nella positività complessiva possono essere rimarcate alcune segnalazioni di:

- una *attesa sociale* (tab. 2.1) stimata di basso livello per educazione alla salute, sanità veterinaria e igiene della nutrizione;
- una *rilevanza* (tab. 2.3) stimata di non alto livello per educazione alla salute e per ambiente e salute;
- una *qualità* (tab. 2.4) stimata insufficiente per educazione alla salute;
- una *efficacia* (tab. 2.5) stimata insufficiente per educazione alla salute, ambiente e salute e igiene della nutrizione;
- un *gradimento* degli interventi (tab. 2.2) stimato complessivamente accettabile, tranne che per ambiente e salute;
- una loro *efficienza* (tab. 2.6) stimata complessivamente di buon livello, tranne che per ambiente e salute e igiene pubblica.

La necessità di *approfondimenti epidemiologici* (tab. 3.2) è stimata generalmente di alto livello; come la *necessità di aggiornamenti* (tab. 3.3) (tranne una segnalazione di "molto bassa" per l'educazione alla salute).

TAB. A. *Punti forti e punti deboli: quadro riassuntivo*

PUNTI FORTI (PF) E PUNTI DEBOLI (PD)	PER LE DIVERSE AREE		PER IL DIPARTIMENTO	
	PF	PD	PF	PD
“Politici”	X	X	X	X
Operatori	X	-	X	-
Funzionalità	X	X	X	-
Organizzazione	X	X	X	X
Integrazione	X	X	X	X
Comunicazione	X	X	X	X
Attività locali	X	X	X	X
Risorse	-	X	-	X
Clima	-	X	-	X
Burocratizzazione	-	X	-	X
Valutazione	-	X	-	X
Formazione	-	-	X	X
Assenza	-	X	-	-

5.1.3. *Punti forti e punti deboli per le diverse aree*

In tutti i questionari sono stati diffusamente segnalati punti deboli e punti forti per tutte le diverse aree di intervento (tab. 4.0)

Un’analisi della natura di tali segnalazioni ha portato a suddividerle in alcune categorie principali (tab. A).

Tra i *punti forti delle diverse aree* vengono segnalati argomenti attinenti a elementi “politici” (in termini prevalentemente di visibilità e autorevolezza del Dipartimento e dei suoi operatori), agli *operatori* (in termini principalmente di motivazione, professionalità, dedizione), alla *funzionalità* (intesa come capacità di garantire comunque interventi di buon livello, al netto degli assetti organizzativi o della dotazione di risorse), all’*organizzazione* (in termini di modalità e protocolli nella fornitura dei servizi), all’*integrazione* delle attività (intesa come capacità di attivare relazioni istituzio-

nali e funzionali stabili con altri referenti organizzativi intra ed extra-Asl), alla *comunicazione* (esterna e interna, verso cittadini, istituzioni, operatori ecc.), e a specifiche *attività locali* (interventi o servizi reputati nello specifico Dipartimento particolarmente di qualità).

I *punti deboli delle diverse aree* possono essere raggruppati in categorie analoghe a quelle dei punti forti, con l'eccezione degli *operatori*, per cui non si registra alcuna segnalazione di debolezza; mentre si aggiungono argomenti attinenti alle *risorse* (carenze diffuse di personale, di strutture, di *budget*, di finanziamenti per la formazione ecc.), al *clima organizzativo* (inteso come atteggiamento o "cultura" di ostilità o di non condivisione negli operatori e nell'organizzazione), alla *burocratizzazione* (segnalata in particolare come attitudine a privilegiare le forme normative rispetto alla sostanza operativa), alla *valutazione* (come mancanza di misurazione della efficacia, efficienza, gradimento, qualità degli interventi ecc.) e alla *assenza* (ossia all'esclusione di una specifica area di intervento dalle competenze del Dipartimento).

In dettaglio, per l'*igiene degli alimenti* (tab. 4.1) i *punti forti* riguardano la professionalità dei dirigenti e degli operatori, e la loro propensione al lavoro in team; la capacità di gestire emergenze e stati di allerta e la disponibilità operativa h24; la standardizzazione e informatizzazione delle procedure e l'adesione ai protocolli regionali; l'integrazione con altri servizi e istituzioni e con i portatori di interesse; la comunicazione esterna. Mentre i *punti deboli* riguardano la carenza in particolare di personale e poi anche di strutture e spazi, e la carenza di risorse per la formazione; l'arretratezza organizzativa rispetto ai nuovi mandati europei; l'integrazione con i servizi veterinari; il clima organizzativo e la burocratizzazione; la mancanza di *audit* e di valutazioni della qualità; il ritorno comunicativo verso la comunità dei risultati delle attività.

Per l'*igiene della nutrizione* (tab. 4.2) i *punti forti* riguardano la professionalità e la motivazione dei dirigenti e degli operatori, e la loro propensione al lavoro in team; la standardizzazione e informatizzazione delle procedure e l'ade-

sione ai protocolli regionali e ministeriali; l'integrazione con altri servizi e istituzioni e con i portatori di interesse, e con le iniziative di promozione della salute; la comunicazione esterna; mentre i *punti deboli* riguardano la carenza in particolare di personale e poi anche di strutture e spazi, e la carenza di risorse per la formazione; la carenza di pianificazione degli interventi; le difficoltà di integrazione con la U.o.c. di Igiene degli alimenti; il clima organizzativo; la mancanza di audit e di valutazioni della qualità ed epidemiologiche; la comunicazione esterna.

Per l'*igiene pubblica* (tab. 4.3) i *punti forti* riguardano la visibilità e l'autorevolezza sul territorio; la professionalità degli operatori, la loro propensione al lavoro in team e la loro flessibilità; l'immediatezza della risposta, la presenza capillare sul territorio e la disponibilità operativa h24; la standardizzazione delle procedure e la loro condivisione, la gestione unitaria dei dati epidemiologici e la buona circolazione delle informazioni; l'integrazione con altri servizi e istituzioni e con la collettività, la capacità di far rete. Mentre i *punti deboli* riguardano lo scarso potere contrattuale; la carenza in particolare di personale e poi anche di strutture e spazi, e la carenza di risorse per la formazione; la molteplicità e frammentarietà delle competenze e l'integrazione con Arpa ed enti locali (comuni, province ecc.); il clima gerarchico e ostile al cambiamento e la burocratizzazione; la mancanza di conoscenze epidemiologiche; la comunicazione esterna e interna e l'accoglienza all'utenza.

Per l'area *ambiente e salute* (tab. 4.4) i *punti forti* riguardano l'autorevolezza a livello regionale; la professionalità e la dedizione degli operatori; l'abbandono delle attività obsolete e improprie; l'attuazione di progetti mirati e la diffusione delle informazioni; l'integrazione con cittadini e portatori di interesse e con l'Arpa; la comunicazione istituzionale; mentre i *punti deboli* riguardano le carenze in particolare di personale e poi anche economiche; la lentezza nel fornire le risposte e l'impossibilità di sostenere gli interventi di lungo periodo; il frazionamento delle competenze; l'integrazione in particolare con l'Arpa, e poi anche con gli enti locali; il clima gerarchico; la mancanza di valutazioni

epidemiologiche; la comunicazione interna; l'assenza nel Dipartimento di un'area specifica ambiente e salute.

Per la *prevenzione delle malattie cronico-degenerative e screening* (tab. 4.5) i *punti forti* riguardano il riconoscimento sociale; la produzione di alti tassi di adesione alle attività di *screening*; la programmazione regionale e la standardizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici; la capacità di far rete con gli altri servizi; la comunicazione con cittadini, utenti, territorio. Mentre i *punti deboli* riguardano le carenze economiche, di personale, di strutture; i bassi tassi di invito e di adesione alle attività di *screening*; la settorializzazione delle attività e la mancanza di modelli a livello locale; l'integrazione con la regione e nella gestione dei dati; la comunicazione esterna; la diffusa assenza nei Dipartimenti di un'area specifica.

Per l'area *salute in ambienti di vita e di lavoro* (tab. 4.6) i *punti forti* riguardano l'autorevolezza e la condivisione esterna e interna; la professionalità, la motivazione e la dedizione degli operatori, la loro propensione al lavoro in team e l'autonomia dei tecnici; la capacità di risposta (anche in emergenza), la disponibilità operativa h24 e la conoscenza del territorio; il rispetto dei protocolli locali e regionali; l'integrazione con altri servizi e istituzioni, e in particolare con magistratura e organizzazioni datoriali, e la consulta Medici competenti. Mentre i *punti deboli* riguardano le carenze in particolare di personale e di formazione/aggiornamento, e poi anche di strutture e spazi; l'integrazione tra servizi, tra zone territoriali, tra attività (vigilanza/prevenzione); la vastità del territorio da gestire; le difficoltà nel lavoro di *équipe*; il diffuso orientamento alla repressione piuttosto che alla prevenzione.

Per l'*educazione alla salute* (tab. 4.7) i *punti forti* riguardano l'impegno e la motivazione e anche la professionalità degli operatori; l'esistenza di strutture organizzative locali e regionali dedicate; l'integrazione con servizi, Asl, enti, istituzioni (in particolare scolastiche), cittadini e portatori di interesse. Mentre i *punti deboli* riguardano le carenze in particolare di personale e poi anche economiche e di strumenti; le carenze di programmazione locale e regionale; le

carenze di integrazione operative intra ed extra-Asl; l'orientamento più alla prevenzione del danno che alla promozione della salute; la mancanza di valutazioni epidemiologiche e di evidenza; la comunicazione interna ed esterna; l'assenza nel Dipartimento di un'area specifica.

Per la *sanità veterinaria* (tab. 4.8) i *punti forti* riguardano l'autorevolezza e il riconoscimento; la professionalità e la dedizione degli operatori; la capacità di gestire stati di allerta e servizi correnti anche in carenza di personale, la presenza capillare sul territorio e la disponibilità operativa h24; la presenza di un servizio sovrazonale; l'integrazione con i servizi (in particolare igiene degli alimenti). Mentre i *punti deboli* riguardano le carenze in particolare di strutture e poi anche di personale e di risorse per la formazione; l'ampia variabilità nei carichi di lavoro; l'integrazione con i servizi (in particolare igiene degli alimenti); la mancanza di *audit*.

Per l'area *alimenti di origine animale* (tab. 4.9) i *punti forti* riguardano la professionalità degli operatori e l'adeguamento a norme e il raggiungimento di standard. Mentre i *punti deboli* attengono a carenze di personale ed economiche e all'integrazione con i servizi (in particolare igiene della nutrizione).

Per l'area *allevamenti* (tab. 4.10) i *punti forti* riguardano l'adeguamento a norme e il raggiungimento di standard, mentre i *punti deboli* attengono alle carenze di personale ed economiche.

Uno *sguardo sinottico su punti forti e punti deboli delle diverse aree* è proposto nella tab. 4.11, da cui si evince la sostanziale equivalenza di forze e debolezze nell'organizzazione, nell'integrazione, nella comunicazione; il gran numero di segnalazioni, positive o negative, segnala comunque questi ambiti come criticità importanti del Dipartimento. Prevalgono i *punti forti* tra quelli "politici", nella funzionalità e negli operatori (che sono segnalati solo come punti forti), mentre sono segnalati solo come *punti deboli* risorse, clima, burocratizzazione, valutazione e assenza dell'area specifica.

I *punti forti e punti deboli locali* (tab. 4.12) sono forse di minore interesse generale, ma risultano pur sempre indica-

tivi del modo di “guardarsi dentro” e – per così dire – della “scala di valori” dei Dipartimenti.

Tra di essi, per l'*igiene degli alimenti* i *punti forti* riguardano verifiche e controlli su imprese, alimenti e bevande, acque, fitosanitari, mentre i *punti deboli* attengono a micologia e vigilanza sulle aziende alimentari; per l'*igiene della nutrizione* i *punti forti* riguardano interventi di prevenzione dell'obesità, attivazione di sportelli e ambulatori e interventi nelle scuole, mentre i *punti deboli* attengono agli interventi di educazione alimentare; per l'*igiene pubblica* i *punti forti* riguardano profilassi vaccinale e delle malattie infettive e medicina dei viaggi, mentre i *punti deboli* attengono alla comunicazione interna ed esterna e alla medicina legale/fiscale; per l'area *ambiente e salute* i *punti forti* riguardano le alghe marine, mentre non vengono segnalati *punti deboli*; per la *prevenzione delle malattie cronico-degenerative e screening* i *punti forti* riguardano varie campagne di screening tumorale, mentre non vengono segnalati *punti deboli*; per l'area *salute in ambienti di vita e di lavoro* i *punti forti* riguardano ispezioni e vigilanza in vari ambiti (agricoltura, edilizia, cantieristica navale ecc.), mentre i *punti deboli* si riferiscono a carenze nell'attuazione di disposizioni legislative; per l'*educazione alla salute* i *punti forti* riguardano interventi nelle scuole e corsi sulla celiachia e sulla sicurezza del lavoro, mentre i *punti deboli* attengono alla mancata autonomia del Dipartimento per conflitti di competenze; per la *sanità veterinaria* i *punti forti* riguardano la lotta al randagismo e alle zoonosi, mentre non vengono segnalati *punti deboli*; per l'area *alimenti di origine animale* non vengono segnalati *punti forti* né *punti deboli*; e infine per l'area *allevamenti* vengono segnalati come *punti deboli* la limitata consistenza dei capi da controllare, mentre non vengono segnalati *punti forti*.

5.1.4. *Punti forti e punti deboli per il complesso del Dipartimento*

I *punti forti per il complesso del Dipartimento* riguardano gli stessi argomenti segnalati tra i punti forti per le diverse aree (ossia attinenti a elementi “politici”, agli *operatori*, alla

funzionalità, all'*organizzazione*, all'*integrazione* delle attività, alla *comunicazione*, e a specifiche *attività locali*), con l'aggiunta della *formazione* (in termini in particolare di rapporti con le agenzie formative e di interventi di riqualificazione del personale).

I *punti deboli* per il complesso del Dipartimento sono raggruppabili in categorie analoghe a quelle dei punti forti (a eccezione della *funzionalità*, degli *operatori* e dell'*assenza*, per cui non vengono segnalati punti deboli), e con l'aggiunta – come tra i punti deboli per le diverse aree – di argomenti attinenti alle *risorse*, al *clima*, alla *burocratizzazione*, alla *valutazione* (cfr. *supra*, tab. A).

Tra i *punti forti per il complesso del Dipartimento* (tab. 4.13) vengono segnalati tra quelli “politici”, l'autorevolezza del Dipartimento e il suo radicamento sul territorio; tra quelli relativi agli *operatori*, la motivazione e lo spirito di appartenenza, la buona professionalità e la flessibilità, la multidisciplinarietà e la capacità di lavorare insieme; tra quelli relativi alla *funzionalità*, la capacità – nonostante la scarsità di risorse – di realizzare piani e obiettivi, di essere presenti capillarmente sul territorio, di rispondere alle emergenze; tra quelli relativi all'*organizzazione*, il lavoro per processi, l'articolazione, la flessibilità e l'integrazione operativa; tra quelli relativi all'*integrazione*, i livelli di sinergia con enti e istituzioni (regioni, province, comuni), con le altre articolazioni del Ssn (Arpa ecc.), all'interno della Asl (distretto), nel Dipartimento tra i servizi, con i finanziatori esterni; tra quelli relativi alla *comunicazione*, la capacità di ascolto del territorio e dell'utenza e la comunicazione esterna; tra quelli relativi alla *formazione*, le relazioni con gli enti di alta formazione e con le università; tra quelli *locali*, le attività di dietetica preventiva e gli screening oncologici.

Tra i *punti deboli per il complesso del Dipartimento* (tab. 4.14) vengono segnalati: tra quelli “politici”, la scarsa visibilità e lo scarso potere negoziale del Dipartimento nel mondo della sanità e al suo esterno, e lo scarso interesse alla prevenzione da parte dei decisori politici e gestionali; tra quelli relativi alle *risorse* – segnalati con grande ampiezza e diffusione, e talora con drammaticità di toni – la carenza

rilevantissima di risorse umane (che genera l'invecchiamento e il blocco del *turnover* degli operatori), finanziarie (con *budget* costruiti sullo storico e nuovi compiti non accompagnati da aumento delle risorse necessarie ad assolverli), strutturali (poche e mal dislocate, con conseguenti problemi di accoglienza e di *privacy*), di informatizzazione, per la formazione; tra quelli relativi all'*organizzazione*, l'incertezza politica e il rapidissimo *turnover* gestionale, l'incertezza o addirittura la confusione nei compiti e nelle attribuzioni, la scarsa spinta alla ricerca e all'innovazione; tra quelli relativi all'*integrazione*, le difficoltà di rapporti con stato, regione, province, comuni, cittadini, mondo della ricerca, portatori d'interesse, tra i servizi all'interno del Dipartimento e con il distretto e i Mmg; tra quelli relativi al *clima organizzativo*, la resistenza al cambiamento, la scarsa coesione dei dirigenti e il loro decisionismo non relazionale; un eccesso di *burocra-tizzazione*; tra quelli relativi alla *valutazione*, la mancanza di misurazioni dell'efficacia/*performances*/esiti e di rendicontazioni sociali, e la scarsa diffusione delle *best practices* e degli accreditamenti; tra quelli relativi alla *comunicazione*, le diffuse inadeguatezze della comunicazione interna ed esterna e la scarsa diffusione delle pratiche e dei servizi dedicati alla promozione della salute; tra quelli relativi alla *formazione*, la mancanza di piani *ad hoc*.

5.1.5. Considerazioni e commenti liberi

I Dipartimenti che hanno prodotto considerazioni e commenti liberi sono 11 (tab. 5.0); 8 con argomentazioni inerenti il Dipartimento, e 4 su questioni riguardanti il questionario e le griglie (un Dipartimento è intervenuto su entrambi i temi).

Per quanto concerne il *Dipartimento*, sono segnalati i problemi degli accorpamenti, la necessità di programmare valutando epidemiologicamente il rischio e misurando i risultati di salute, la riduzione delle risorse a fronte dell'aumento dei compiti, i problemi di comunicazione interna e di relazione tra i servizi, gli eccessi di burocratismo, la

necessità di una struttura specifica per la promozione della salute e di una per l'epidemiologia e la comunicazione, la necessità di sollecitare la partecipazione e il sostegno dei cittadini e di migliorare la comunicazione esterna, l'opportunità di attivare un sistema di qualità e di ritornare a redigere mappe di rischio ambientale, e infine – con un articolato contributo – la necessità di ridisegnare completamente il ruolo della disciplina sanità pubblica nelle Asl e anche al di fuori delle macrostrutture aziendali (tab. 5.1).

Per quanto riguarda *il questionario e le griglie*, i 4 Dipartimenti rispondenti invitano a una ridiscussione della definizione delle aree di intervento del Dipartimento; sollecitano a una riformulazione degli aggettivi usati nel questionario per definire le voci di risposta, e all'adozione di un sistema di rilevazione delle risposte a 5 voci; sottolineano la complessità della griglia e la necessità di una sua compilazione collettiva e condivisa nel Dipartimento e a livello regionale; e infine segnalano un certo sbilanciamento generale nello sguardo analitico a favore dell'Igiene pubblica e a scapito della Medicina del lavoro e della Veterinaria (tab. 5.2).

Tutte queste ultime segnalazioni, sia le prime tre più di dettaglio sia in particolare l'ultima più metodologica, appaiono ampiamente condivisibili; e in relazione a esse sono già stati modificati – o lo saranno per il prossimo anno – gli aspetti di questionario e griglie correlati.

5.2. Griglie di rilevazione

5.2.1. Analisi della legislazione regionale per la prevenzione

La griglia 1, dedicata alla *analisi della legislazione regionale per la prevenzione*, è stata compilata da 17 Dipartimenti (tab. 6.0). Complessivamente, sono state prodotte 102 segnalazioni di 91 leggi diverse; e ogni Dipartimento ha segnalato in media 6 leggi.

Come detto, per ogni legge segnalata, veniva richiesto nella griglia di indicare una serie di punti qualificanti, e per ognuno di tali punti – oltre che della legge *in toto* – veniva

richiesto altresì di valutare se fosse stato effettivamente applicato, e se avesse sortito degli effetti. Tali domande di valutazione “fine”, probabilmente proprio perché troppo di dettaglio, hanno trovato risposte scarse e scarsamente interpretabili. Nella prossima edizione della griglia potrebbe dunque essere probabilmente opportuno eliminarle.

Le 91 leggi segnalate possono essere raggruppate per argomento come segue (fig. 6.1):

- 47 leggi su *aspetti organizzativi* (organizzazione 23 segnalazioni, pianificazione 12 segnalazioni, semplificazione 6 segnalazioni, risorse 3 segnalazioni, rapporti con l’Arpa 3 segnalazioni), che complessivamente costituiscono poco più della metà delle segnalazioni;

- 41 leggi sulle *aree di intervento del Dipartimento* (veterinaria 18 segnalazioni, lavoro 7 segnalazioni, ambiente 7 segnalazioni, igiene pubblica 5 segnalazioni, alimentazione 4 segnalazioni), complessivamente quasi un’altra metà delle segnalazioni;

- 2 leggi sulla *formazione*;

- 1 legge sull’*edilizia*.

Il dettaglio delle leggi segnalate è riportato nella tab. 6.1.

Per quanto riguarda l’*organizzazione*, le leggi segnalate costituiscono poco più di un quarto delle segnalazioni totali, e si riferiscono in massima parte all’organizzazione interna dei Dipartimenti (funzionamento, incardinamento, articolazione in servizi, competenze ecc.). Altre segnalazioni sono dedicate a leggi sull’istituzione della rete epidemiologica e dell’Oer, e a norme per i controlli sulle strutture sanitarie.

Per la *pianificazione*, le leggi segnalate si riferiscono in particolare ai Piani sanitari regionali e ai Piani regionali della prevenzione; per quanto riguarda la *semplificazione*, in particolare al libretto sanitario, ai certificati inutili, alla polizia mortuaria; per le *risorse*, in particolare al personale; per i *rapporti con l’Arpa* in particolare alle reciproche attribuzioni e competenze.

Per quanto riguarda la *veterinaria*, le leggi segnalate costituiscono un quinto delle segnalazioni totali, e si riferiscono principalmente ai mangimi, al randagismo, all’organizzazione del settore, al controllo degli allevamenti e delle zoonosi ecc.

Per il *lavoro*, le leggi segnalate si riferiscono in particolare alla vigilanza, ai fattori di rischio e agli infortuni; per l'*ambiente* in particolare all'inquinamento atmosferico, ai fitosanitari, ai carburanti, alle piscine; per l'*igiene pubblica* in particolare alla promozione della salute, alle vaccinazioni e agli screening; per l'*alimentazione* in particolare alla sicurezza alimentare, agli alimentaristi e agli alimenti di origine animale; per la *formazione* alla formazione degli operatori, e in particolare dei direttori generali Asl; e infine per l'*edilizia*, la legge segnalata si riferisce a standard e requisiti costruttivi minimi.

I Dipartimenti che hanno risposto alla domanda sulle *altre criticità su cui intervenire normativamente* sono solo 9 (tab. 6.2). I suggerimenti riguardano innanzitutto la semplificazione (certificati ecc.) e poi la necessità di adottare una Valutazione di impatto sulla salute (Vis), di aumentare le risorse, di sviluppare promozione della salute e screening oncologici, di istituire una macroarea della prevenzione con più dipartimenti e di incrementare i controlli sulla produzione primaria.

5.2.2. *Analisi delle attività di epidemiologia della Asl*

La griglia 2, dedicata alla *analisi delle attività di epidemiologia della Asl*, è stata compilata da tutti i 23 Dipartimenti pilota (tab. 7.0).

Il dettaglio delle attività segnalate è riportato nella tab. 7.1.

Un *Registro delle cause di morte* (Recam) è presente in 19 Asl (ma in ben 12 casi i suoi risultati non sono inseriti nella programmazione/valutazione aziendale). Dunque i Recam produttivi a livello locale si riducono a 7 su 23 Asl.

Una *Relazione sullo stato di salute* (Rss) è presente in 13 Asl (ma in 3 casi i suoi risultati non sono inseriti nella programmazione/valutazione aziendale). Le Rss produttive a livello locale sono dunque 10 su 23 Asl.

Sia per Recam sia per Rss, seppure di poco, viene comunque segnalato un recepimento maggiore a livello regionale che locale.

Un *Bilancio sociale* è presente solo in 8 Asl (e in 2 casi i

suoi risultati non sono inseriti né nella programmazione/valutazione aziendale, né nella programmazione/valutazione regionale). I bilanci produttivi a livello locale sono dunque 6 su 23 Asl.

Quanto ad altre iniziative epidemiologiche, non numerose ma tutte ben recepite a livello di programmazione locale e regionale, tra i *registri di patologia* si segnalano i vari registri tumorali (complessivamente 11 segnalazioni) e i Cedap (Certificati di assistenza al parto, 4 segnalazioni); tra le *rilevazioni di rischio* quelle relative alle ondate di calore; tra le *rilevazioni delle percezioni soggettive* quelle attivate a livello nazionale (Passi e Passi d'argento, Okkio, Hbsc); e infine sono segnalate anche indagini sullo stato di salute a livello comunale, sugli incidenti domestici, sull'immunogenicità residua.

5.2.3. *Analisi dei flussi informativi della Asl*

La griglia 3, dedicata alla *analisi dei flussi informativi della Asl*, è stata compilata da tutti i 23 Dipartimenti pilota (tab. 8.0). Il dettaglio delle risposte è riportato nella tab. 8.1.

Tra i referenti proposti nella griglia, la maggior parte dei flussi complessivi, sia *in uscita* sia *in entrata*, viene segnalata con la *regione*, l'*Iss*, i *comuni*, gli *Izs* (tutti con una forte componente di flussi facoltativi). Si indica anche l'*Arpa*, con flussi ripartiti uniformemente tra obbligatori e facoltativi; mentre l'*Istat* riceve il massimo dei flussi obbligatori ma ne restituisce solo circa 2 su 3. L'*Inps* ottiene il massimo delle segnalazioni per i flussi obbligatori in entrata.

Tra i referenti identificati dai Dipartimenti e aggiunti alla griglia nella casella "altro" si segnala in particolare il *ministero della Salute*.

5.2.4. *Analisi dell'assetto organizzativo e delle risorse del Dipartimento*

La griglia 4 (tab. 9.1) è dedicata alla analisi dell'*assetto*

organizzativo e della dotazione di risorse di *personale*, di *strutture*, di *strumenti* e di *finanziamento* del Dipartimento.

La griglia è stata compilata in almeno una sua parte da tutti i 23 Dipartimenti pilota (tab. 9.0); ma tra le diverse domande si mostrano differenze di compilazione anche sensibili, che verranno qui di seguito segnalate volta per volta.

a) I 23 Dipartimenti pilota presentano una *estensione territoriale* media di circa 1.900 kmq (calcolata su 22 rispondenti), e una *popolosità* media di circa 335.000 abitanti; ma con una distribuzione ampia, che va da meno di 1.000 a più di 5.000 kmq e da meno di 100.000 a più di 1.000.000 di abitanti (fig. 9.1). La loro *densità abitativa* media è di circa 228 abitanti per kmq, con oscillazioni peraltro molto ampie (da 30 a 731 ab./kmq).

b) Un *organigramma* è stato fornito da 14 Dipartimenti (fig. 9.2.1-9.2.14); in 4 dei quali è rappresentata una territorializzazione/distrettualizzazione più o meno spinta delle attività.

“Sintetizzando” le strutture organizzative presentate negli organigrammi, si può giungere a una sorta di “*organigramma riassuntivo*” nel quale a ogni servizio possono essere accoppiate sue articolazioni, presenti nei diversi Dipartimenti in riferimento alle principali aree di intervento o centri di interesse dei servizi e in termini molto vari di Unità complesse o semplici, Unità di staff ecc. (fig. 9.2.15).

Va tenuto presente che tale sintesi è stata condotta evidentemente con qualche forzatura (per esempio, in particolare per i servizi veterinari, riconducendo al servizio in cui erano più presenti unità dedicate allo stesso ambito, ma afferenti a servizi diversi); e in generale riferendosi comunque a una struttura a sei servizi “secchi” più Direzione.

Così operando, può comunque essere segnalata l’afferenza:

- alla *Direzione del Dipartimento* di articolazioni dedicate in particolare alle *funzioni segretariali e amministrative*, all’*epidemiologia*, alla *qualità*, alla *promozione/educazione alla salute*;

- al *Sisp* di articolazioni dedicate in particolare alla *medicina legale* e alla *profilassi delle malattie infettive*;

- al *Sian* di articolazioni dedicate in particolare alla *nutrizione*;
 - allo *Spesal* di articolazioni dedicate in particolare alla *sicurezza* e all'*impiantistica*;
 - al *Siav-A* di articolazioni dedicate in particolare alle *anagrafi veterinarie*, al *randagismo* e all'*alimentazione animale*;
 - al *Siav-B* di articolazioni dedicate in particolare alla *pesca* e ai prodotti *caseari*;
 - al *Siav-C* di articolazioni dedicate in particolare agli *allevamenti* e produzioni zootecniche e al *benessere animale*.
- c) In 6 griglie non è segnalato il *profilo professionale del direttore del Dipartimento* (tab. 9.2); che nei restanti 17 Dipartimenti è indicato come medico igienista (12), medico del lavoro (4) o veterinario (1).

d) Nei 23 Dipartimenti l'*Unità di epidemiologia* è in 8 casi afferente al Dipartimento (e in 1 al Sisp) e in 8 alla Direzione generale; mentre in 1 caso è sovrazonale e in 5 casi è assente.

Il *Laboratorio di sanità pubblica* è segnalato in 21 Dipartimenti su 23 come assente. Questa domanda dovrà dunque forse essere ripensata nella prossima versione della griglia.

Va peraltro ricordato che [Carreri, in corso di stampa]:

La S.It.I. propone anche il riordino e lo sviluppo della rete dei Laboratori di sanità pubblica, almeno uno per regione, in stretta collaborazione con le Agenzie regionali di protezione dell'ambiente, con gli Istituti zooprofilattici sperimentali, con gli Istituti universitari, specie quelli di Igiene e Medicina preventiva che, in alcuni casi, sono dotati di eccellenti strutture laboratoristiche.

e) Per quanto riguarda il *personale* in organico, si sono ricevute risposte complete e attendibili solo da 9 Dipartimenti. Nell'interpretazione dei risultati occorre dunque tener conto di questa parziale limitazione numerica, pur ricordando che in questa fase i risultati dell'Oip sono prevalentemente mirati a saggiare il metodo di rilevazione oltre e più che a produrre una rappresentazione esauritiva e completa dello stato delle cose.

Analizzando dunque i dati ricevuti, si evidenzia innanzitutto una media per operatore di poco più di 1.900 abitanti (fig. 9.3.1) e di circa 8,5 kmq (fig. 9.3.2).

L'analisi della dotazione percentuale di *personale per ruolo* (sanitario, tecnico, professionale e amministrativo) sul totale del personale dei 9 Dipartimenti rispondenti è presentata nelle figg. 9.3.3-9.3.6; mentre la media delle medie di presenza percentuale del personale per ruolo è presentata nella fig. 9.3.7, da cui si evince la generale *prevalenza del personale sanitario* (circa 3/4 del personale) e la scarsità del ruolo professionale e tecnico.

La percentuale di *tecnici della prevenzione* e di *assistenti sanitari e infermieri* sul totale del personale sanitario è presentata nelle figg. 9.3.8-9.3.9; il valore medio è rispettivamente del 35,2% per i Tdp e dell'11,5% per gli infermieri. Questi valori però rispettivamente salgono al 37,6% e scendono al 9,2% se si elimina da entrambe le serie un valore che appare fuori scala (per i Tdp un 16%, quasi la metà rispetto al valore più basso della restante serie; e per gli infermieri un 30%, quasi il doppio rispetto al valore più alto della restante serie).

L'analisi della dotazione percentuale di *personale per servizio* (Direzione, Sisp, Sian, Spesal, Siav-A, Siav-B, Siav-C, altri) sul totale del personale dei 9 Dipartimenti rispondenti è presentata nelle figg. 9.3.10-9.3.16; e la media delle medie della dotazione di personale per servizio è riportata nella fig. 9.3.18, da cui si evince la *preponderanza del Sisp* (circa 1/3 del personale) anche rispetto ai tre servizi veterinari, che messi insieme assommano a circa 1/4 del personale (fig. 9.3.17).

Tra gli altri servizi/articolazioni organizzative segnalati, quando presenti la *medicina legale* occupa in media il 10% circa del personale, la *prevenzione cardiovascolare* e l'*unità impiantistica* il 6%, l'*epidemiologia* il 5% (fig. 9.3.19).

f) Per quanto riguarda *strutture, strumenti e finanziamenti* del Dipartimento e dei suoi servizi la situazione delle risposte ricevute si presenta variegata (tab. 10.0).

In particolare, per quanto riguarda la *rilevazione dei finanziamenti*, si è raccolta appena 1 griglia compilata in

modo completo e attendibile; e ciò, unitamente alle riflessioni sopra riportate (cfr. *supra*, 4.2.4) fa propendere per l'ipotesi di un profondo ripensamento di questa sezione della rilevazione.

Sono comunque segnalate da 14 Dipartimenti *modalità di finanziamento*, solo per il totale del Dipartimento, che sono ripartite a metà tra assegnazione e contrattazione.

Per le *strutture* del Dipartimento sono pervenute 12 griglie con l'articolazione numerica completa delle strutture del Dipartimento nei diversi servizi, e 5 con solo il numero totale delle strutture del Dipartimento.

In media, ogni Dipartimento pilota può contare su circa 23 *strutture edilizie*, con una media di occupazione di circa 18 *operatori per struttura* (tab. 10.1).

Il rapporto medio di *abitanti per struttura* è di 37.900 abitanti circa; peraltro, se si eliminano cinque dati fuori scala (tre che sono quasi la metà rispetto al valore più basso della restante serie, e due che sono quasi il doppio rispetto al valore più alto della restante serie) il valore scende a 22.300 *abitanti* circa (fig. 10.1).

Quanto alla localizzazione, in media il Sisp ha una presenza in circa 19 delle 23 strutture del Dipartimento, e *l'area veterinaria complessivamente* circa in 14 *strutture*. Peraltro, se si elimina un dato assolutamente fuori scala (un Sisp presente in 105 strutture) la media di *strutture in cui è presente il Sisp* scende a 11 (fig. 10.2). Operando una media delle percentuali di occupazione delle strutture da parte dei diversi servizi nei Dipartimenti pilota, il Sisp è presente approssimativamente in media nel 67% *delle strutture* disponibili per il Dipartimento, e i tre *servizi veterinari* variano *dal 45% al 24%* (fig. 10.3). Sembra comunque opportuna, per la prossima edizione della griglia, una precisazione più fine e dettagliata del termine "struttura", che eviti fraintendimenti tra sedi centralizzate, ambulatori, sportelli ecc.

Tra gli strumenti, per i *veicoli* sono pervenute 14 griglie con l'articolazione completa dei veicoli del Dipartimento nei diversi servizi, e 3 con il solo totale dei veicoli del Dipartimento.

Il rapporto medio *kmq per veicolo* è di circa 57 kmq; peraltro, se si elimina un dato fuori scala (più del doppio rispetto al valore più alto della restante serie) il valore scende a 43 *kmq* circa (fig. 10.4).

La dotazione media di *veicoli per Dipartimento* è di circa 56, circa 11 per il *Sisp* e circa 10 per il *Siav-A* (23 veicoli complessivamente per l'area veterinaria) (fig. 10.5); mentre operando una media delle ripartizioni percentuali dei veicoli tra i diversi servizi dei Dipartimenti, il *Siav-A* è dotato in media del 22% dei veicoli del Dipartimento, il *Sisp* del 19% (fig. 10.6).

Quanto alle *dotazioni informatiche*, sono pervenute 19 risposte complete, nelle quali sono segnalati in media per il totale del Dipartimento circa 6 *operatori per pc*, mentre una media delle medie di dotazione degli altri servizi nei vari Dipartimenti pilota segnala la Direzione come la più fornita di strumentazioni informatiche, e il *Sisp* come il meno fornito. L'*informatizzazione* è segnalata come presente in 14 su 19 Dipartimenti rispondenti (tab. 10.1).

5.2.5. *Analisi delle attività preventive della Asl*

La griglia 5 è dedicata alla *analisi delle attività preventive della Asl*, ed è stata compilata da 17 Dipartimenti (tab. 11.0), che hanno prodotto 526 segnalazioni di 514 attività diverse; con una media di 31 interventi indicati per Dipartimento (tab. 11.1).

Gli interventi segnalati si riferiscono prevalentemente alle vaccinazioni, agli infortuni sul lavoro, alla formazione, alla promozione della salute nelle scuole, alla promozione della nutrizione corretta (tab. 11.2).

Tra le *articolazioni organizzative Asl responsabili*, da sole o in collaborazione, degli interventi segnalati, prevale il *Sisp*, con oltre il doppio di segnalazioni rispetto al valore del servizio tra i restanti con le segnalazioni più alte. In 72 casi non è segnalato alcun responsabile; ma tali segnalazioni "in bianco" potrebbero forse verosimilmente essere considerate come segnalazioni di responsabilità operativa del Dipartimento nel suo complesso (fig. 11.1).

Raggruppando in classi la *numerosità dei cittadini coinvolti* risalta la prevalenza di interventi rivolti a *meno di 1.000 soggetti* (fig. 11.2). Peraltro, la numerosità non è stata segnalata in 239 (ossia nel 45%) degli interventi segnalati; e alcune segnalazioni – che sono state raggruppate sotto la dizione “altro”, e il cui dettaglio è mostrato nella fig. 11.3 – sembrano peraltro di non immediata interpretazione.

Tali rilievi, unitamente alle considerazioni già in precedenza riportate (cfr. *supra*, 4.2.5), potrebbero forse giustificare un ripensamento circa l'opportunità di mantenere la domanda sulla numerosità nella prossima edizione della griglia.

Gli *specifici interventi* segnalati nelle 38 aree proposte nella griglia sono presentati nella tab. 11.3, nella quale le segnalazioni sono state fedelmente riportate così come sono giunte dai Dipartimenti pilota, avendo comunque cura di eliminare eventuali riferimenti al territorio (per esempio “Bari” è diventato “comune”, “Puglia” “regione”, e così via), che non sembravano aggiungere molto alla rappresentatività generale del dato. Sono anche state eliminate le segnalazioni di interventi episodici quali interviste, comunicazioni a congressi ecc., e i riferimenti a progetti epidemiologici nazionali già segnalati (Passi ecc.); mentre sono state riportate le segnalazioni di interventi e progetti epidemiologici a livello locale, o nazionali non in precedenza indicati.

Alcune delle segnalazioni peraltro non appaiono di interpretazione immediata; andrà dunque sottolineata nella prossima versione della griglia la necessità di esplodere le sigle (come per esempio: “Samba”, Sorveglianza attività motoria bambini) e chiarire i contenuti degli interventi, oltre le denominazioni (come per esempio: “Mettiamoci in moto”, intervento di promozione attività fisica negli anziani).

Nelle tabelle, le segnalazioni sono mantenute nell'area tematica nella quale sono state inserite dai compilatori (anche se talvolta sarebbe stato preferibile l'inserimento in un'altra area). Andrà a questo proposito valutata l'opportunità di mantenere l'attuale possibile sovrapposizione di ambiti nelle aree di raccolta delle segnalazioni, o di disegnare piuttosto – anche sulla scorta delle indicazioni desumibili dalle indicazioni giunte quest'anno – delle aree

mutuamente esclusive; sanando anche la sovrapposizione tra modello di attività (screening, educazione alla salute ecc.) e ambiti di intervento (malattie infettive, incidenti domestici ecc.) nella definizione delle aree.

- Nell'area *prevenzione ambientale* (tab. 11.3.1) gli interventi indicati riguardano prevalentemente vigilanza sulle strutture e sull'abitato e sorveglianza ambientale (con segnalazioni specifiche per radon, amianto, campi elettromagnetici), formulazione di pareri e redazione di regolamenti e linee guida, pianificazione e studi epidemiologici.

- Nell'area *educazione alla salute* (tab. 11.3.2) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente tabagismo, migranti, sicurezza stradale, attività fisica, vaccini, rischi lavorativi.

- Nell'area *promozione della salute nelle scuole* (tab. 11.3.3) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente tabagismo, nutrizione, attività fisica, e poi sessualità, tossicodipendenze, comportamenti a rischio, incidenti domestici, stradali e sul lavoro.

- Nell'area *formazione* (tab. 11.3.4) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente tabagisti, utilizzatori di fitosanitari, micofili, tatuatori e piercer, alimentaristi, personale sanitario (epidemiologia, promozione ed educazione alla salute, necropsopia, vaccinazioni, medicina dei viaggi).

- Nell'area *prevenzione materno/infantile* (tab. 11.3.5) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente promozione ed educazione alla salute, assistenza consultoriale e visite in gravidanza e neonatali, registri di patologia.

- Nell'area *vaccinazione* (tab. 11.3.6) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente campagne vaccinali obbligatorie, facoltative e internazionali, miglioramento della qualità dei processi vaccinali, rilevazioni di gradimento e degli eventi avversi, verifica dello stato immunitario.

- Nell'area *screening* (tab. 11.3.7) gli interventi indicati – a parte una segnalazione di screening antitubercolare – riguardano prevalentemente i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto, cui sono già dedicate delle aree di rilevazione specifiche (cfr. *infra*, 11.3.14, 11.3.15, 11.3.16). Nella prossima edizione della griglia sarà dunque

forse opportuno ridenominare l'area screening come "screening non oncologici", o eliminarla del tutto.

- Nell'area *prevenzione malattie infettive* (tab. 11.3.8) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente vaccinazioni (per cui esiste un'area specifica, cfr. *supra*, 11.3.6) e notifiche, indagini epidemiologiche e ambientali; con citazioni specifiche per arbovirosi, legionellosi, Tbc, leishmaniosi.

- Nell'area *prevenzione cardiovascolare* dedicata alla *carta del rischio* (tab. 11.3.9) sono segnalati 5 interventi di approntamento della carta.

- Per l'area *prevenzione cardiovascolare*, in quella dedicata specificamente alla *prevenzione dell'obesità donna e del bambino* (tab. 11.3.10) gli interventi segnalati riguardano soprattutto promozione dell'attività fisica, dietetica e dietetica scolastica, attività ambulatoriale e promozione di abitudini corrette; in quella dedicata alla *prevenzione delle complicanze del diabete II* (tab. 11.3.11) i due interventi indicati riguardano appropriatezza diagnostica e promozione della salute; in quella dedicata alla *prevenzione delle recidive* (tab. 11.3.12) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente *counselling*, formazione dei Mmg, promozione della salute; mentre in quella dedicata alla *prevenzione cardiovascolare: altro* (tab. 11.3.13) non sono segnalati interventi.

- Nelle aree *prevenzione tumori del seno* (tab. 11.3.14), *prevenzione tumori della cervice uterina* (tab. 11.3.15), *prevenzione tumori del colon retto* (tab. 11.3.16) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente attività di screening; mentre nell'area *prevenzione tumori: altro* (tab. 11.3.17) sono evidenziati due interventi di promozione della salute.

- Nell'area *prevenzione altre malattie cronicodegenerative* (tab. 11.3.18) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente promozione dell'attività fisica, screening, attività ambulatoriale, promozione della salute.

- Nell'area *prevenzione incidenti stradali* (tab. 11.3.19) gli interventi segnalati riguardano per lo più promozione della salute verso le scuole e la popolazione generale, e verso categorie specificamente riguardate (Polizia stradale, autotrasportatori, autoscuole).

• Nell'area *prevenzione incidenti domestici* (tab. 11.3.20) gli interventi segnalati riguardano in prevalenza formazione nelle scuole, università della terza età, centri anziani e poi promozione dell'attività fisica, visite domiciliari, promozione della salute.

• Nell'area *prevenzione infortuni sul lavoro* (tab. 11.3.21) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente lotta all'alcolismo, vigilanza nei luoghi di lavoro, educazione e promozione della salute, formazione, statistiche ed epidemiologia, sportelli informativi, visite degli apprendisti.

• Nell'area *prevenzione delle malattie professionali* (tab. 11.3.22) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente vigilanza, educazione alla salute, attività di polizia giudiziaria, verifica di protocolli e regolamenti.

• Nell'area *prevenzione mobbing* (tab. 11.3.23) sono segnalati due interventi di istituzione di appositi organismi referenti.

• Nell'area *promozione della nutrizione corretta* (tab. 11.3.24) gli interventi segnalati riguardano soprattutto promozione della salute – in particolare a livello comunale e nelle scuole, valutazione dei menù delle mense, sportelli di consulenza e ambulatori.

• Nell'area *tutela degli alimenti di origine animale* (tab. 11.3.25) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente formazione dei ristoratori e controlli di salubrità.

• Nell'area *tutela degli alimenti di origine vegetale* (tab. 11.3.26) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente sorveglianza micotossine e fitosanitari, controlli e campionature, formazione, tutela dei celiaci.

• Nell'area *tutela dell'acqua potabile* (tab. 11.3.27) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente campionamenti e monitoraggio, pareri autorizzativi e verifica strutture e infrastrutture.

• Nell'area *tutela delle acque di balneazione* (tab. 11.3.28) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente la vigilanza sulle piscine.

• Nell'area *tutela della salute mentale* (tab. 11.3.29) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente comportamento alimentare, prevenzione patologie diverse (depres-

sione, autismo ecc.), interventi scolastici e prevenzione dello stigma e della discriminazione.

- Nell'area *prevenzione handicap* (tab. 11.3.30) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente screening neonatali, riabilitazione, attività fisica, barriere architettoniche.

- Nell'area *prevenzione dipendenze patologiche* (tab. 11.3.31) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente tabagismo e tossicodipendenze.

- Nell'area *tutela della fragilità* (tab. 11.3.32) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente tutela dei migranti (mediazione culturale, supporto medico-psichiatrico ai torturati, vaccinazioni ecc.), anziani (attività fisica, sorveglianza delle ondate di calore, telemedicina), soggetti senza fissa dimora.

- Nell'area *tutela della salute dei reclusi* (tab. 11.3.33) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente tumori, incidenti, Tbc, vaccinazioni, screening, controlli sui pasti offerti.

- Nell'area *tutela delle attività sportive* (tab. 11.3.34) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente controlli sanitari, visite mediche e certificazioni, controlli degli impianti.

- Nell'area *tutela dei viaggi/aeroporti/porti* (tab. 11.3.35) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente l'istituzione di centri e ambulatori, consulenze, vaccinazioni, promozione della salute.

- Nell'area *farmacovigilanza* (tab. 11.3.36) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente effetti avversi delle vaccinazioni e audit clinico.

- Nell'area *prevenzione dei rischi clinici e ospedalieri* (tab. 11.3.37) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente infezioni ospedaliere, rischio biologico, sicurezza nelle sale operatorie.

- Nell'area *altro* (tab. 11.3.38) i due interventi segnalati riguardano visite fiscali e profilassi delle malattie del bestiame.

Nella griglia 5 era infine richiesto di indicare, per ogni intervento segnalato, se fossero stati formalizzati chiari obiettivi di salute, e se fossero state effettuate indagini epi-

demiologiche pre intervento e rilevazioni di risultati operativi, di effetti di salute e di effetti di gradimento.

Su 526 interventi segnalati, per 364 (ossia il 69%) è stata fornita almeno un'indicazione su una delle valutazioni di contesto degli interventi testè riportate.

Le risposte sono fortemente positive per l'indicazione di *obiettivi di salute* e la rilevazione di *risultati operativi*, di livello meno elevato per la presenza di *indagini epidemiologiche pre intervento*, e insoddisfacenti per la rilevazione degli *effetti di salute e di gradimento* (tab. 11.4).

6. Interpretazione dei risultati

L'interpretazione dei risultati di quest'anno dell'Oip va condotta tenendo ben presente che ci si riferisce a *dati esigui, e raccolti senza pretese di rappresentatività statistica*, che possono dunque fornire suggestioni o indicazioni di massima, ma sui quali *non è possibile costruire rappresentazioni o inferenze generali*.

6.1. Quattro "nodi"

6.1.1. Integrazione e comunicazione

Un elemento di assoluto interesse correlato al lavoro dell'Oip di quest'anno è che il questionario e le griglie di rilevazione sono stati già utilizzati da diversi colleghi dei Dipartimenti pilota, prima dell'uscita di questo *Rapporto*, non solo per fornire le risposte alle questioni poste dall'Oip, ma mettendoli al centro di iniziative collettive attraverso le quali tutti gli operatori dipartimentali, variamente interrelandosi, hanno compiuto dei veri e propri *check* delle attività.

Ciò che questi colleghi hanno sperimentato e segnalato è infatti che l'Oip, anche a prescindere dalle sue finalità generali di confronto nazionale, può dimostrarsi uno strumento utilissimo e in larga misura innovativo per un ragionamento

organizzativo collettivo *all'interno dei Dipartimenti*; per sapere l'uno "cosa fa" l'altro e tutti insieme "cosa si fa" nel territorio; per fare attenzione o addirittura per scoprire aspetti del lavoro cui non si pensava o dei quali non ci si rendeva conto; per porsi insieme le domande che abitualmente non ci si pone e per suscitare altre che è opportuno farsi; per uscire dalla logica del puro intervento routinario e riflettere sul senso complessivo del proprio impegno; per prendere coscienza di necessità operative talora trascurate (dall'epidemiologia alla rilevazione del gradimento ecc.)...

I colleghi hanno indicato cioè gli strumenti dell'Oip come strumenti utili per esperienze di "*autoanalisi organizzativa*" del Dipartimento; e anche come possibile base per eventuali ulteriori approfondimenti locali di conoscenza e progettualità, in un movimento che coinvolga tutti gli operatori, nella più ampia *metadisciplinarietà*.

Ossia come un coagulo per far saltare, nella sottolineatura della finalizzazione comune, le demarcazioni disciplinari e le "guerre per bande" in cui talora si affaticano singoli specialisti e talvolta anche società scientifiche; e che rischiano di trasformarsi in "guerre tra poveri", per spartirsi fette sempre più piccole di autonomia di fronte alla progressiva chiusura del sistema sanitario alle istanze complessive della prevenzione.

La forte tensione all'integrazione culturale, operativa e in larga parte umana e relazionale è dunque il primo, più diffuso e forse più importante nodo messo in rilievo dai risultati di queste iniziali rilevazioni dell'Oip; nel convincimento – evidentemente largamente vissuto nei servizi, oltre che di assoluta evidenza culturale – che [Collegio operatori della Società italiana di igiene, in stampa] «l'integrazione professionale rappresenta "teoricamente" una delle ragioni fondamentali della organizzazione del lavoro in Dipartimenti»; e che [Documento S.It.I., in corso di stampa]:

Il Dipartimento di prevenzione costituisce l'asse portante e il nodo strategico di una più forte e valida collaborazione tra le strutture, i servizi e le unità operative, interni ed esterni all'azienda sanitaria, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini.

In tale ottica di indispensabilità dell'integrazione vi è nei Dipartimenti pilota una diffusa consapevolezza della crucialità assoluta della *comunicazione*, in tutte le sue accezioni: interpersonale tra colleghi e verso utenti, cittadini e portatori d'interesse, con l'associazionismo e il territorio, tra servizi dipartimentali e con tutte le unità organizzative Asl, con le istituzioni sanitarie territoriali e nazionali, con università e agenzie formative, con le diverse articolazioni territoriali e funzionali dello stato; come è dimostrato tra l'altro dall'alta intensità e dall'alto numero di flussi informativi e di tavoli formali di lavoro comune attivati.

A tale riconoscimento di centralità della comunicazione nelle attività preventive contribuisce oltretutto la consapevolezza che anche attività tradizionalmente lontane da esigenze comunicative, quali per esempio vigilanza e controllo, si trasformano oggi sempre più in imperdibili occasioni di relazione informativa e formativa, educativa e promozionale.

Viene peraltro segnalato dagli operatori dei Dipartimenti pilota come un grave limite la mancanza – e come una importante risorsa la presenza – di visibilità e riconoscimento dei Dipartimenti e dei loro dirigenti e operatori (che si costruisce soprattutto con strategie comunicative); e vengono stigmatizzati il clima organizzativo gerarchico e non relazionale, e la carenza nel proporre valutazioni di gradimento ai cittadini (che sono frutto entrambi di evidenti carenze comunicative).

6.1.2. Risorse

La *scarsità assolutamente drammatica di risorse* è il *secondo nodo* che emerge con grande chiarezza dalle segnalazioni, anche a una loro rapida scorsa (e in particolare da una analisi delle segnalazioni di punti forti e punti deboli).

A fronte di compiti che aumentano, diminuiscono gravemente le risorse, e in particolar quella più cruciale, ossia il personale; che è segnalato come di età avanzata e a basso turnover. A ciò fa fronte una capacità e una dedizione degli operatori (e una funzione di guida e stimolo dei dirigenti)

vista come risorsa cruciale; che giunge nonostante tutto a produrre buoni risultati di funzionalità per i servizi, con interventi efficaci, efficienti e graditi (il tutto ovviamente come sensazione degli operatori, più che come risultato di rilevazioni); pur con qualche eccezione per Educazione alla salute e Ambiente e salute, probabilmente generate da situazioni locali.

Occorre tener presente naturalmente che tale visione è generata da uno sguardo del personale su se stesso, e che quindi può essere influenzata da autoindulgenza e auto-compiacimento. Non è però senza significato in particolare che gli operatori – in un'importante assunzione di responsabilità – identifichino le proprie eventuali competenza, abnegazione, flessibilità, capacità di collaborazione come quella importantissima chiave di volta per l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione dipartimentale che studi e acquisizioni della scienza aziendale internazionale dimostrano effettivamente che essa sia.

Le segnalazioni della carenza di risorse sono ampie e dettagliate, e riguardano oltre al personale, anche le risorse per la formazione, quelle strutturali (mancanza di spazi come diminuzione della possibilità di offrire *privacy* e accoglienza) ed economiche.

6.1.3. *Organizzazione*

La *necessità di chiarezza nell'assetto organizzativo del Dipartimento* è il *terzo nodo* che si può evidenziare nei risultati dell'Oip.

Nonostante si tenda talora a sottovalutare l'importanza della configurazione organizzativa del Dipartimento rispetto al conseguimento sostanziale di risultati operativi purchessia, da chiunque e comunque prodotti, gli operatori dei Dipartimenti pilota sembrano invece sottolineare con forza come gli uni rimangano nonostante tutto in larga misura funzione dell'altra.

Vengono segnalati infatti come gravi ostacoli al lavoro l'assenza di un formale delineamento organizzativo e legisla-

tivo dei compiti (le leggi segnalate nella griglia 4 sono in massima parte leggi di organizzazione), la frammentazione degli interventi tra diversi referenti e la confusione delle competenze, la mancanza di uno sguardo chiaro e unitario sul lavoro, la scarsità di standardizzazioni e protocolli condivisi: insomma, la mancanza di una normazione legislativa e organizzativa di quella integrazione cui si è appena fatto cenno.

Va notato però che il contributo di immaginazione normativa richiesto ai Dipartimenti nella griglia 1 ha prodotto risultati non completamente soddisfacenti (tranne la segnalazione, in qualche modo attesa, della necessità di semplificazione burocratica e dell'eliminazione delle prassi obsolete); come pure non ha trovato grande rispondenza la sollecitazione a identificare anche leggi non sanitarie tra le norme che più influiscono sulla salute dei cittadini e sulle possibilità di prevenzione. Quella alla creatività riorganizzativa (e quella al saper guardare ai moventi fondamentali della salute e della malattia, fuori dalle angustie autoreferenziali dei servizi) sembra invece una sfida cruciale da assumere per Dipartimenti che vogliano avere una voce importante nel decidere del proprio destino (e spostarsi sempre più verso gli interventi più risolutivi di prevenzione primaria ed eziologica).

Se i Dipartimenti pilota segnalano poi l'ovvio disorientamento proveniente da un turnover nella dirigenza gestionale e politica delle Asl, vorticoso più ancora che accelerato, ciò che pare ancora più preoccupante per gli operatori quanto a funzionalità dell'organizzazione è la mancanza di una pianificazione delle attività, che lascia spazio a una burocratizzazione autoreferenziale degli interventi; e la mancanza in generale di valutazione dei risultati del lavoro, e in particolare la mancanza di valutazioni fondate su dati di salute (mancanze da mettere in relazione alle carenze dell'epidemiologia, segnalate nelle griglie 2 e 5, e alla segnalazione dell'alta necessità di approfondimenti epidemiologici), su dati di gradimento (da mettere in relazione alle carenze segnalate nelle prassi comunicative con cittadini e utenti), e su *audit* e *best practices* (che rimandano ancora una volta alla necessità di integrazione e confronto).

6.1.4. *Promozione della salute*

Analizzando il quadro generale degli oltre 500 interventi segnalati dai Dipartimenti pilota, si rimane innanzitutto colpiti dalla loro eterogeneità; che spazia dagli studi e dalla sorveglianza epidemiologica alla redazione di progetti e piani d'azione, dalla formazione alla mediazione linguistica, dalle visite mediche e dall'attività ambulatoriale alla fisioterapia riabilitativa e preventiva ecc.

Come accennato presentando i risultati della griglia 5, tra tali interventi la maggiore frequenza di segnalazioni è quella per l'area vaccinazioni. C'è da considerare però che su tale dato si può scaricare una certa consuetudine e facilità nel registrare e segnalare gli interventi vaccinali, e anche un certo loro effetto di moltiplicazione (vaccinazione antinfluenzale: 1 intervento, vaccinazione Mpr, un altro intervento ecc.); mentre altri interventi nel settore che non siano la mera somministrazione e riguardino invece aspetti di metodo e contesto (verifica dello stato immunitario, verifiche di qualità ecc.) sono meno segnalati.

Sembra invece manifestarsi con grande evidenza – accanto alle più tradizionali attività di vigilanza e controllo, e fino a costituire in qualche modo un *quarto nodo* che emerge dalle rilevazioni dell'Oip – la presenza diffusa di interventi di *promozione della salute* di varia natura e argomento, ma che condividono con la formazione, l'educazione alla salute, il *counselling*, l'informazione ai cittadini, l'essere *basati sullo strumento comunicazione*; e che attraversano trasversalmente la gran parte delle aree, fino a evidenziarsi come il metodo di prevenzione probabilmente più usato e più fortemente segnalato come punto qualificante delle attività.

Del resto tale orientamento dei Dipartimenti pilota trova un riscontro importante nelle acquisizioni scientifiche internazionali; la promozione della salute, infatti, «come emerge dai documenti scientifici e strategici delle principali agenzie sanitarie internazionali, costituisce la *mission* per eccellenza dei Dipartimenti di prevenzione» [Collegio operatori della Società italiana di igiene, in corso di stampa].

6.2. Dal Dipartimento “medio” agli standard e alle linee guida

La costruzione di una sorta di ipotesi di “Dipartimento medio”, basandosi sui dati – peraltro non sempre completi – provenienti dai 23 Dipartimenti pilota, è evidentemente per quest’anno un’ipotesi non praticabile per l’Oip.

Ma anche se si avesse – o quando si avrà – a disposizione un universo statistico rappresentativo di tutto il territorio nazionale, i dati medi che ne potrebbero derivare non costituirebbero naturalmente ancora uno standard, ma piuttosto una fotografia dell’esistente.

Disporre di tale fotografia sarebbe peraltro utilissimo; e in primo luogo perché l’esistente, per quanto possa apparire strano, non pare completamente conosciuto.

Travolti forse dalle emergenze, dalle urgenze legislative, dalle pressioni di varia natura, dalla stessa forza della routine, non è raro riscontrare come nei Dipartimenti la conoscenza anche di dati organizzativi basali non sia diffusa come ci si attenderebbe (nelle risposte pervenute, talvolta non solo alcuni aspetti della dotazione di risorse, ma addirittura anche estensione territoriale e popolosità sono stati comunicati con qualche incertezza o approssimazione...).

La conoscenza completa e attendibile di tali dati serve invece a poter effettuare incroci di efficienza ed efficacia, calcoli di carichi di lavoro ecc.; insomma, serve a poter rispondere intanto ai classici quesiti sul *chi - fa che cosa - perché - come - quando - dove - quanto - con quale impiego di risorse - con quali risultati di efficienza, di salute e gradimento*; per poter poi organizzare sempre meglio il lavoro, anche in termini di fissazione di standard, parametri, protocolli, linee guida.

Le risposte ai suddetti quesiti classici, che in tutte le aziende commerciali sane costituiscono la base di ogni agire, sembrano invece di difficile produzione in una Asl o in un Dipartimento.

Eppure, anche per questioni complesse e delicate come le dotazioni finanziarie, da uno dei Dipartimenti pilota sono arrivate quest’anno risposte assolutamente accurate e complete; e così, anche per tutte le altre griglie, almeno un

Dipartimento (anzi, sempre più d'uno, come riferito illustrando i risultati) ha fornito risposte perfette e attendibili: ciò fa pensare dunque che un'eventuale mancanza di risposte possa riferirsi non tanto a una difficoltà insormontabile o a un'impossibilità assoluta nel fornirle, quanto a carenze di tempo, di determinazione o di organizzazione nel procurarsele. Questa convinzione dovrà essere tenuta ben presente, in generale, nel momento in cui verrà preparata la prossima versione delle griglie, per evitare di essere frettolosi nell'eliminazione di quesiti con pochi rispondenti.

Nello specifico poi, i dati raccolti quest'anno – ben lunghi comunque, va ancora ripetuto, dal rappresentare altro che medie grezze e non coordinate (perché provenienti da universi statistici di rispondenti volta per volta diversi) di un *pool* eterogeneo di Dipartimenti – possono delineare a ogni modo un Dipartimento vasto circa 1.900 kmq e con circa 330.000 abitanti; con una struttura edilizia ogni 20.000 abitanti circa, con una rete informatica e dotato di 1 pc ogni 6 operatori circa, con un veicolo ogni 50 kmq circa, e con un operatore (cinquantenne o ultracinquantenne) ogni 2.000 abitanti e 8,5 kmq circa; operatori nella loro stragrande maggioranza dotati di un contratto stabile di lavoro, con una prevalenza del personale di ruolo sanitario di 3/4 del totale (di cui più di 1/3 Tdp e circa 1/10 assistenti sanitari e infermieri), allocati per 1/3 nel Sisp e per 1/4 nei servizi veterinari; e con una dotazione strutturale e strumentale allocata in modo grosso modo analogo.

Un Dipartimento inserito in una Asl con un direttore generale in carica da meno di 2 anni, e diretto da un Medico igienista in carica da oltre 7 anni, senza una certificazione modello *Iso9000*, con i sei servizi dotati di alcune articolazioni dedicate ad ambiti di intervento specifici, più altre articolazioni organizzative dipartimentali trasversali dedicate a funzioni amministrative, epidemiologia, qualità, promozione della salute/educazione alla salute. Un dipartimento impegnato in molti progetti (circa 10), e che attua molti interventi (31), che riguardano prevalentemente gruppi non numerosissimi di popolazione (meno di 1.000 abitanti).

7. Possibili ricadute e sviluppi delle attività dell'Oip

7.1. Organizzazione sanitaria, economia sanitaria, Ebp

L'enfasi posta fin dalla sua impostazione iniziale sul metodo partecipato di costruzione e funzionamento dell'Oip si giustifica anche in ragione di quello che è probabilmente *il più importante tra i suoi risultati attesi*: ossia la possibilità di portare un contributo al disegno di *un'ipotesi di Dipartimento forte e condivisa*, e che in maniera forte e condivisa possa essere proposta ai referenti istituzionali e politici del Ssn.

Ridefinire in maniera univoca e unitaria la natura dell'impegno del Dipartimento è un'esigenza non solo sentita dagli operatori della prevenzione e dalle loro società scientifiche, ma anche segnalata a livello organizzativo/istituzionale.

Nell'Accordo stato-regioni si legge infatti:

A questo proposito è necessario ricordare che il Dpr 14 gennaio 1997, che ha approvato i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie, non ha previsto alcun requisito per il Dp. La maggior parte delle Regioni che hanno successivamente prodotto documenti e deliberato leggi in tema di accreditamento regionale seguendo le indicazioni del Dpr, non hanno a loro volta contemplato requisiti specifici per il Dp.

La definizione di “che cosa è” e “che cosa fa” il Dipartimento può passare dunque attraverso quel confronto tra le diverse esperienze e i diversi “mondi” della prevenzione italiana cui in precedenza si accennava (cfr. *supra*, 2), e per il quale l'Oip potrebbe porsi come localizzazione comune e sintesi per le *diverse esperienze geografiche* e per le *differenti appartenenze professionali*.

Ma per un impegno così “alto”, politico e articolato, allora, non si tratta tanto o solo di attivare un *benchmarking* di modello aziendalistico; *non si tratta cioè di pesare e comparare rigidamente quantità, ma di interrogarsi reciprocamente sulla qualità*; riaffermando così operativamente,

peraltro, anche la convinzione che la salute-qualità non si possa rappresentare in maniera soddisfacente con dati sulla sola quantità-servizio.

Quello che conta dunque, in particolare in questa prima fase della costruzione dell'Oip, non è tanto o solo approntare una batteria di indicatori più attendibile e approfondita possibile, quanto cercare di orientarne fin d'ora coerentemente i risultati; come sempre, ciò che decide della validità di un sistema di rilevazione non è tanto o solo l'ampiezza e l'attendibilità dei risultati, quanto soprattutto il loro uso e la loro finalizzazione, ossia la loro *capacità di determinare cambiamenti*.

Del resto, uno splendido rapporto inascoltato equivale a nessun rapporto; mentre, come insegna anche l'epidemiologia delle epidemie, nelle fasi critiche possono essere cruciali anche rilevazioni *dirty and rough*, ma che consentano di andare avanti e puntare all'obiettivo finale.

Dunque, nella fase critica che oggi la prevenzione e soprattutto i Dipartimenti stanno attraversando, prima e oltre che una didascalica descrizione delle loro attività può essere utile cercare di *costruire uno strumento che su tale fase critica possa incidere*, puntando a sollecitare una *soggettività attiva di tutti gli operatori* che consenta di porre da subito in maniera forte e condivisa al corpus della Sanità pubblica italiana e poi al corpus istituzionale e civile del nostro Paese la questione politico/istituzionale della prevenzione, e degli interventi e del contesto organizzativo più idonei a produrla, definendone e autovalutandone la qualità, e *rilanciando il dibattito su cosa è e cosa dovrebbe essere il Dipartimento*.

Si tratta evidentemente di un impegno di lunga lena per un obiettivo di non poco rilievo, che potrà forse essere conseguito solo quando l'Oip si sarà radicato in profondità nel sentire e nella prassi degli operatori dei Dipartimenti; ma le cui basi vanno impostate da subito, per costruire una presenza che serva da coagulo e da moltiplicatore concentrico dell'esperienza stessa.

Ovviamente, lungo la strada di tale costruzione, e a mano a mano che l'Oip consoliderà la sua struttura e potenzierà le sue capacità di intervento, non solo procederà in

parallelo un necessario allargamento, approfondimento, miglioramento delle rilevazioni proposte e della qualità dei dati raccolti; ma tale raccolta potrebbe anche costituire, per singoli ricercatori, mondo accademico e professionale e istituzioni, una base utile per *approfondimenti ed estensione dei tagli visuali sulla prevenzione*.

Sulle consapevolezze via via costruite nell'Oip, e sulle pratiche preventive a mano a mano segnalate dagli operatori come le più rilevanti, potrebbe cioè essere fondata una serie di studi e iniziative di ricerca, per esempio in tre ambiti principali.

a) Studi di *organizzazione sanitaria*, quali per esempio lavori che comparino efficacia/efficienza dei diversi interventi preventivi quando sono coordinati dai Dipartimenti e quando non lo sono, o gli eventuali vantaggi operativi di avere nel Dipartimento il fulcro di tutte le attività preventive dell'Asl.

O anche lavori che ipotizzino strumenti e modelli di rilevazione – oltre che delle diverse attività preventive svolte – anche delle risorse necessarie per poterle condurre, e dei risultati di salute e gradimento che ne vengono determinati [Calamo Specchia 2009]; fondandoli in un monitoraggio di processi ed esiti dell'assistenza dei quali nessuno può render conto più e meglio delle condizioni oggettive (epidemiologia) e delle percezioni soggettive (comunicazione) dei cittadini.

La necessità in particolare della rilevazione degli effetti di salute è in qualche modo richiamata anche nell'Accordo stato-regioni, in cui si legge:

La definizione dell'impatto atteso sulla salute dovrebbe essere parte integrante sia della definizione degli obiettivi (ai diversi livelli descritti in precedenza) sia della fase di declinazione operativa degli obiettivi stessi (accordo/intesa, progettazione, attuazione).

Ciò potrebbe fungere da stimolo all'attivazione nelle Asl di un *sistema epidemiologico (per la rilevazione della salute) e di un sistema comunicativo (per la rilevazione del gradimento) sempre più potenti e raffinati*; e d'altra parte potreb-

be servire a cercare di sostanziare e precisare (e dunque rendere “spendibile”) la generica lamentazione sulla scarsità di risorse, studiando per esempio i modi per un *incrocio delle evidenze contenute nei risultati dell’Oip a proposito di risorse (griglia 3) e di attività (griglia 5)*.

b) Studi di *economia sanitaria*, che riempiano la carenza di analisi in precedenza segnalata (cfr. *supra*, 2), e si occupino in particolare di verificare e sostanziare la correttezza del classico adagio sul “prevenire è meglio di curare” anche dal punto di vista finanziario; quali per esempio studi sui *risparmi di costi diretti e indiretti indotti dalle diverse attività preventive segnalate dall’Oip come massimamente rilevanti e diffuse*.

Una dimostrazione della sua *preferibilità economica* (oltre che etica ed epidemiologica) potrebbe costituire infatti per la prevenzione un *atout* importante, che aiuterebbe a promuoverne pratica e immagine, e a compensare in parte le spinte negative che le provengono dall’essere articolata in attività generalmente non “spettacolari”, di effetti sanitari rilevabili non a breve scadenza, a bassa componente tecnologica – tranne la medicina preventiva – e dunque non particolarmente sostenute da interessi commerciali o suggestioni mediatiche.

Quello della prevenzione potrebbe costituire dunque un buon campo perché si affermi la necessaria originalità e autonomia di visione di economisti sanitari consapevoli della natura specifica della Sanità pubblica, nella quale la produzione del bene meritorio *salute* è la variabile indipendente che deve necessariamente far aggio sulla variabile dipendente *spese*; e nella quale dunque i lavori sui *costi* finanziari delle attività potrebbero essere per esempio affiancati da quelli sui *risparmi* di risorse, finanziarie e non solo, a esse connesse.

c) Studi di *Ebp, prevenzione basata sull’evidenza* [Baldasseroni, Faggiano e De Belvis 2010], la cui necessità è peraltro rimarcata fortemente in tutto l’Accordo stato-regioni, che si pongano l’obiettivo di identificare le attività e le pratiche di prevenzione di cui è dimostrabile o dimostrata l’utilità e l’efficacia (o al contrario l’inutilità o l’inefficacia); e che possono trovare nell’Oip e negli interventi preventivi che

TAB. B. *Scadenze temporali Oip 2012*

Ottobre/novembre 2011	Presentazione <i>Rapporto 2011</i>
Dicembre/gennaio 2012	Incontri regionali con i Dipartimenti per la presentazione di questionario e griglia 2012
Aprile/maggio 2012	Incontri regionali con i referenti Oip per la riconsegna dei risultati della rilevazione

l'Oip evidenzia come i più praticati nei Dipartimenti e nelle Asl un'utile *indicazione di priorità negli oggetti di studio*.

7.2. *Obiettivi dell'Oip a breve e medio termine*

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

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

Innanzitutto le attività dell'Oip potrebbero contribuire a far correre in parallelo a esse una linea di *sviluppo teorico e formativo*.

A livello teorico, l'Oip potrebbe costituire la base – come si è appena detto – per una serie di linee di sviluppo e approfondimento che vanno dall'organizzazione all'economia sanitaria alle valutazioni di appropriatezza e Ebp ecc.; e soprattutto per un confronto e una riunitarizzazione del Ssn intorno all'ipotesi di un *profilo nazionale di Dipartimento*, da costruire formalmente in maniera forte e condivisa.

Nell'Accordo stato-regioni si menziona peraltro anche l'esigenza dello «sviluppo di un *sistema di definizione di obietti-*

vi per la formazione continua per gli operatori dei Dp»: e chi meglio degli operatori stessi potrebbe fornire un elenco di tali obiettivi?

È ormai ben noto, infatti, che la formazione non si promuove per legge (né vi si destinano “d’autorità” i discenti), ma si autopromuove e si autoalimenta quando viene attivata per qualcosa di cui c’è davvero un bisogno personale profondamente percepito; non a caso gli interventi formativi più seri e produttivi non sono quelli su argomenti “preconfezionati”, ma piuttosto quelli che per scelta metodologica si strutturano quanto a contenuti solo dopo un serrato confronto con i discenti circa i loro bisogni e aspettative formative.

In tal senso, dunque, la soggettività dell’Oip potrebbe essere un’importante risorsa; che andrebbe ulteriormente potenziata, magari anche inserendo nel questionario una specifica sollecitazione agli operatori a indicare specificamente *i temi e gli argomenti più urgenti e sentiti per la formazione/aggiornamento* nelle diverse aree.

A livello politico/professionale, l’Oip potrebbe poi servire al mondo degli igienisti italiani per aprire quel *confronto con le altre società scientifiche* (medici del lavoro e di medicina generale, pediatri di libera scelta e veterinari, epidemiologi e professionisti infermieri e tecnici...) che ha avuto una tappa di rilievo nel 2010 nelle adesioni di Anmdo, Card, Sivemp, Simet alla Mozione finale del 44° Congresso nazionale della S.It.I. di Venezia, e che sopra si identificava come chiave di volta per il rilancio della prevenzione nel Ssn; anche intercettandone analoghe esperienze (si può citare – tra tutte – la rilevazione condotta da G. Ugolini *et al.* nei Sian italiani nel 2007 e poi nel 2009-2010). Recita infatti l’Accordo stato-regioni:

L’articolazione dei servizi, se interpretata in modo rigido come separazione o, addirittura, come esasperata rivendicazione di specificità settoriale, rappresenta uno degli ostacoli più seri all’adozione diffusa di una progettazione per obiettivi. Tale situazione sembra caratterizzare la maggior parte dei Dp, come emerge sia dalla Relazione sullo Stato Sanitario del Paese che dall’Indagine Parlamentare dell’ottobre 2000.

Per quanto attiene infine all'articolazione istituzionale e organizzativa della Sanità pubblica, se si vuol saggiare la possibilità che il Dipartimento svolga un ruolo di fulcro territoriale – come conoscenza e coordinamento – dei tre livelli (stato-regioni-Asl) delle attività preventive, diventa cruciale la questione dei suoi rapporti diretti con tali livelli.

In tal senso, l'Oip, come auspicabile coagulo e sintesi dei Dipartimenti nazionali, potrebbe per esempio ambire a porsi con le sue rilevazioni come riferimento e partner con istituzioni diverse per compiti di *promozione di programmi di valutazione della performance sanitaria*; e anche come luogo più in generale di *confronto stabile* dei diversi *Piani regionali della prevenzione*, e cantiere di costruzione di *indicatori specifici per le attività preventive*, come richiesto dall'Accordo stato-regioni.

Ma gli interlocutori per sviluppi e collegamenti dell'Oip non sono solo le istituzioni e i colleghi, ma anche – o forse soprattutto – *i cittadini*.

Ulteriore obiettivo a medio termine dell'Oip potrebbe essere quindi quello di contribuire a stimolare e sviluppare una forte *azione comunicativa generale* per la riattivazione di una massa critica culturale favorevole alla prevenzione; sforzandosi di far uscire il dibattito dai confini per forza di cose angusti, e talora autoreferenziali, delle Società scientifiche e dei gruppi professionali.

8. Conclusione

Gli igienisti hanno suscitato e alimentato – da Bologna, Roma e Bari in avanti anche attraverso l'Oip, con qualche successo e con grandi attese – un rinnovato dibattito sul Dipartimento [Boccia, Cinquetti e Menegon 2010; Panà e Muzzi 2011], che si svolge però in una contingenza forse non del tutto favorevole.

Alcuni segni possono far pensare che, almeno a livello nazionale, il decisore non abbia una considerazione del Dipartimento come uno snodo cruciale nel quadro strategico delle politiche per la prevenzione.

Potranno certo esserci singole regioni, in un quadro di federalismo spinto, a valorizzarne il ruolo; ma nell'ambito complessivo del Ssn e delle sue politiche e orientamenti culturali e istituzionali, oltre che nel comune sentire della classe sanitaria italiana, la responsabilità di tale valorizzazione pare ricadere principalmente sugli igienisti.

Non basta però a tal fine diffondersi in dichiarazioni, o ipotizzare mere ingegnerie istituzionali; ma sarebbe necessario piuttosto costituirsi nel concreto come elementi di miglioramento dei processi, costruire sul campo una propria specificità e indispensabilità, produrre dati scientifici più che ergere barricate di matrice sindacale; e offrire risultati concreti a supporto e come presupposto delle migliori ipotesi e scelte organizzative.

In un recente lavoro in cui pone l'interrogativo classico del "che fare" per rilanciare i Dipartimenti [Meloni 2011], Cesare Meloni conclude scrivendo:

Preliminare a tutto ciò è però che si riesca, attraverso una analisi del problema e una approfondita riflessione sulle sue implicazioni, a conseguire un orientamento comune. È infatti l'azione concorde e compatta di tutte le componenti della nostra società scientifica la condizione necessaria per poter agire bene e con la dovuta sollecitudine.

Si tratta di un autorevole e condivisibile appello a un impegno forte dei singoli professionisti e della S.It.I., del quale nell'iniziativa comune con la Fsk per la costituzione dell'Oip può essere visto un primo inveroamento.

Ma la sfida ulteriore che sembra ora cruciale accettare è quella di *superare i confini della disciplina igienistica*, sia nell'apertura verso la popolazione generale cui si faceva appena cenno, sia in un'opera intelligente di ricomposizione dei diversi apporti disciplinari verso il fine comune della prevenzione, da praticare e da difendere.

Gli stessi operatori dei Dipartimenti pilota, segnalando l'esigenza di integrazione come punto irrinunciabile e fondamentale del loro agire professionale, hanno mostrato di condividere tale impostazione di fondo dell'iniziativa

dell'Oip. O meglio, l'Oip ha mostrato di saper intercettare un'esigenza fortemente presente negli operatori: ridisegnare per il Dipartimento nuovi spazi di unitarietà nel lavoro di ricerca comune, per arrivare a un quadro di riferimento condiviso per la sua struttura organizzativa e i suoi interventi.

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

Un "andare oltre la S.It.I." per *riunire tutti i professionisti della prevenzione*, che può forse essere condotto e realizzato nella maniera migliore proprio dalla S.It.I. stessa; sia per la nobile tradizione di agenti di integrazione culturale e professionale presente nella antica storia degli igienisti, sia per il radicamento della riflessione metadisciplinare nelle basi dottrinali della disciplina, sia dunque per la vocazione complessiva dell'igienista a porsi «come riferimento trasversale per il collegamento comunicativo tra i differenti ricercatori, per fungere da coagulo e da connettivo per le risultanze delle ricerche e degli approcci che possono avere un peso sulla protezione e la promozione – qui e ora – della salute...» [Calamo Specchia 2011]

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

Si tratta, come è del tutto evidente, di un impegno necessariamente ambizioso perché di alto profilo, e innega-

bilmente difficile perché di elevata complessità; e che va condotto dunque con tutto il pessimismo dell'intelligenza necessario, ma anche con l'ottimismo – più che della sola volontà – della *necessità* che esso venga condotto.

Ed è chiaro in conclusione che esso potrà essere promosso e realizzato solo fondandolo, oltre che sull'indispensabile, costante e convinto sostegno della Fsk e della S.It.I., anche sulla dedizione – ma soprattutto sulla passione – che tutti i colleghi vi sapranno spendere e vi stanno già spendendo; dalle quali potranno derivare all'Oip un'autorevolezza e un "peso" in grado di consentirle – ossia consentire a tutti i colleghi operatori di prevenzione, nessuno escluso – di costituirsi come interlocutrice in grado di orientare e precisare l'armonizzazione nazionale e i mutamenti organizzativi che noi tutti auspichiamo, favorevoli a un rilancio della centralità della prevenzione nel Ssn, e dei Dipartimenti nelle attività di prevenzione.

Sono intervenuti nel dibattito agli incontri di Bologna, Roma e Bari sulla costruzione del questionario e delle griglie 35 colleghi: Agostini, Albergo, Bauleo, Bellino, Bianco, Biondi, Blangiardi, Bosco, Canossa, Carreri, Di Rosa, Faggioli, Fantini, Federici, Felicioni, Filippetti, Francia, Gattinoni, Germinario, Guarnieri, La Bianca, Lagreca, Magrelli, Marensi, Miglio, Montella, Panico, Perri, Porta, Renga, Ricci, Rosselli, Talarico, Ugolini, Villari.

Hanno collaborato alla raccolta dati nei Dipartimenti (e all'ulteriore messa a punto del questionario e delle griglie negli incontri di presentazione) 84 colleghi: Abbati, Agostini, Amadio, Baffoni, Bellino, Biondi, Brandimarte, Brianti, Campo, Campomori, Cappelli, Caracciolo, Cauzillo, Cerimele, Chiodi, Ciccarelli, Ciccone, Cipriani, Comodi, Conversano, Del Torto, De Pasquale, De Sanctiis, Dichio, Di Gialleonardo, Di Rosa, Di Siena, Felicioni, Filippetti, Francia, Franco, Fresina, Gallone, Giancola, Guarnieri, Iacovacci, Iannone, Lagreca, Laurenti, Lista, Magrelli, Marconi, Marensi, Marinelli, Marino, Martucci, Matera, Micossi, Migliozi, Moliterni, Monaldi, Montagano, Montanaro, Moretti, Morganti, Negrone, Nicolardi, Palazzini, Pedote, Pelliccioni, Perri, Pierangelini, Pinna, Pisciutti, Ponzio, Puletti, Puppo, Rainò, Raschi, Ravaglia, Renzi, Ricci, Ridolfini, Rosselli, Russo, Sabatucci, Santarelli, Santarelli, Serafini, Scorrano, Spera, Termite, Tomasi, Traversini.

Riferimenti bibliografici

- Baldasseroni, A., Faggiano, F. e De Belvis, A.G. [2010], *L'epidemiologia per la valutazione della prevenzione: interventi, strategie e politiche preventive*, in A. Boccia et al. (a cura di), *Rapporto prevenzione 2010. La formazione alla prevenzione*, Bologna, Il Mulino.
- Boccia, A., Cinquetti, S. e Menegon, T. [2010], *Dipartimento di prevenzione: struttura dell'Azienda sanitaria deputata al governo delle attività preventive complesse*, in *Diritto alla salute: il nuovo Milione della Sanità pubblica. Atti 44° Congresso Nazionale S.It.I., Venezia 2010*, in "Igiene e Sanità Pubblica", supplemento al n. 3.
- Calamo Specchia, F. [2009], *Nuovi strumenti per la Sanità Pubblica italiana*, in "Care", 3, pp. 31-33.
- Calamo Specchia, F. [2011], *Comunicazione profonda in sanità. Senso, verità, desiderio*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- Carreri, V. [2007], *Contributo del Collegio degli Operatori al documento sul futuro dell'Igiene, della Medicina Preventiva e della Sanità Pubblica*, in *Il futuro dell'Igiene, della Medicina Preventiva e della Sanità Pubblica: cambiamenti, priorità, emergenze. Atti della X Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica, Pisa 2007*, Roma, Esseditrice.
- Carreri, V., [in corso di stampa], *Relazione*, in "Atti Convegno Nazionale Castelbrando cinque 2011".
- Cislaghi, C. e Giuliani, F. [2010], *La prevenzione nell'ambito dell'organizzazione della sanità pubblica*, in A. Boccia et al. (a cura di), *Rapporto prevenzione 2010. La formazione alla prevenzione*, Bologna, Il Mulino.
- Collegio operatori della Società italiana di igiene, [in corso di stampa], *Linee guida per i Dipartimenti di prevenzione*.
- Costa, G. e Gelormino, E. [2010], *I determinanti di malattia e le patologie in Italia: passato, presente e futuro*, in A.

Boccia *et al.* (a cura di), *Rapporto prevenzione 2010. La formazione alla prevenzione*, Bologna, Il Mulino.

Documento S.It.I. [2007], *Il futuro dell'Igiene, della Medicina Preventiva e della Sanità Pubblica*, in *Il futuro dell'Igiene, della Medicina Preventiva e della Sanità Pubblica: cambiamenti, priorità, emergenze. Atti della X Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica, Pisa 2007*, Roma, Esseditrice.

Documento S.It.I., [in corso di stampa], *Mozione conclusiva*, in *Atti Convegno Nazionale Castelbrando cinque 2011*.

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

Meloni, C. [2011], *L'incerto destino dei Dipartimenti di prevenzione*, in "Igiene e Sanità Pubblica", 67, pp. 53-57.

Panà, A. e Muzzi, A. [2011], *È necessario e auspicabile un cambiamento non solo funzionale ma anche istituzionale dei Dipartimenti di prevenzione?*, in "Igiene e Sanità Pubblica", 67, pp. 3-8.