

A cura di  
FRANCESCO CALAMO-SPECCHIA, CARLA COLLICELLI,  
MICHELE CONVERSANO, LUCIO DA ROS, ANTONIO FERRO,  
FAUSTO FRANCA, DOMENICO LAGRAVINESE,  
EMANUELE TORRI

# RAPPORTO PREVENZIONE 2019-2020

Dieci anni di Oip, realtà e prospettive

**FrancoAngeli**

OPEN ACCESS



Fondazione Smith Kline

## *Collana Fondazione Smith Kline*

La Fondazione Smith Kline è un'istituzione indipendente istituita in Italia nel 1979 e riconosciuta Ente Morale non-profit dal Presidente della Repubblica (DPR 917).

Nella sua veste di “aggregatore” di competenze, esperienze e conoscenze diverse, la Fondazione da sempre si pone come punto di riferimento e “incubatore” di progettualità per Operatori sanitari, Pazienti e Istituzioni, allo scopo di offrire contributi originali nel complesso panorama della sanità.

Dedita inizialmente a studi e ricerche sulle dinamiche formative degli Operatori sanitari, si è successivamente occupata di tematiche di economia e politica socio-sanitaria e dell'appropriatezza del trattamento delle patologie cronico-degenerative.

Dal primo decennio del nuovo secolo la Fondazione ha avviato le iniziative nell'area della prevenzione, riconosciuta essere un imprescindibile pilastro del “sistema salute” del nostro paese. Dall'ingresso nel secondo decennio la Fondazione ha intrapreso ulteriori progetti per stimolare la ricerca e la sanità del nostro paese lungo un percorso di trasformazione digitale destinato a rappresentare un profondo cambiamento organizzativo, tecnologico e culturale con importanti implicazioni etiche e sociali.

Il significato di questo progressivo aggiornamento del proprio impegno – senza abbandonare le precedenti aree di interesse e competenza – è da intendersi come la continua volontà di Fondazione di stimolare e favorire in Italia una ricerca e un'assistenza sanitaria sempre moderne.



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

**FrancoAngeli Open Access** è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli ne massimizza la visibilità e favorisce la facilità di ricerca per l'utente e la possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

[http://www.francoangeli.it/come\\_publicare/publicare\\_19.asp](http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

A cura di  
FRANCESCO CALAMO-SPECCHIA, CARLA COLLICELLI,  
MICHELE CONVERSANO, LUCIO DA ROS, ANTONIO FERRO,  
FAUSTO FRANCA, DOMENICO LAGRAVINESE,  
EMANUELE TORRI

# **RAPPORTO PREVENZIONE 2019-2020**

## **Dieci anni di Oip, realtà e prospettive**

**FrancoAngeli**  
OPEN ACCESS



**Fondazione Smith Kline**

Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

*L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito*  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

# Indice

Introduzione, di *Elio Borgonovi* pag. 7

## **Parte I – Osservatorio italiano sulla prevenzione: storia e prospettive**

1. Il primo obiettivo strategico Oip e il suo conseguimento tramite gli obiettivi operativi 2010-17, di *Francesco Calamo-Specchia* » 13
2. Il secondo obiettivo strategico Oip e proposta di obiettivi operativi per conseguirlo a partire dal 2020, di *Francesco Calamo-Specchia* » 26

## **Parte II – I risultati delle rilevazioni del progetto Oip Puglia 2018-20**

1. Gli indicatori strutturali, funzionali e di soggettività degli operatori, di *Francesco Calamo-Specchia, Domenico Lagravinese* » 51
2. Gli indicatori di atteggiamenti e stili di vita nei confronti della salute e del Ssn, di *Carla Collicelli, Ludovica Durst* » 96

## **Parte III – Dieci anni di Oip: gli sviluppi teorici**

1. Verso un sistema stabile di epidemiologia incardinato nei Dipartimenti di prevenzione, di *Francesco Calamo-Specchia* » 129

2. Salute, prevenzione e capitale sociale, di <i>Carla Collicelli, Ludovica Durst</i>	pag. 195
3. Ambiente e salute: quali indicatori per un modello di gestione integrata, di <i>Michele Conversano, Francesco Desiante, Antonio Ferro</i>	» 225
4. Dalla rilevazione Oip ad uno standard minimo di personale per i Dipartimenti di prevenzione, di <i>Fausto Francia, Enrico Di Rosa, Antonio Ferro, Emanuele Torri</i>	» 237
5. La standardizzazione della Terminologia Organizzativa, di <i>Emanuele Torri, Antonio Ferro</i>	» 250
6. I primi 1000 giorni: l'importanza di una prevenzione precoce, di <i>Alberto Villani</i>	» 265
Postfazione, di <i>Carla Collicelli, Antonio Ferro, Fausto Francia, Emanuele Torri</i>	» 269

# *Introduzione*

di *Elio Borgonovi*\*

Questa pubblicazione è il risultato di una strategia lungimirante che è qualificata da due elementi.

In primo luogo: la capacità di anticipazione in quanto l'osservatorio è stato lanciato nel 2010 in un periodo nel quale sono state avviate politiche di contenimento della spesa e di blocco del turn over del personale che è durato dieci anni ed è stato particolarmente severo per le Regioni sotto piano di rientro.

In secondo luogo: aver scelto la prevenzione come oggetto dell'osservatorio in un periodo nel quale essa è stata penalizzata. Infatti i Dipartimenti di prevenzione, come tanti altri e in alcuni casi più di altri, sono stati penalizzati dalla riduzione del personale e dai mancati investimenti in attrezzature e apparecchiature. I vincoli di spesa hanno determinato la classica selezione della scarsità che privilegia o mantiene le attività che sono più urgenti o che producono effetti nel breve o brevissimo periodo, quale è l'assistenza per acuti, mentre penalizza le attività che sembrano meno urgenti e che producono effetti nel medio/lungo periodo quale è la prevenzione.

La drammatica emergenza sanitaria, che si è determinata a livello globale a causa del Covid-19 mentre questa pubblicazione va in stampa, ha riportato di drammatica attualità l'importanza della prevenzione in termini di sostenibilità di breve e di lungo periodo.

Sostenibilità di breve periodo poiché i comportamenti sono condizione inderogabile per evitare contagi di malattie trasmissibili che nonostante le emergenze di Sars, Aviaria, Ebola, la società moderna pensava fossero un ricordo del lontano passato. Il Covid-19 ha provocato un brusco risveglio da questa illusione e soprattutto costituisce un forte campanello d'allarme rispetto a quelle che da almeno un decennio i ricercatori definiscono come

\* Presidente Fondazione Smith Kline e Presidente Cergas Bocconi.

le nuove pandemie del 21esimo secolo: antibiotico-resistenze e nuovi virus per i quali i vaccini possono essere resi disponibili in tempi non brevi.

La mancanza di attenzione alla prevenzione ha portato anche a sottovalutare l'esigenza di difendere i gruppi fragili sul piano della salute. Il Covid-19 provoca la morte soprattutto a causa di complicanze delle persone che già soffrono di altre patologie e che non possono essere assistite adeguatamente in mancanza di reparti con tecnologie per cure intensive e di mascherine che riducono il rischio di contagio. I sistemi ospedalieri dei Paesi maggiormente colpiti sono stati costretti ad aumentare in tempi brevissimi la capacità di ricovero per questi pazienti. La mancanza di produzione di ventilatori, mascherine, guanti e indumenti monouso hanno ridotto la possibilità di salvare vite umane e hanno causato fenomeni di blocchi di circolazione dei materiali tra i diversi Paesi che hanno messo in crisi anche la fiducia tra gli stessi. Senza parlare dei fenomeni di opportunismo e di sciacallaggio in termini di aumento di costi, vendite fasulle, “fake news” ed altro ancora.

La sostenibilità di lungo periodo è correlata all'effetto della prevenzione che contribuisce a diminuire l'insorgere di malattie e il ricorso a prestazioni di diagnosi e cura. Stili di vita e alimentari, vita attiva sul piano fisico e mentale riducono o spostano in avanti situazioni di cronicità o di fragilità delle persone e quindi riducono i costi dell'assistenza. La prevenzione generale contribuisce a ridurre anche patologie acute particolarmente gravi quali infarti e ictus, che hanno costi elevati per interventi d'urgenza, per la successiva riabilitazione e, ancor più grave, costi umani per le decine di migliaia, probabilmente milioni a livello globale, di morti evitabili.

Mai come in questo momento può essere apprezzata la convergenza degli effetti di breve e di medio lungo periodo della prevenzione.

Questa pubblicazione ha un altro pregio in quanto presenta la sedimentazione dell'esperienza maturata dalla comunità dei direttori dei Dipartimenti di prevenzione che nell'ambito della Società italiana di igiene – SITI – hanno costituito reti professionali che spesso sono più efficaci delle reti formali e istituzionali. Ad esempio, una rete costituita da persone che hanno compreso l'importanza della collaborazione che alimenta processi di tipo “win-win” con un progetto che viene dal passato e si proietta nel futuro. Il passato è servito a raccogliere dati della maggior parte dei Dipartimenti di prevenzione italiani sulla base di uno schema comune e condiviso che consente comparazioni. Dal passato provengono anche approfondimenti sulle problematiche di funzionamento e su alcune innovazioni sperimentate su un campione mirato di Dipartimenti. Si proietta nel futuro l'accumulo e il consolidamento di conoscenze che potranno aiutare a evitare gli errori e a prepararsi alle situazioni di emergenza che si ripeteranno con frequenze sempre più ravvicinate nel futuro. Per avere una prevenzione efficace sul

piano della salute occorre avere una prevenzione anche con riferimento alle problematiche organizzative di funzionamento che dovranno affrontare sia i Dipartimenti di prevenzione sia quelli delle malattie infettive e delle unità di cure intensive.

Entrando nel merito dei contenuti, si può dire che viene applicato in modo esemplare il principio secondo cui per migliorare occorre conoscere. Senza abbracciare in toto il mantra del management secondo cui “non si può migliorare ciò che non si può misurare” coloro che hanno partecipato al progetto dell’Osservatorio e che hanno contribuito con i loro scritti, hanno recepito il principio secondo cui “è più facile migliorare ciò che si può misurare” senza rinunciare a migliorare ciò che è difficile o troppo incerto misurare, come possono essere la motivazione e la deontologia professionale ed etica di medici, infermieri e di altri professionisti della salute, oppure il rispetto delle regole da parte dei cittadini di cui si vuole salvaguardare la salute per evitare che diventino pazienti. Per questo nella prima parte si presentano gli indicatori strutturali, funzionali, tecnologici e soggettivi posti alla base della rilevazione. È importante sottolineare che viene usato il concetto di indicatori soggettivi e non “di personale” per mettere in evidenza le caratteristiche proprie delle persone. Si passa poi all’osservazione dei dati epidemiologici che sono essenziali per individuare tempestivamente i segnali deboli che anticipano l’evoluzione dei bisogni di prevenzione. L’osservazione del quadro epidemiologico e della sua evoluzione consente di individuare i punti più rilevanti sui quali intervenire.

Un secondo blocco di contenuti è direttamente correlato alla cantieristica qualificante della prevenzione. Essa è fatta di attività ed interventi, ma soprattutto è correlata ai comportamenti. Comportamenti individuali che tutelano la salute delle singole persone, ma contribuiscono in misura sempre crescente anche alla tutela delle comunità. Comportamenti dei professionisti che possono trasmettere informazioni e indicazioni di prevenzione quando svolgono prestazioni di diagnosi, cura, riabilitazione. I comportamenti, che tanta parte hanno nella prevenzione, sono al tempo stesso origine e risultato del capitale sociale. Dove esiste un elevato capitale sociale passa più facilmente il messaggio che bisogna tutelare la propria salute per tutelare anche la salute altrui. Dare adeguato risalto ai risultati positivi ottenuti con la prevenzione rafforza il capitale sociale. Si potrebbe dire che prevenzione e capitale sociale sono coessenziali: quando è forte l’uno è forte anche l’altro, quando è debole uno lo è anche l’altro.

Nella parte finale la pubblicazione affronta alcune tematiche specifiche e di particolare rilievo. La relazione tra prevenzione ed ambiente che viene approfondita sul piano scientifico e che porta ad una indicazione riguardante la politica della salute. Essa dovrebbe svilupparsi su due direttrici.

Una verticale nel senso che fa riferimento alla definizione di piani di salute nazionali, regionali e locali per la prevenzione. Un'altra di tipo trasversale che consiste nell'inserire un capitolo sulla salute nelle politiche industriali, energetiche, dei trasporti, dello sport, del turismo. Non si fa riferimento solo alle normative sulla sicurezza nei luoghi di lavoro che ormai è diventata normativa su HSE (health, safety and environment) ma anche alla valutazione dell'impatto, positivo o negativo, che le politiche e i diversi settori possono avere in termini di salute.

Dopo aver presentato nella prima parte l'analisi della situazione sulla base di indicatori strutturali funzionali e soggettivi, nella parte finale si affronta il delicato tema del confronto tra standard e situazioni effettive. Aspetto delicato, ma affrontato in modo sistematico e coraggioso perché mette in evidenza il divario esistente tra dotazioni necessarie per un'efficace azione dei Dipartimenti e ciò che essi oggi possono fare con dotazioni inadeguate.

Interessante è il capitolo sulla sintonizzazione dei linguaggi. Se non si usano gli stessi termini e se agli stessi termini gruppi diversi di addetti ai lavori e soprattutto di non addetti ai lavori attribuiscono significati diversi diventa difficile comunicare, capirsi, farsi capire e soprattutto orientare i comportamenti.

L'ultimo capitolo è dedicato a quella che potrebbe essere, con una certa enfasi, definita la "madre di tutte le battaglie" in tema di prevenzione. I primi mille giorni di vita sono importanti non solo in termini di sviluppo fisico e mentale delle persone, ma anche per rafforzare i sistemi immunitari con vaccinazioni ed abitudini alimentari.

La rilevanza della pubblicazione sta sicuramente nei contenuti rafforzati dalle competenze, dalla professionalità e, non meno importante, dalla passione con cui gli autori hanno partecipato al progetto.

*Parte I*

*Osservatorio italiano sulla prevenzione:  
storia e prospettive*



# *1. Il primo obiettivo strategico Oip e il suo conseguimento tramite gli obiettivi operativi 2010-17*

di *Francesco Calamo-Specchia\**

## **1. La necessità e le sfide di un Osservatorio sulla prevenzione**

Nel presentare nel novembre del 2010 l’iniziativa dell’Osservatorio Italiano sulla Prevenzione (Oip), assunta dalla Fondazione Smith Kline (Fsk) e tempestivamente raccolta dalla Società italiana di Igiene (Siti), si scriveva<sup>1</sup>:

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

I termini della necessità di questa sfida sono contenuti anzitutto, a più di trent’anni dall’istituzione del Servizio sanitario nazionale, nella assoluta crucialità rivestita ancor oggi dalla prevenzione nel dare a un sistema sanitario quella cifra dell’attenzione innovativa alla promozione e alla difesa della salute, che è la cifra prevalente contenuta nella legge 833 (...). Oggi, una ricognizione sullo stato di salute della prevenzione costituisce insomma la migliore ricognizione possibile sullo stato di salute del Servizio sanitario nazionale italiano nel suo complesso, e può altresì costituire un segnale e uno strumento importantissimo nel suo rilancio.

L’iniziativa lanciata dalla Fsk derivava dalla consapevolezza – condivisa dalla Siti – che occorresse alla sanità pubblica italiana una *“sfida a una nuova unitarietà delle riflessioni e degli interventi, e alla coerenza nel salvaguardare il senso di sistema pur nella diversità degli apporti”*.

\* Coordinatore nazionale Oip; professore associato di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

1. D. Lagravinese, F. Calamo-Specchia, *Costruzione dell’Osservatorio*, in A. Boccia *et al.* (a cura di), *Rapporto Prevenzione. La formazione alla prevenzione*, il Mulino, Bologna, 2010.

Appariva infatti del tutto evidente che

oggi sembra se non impossibile certo assolutamente difficile e indaginoso – e perciò stesso tanto più indispensabile – qualsiasi confronto, o perfino qualsiasi rilevazione comune, anche di aspetti di funzionamento di base, nell’attività dei Dipartimenti di prevenzione; che paiono essere diventati (...) una sorta di babele di «confessioni» localistiche; senza non solo quello sguardo globale richiesto dall’insieme delle sfide sanitarie della contemporaneità, ma nemmeno quella visione nazionale unitaria che è richiesta dal proprio rimanere comunque articolazioni appunto di un Servizio nazionale.

Il necessario e convinto richiamo contenuto nello spirito e nella lettera della legge 833 alla specificità dell’attenzione a ogni specifico territorio sembra infatti essere stato trasceso e distorto, nell’evoluzione legislativa successiva, dall’estendersi di una ideologia e di una prassi dell’autonomia locale che talvolta può apparire più decisionalità autoreferenziale, o creatività arbitraria e fantasiosa – talora una mera rivendicazione di una originalità magari solo lessicale – che non un contributo, pur necessariamente specifico e autonomo, a disegni e obiettivi coordinati e comuni, vicendevolmente articolati in un universo di riferimento valoriale condiviso; del quale anche la pura e semplice consonanza del linguaggio (tutta ancora da ricostruire) non costituisce l’elemento meno rilevante<sup>2</sup>.

È perciò stesso – va ancora ribadito – che tale ardua sfida è appunto necessaria e cruciale: perché le esigenze di specificità organizzativa negli interventi preventivi dei diversi territori non generino sordità verso le necessità imprescindibili di omogeneità del sistema nel suo complesso; e perché una certa scotomizzazione del contesto nazionale degli interventi sanitari non disegni per il nostro Paese un nuovo scenario di particolarismi e diseguaglianze come quello a suo tempo sanato dalla legge 833. Ossia perché un eccesso di localismo [non disegni] uno scenario complessivo di nuova disparità nei livelli delle prestazioni e dei servizi, di nuova frammentazione degli interventi, di nuovo oscuramento del territorio e della prevenzione.

Di fronte a tale preoccupante situazione di frammentazione culturale e istituzionale degli interventi preventivi in Italia, nel 2010 si rilevava anche come non esistessero peraltro per i Dipartimenti né rilevazioni sistematiche mirate, né standard di dotazione e di attività, né modelli organizzativi condivisi. Proprio per sanare tale situazione da una parte, e colmare tali mancanze dall’altra, la Fsk e la Siti (cui si sarebbero aggiunte nel 2015 le significative adesioni di Snop, Società Nazionale degli Operatori della Prevenzione negli ambienti di lavoro, e Simevep, Società Italiana di Medicina Veterinaria Preventiva, Società scientifiche che raggruppano le principali professionalità presenti oltre agli igienisti nei Dipartimenti italiani) avevano dunque deciso di attivare l’Oip.

2. Al fondamentale aspetto della omogeneità lessicale e terminologica è dedicato in questo Rapporto un approfondimento specifico – Cfr. *infra* parte III cap. 5, Emanuele Torri, Antonio Ferro, *La standardizzazione della terminologia organizzativa*.

## 2. L'approccio e gli obiettivi strategici dell'Oip

Fin dal 2010, quindi, la sfida dell'Oip si è presentata secondo una articolata visione strategica, mirata a un duplice obiettivo

Il primo obiettivo era di costruire, grazie a *campagne di rilevazioni epidemiologiche*, gli elementi di base per realizzare un *confronto* tra le diverse esperienze e i diversi «mondi» della prevenzione italiana, ponendosi così come possibile *localizzazione comune* per la sintesi delle diverse esperienze geografiche e delle differenti appartenenze professionali dei suoi operatori.

Il secondo obiettivo era quello, attraverso tale confronto, di arrivare infine alla definizione di «che cosa è» e di «che cosa fa» il Dipartimento, ma soprattutto di «che cosa sarebbe auspicabile che fosse e che facesse». Ossia al disegno dei lineamenti fondamentali – in termini di *ipotesi organizzative* e di *standard di dotazione, di funzionamento, di risultato, ecc.* – di una *ipotesi unitaria di Dipartimento forte e condivisa*, e che in maniera forte e condivisa potesse poi essere proposta ai referenti istituzionali e politici del Ssn.

Per conseguire intanto il primo obiettivo, le rilevazioni epidemiologiche Oip avrebbero dovuto configurare una esperienza sia di sistema di *controllo epidemiologico oggettivo* per rilevare assetti organizzativi, dotazioni, attività della prevenzione nel nostro Paese, sia di sistema di *ascolto e confronto degli orientamenti e atteggiamenti soggettivi dei suoi operatori*; sottoponendo ai Dipartimenti rispettivamente una griglia di rilevazione di dati e informazioni oggettive, ed un questionario di valutazione e di autovalutazione soggettiva degli operatori. E avrebbero dovuto estendersi analizzando risposte e pareri forniti dagli operatori della *massima parte possibile delle diverse Regioni italiane*.

Nel realizzare effettivamente questi intenti, l'Oip ha promosso sin dall'inizio delle sue attività un approccio che possiede rilevanti caratteristiche di novità. Gli aspetti più originali di tale approccio, diffusamente illustrati nei sei Rapporti prevenzione apparsi dal 2010 ad oggi (cui dunque si rimanda per una loro esposizione più estesa<sup>3</sup>), possono qui essere sintetizzati come segue:

1. *partecipazione degli operatori* alla costruzione e alla costante “manutenzione” degli strumenti di rilevazione utilizzati dall'Oip (questionario di valutazione e autovalutazione soggettiva degli operatori e griglia di rile-

3. *Rapporto prevenzione 2010. La formazione alla prevenzione*, cit.; *Rapporto prevenzione 2011. Le attività di prevenzione*, a cura di, Boccia A. et al., il Mulino, Bologna, 2011; *Rapporto prevenzione 2012. La governance della prevenzione*, a cura di, Boccia A. et al., il Mulino, Bologna, 2012; *Rapporto prevenzione 2013. L'economia della prevenzione*, a cura di, Cislighi C. et al., il Mulino, Bologna, 2013; *Rapporto prevenzione 2015. Nuovi strumenti per una prevenzione efficace*, a cura di, Bassi, M. et al., FrancoAngeli, Milano, 2015; *Rapporto prevenzione 2017. Nuovi strumenti per una prevenzione efficace*, a cura di, Faggiano F. et al., FrancoAngeli, Milano, 2018.

- vazione di informazioni e dati oggettivi), inizialmente messi a punto collegialmente in incontri svoltisi nel 2010 che hanno coinvolto più di 100 operatori del territorio, e poi costantemente modificati secondo le indicazioni ricevute dagli operatori che via via partecipavano alle rilevazioni;
2. *ampio spazio per le rilevazioni qualitative* (dalla qualità delle relazioni istituzionali del Dipartimento a quella della comunicazione esterna e interna, dalla accettabilità sociale degli interventi di prevenzione alla equità sociale che essi riescono a promuovere, ecc.), con un forte stimolo alla *soggettività valutativa e autovalutativa degli operatori* (mai esplorata in altre iniziative, a differenza della soggettività dei cittadini e degli utenti, analizzata ad es. in programmi nazionali come Passi, Okkio, ecc.). In tal modo l'Oip ha configurato un seppur infinitesimo “*diritto di tribuna*” per gli operatori della prevenzione, non rinvenibile in alcuna altra esperienza simile, e si è man mano sempre più connotato come l'unico appuntamento per una verifica nazionale del “comune sentire” diffuso nei servizi, rappresentando in tal modo – per chi fosse interessato a coglierla – una opportunità da non perdere per costruire una voce politicamente rilevante di tutti gli operatori italiani della prevenzione;
  3. rilevazioni *quantitative originali*, allargate a variabili (dall'età media degli operatori alle attività di epidemiologia della Asl, dal turnover dirigenziale di Asl e Dipartimento alle dotazioni di risorse strumentali di quest'ultimo, ecc.) mai organicamente indagate in precedenza in iniziative analoghe;
  4. analisi riferita a *tutto il territorio* e a *tutti gli attivatori* istituzionali di interventi preventivi, anche al di là delle strette competenze del Dipartimento;
  5. monitoraggio di *tutte le attività preventive*, e non solo delle più consuete o delle più facili da rilevare (quali quelle di medicina preventiva – più immediatamente enumerabili – come screenings, vaccinazioni, ecc.);
  6. monitoraggio del *contesto* in cui tutte tali attività si svolgono: dalle conoscenze *epidemiologiche* su cui si basano, alle condizioni *organizzative* che le rendono possibili, alle modalità della loro *valutazione*, ecc.;
  7. stimolo al *confronto* e alla *integrazione* tra gli operatori del Dipartimento, chiamati a fornire a griglie e questionario risposte unitarie e prodotte collegialmente (sul modello di una “consensus conference” dipartimentale diffusa) secondo quanto connaturato allo spirito Oip; ossia in momenti di lavoro comune che potessero costituire utilissime occasioni per uno sguardo dell'organizzazione su se stessa, e per la creazione di un buon clima organizzativo, come testimoniato nei precedenti Rapporti prevenzione<sup>4</sup>.

4. “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

Si può affermare dunque che nel complesso l'originalità maggiore dell'Oip sia costituita dalla sua stessa esistenza – complessivamente non sovrapponibile a tutt'oggi ad alcuna altra entità della sanità pubblica italiana – e dai suoi obiettivi strategici, anch'essi non perseguiti da alcun'altra simile iniziativa: basti pensare che ancor oggi, esattamente come nel 2010, non esistono ancora per i Dipartimenti né rilevazioni istituzionali sistematiche e mirate, né standard di dotazione e di attività, né modelli organizzativi condivisi.

Ma quello che fin dall'inizio si è scelto di far contare maggiormente nel lavoro dell'Oip non è solo applicare estesamente nei Dipartimenti italiani la batteria di indicatori più attendibile ed approfondita possibile, quanto cercare di finalizzare coerentemente i risultati di tale applicazione a proposte riorganizzative; ciò che decide della validità di un sistema di rilevazione infatti non è tanto o solo l'ampiezza e l'attendibilità dei risultati, quanto

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 il "cosa fa" dell'altro e tutti insieme il "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 segnalato 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*. (...) 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 ad esempio che in Dipartimenti di notevole numerosità si debbano accettare intermediazioni e semplificazioni (ad 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 il modello *consensus conference* può essere integralmente applicato. Ciò che è cruciale, però, è che qualsiasi 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*". D. Lagravinese, F. Calamo-Specchia, *Oip: precisazioni metodologiche e primi risultati*, in Rapporto prevenzione 2011, *Le attività di prevenzione*, cit.

soprattutto il loro uso e la loro finalizzazione, ossia la loro *capacità di determinare cambiamenti*.

In conclusione, finalizzazione ultima del lavoro dell'Oip (lavoro che si inquadra in un contesto culturale orientato al rilancio del Ssn come promotore del diritto alla salute di tutti i cittadini, che può essere garantito al massimo grado solo rifacendo della prevenzione il centro motore forte e riconosciuto di tutto il sistema sanitario, e della prevenzione primaria il fulcro di tutte le attività preventive) era ed è quindi *favorire un cambiamento dei Dipartimenti*, nei termini di un loro miglioramento e rafforzamento sia organizzativo che “politico” ed istituzionale.

### **3. Gli obiettivi operativi 2010-2017 e il conseguimento del primo obiettivo strategico Oip**

Alla luce e nel quadro di tale impostazione, per conseguire il primo obiettivo strategico, nei suoi primi otto anni di attività (2010-2017) i principali obiettivi operativi dell'Oip sono stati da una parte *approntare strumenti di rilevazione* mirati sui Dipartimenti di prevenzione che utilizzassero *l'insieme più completo possibile di indicatori* utili, e dall'altra *estendere il più possibile le rilevazioni* nei Dipartimenti di tutte le Regioni italiane.

Tali obiettivi sono stati sostanzialmente conseguiti.

Gli indicatori selezionati e rilevati sono stati complessivamente oltre 190 (tab. 1), e hanno riguardato tutti gli ambiti principali della natura e dell'attività dei Dipartimenti: dal contesto legislativo ai collegamenti istituzionali, dal dimensionamento agli assetti organizzativi, dalle dotazioni di personale a quelle strutturali, dalle risorse finanziarie a quelle strumentali (informatizzazione e dotazioni informatiche, veicoli ecc.), dalle attività di epidemiologia a quelle preventive, dal contrasto delle disuguaglianze alle attività innovative, per finire con la soggettività degli operatori indagata nel questionario di valutazione.

Quanto all'estensione dell'indagine (fig. 1), essa è stata crescente ed infine ampiamente soddisfacente: alla prima tornata di rilevazione attivata dall'Oip nel 2011 parteciparono – ben oltre i 3 inizialmente previsti – 23 Dipartimenti (ossia il 12% degli allora 173 Dipartimenti italiani); alla seconda tornata del 2012 i Dipartimenti partecipanti si triplicarono, salendo a 65 (ossia il 40% degli allora 161 Dipartimenti); ed aumentarono ancora di un terzo alle rilevazioni del 2015, cui parteciparono 91 Dipartimenti (il 62% del totale dei 147 Dipartimenti allora attivi); mentre infine alla tornata del 2017 hanno partecipato 93 Dipartimenti di tutte le Regioni italiane, pari ben all'82% del totale dei 114 Dipartimenti attivi al momento della rilevazione (ancora un terzo in più dell'anno precedente quanto al valore percentuale).

Tab. 1 - Domande Oip 2011-2017

Tabella 1a Griglia	2011	2012	2015	2017
<i>Leggi</i>				
Norme/leggi che abbiano un peso ( <i>positivo o anche negativo</i> ) sulla prevenzione				
All'interno delle norme/leggi indicate, articoli, commi, ecc. che sono più rilevanti per quanto riguarda gli effetti positivi o negativi sulla prevenzione				
Di ognuno di tali articoli/commi ecc., valutazione della loro applicazione				
Valutazione se la norma/legge in toto abbia sortito degli effetti				
Altre criticità ai fini della prevenzione su cui potrebbe essere opportuno intervenire con una normazione				
Lineamenti e orientamenti generali e di massima di tale normazione				
<i>Collegamenti istituzionali Asl</i>				
Flussi in uscita e in entrata, obbligatori e facoltativi				
<i>Epidemiologia Asl</i>				
Registro di cause di morte				
Relazione sullo stato di salute				
Bilancio sociale				
Registri di patologie				
Studi e rilevazioni di rischio				
Rilevazioni delle percezioni soggettive di salute e di rischio				
Altre iniziative epidemiologiche rilevanti				
Risultati inseriti formalmente nella programmazione/ valutazione aziendale e regionale				
<i>Personale</i>				
Personale totale in organico				
Personale in servizio				
Personale con l.104				
Personale con limitazioni funzionali				
Personale di specialistica ambulatoriale rispetto al personale a tempo indeterminato				
Personale in organico appartenente al Ruolo sanitario				
Di cui Tecnici della prevenzione in organico				
Di cui Assistenti sanitari in organico				
Personale in organico appartenente al Ruolo tecnico				
Di cui laureati in organico				

Tab. 1 - segue

<i>Tabella 1a Griglia</i>	2011	2012	2015	2017
Personale in organico appartenente al Ruolo professionale				
Personale in organico appartenente al Ruolo amministrativo				
<i>Strutture</i>				
Numero di strutture edilizie in cui sono collocate le differenti funzioni operative.				
In quante delle sedi è presente ognuna delle articolazioni organizzative				
<i>Veicoli</i>				
Numero di veicoli in dotazione, per Servizio				
Personale con veicolo disponibile per attività di servizio				
<i>Finanziamenti</i>				
Introiti ex D.lgs. 194/08 e 758/94				
Coinvolgimento nella contrattazione del budget				
Finanziamenti arrotondati alle migliaia di €				
Modalità di assegnazione del budget assegnato o contrattato				
Di cui erogati				
Di cui impiegati				
<i>Informatizzazione</i>				
Rapporto unità di personale/numero di computer in dotazione				
Esistenza di un sistema di informatizzazione delle procedure (oltre la mera disponibilità di supporti informatici)				
<i>Dimensionamento</i>				
Ambito territoriale del Dipartimento				
Popolazione servita dal Dipartimento				
Numero di Comuni serviti				
<i>Organizzazione</i>				
Profilo professionale del Direttore				
Sesso				
Età				
Da quanto tempo è in carica l'attuale Direttore del Dipartimento	(1)	(1)		
Da quanto tempo è in carica l'attuale direttore generale Asl	(1)	(1)		
Direttori Uoc f.f. sul totale				

Tab. 1 - segue

<i>Tabella 1a Griglia</i>	2011	2012	2015	2017
Tempo da cui i Direttori Uoc f.f. ricoprono il loro incarico				
Esistenza di certificazione/accreditamento per il Dipartimento				
Sistema di gestione della qualità	(1)	(1)		
Sistema di controllo di gestione				
Inizio assetto organizzativo attuale				
Accorpamenti				
Comitato di Direzione				
Presenza di un Lsp				
Presenza di una Unità di epidemiologia				
Organigramma del Dipartimento				
<i>Attività preventive Asl</i>				
Analisi di tutte le attività preventive Asl nei differenti ambiti di intervento				
Attività di contesto per i diversi interventi: indagini epidemiologiche-obiettivi di salute – risultati operativi – effetti di salute – effetti di gradimento				
Personale cui è affidata l'effettuazione delle vaccinazioni				
Chi gestisce l'ambulatorio vaccinale				
Anagrafe vaccinale informatizzata				
Chiamata attiva alla vaccinazione				
Copertura vaccinale per coorti di nascita				
Programmi di richiamo vaccinale				
<i>Contrasto delle disuguaglianze</i>				
Vaccinazioni				
Screening tumore del seno				
Screening tumore dell'utero				
Screening tumore del colon-retto				
Ricerca Tbc asintomatica				
Eas – promozione della salute				
<i>Attività innovative</i>				
Analisi di strumenti urbanistici				
Valutazioni e osservazioni su progetti ricadenti in Via				
Valutazioni sull'impatto ambientale dell'inquinamento atmosferico				
Promozione del capitale sociale				
Facilitazione dell'accesso ai Servizi per i soggetti svantaggiati e fasce deboli				

Tab. 1 - segue

<i>Tabella 1a Griglia</i>	2011	2012	2015	2017
Contrasto dei gruppi antivaccinisti e dell'esitazione vaccinale				
Contrasto del bullismo e del cyberbullismo				
Contrasto del mobbing				
Contrasto della violenza di genere				
Contrasto del doping				
Contrasto della ludopatia				
Attività online (siti Internet, app, chat, ecc.)				
Valutazioni di Ebp				
Ospedale a misura di bambino				
<i>Screening</i> cardiovascolari				
Monitoraggio vaccinale				
Emergenza migranti				
Terapia osservata direttamente (Dot) per la Tbc				
Eventi formativi Ecm				
Ufficio promozione della salute				
Implementazione di un Regolamento anticorruzione e trasparenza dipartimentale				
Implementazione di un Sistema di misurazione e valutazione delle performance dipartimentali				
Centro medicina dei viaggi e delle migrazioni				

(1) Presenti nel 2011 e 2012 come rilevazioni del Questionario

<i>Tabella 1b - Questionario</i>	2011	2012	2015	2017
Adattabilità ai progetti regionali				
Rapporti con l'Assessorato regionale (autonomia decisionale)				
Contributo alla definizione degli obiettivi regionali				
Rapporti con la dirigenza Asl (autonomia decisionale)				
Contributo alla definizione degli obiettivi aziendali				
Rapporti con il Dipartimento veterinario				
Rapporti con l'Ospedale				
Rapporti con il Distretto				
Rapporti con i Medici di medicina generale e con i Pediatri di base				
Rapporti con l'Unità di epidemiologia				

Tab. 1 - segue

<i>Tabella 1b - Questionario</i>	2011	2012	2015	2017
Necessità di comunicazione del Dipartimento verso le altre articolazioni Asl				
Necessità di comunicazione del Dipartimento verso referenti istituzionali diversi extra-Asl				
Necessità di comunicazione del Dipartimento verso la popolazione generale				
Qualità della comunicazione del Dipartimento verso la popolazione generale		Per area		
Stile di comunicazione all'interno del Dipartimento				
Ritorni comunicativi della Asl verso il Dipartimento				
Tavoli formali di relazione con altri referenti organizzativi e istituzionali intra e extra Asl				
Sistema autonomo per la gestione della qualità (1)				
Progetti autonomi				
Progetti sostenuti da finanziatori esterni al sistema Regione-Asl				
Progetti sostenuti da finanziatori commerciali				
Da quanto tempo è in carica l'attuale Direttore del Dipartimento (1)				(2)
Da quanto tempo è in carica l'attuale direttore generale Asl (1)				(2)
Stima dell'età media degli operatori del Dipartimento (1)				
Stima della percentuale degli operatori non stabili (a tempo, a contratto, ecc.) sul totale degli operatori del Dipartimento (1)				
Corrispondenza tra le vocazioni degli operatori e la loro reale allocazione in ruoli e attività				
Capacità del Dipartimento di promuovere l'equità sociale con i propri interventi preventivi				
Capacità di perseguire gli obiettivi dell'impegno Oms "Salute in tutte le politiche" nel proprio territorio				
Sensibilità sociale (come attesa/riciesta dell'opinione pubblica)		Per area		
Accettabilità sociale (come livello di attenzione prestato/gradimento dell'opinione pubblica)		Per area		
Rilevanza (entità del danno prevenibile, in base ai dati epidemiologici)		Per area		
Qualità (adeguatezza a standard scientifico/normativi)		Per area		
Efficacia (capacità di risposta ai bisogni di salute/prevenzione desumibili dagli obiettivi di budget)		Per area		

Tab. 1 - segue

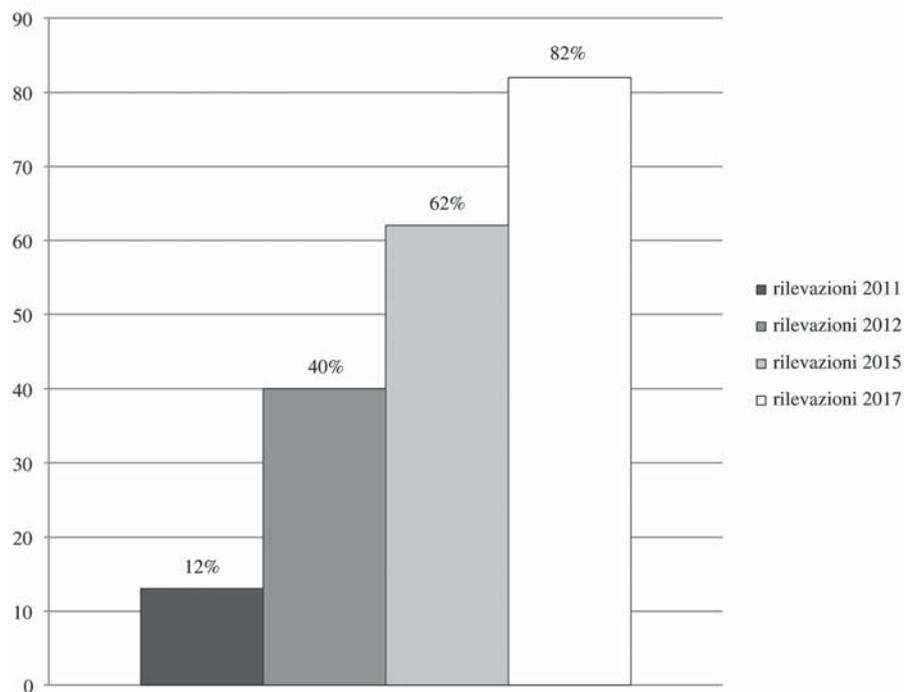
Tabella 1b - Questionario	2011	2012	2015	2017
Efficienza (utilizzo delle risorse rispetto all'assegnato dal budget aziendale)		Per area		
Necessità di approfondimenti epidemiologici (su dati di contesto e attività)		Per area		
Necessità di effettuare aggiornamenti teorici e operativi (abilità e conoscenze)		Per area		
Argomenti segnalati come auspicabili temi di aggiornamento/formazione		Per area		
Principali criticità affrontate negli ultimi tre anni				
Punti forti e punti deboli		Per area		
Considerazioni e commenti liberi				

In grigio: non rilevato

(1) Presenti nel 2015 come rilevazioni della griglia

(2) Presenti nel 2017 come rilevazioni della griglia

Fig. 1 - Percentuale di Dipartimenti partecipanti all'Oip sul totale dei Dipartimenti italiani



Si tratta con ogni evidenza di risultati notevolissimi, in particolare per una rilevazione basata sull'adesione del tutto volontaria dei Dipartimenti, richiesta con la esclusiva sollecitazione del piano della passione professionale e dell'interesse scientifico degli operatori, senza per essi alcuna "premieria" di ritorno che non fosse una aumentata e sistematizzata conoscenza della situazione del sistema della prevenzione nei vari territori, e soprattutto la speranza di aver speso il proprio impegno per una iniziativa che davvero producesse un cambiamento e un miglioramento nella nostra sanità pubblica (come da molti di essi informalmente dichiarato).

Col conseguimento dei due obiettivi operativi 2010-2017 si può dare dunque per raggiunto il primo degli obiettivi strategici dell'Oip; ossia di costituirsi come sede visibile e riconosciuta per il confronto tra le differenti esperienze geografiche e le diverse appartenenze professionali del mondo della prevenzione italiana.

## *2. Il secondo obiettivo strategico Oip e proposta di obiettivi operativi per conseguirlo a partire dal 2020*

di *Francesco Calamo-Specchia\**

### **1. L'obiettivo operativo pregiudiziale dell'Oip a partire dal 2020: allargamento dei promotori e potenziamento delle risorse**

Dei due obiettivi strategici che l'Osservatorio Italiano sulla prevenzione si è posto fin dalla sua costituzione, quello relativo al costituire l'Oip come sede visibile e riconosciuta per il confronto tra le differenti esperienze geografiche e le diverse appartenenze professionali del mondo della prevenzione italiana è stato, come detto<sup>1</sup>, sostanzialmente raggiunto.

Non altrettanto può dirsi per il secondo obiettivo strategico, ossia quello di *arrivare a ipotesi di standard e di organizzazione del Dipartimento unitarie e condivise*; il cui conseguimento è stato sì contestualmente (ma ad onor del vero non sempre coerentemente) perseguito nel corso delle attività Oip fin dal loro inizio, ma dal quale si è sostanzialmente ancora lontani.

Per attrezzarsi d'ora in avanti a conseguirlo, occorre intanto preliminarmente ribadire con forza e chiarezza che *tale obiettivo è del tutto realistico*: esiste cioè la possibilità "tecnica" di arrivare a configurare ipotesi di standard e di organizzazione del Dipartimento unitarie e condivise. I risultati prodotti dalle rilevazioni Oip e la rete nazionale di operatori dipartimentali costruita nel farlo, rinforzata dalle reti professionali delle Società scientifiche fin qui promotrici dell'Oip, garantiscono già ora infatti da una parte la disponibilità di sufficienti dati di riferimento, e dall'altra la presenza di competenze sufficienti ad iniziare ad analizzarli e a desumerne alcune prime indicazioni generali<sup>2</sup>.

\* Coordinatore nazionale Oip; professore associato di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

1. Cfr. *supra*, parte I cap. 1, Francesco Calamo-Specchia, *Il primo obiettivo strategico Oip e gli obiettivi operativi 2010-17*.

2. Cfr. *infra*, parte III cap. 4, Fausto Francia *et al.*, *Dalla rilevazione Oip ad uno standard minimo di personale per i Dipartimenti di prevenzione*.

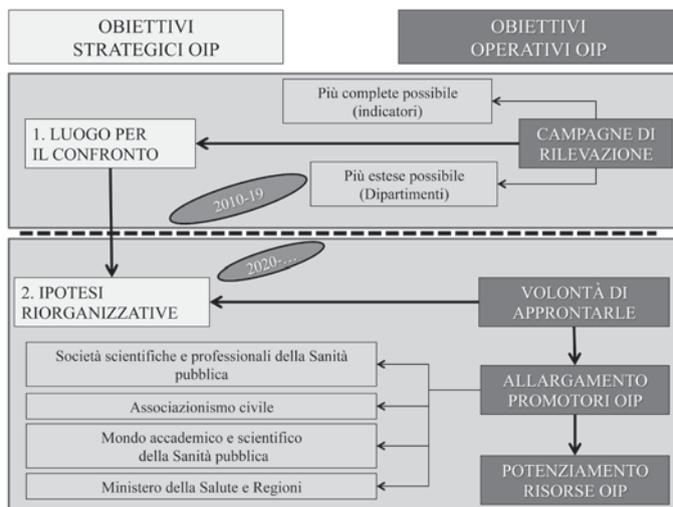
Per far sì però che tale possibilità di conseguire l'obiettivo di proporre una riorganizzazione dipartimentale si trasformi in attualità di proposte complete, occorre necessariamente mettere in campo solo un'altra risorsa, al tempo stesso semplice ma anche – occorre ammetterlo – faticosa da ottenere: ossia una diffusa, effettiva *volontà* di conseguire tale obiettivo<sup>3</sup>, volontà che sia forte e soprattutto fattiva, operativa, e che si dimostri in gesti concreti di sostegno tangibile alle attività Oip.

Primissimo, preliminare – o meglio ancora del tutto pregiudiziale obiettivo operativo dell'Oip per i prossimi anni, “obiettivo degli obiettivi” – dovrebbe dunque essere catalizzare le volontà cui sopra si accennava, attraverso un *allargamento dei suoi promotori*, che preluda ad un *potenziamento significativo delle sue risorse*, soprattutto ed in particolare in termini di operatori dedicati. Tale potenziamento costituirebbe il segno tangibile di tali volontà, e rimane comunque la *condizione non aggirabile perché l'Oip continui e sviluppi coerentemente le sue attività* (fig. 1).

Facendo seguito – e talvolta riprendendo testualmente – quanto già ripetutamente proposto e segnalato nei Rapporti prevenzione 2011, 2012, 2013, 2015, 2017, si indicheranno dunque qui di seguito alcuni degli obiettivi operativi che l'Oip dovrebbe porsi per raggiungere nei prossimi anni il suo secondo obiettivo strategico; e al conseguimento dei quali dovrebbe necessariamente contribuire la volontà concreta cui sopra si faceva riferimento, *senza la quale, anzi, nessuno di questi obiettivi potrà verosimilmente essere raggiunto*.

3. Può non essere inutile sottolineare come tale volontà vada saggiata in relazione alla grande valenza culturale, scientifica e istituzionale dell'Oip, ossia prospettando i ritorni di immagine – ma anche semplicemente il valore in sé, ossia la dimensione del “giusto” prima e più ancora di quella dell’“utile” – che deriverebbero ai promotori di una iniziativa che si rivelasse (come potrebbe rivelarsi l'Oip completamente dispiegato in tutte le sue potenzialità di intervento) del tutto cruciale nella sanità pubblica italiana. Meno significativo potrebbe invece risultare un appello legato a possibili ritorni commerciali dell'Oip, che per sua natura è costruito nella filosofia dell'intervento pubblico e su di esso è mirato, e dunque difficilmente potrebbe trovare committenti commerciali. Una possibilità – già precedentemente esplorata, ma che potrebbe ulteriormente essere approfondita – fortemente coerente con tale filosofia potrebbe quindi essere la “presa in carico” dell'Oip, in forme e modi da definirsi anche con grande “creatività” organizzativa, da parte di attori pubblici della Sanità; o anche – ma solo in second'ordine – la sua costituzione come soggetto autonomo in grado di reperire eventuali contributi da soggetti (anche pubblici) interessati al proseguimento delle sue iniziative.

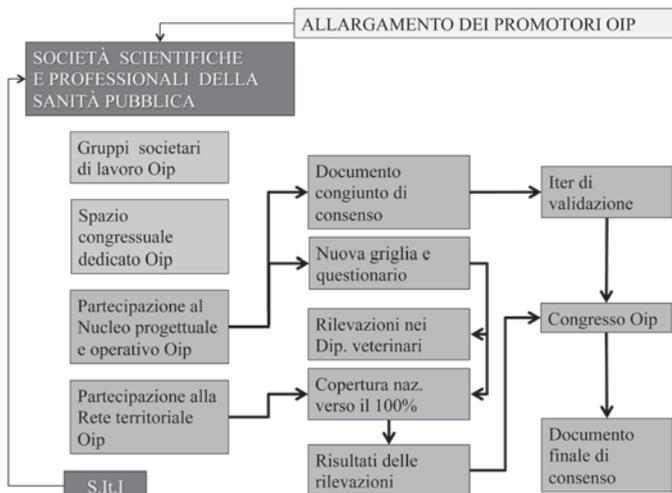
Fig. 1



### 1.1. Allargamento alle Società scientifiche e professionali della sanità pubblica

L'allargamento dei promotori dell'Oip dovrebbe essere esteso in primo luogo a tutte le realtà associative, scientifiche e professionali della prevenzione e della sanità pubblica, o a quante più possibile di esse (fig. 2).

Fig. 2



Si tratterebbe cioè di *riunire nell'Oip i rappresentanti di tutti i professionisti della prevenzione*; ossia di realizzare nell'ambito dei promotori Oip in qualche modo un “andare oltre la Siti”, che può però essere condotto e realizzato nella maniera migliore proprio dalla Siti stessa, anche per la tradizione di agenti di integrazione culturale e professionale presente nella storia e nel “Dna” degli igienisti. Non sembra azzardato affermare che se non saranno gli igienisti italiani a farsene carico fino in fondo, forse non sarà semplicissimo trovare altri gruppi professionali in grado di fungere da attivatori di tale processo; ed in tal senso l'Oip può divenire una forte assunzione di responsabilità culturale e professionale della disciplina igienistica, e potrebbe rappresentare un impegno strategico della Siti intorno a cui coagulare ricerca, formazione, lobbying virtuoso, e dal quale ricevere sicuramente – aspetto assolutamente non trascurabile – una forte promozione di immagine.

A livello politico/professionale, per il mondo degli igienisti italiani – che oggi ne costituiscono i promotori più attivi – e dunque per la Siti, l'Oip potrebbe cioè costituire una occasione per aprire quel *confronto con tutte le altre Società scientifiche e sindacali e con gli Ordini e Associazioni professionali di tutti gli operatori della prevenzione e della sanità pubblica* (almeno – ma non solo – veterinari e medici del lavoro, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, infermieri, assistenti sanitari e tecnici della prevenzione, epidemiologi e tecnici laureati, ecc.) che può costituire peraltro una chiave di volta anche più in generale per il rilancio complessivo della prevenzione nel Ssn.

### 1.1.1. Un gruppo di lavoro Oip in tutte le Società

In concreto, la Siti nazionale potrebbe ad esempio *attivare al proprio interno un gruppo di lavoro specificamente dedicato all'Oip*, e riservare inoltre all'Oip uno *spazio di rilievo nei suoi incontri e convegni nazionali e regionali*, e magari apposite *commissioni di studio nelle sezioni regionali*; o attivare quant'altro possa comunque servire a costituire di fatto la riflessione sull'Oip e dunque sui Dipartimenti come una sorta di filo rosso che si dipani parallelamente a tutte le sue attività scientifiche ed istituzionali. Essa dovrebbe inoltre contestualmente chiedere di *fare altrettanto alle altre Società scientifiche e professionali* che volessero costituirsi come promotrici dell'Oip.

Questa “centralizzazione” dell'Oip nelle attività della Siti e degli altri promotori provenienti dal mondo associativo della sanità pubblica sarebbe indispensabile anche come cruciale elemento motivante, sia per gli operatori chiamati a collaborare alle attività dell'Oip, sia per tutto il mondo della sanità pubblica italiana, sia per l'opinione pubblica in generale; cui tutti si trasmetterebbe con forza l'idea che le attività dell'Oip non galleggino nel

vuoto, né costituiscano uno sterile esercizio accademico, ma rappresentino il cuore e il centro e l'occasione imperdibile di una *iniziativa strategica, nella quale la Siti in primo luogo e in funzione trainante – e poi tutti gli altri promotori – convogliano tutto il loro impegno e tutta la loro determinazione*, e dalla quale ci si aspettano *indicazioni importanti e condivise di cambiamento*, su cui poi puntare con tutta la propria forza di lobbyng.

### 1.1.2. Tutte le Società nel Nucleo progettuale e operativo Oip

Come conseguenza dell'allargamento dei promotori, andrebbe dunque attivato un *Nucleo progettuale e operativo dell'Oip*, costituito appunto con *rappresentanti “dedicati” di tutti i promotori*; che cioè possano garantire per l'Oip una *disponibilità prioritaria nei loro impegni, sostenuta dalle proprie organizzazioni di appartenenza*.

Primo impegno di questo nuovo gruppo di lavoro potrebbe essere la *riprogettazione delle attività di rilevazione Oip*. Tale riprogettazione dovrebbe partire in primo luogo da un ripensamento della griglia e del questionario di valutazione, *allargandone le rilevazioni a variabili di specifico interesse dei diversi gruppi professionali*, in modo da renderle sempre più pienamente rappresentative di tutte le istanze, le sensibilità e le realtà operative dipartimentali, e da poterne trarre considerazioni non più solo fortemente suggestive ma completamente rappresentative circa la realtà professionali dei Dipartimenti; ed in secondo luogo, allo stesso scopo, dovrebbe prevedere di *includere organicamente nelle rilevazioni i Dipartimenti di prevenzione veterinari*, laddove essi sono costituiti.

Ciò preluderebbe ovviamente ad una *ripresa delle attività di rilevazione a livello nazionale*, migliorate, ampliate e approfondite; puntando ad una *copertura più vicina possibile al 100% del territorio nazionale*. Ciò consentirebbe di raggiungere una significatività statistica pressoché totale, che renderebbe i dati Oip ancora più pienamente validi come base per strutturare standard dipartimentali. A questo proposito, la griglia di rilevazione potrebbe essere anche arricchita da una sua *espansione ad indicatori ambientali*<sup>4</sup>, in correlazione con le Arpa regionali e con l'Ispra, che prelude ad una standardizzazione dei livelli di accettabilità dei risultati; e coordinata con *un sistema di epidemiologia Asl*, del quale più avanti in questo Rapporto è riportata una ipotesi<sup>5</sup>, a costituire *un sistema ampio di epidemiologia dipartimentale*.

4. Cfr. *infra*, parte III cap. 3, Michele Conversano *et al.*, *Ambiente e salute: quali indicatori per un modello di gestione integrata*.

5. Cfr. *infra*, parte III, cap. 1, Francesco Calamo-Specchia, *Verso un sistema stabile di epidemiologia incardinato nei Dipartimenti di prevenzione*.

### 1.1.3. Tutte le Società nella Rete territoriale Oip

A tali rilevazioni – e al massimo avvicinamento possibile all’ambizioso obiettivo del 100% di rispondenti – potrebbe dare un contributo decisivo una *Rete territoriale strutturata di referenti Oip*, costituita in ogni Dipartimento da un operatore (o più) selezionato tra gli iscritti alla Siti e/o alle altre Società scientifiche e professionali della sanità pubblica promotrici dell’Oip. Tale Rete consentirebbe evidentemente di condurre rilevazioni esaustive, più rapide, più dettagliate, più diffuse.

### 1.1.4. Tutte le Società nel Congresso Oip

Ma l’allargamento dei promotori Oip potrebbe anche trovare una sua concretizzazione ed identificazione insieme operativa e simbolica nella organizzazione congiunta da parte di tutti loro di un *Congresso nazionale ad hoc, di periodicità annuale o biennale*, specificamente dedicato non solo alla *illustrazione dettagliata dei risultati via via raggiunti dell’Oip*, ma anche e soprattutto all’avvio di un processo di confronto serrato, scientifico e “politico”, tra le visioni culturali, istituzionali ed organizzative del Dipartimento di prevenzione, tendente a *costruire il più ampio consenso professionale* intorno ad una ipotesi unitaria.

Il primo di tali incontri costituirebbe cioè una tappa cruciale di un percorso di costruzione del consenso, di cui poi i successivi Congressi periodici costituirebbero scadenze fisse di valutazione e rilancio.

Il Congresso dovrebbe servire peraltro anche a promuovere un confronto e una possibile integrazione dell’Oip con *altre esperienze italiane analoghe o complementari di raccolta dati*, quale ad esempio il Sistema di valutazione del network delle Regioni attivato dalla Scuola Universitaria Superiore Sant’Anna di Pisa<sup>6</sup>, l’Osservatorio sulle strategie vaccinali<sup>7</sup>, ecc.

6. Dal 2008, coordinato dalla Scuola Universitaria Superiore Sant’Anna di Pisa, è attivo un network di Regioni (Basilicata, Calabria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, P.A. Trento, P.A. Bolzano, Puglia, Toscana, Umbria e Veneto) per un’analisi sistematica di 160 indicatori che mettono a confronto le rispettive performances del sistema sanitario: tra cui lo stato di salute della popolazione, la capacità di perseguire le strategie regionali, le best practices, la valutazione socio-sanitaria, la valutazione dell’esperienza dei cittadini e dei dipendenti, la valutazione della dinamica economico-finanziaria e dell’efficienza operativa. Negli anni passati sono stati oggetto di specifico approfondimento gli indicatori di valutazione per i servizi della prevenzione.

7. L’Osservatorio sulle strategie vaccinali è una iniziativa di Rare-Lab e del Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (CREA Sanità).

### 1.1.5. Strategie di promozione del consenso: Documento congiunto e Documento finale

Un tratto che emerge con grande chiarezza dal quadro rappresentativo della realtà dei Dipartimenti italiani delineato nei risultati delle rilevazioni Oip 2010-17 è la *necessità assoluta di un ripensamento organizzativo per i Dipartimenti*.

Il percorso di costruzione del consenso dovrebbe dunque partire da una iniziativa di tutti i promotori Oip riuniti nel Nucleo progettuale e operativo, che conduca alla *stesura di un Documento congiunto sull'organizzazione* contenente quella “definizione di «che cosa è» e di «che cosa fa» il Dipartimento, ma soprattutto di «che cosa sarebbe auspicabile che fosse e che facesse»”, già più volte menzionata come secondo obiettivo strategico e fondante dell'Oip. Ossia contenente la configurazione di un modello di *organizzazione dipartimentale*, cui le rilevazioni già effettuate dall'Oip degli assetti organizzativi e degli organigrammi di tutti i Dipartimenti italiani possono fornire fin d'ora un importante contributo. Un modello che sia rispettoso delle diversità locali, ma che preveda un approccio organizzativo e una connotazione normativa chiari ed unitari, in grado di contribuire a rilanciare il ruolo nazionale del Dipartimento come incarnazione visibile della prevenzione e delle sue esigenze.

Tale Documento dovrebbe successivamente essere messo al centro di *itinerari di validazione all'interno dei vari promotori Oip*, sia quelli appartenenti al mondo professionale ed accademico della sanità pubblica italiana, sia in varia misura quelli provenienti dal mondo dell'Associazionismo civile (vedi avanti, § 1.2); senza trascurare iniziative di *ascolto* della popolazione generale (vedi avanti, § 1.2.1), ecc.

I risultati di tutti questi itinerari dovrebbero convergere poi per un confronto e una sintesi propositiva nel Congresso, che produca un *Documento finale di consenso*; anzi, negli appuntamenti annuali dei Congressi, perché la maggiore validità per tale strategia di consenso consisterebbe nel pensarla e attuarla non come un momento ma come un processo stabile, che se attivato verrebbe inevitabilmente a rivestire un ruolo di grande rilievo nella sanità pubblica italiana.

### 1.1.6. Contenuti della strategia di consenso: la configurazione degli standard

Tale strategia di consenso, e il Documento congiunto da cui essa dovrebbe partire, dovrebbe affrontare in particolare, nel quadro degli assetti organizzativi, il tema di grandissima lunga più cruciale di ogni altro, secondo quanto gli operatori stessi hanno segnalato alle rilevazioni Oip, ossia la carenza delle risorse; una cui ri-dotazione dei Dipartimenti non

può che passare però attraverso l'identificazione di *standard* atti a definirne i livelli, e che consentano di non lasciare la necessaria aderenza alle specifiche caratteristiche locali alla creatività fantasiosa dei diversi territori. Una identificazione di standard (che rivestirebbe peraltro un grande interesse scientifico anche per l'Università) potrebbe cioè servire a cercare di sostanziare, precisare, oggettivare – e dunque rendere maggiormente “spendibile” – la ripetuta segnalazione di scarsità di risorse e la pressante richiesta di sanarla.

Anche quello sugli standard è un lavoro per il quale le teorizzazioni e gli indicatori utilizzati dall'Oip potrebbero rivelarsi particolarmente utili; non solo *fornendo parametri ed elementi numerici* – già desumibili dalle rilevazioni fin qui compiute, o che potrebbero derivare con ancora maggiore precisione dalle prossime poste in essere con griglia e questionario rinnovati – cui indicizzare le dotazioni dipartimentali (standard di dimensionamento dei Dipartimenti, di dotazioni di personale, di strumenti, di strutture, di finanziamenti; di funzionamento e di complessità; di risultati e di effetti, ecc.); ma anche permettendo ad esempio di studiare i modi per un *incrocio di tutte tali evidenze*.

Ad esempio, le gravi disfunzioni organizzative prodotte dagli accorpamenti dei Dipartimenti (l'opportunità stessa dei quali avrebbe dovuto peraltro essere discussa e valutata in relazione a standard), realizzati con standard variabili, locali o più spesso carenti o del tutto assenti, potrebbero – o avrebbero potuto – forse essere scongiurate approntando e validando in maniera condivisa a livello nazionale *standard di taglia, di attività svolte, di complessità, di risultati di salute e gradimento* dei Dipartimenti; e standard delle *risorse connesse ai livelli variabili di ognuno di tali standard*.

Particolarmente importante sarebbe peraltro approfondire il discorso sugli *standard di risultati* – ma soprattutto *di effetti* – delle attività dipartimentali, che valgano a svincolare la dotazione di risorse da logiche esclusivamente economicistiche e autoreferenziali mirate sulla pura effettuazione di attività, fondando la rilevazione degli effetti in un monitoraggio di processi ed esiti degli interventi mirato sulle condizioni oggettive (epidemiologia) ma anche sulle percezioni soggettive (efficacia/gradimento) dei cittadini.

Per far questo, è evidente come la definizione degli standard di sanità pubblica debba dunque *uscire dalla logica esclusiva degli standard di prestazioni e di servizio*; in primo luogo promovendo studi ispirati all'approccio *Ebp, prevenzione basata sull'evidenza*, che si pongano cioè l'obiettivo di identificare le attività e le pratiche di prevenzione di cui è dimostrabile o dimostrata l'efficacia (o al contrario l'inefficacia); e che possono trovare nell'Oip – e negli interventi preventivi che l'Oip evidenzia come i più effettuati nei Dipartimenti – una utile *indicazione di priorità negli oggetti di studio*.

Un approccio riconducibile alla filosofia degli standard di efficacia è peraltro già stato ampiamente praticato nel quadro delle riflessioni Oip: alla metodica *Ipest*, ossia *Interventi preventivi efficaci, sostenibili e trasferibili* è stata dedicata tutta la seconda sezione dei Rapporti prevenzione del 2015 e del 2017. In essi sono stati presentati rispettivamente otto e sette *Ipest*, ossia complessivamente quindici azioni mirate (intese come parte isolabile e valutabile di interventi, programmi, servizi, strategie, o interventi normativi, ecc.), con obiettivi espliciti di cambiamento o di prevenzione di comportamenti a rischio per la salute, che possano essere considerate efficaci e trasferibili, con adattamenti minori, ad altri contesti.

Va comunque ancora ribadito che ogni discorso sulla *valutazione dell'attività dipartimentale* tramite standard non può però essere affrontato con approcci meccanicistici che siano eccessivamente fondati su dati quantitativi e su modelli valutativi rigidi, indispensabili in ambiente sperimentale o biologico, ma meno significativi in ambiti metadisciplinari ed eminentemente qualitativi come la sanità pubblica. Una valutazione degli interventi dei Dipartimenti deve cioè vedere insieme efficacia ed efficienza con percezioni soggettive di efficacia e gradimento, accettabilità e eticità, sensibilità e attese del territorio, ecc.; per riportare oltre che la salute anche i bisogni e le domande del cittadino al centro della progettazione ed attuazione degli interventi.

Uscire dalla logica esclusiva (ed autoreferenziale) degli standard di prestazioni e di servizio, come si è appena affermato, vuol dire dunque costruirsi la possibilità di un *ascolto organizzato degli utenti non solo sul loro gradimento ma anche sull'efficacia percepita degli interventi*, oltre che sulle loro *attese verso la salute e verso gli interventi preventivi*, per poter inserire tutti questi elementi in maniera standardizzata nei processi programmatici.

E vuol dire aver chiaro che eventuali attese del territorio, ritenute a torto o a ragione dagli operatori “errate”, non si correggono denigrandole, squalificandole o eliminandole dal proprio orizzonte professionale e operativo, ma piuttosto intensificando il lavoro comunicativo e relazionale per interferire sulle dinamiche della loro determinazione; ossia intensificando a tutti i livelli il lavoro di promozione della salute e di advocacy dei Dipartimenti e del Ssn nel suo complesso.

## 1.2. Allargamento al mondo dell'Associazione civile

Perché questo difficile ma ineludibile ricentramento del sistema preventivo sul cittadino possa compiersi appieno, al di là degli slogan, sarebbe dunque massimamente utile un allargamento dei promotori Oip anche

al mondo *dell'Associazione civile* sia del settore sanità (Associazioni di utenti, pazienti, ecc.) che più generale (Associazioni di consumatori, ecc.) (fig. 3).

Le Associazioni divenute promotrici dell'Oip potrebbero destinare loro rappresentanti a *coadiuvare e/o integrare la Rete territoriale Oip*, e naturalmente anche a fornire un contributo al *Nucleo progettuale e operativo Oip* e partecipare alla stesura del *Documento congiunto di consenso*; che dovrebbe essere poi sottoposto ad *iter approvativo* a livello plenario nelle Associazioni stesse, che dovrebbero evidentemente essere anch'esse tra le organizzatrici del *Congresso Oip*.

### 1.2.1. Sistema di ascolto diffuso

Più in particolare, con tali Associazioni si potrebbe anzitutto sperimentare un *sistema di ascolto diffuso*, da pensare come stabilmente inserito nelle rilevazioni Oip a fianco di quelle effettuate con la griglia di dati oggettivi e il questionario di valutazioni soggettive degli operatori.

Ossia si potrebbe lavorare a configurare una “griglia” articolata con indicatori con cui svolgere rilevazioni diffuse, da una parte delle *domande e delle attese soggettive di salute*, e della soddisfazione delle stesse in termini di *efficacia percepita e gradimento degli interventi*; e dall'altra di elementi di contesto sociale, tra i quali almeno: gli *atteggiamenti e gli stili di vita nei confronti della salute e del Ssn* (già quest'anno sperimentalmente rilevata<sup>8</sup>); la presenza e la gravità delle *diseguaglianze sanitarie e sociali* (segnalate come è noto dall'Oms quale principale problema di sanità pubblica del XXI secolo); gli assetti del *capitale sociale*<sup>9</sup>, ele-

8. Cfr. *infra*, parte II cap. 2, C. Collicelli, L. Durst, *Gli indicatori di atteggiamenti e stili di vita nei confronti della salute e del Ssn*.

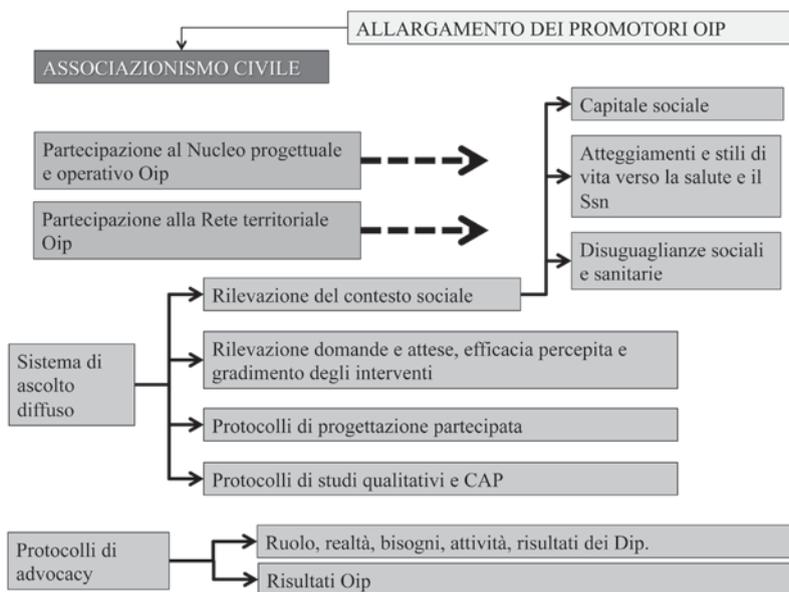
9. “Strutture sociali coese si configurano dunque come un capitale sociale, dal momento che possiedono la capacità di fornire ai propri membri benefici di duplice natura: l'una relazionale, indiretta, ossia la fiducia e la reciprocità che facilita le interazioni sociali ed economiche nelle organizzazioni sociali di cui un individuo è membro; e l'altra materiale, più diretta, collegata alle risorse cui ogni individuo può accedere grazie alla sua appartenenza al gruppo.

Tali benefici sono intuitivamente evidenti, ma non è chiaro lungo quali “percorsi biologici” si possa passare da gratificazioni sociali a migliori livelli di salute, o da una ferita sociale ad una biologica quale la malattia o la morte.

Una spiegazione è che esista evidentemente “qualcosa” nelle connessioni tra i singoli individui che è importante per la salute; e questo “qualcosa” può essere rappresentato come un agente patogeno chiamato “stress”, di cui un alto livello di supporto sociale bloccherebbe la trasmissione. Un esempio di tale effetto protettivo è dato dall'ormai famoso “Effetto Roseto” ossia la notevole differenza nella mortalità da infarto miocardico tra Roseto, una omogenea comunità italo-americana in Pennsylvania, e altre città vicine tra il 1955 e il 1965. Queste differenze sono poi scomparse quando Roseto si è “americanizzato”

mento importantissimo – ma spesso purtroppo del tutto scotomizzato – nel determinare i livelli di salute e malattia nei territori.

Fig. 3



In tale sistema potrebbe peraltro essere molto stimolante e innovativo inserire anche *sperimentazioni di protocolli di progettazione partecipata*<sup>10</sup> coi cittadini, pensate per fini principalmente di progettazione ma

dalla seconda metà degli anni '60. Quel che è certo è che la statistica medica e l'epidemiologia insegnano che i livelli di salute di una popolazione sono qualcosa di più della semplice somma aritmetica della salute dei suoi singoli membri, e che i determinanti della salute di una popolazione sono sia di tipo individuali che di tipo contestuale; e che dunque c'è qualcosa di intrinsecamente sociale nella sanità pubblica, che non può essere ridotta allo studio e alla modificazione di singoli individui". A. Stefanini, *Sistemi sanitari e disuguaglianze in salute*, in F. Calamo-Specchia (a cura di), *Manuale critico di sanità pubblica*, Maggioli Editore, Rimini, 2015.

10. "Alcune tecniche partecipative possono essere particolarmente utili, quali: 1) strumenti per l'ascolto dei cittadini e dei gruppi di interesse (interviste, questionari, osservazione partecipante, focus group, brainstorming, camminata di quartiere, ... 2) pratiche di consultazione e interazione costruttiva (tavoli di lavoro/consulte, workshop tematici, forum telematici, future search conference, world café, open space technology, laboratori progettuali, metaplan, analisi Swot, ecc.); 3) tecniche per il raggiungimento di conclusioni condivise e la promozione di processi deliberativi (town meeting, giurie dei cittadini, deliberative polling, ecc.). Utilizzando tali tecniche, particolare cura deve esse-

anche di valutazione, nonché *studi qualitativi* (indicatori di salute auto-percepita) principalmente del *modello Cap*<sup>11</sup>, sempre da condurre in collaborazione con le Associazioni; che possano valere anch'essi a saggiare la possibilità di introdurre formalmente e costantemente, nei processi di programmazione e valutazione/riprogrammazione territoriale, un *iter standardizzato di rilevazione delle aspettative e dei giudizi della popolazione* servita.

### 1.2.2. Protocolli di advocacy

Ulteriore obiettivo operativo dell'Oip per i prossimi anni potrebbe essere poi approntare *strategie efficaci per la diffusione dei suoi risultati e delle sue impostazioni di lavoro*, sia verso la popolazione generale sia anche all'interno del Ssn, al fine di promuovere nell'una e nell'altro una massa critica favorevole alla prevenzione ed ai Dipartimenti – oltre che all'Oip stesso e all'accoglimento del suo lavoro.

Per la diffusione dei risultati Oip nel Ssn, insostituibile strumento dovrebbe essere costituito dalla summenzionata Rete territoriale, che potrebbe utilizzare in particolare i workshop regionali di cui al paragrafo successivo, oltre che incontri locali organizzati ad hoc.

Per la diffusione nella popolazione generale occorrerebbe invece progettare, sempre in stretta collaborazione con l'Associazionismo civile, *i protocolli di una forte iniziativa condotta con strategie di advocacy, potenzialmente applicabile nei diversi territori*; tanto più importante, quanto più si tiene conto peraltro che una delle radici della scarsità delle risorse per la prevenzione in Italia può essere considerata senz'altro – a fronte delle ben conosciute mancanza di “spettacolarità” degli interventi e ampia latenza temporale dei loro risultati, connaturate alle attività preventive – la carenza di iniziative comunicative forti e costanti che portino l'esigenza e i vantaggi della prevenzione all'attenzione della collettività e dei decisori.

In tale iniziativa di advocacy occorrerebbe anzitutto far sapere che i Dipartimenti esistono, e come si inseriscono nel sistema meritario di protezione della salute su cui si fonda l'esistenza stessa di una socie-

re posta ai linguaggi e ai saperi, alle dinamiche di potere e ai conflitti di interesse, ai significati attribuiti, alla definizione di una visione condivisa dell'oggetto di lavoro e dei problemi da affrontare; così che sia possibile prefigurare scenari, dar seguito alle proposte che emergono e costruire un impianto di valutazione che permetta a promotori e partecipanti di leggere unitariamente il processo di lavoro”. M.E. Coffano, *Promozione della salute e modelli di cambiamento*, in F. Calamo-Specchia (a cura di), *Manuale critico di sanità pubblica*, cit.

11. Cfr. nota 14, p. 135.

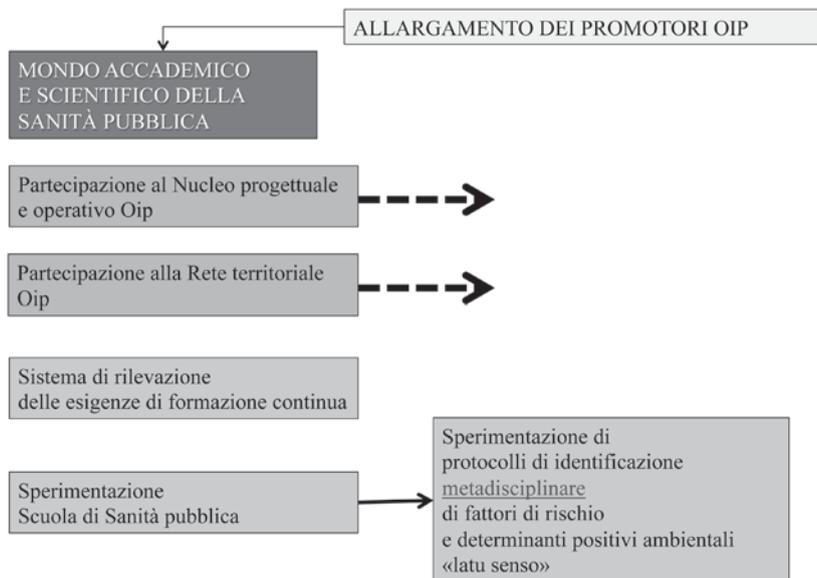
tà civile; ad esempio ponendo all'attenzione e al dibattito le risposte a poche, cruciali questioni, quali: *cosa è e cosa fa un Dipartimento di prevenzione? cosa ci mancherebbe senza un Dipartimento? la qualità dei suoi interventi è quella comunemente percepita o la loro qualità reale è superiore alla "narrazione corrente" su di essa? che differenze di efficacia, di efficienza e di eticità ci sono tra prevenzione individuale e prevenzione collettiva?*, alle quali una gran parte dei cittadini non è in grado di rispondere, o risponde in maniera errata.

Contestualmente, in tale iniziativa occorrerebbe inoltre diffondere – attraverso la *diffusione dei dati Oip* – la conoscenza su cosa fanno i Dipartimenti, cosa si ottiene dalle loro attività, quali sono i loro bisogni, quali le loro potenzialità; e la comunicazione della stessa esistenza e delle attività dell'Oip potrebbe servire anche a non lasciar spazio all'impressione negativa (talora presente nell'opinione pubblica, e nello stesso Ssn) che i Dipartimenti possano essere del tutto autoreferenziali, che possano andare avanti sostanzialmente senza sapere nulla di sé né degli altri Dipartimenti, che possano lavorare per inerzia o per emergenze subentranti, senza programmazione né valutazione.

### 1.3. *Allargamento al mondo accademico e scientifico della sanità pubblica*

La costituzione quali promotori Oip andrebbe necessariamente proposta anche alle diverse *componenti accademiche e scientifiche della sanità pubblica* (fig. 4) (Università ma anche Iss, Cnr, Centri di ricerca, Fondazioni, ecc.) sia per l'innegabile *interesse scientifico dell'iniziativa Oip* (come precedentemente ricordato, la perdurante mancanza di standard di dotazioni, attività, assetti organizzativi ecc. per i Dipartimenti costituisce una importante sfida di natura scientifica e ideativa prima ancora che istituzionale); sia perché il radicamento territoriale dell'Oip potrebbe garantire al mondo accademico e scientifico italiano della sanità pubblica la disponibilità del *vasto terreno di studio* coinvolto e della *ampia messe di dati* fin qui raccolti – o dei nuovi potenzialmente disponibili – *per approfondimenti e sperimentazioni*. Solo a titolo di esempio, si può far cenno a possibili studi di *economia sanitaria*, che 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 ad esempio studi sui *risparmi di costi diretti e indiretti indotti dalle diverse attività preventive segnalate dall'Oip come massimamente rilevanti e diffuse*, ecc.

Fig. 4



In generale, comunque, il contributo del mondo accademico e scientifico della sanità pubblica all'Oip, evidentemente cruciale sotto il profilo concettuale, dovrebbe naturalmente esplicitarsi anche con la partecipazione di suoi rappresentanti al *Nucleo progettuale e operativo Oip*, e in particolare alla stesura del *Documento congiunto di consenso* e all'organizzazione del *Congresso*. Ma esso potrebbe dimostrarsi molto importante anche sotto il profilo operativo: ad esempio, studenti in formazione nelle diverse Scuole di specializzazione (o anche nei differenti Corsi di laurea, o borsisti Cnr, ecc.) di area preventiva e di sanità pubblica potrebbero *coadiuvare e/o integrare la Rete territoriale Oip*, utilizzandola al contempo per approfondimenti e studi.

### 1.3.1. Sistema di rilevazione delle esigenze di formazione continua

Inoltre, nell'Oip gli universitari della sanità pubblica potrebbero trovare una significativa opportunità per fornire in maniera programmaticamente coordinata con le esigenze del territorio una risposta alla esigenza (segnalata a suo tempo nell'Accordo Stato-Regioni del 2011, ma ad ogni modo rilevante in sé) di “sviluppare un sistema di definizione di obiettivi per la formazione continua per gli operatori dei Dipartimenti di prevenzione”; fondandosi su quella semplice analisi dei bisogni formativi già condotta nelle

scorse rilevazioni Oip, in cui gli operatori stessi dei Dipartimenti hanno già identificato i temi ritenuti prioritari per la propria formazione continua; ma che naturalmente potrebbe essere anche replicabile, migliorabile, e soprattutto sistematizzabile come *modello di rilevazione stabile delle esigenze di aggiornamento e formazione continua* degli operatori della prevenzione.

Tra i contenuti di tale aggiornamento, anche in questo caso a solo titolo di esempio, si può citare l'esigenza degli operatori – ripetutamente e con forza emersa dalle rilevazioni Oip – di approfondire la propria formazione migliorando le conoscenze, le attitudini, le capacità, la motivazione di ognuno di essi – tra di loro e verso la popolazione e gli utenti – ad una *comunicazione* profondamente relazionale, più che piattamente informativa; che serva da una parte a praticare nella maniera più piena *l'integrazione istituzionale, organizzativa, professionale e umana*, identificata come una esigenza assoluta nei Dipartimenti; e dall'altra li metta anche in grado di trasformare ogni contatto con l'utenza – dalle certificazioni alle visite preventive, dalle vaccinazioni alle ispezioni – in una occasione di ascolto, di conoscenza, di scambio, di condivisione, di apertura, mettendoli cioè in grado di praticare lo stile da essi stessi riconosciuto nelle rilevazioni Oip come il più efficace nella prevenzione, ossia quello della *promozione della salute*. Sempre solo a titolo di esempio, molto interessante e innovativa potrebbe risultare in questo ambito, come suggerito da alcuni operatori nelle rilevazioni Oip, una sperimentazione sul possibile inserimento della *medicina narrativa anche in prevenzione*, a proposito di infortuni, incidenti, inquinamenti di massa, ecc.

L'inserimento nelle attività Oip di una rilevazione stabile delle esigenze formative degli operatori dipartimentali – e il collegamento con le Università realizzato con l'allargamento dei promotori Oip, e utile a segnalare tali esigenze al mondo accademico – costituirebbe peraltro un esempio di quella relazione Università-territorio costantemente dichiarata come esigenza irrinunciabile della formazione sia dall'una che dall'altro, ma in realtà non così frequentemente e fruttuosamente praticata.

### 1.3.2. Approntamento di un modello di Scuola di sanità pubblica (e sua applicazione sperimentale)

Tale esempio virtuoso di sinergia formativa Università-servizi potrebbe poi magari anche essere spinto fino alla sperimentazione di un approccio modello “*Scuola di sanità pubblica*” – quale a suo tempo proposto da chi scrive<sup>12</sup> – come sperimentazione di un nodo locale di un futuro sistema ar-

12. D. Lagravinese, F. Calamo-Specchia, *Il ruolo dei professionisti della prevenzione tra intersettorialità e metadisciplinarietà: verso una rete di scuole territoriali di sani-*

ticolato di Scuole di sanità pubblica di Asl (auspicabilmente collegato con una rete di Scuole di sanità pubblica regionali, e con un livello centrale) inteso come una sorta di “Scuola quadri” diffusa, di cui l’organizzazione sanitaria, come ogni organizzazione complessa e matura, non può davvero più fare a meno. A tale esperimento di Scuola dovrebbero essere chiamati tutti gli operatori dipartimentali, e non solo quelli sanitari; e in esso dovrebbe essere condotta una didattica mirata principalmente sulla *motivazione*; che è la risorsa che – molto più delle conoscenze tecnico-scientifiche e professionali – maggiormente manca agli operatori<sup>13</sup>.

Quel che infatti, secondo le rilevazioni Oip, oggi sembra mancare diffusamente nei Dipartimenti è un senso condiviso del proprio lavoro; una autoidentificazione certa; un orgoglio di appartenenza fondato sulla chiarezza aziendale di obiettivi e mandati; una autostima radicata nel riconoscimento e nell’ascolto reciproco tra livelli gerarchici diversi e tra professionalità diverse all’interno dell’organizzazione; una autodeterminazione – o almeno una partecipazione alla determinazione – dei termini del proprio impegno, una spinta forte e fortemente internale (etica, deontologica, orgogliosamente professionale) al proprio agire. Ossia appunto la risorsa di maggiore importanza di ogni sistema – alla base di un *buon clima organizzativo*, segnalato dagli operatori stessi come indispensabile per ottenere alti livelli di efficacia ed efficienza nei Dipartimenti – e cioè la *motivazione* stabile, libera, cosciente e comune dei propri operatori; una cui sollecitazione dovrebbe dunque essere l’obiettivo principale della sperimentazione di Scuola.

### 1.3.3. Approntamento di protocolli di identificazione metadisciplinare di fattori di rischio e determinanti positivi di salute, ambientali “latu senso”

Peraltro, sarebbe anche particolarmente suggestivo immaginare (e sarebbe particolarmente suggestivo provare a sperimentare come ulteriore “spin-off” dell’Oip) questa esperienza di costruzione di un ipotetico nodo locale della rete delle Scuole di sanità pubblica anche come luogo di spe-

*ta pubblica*, in A. Boccia et al. (a cura di), *Rapporto Prevenzione 2010. La formazione alla prevenzione*, cit.

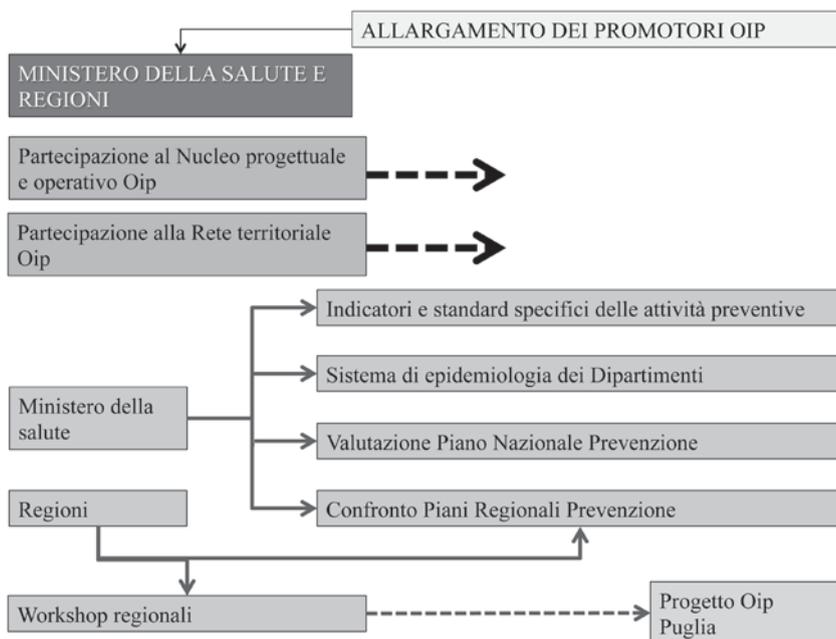
13. Questa affermazione – che può apparire paradossale – si basa invece fortemente sulla pressante richiesta di interventi di motivazione proveniente dalle segnalazioni degli operatori all’Oip, e invece sulle risposte generalmente tiepide e svogliate ad iniziative quali i corsi Ecm, in cui il focus è quasi ineluttabilmente spostato dalla natura del sapere, alle sue ricadute esterne in termini di punteggi, certificazioni, ecc.; o anche dal senso e dall’applicabilità e dalla rilevanza di quanto imparato nella realtà operativa concreta dei discenti, ad un approccio puramente dottrinario.

rimentazione di una nuova sintesi meta-disciplinare originale, multiprofessionale e multiculturale, realizzata ad esempio *approntando protocolli di identificazione metadisciplinare di fattori di rischio e determinanti positivi di salute, ambientali “latu senso”*; ossia come un centro generatore della capacità degli operatori sanitari e accademici insieme di pensare e dire parole originali sui problemi epocali della contemporaneità, ad un tempo sanitari e sociali, politici e culturali (dalla sovrappopolazione alle migrazioni, dalla marginalità alle diseguaglianze, dalla sostenibilità ecologica delle società occidentali ai nuovi modelli di sviluppo, ecc.), cui gli operatori chiedono di essere formati a dare risposte che per essere efficaci devono andare al di là del puro approccio biomedico, e che l’Università può contribuire a configurare.

#### 1.4. Allargamento alle istituzioni

Di un *parterre* allargato di promotori Oip non potrebbero in alcun modo non far parte anche referenti organizzativi istituzionali, in particolare Ministero della salute e Regioni (fig. 5).

Fig. 5



Obiettivo operativo tra i più urgenti delle future attività Oip dovrebbe dunque essere *riprendere e stabilizzare i rapporti con Ministero della salute e Regioni*, e inserirli nella forma che si dovesse ritenere più opportuna *tra i promotori dell'Oip*, ottenendo comunque un *inserimento di loro rappresentanti nel Nucleo progettuale e operativo e nella Rete territoriale Oip*.

Per l'Oip sarebbe infatti utilissima l'opportunità di lavorare in stretta sinergia ed integrazione con i referenti istituzionali nazionali e regionali, che potrebbero dare un insostituibile contributo in particolare alla stesura del *Documento congiunto di consenso* e alla sua validazione nel *Congresso*, di cui anch'essi dovrebbero essere organizzatori (ciò che garantirebbe al Congresso una risonanza davvero nazionale e un importante peso istituzionale). Oltre a ciò, nello specifico tale sinergia potrebbe anche servire per evitare duplicazioni di richieste di dati ai Dipartimenti, e per indirizzare la configurazione degli strumenti di rilevazione di volta in volta verso interessi istituzionali specifici.

Per il Ministero l'interesse ad una iniziativa come l'Oip, nel più volte ricordato vuoto di iniziative analoghe, dovrebbe risultare del tutto immediato. Del resto, già in passato si è riflettuto con il Ministero delle possibili sinergie dell'Oip con alcuni progetti nazionali. In particolare la riflessione comune è stata a suo tempo condotta su un progetto selezionato dal bando 2011 del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, Ccm, che supportava l'Azione centrale 5.1 del Piano nazionale della prevenzione, orientata a: "raccolgere, interpretare e diffondere alle istituzioni interessate informazioni sull'assetto e sulle pratiche delle strutture deputate all'erogazione di servizi di prevenzione", e che esplorava "l'articolazione delle strutture che erogano servizi di prevenzione attraverso la lettura dei progetti regionali all'interno dei Piani Regionali della Prevenzione (2010-2012)" e parallelamente "l'articolazione delle attività di prevenzione attraverso la lettura degli atti normativi e delle indicazioni programmatiche a vari livelli organizzativi". A tale progetto l'Oip avrebbe potuto fornire il fondamentale contributo della rilevazione in campo, ma la collaborazione con il Ministero non si è però concretizzata.

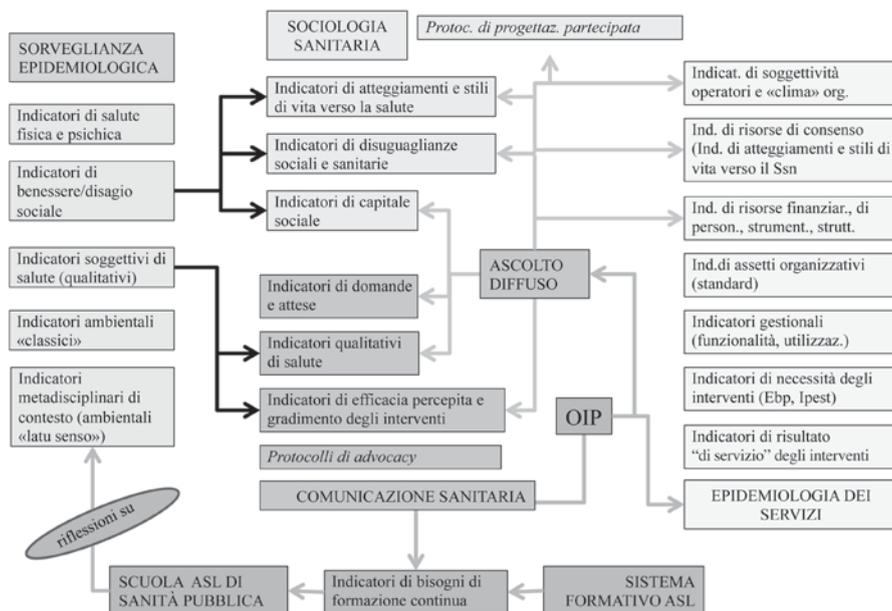
Essa andrebbe dunque rilanciata, in relazione in particolare a due circostanze.

#### 1.4.1. Sistema di epidemiologia dipartimentale

Per il Ministero, l'Oip potrebbe essere utilizzato come un cantiere di riflessione congiunta tra operatori del territorio, mondo accademico, istituzioni, società civile, intorno alla costruzione e sperimentazione di *indicato-*

ri e standard specifici per le attività preventive; e potrebbe fungere anche da stimolo o da vera e propria base per l'articolazione di un sistema stabile di epidemiologia dei servizi mirato sui Dipartimenti e sulle attività di prevenzione, del quale l'Oip potrebbe configurarsi come una prima ipotesi di sperimentazione, e che potrebbe essere pensato come una articolazione di un complessivo sistema epidemiologico Asl<sup>14</sup> (fig. 6).

Fig. 6 - L'Oip e i sistemi di indicatori Asl



14. Cfr. *infra*, parte III, cap. 1, F. Calamo-Specchia, *Verso un sistema stabile di epidemiologia incardinato nei Dipartimenti di prevenzione*.

#### 1.4.2. Valutazioni del Pnp e confronti tra i Prp

D'altra parte, come più volte segnalato in passato, di forte interesse ministeriale – oltre che delle Regioni stesse – potrebbe anche rivelarsi il fatto che l'Oip possa prestarsi molto efficacemente (già oggi; e ancor più in futuro, se sarà appunto opportunamente orientato da referenti istituzionali a precisare sempre meglio le rilevazioni maggiormente coordinate con gli interventi e le esigenze di conoscenza istituzionali) ad essere la sede in generale di una *valutazione del Piano Nazionale della Prevenzione* e per un *confronto stabile dei diversi Piani Regionali della Prevenzione*; mentre i rapporti di collaborazione con gli *Assessorati regionali* – rapporti peraltro già da tempo avviati in tutta Italia ma da riprendere e sviluppare al pari di quelli col Ministero – potrebbero ad esempio essere ancora rinsaldati dall'organizzazione, sotto la loro egida, di una serie di *workshop regionali di una o di mezza giornata*, per la *presentazione dettagliata agli operatori dei Dipartimenti dell'approccio e degli strumenti dell'Oip* e per un confronto a livello regionale intorno alla *considerazione e verifica dei risultati regionali dell'Oip*, il che potrebbe permettere utili valutazioni a livello locale.

I buoni rapporti dell'Oip con gli Assessorati regionali si sono peraltro già concretizzati con la Regione Puglia; con la cui stretta collaborazione è stato attivato quest'anno il "*Progetto Oip Puglia*"; una presentazione dei cui connotati e risultati è oggetto di uno specifico approfondimento nella parte II di questo Rapporto.

#### 1.5. *L'imprevedibile impegno della Fondazione Smith Kline*

Nella fig. 7 è riportato uno schema riassuntivo delle principali possibili azioni complessive a breve-medio termine dei promotori Oip.

Per iniziare dunque a ipotizzare la concretizzazione dell'impegno futuro dell'Oip secondo le direttrici di intervento fin qui esposte, può essere ipotizzato un cronoprogramma biennale (fig. 8), che prevede il raggiungimento di obiettivi minimi, ma che potrebbero essere incrementati in relazione ai contributi, alle dinamiche e alle volontà del gruppo dei promotori Oip. Va tenuto comunque conto che nell'ipotesi di sviluppo Oip fin qui presentata l'Oip mirerebbe a costituirsi come un elemento strategico e soprattutto stabile e strutturato della sanità pubblica italiana, e dunque il suo impegno non potrebbe che rivelarsi di lunga lena, e non potrebbe che essere misurato non tanto sul metro degli immediati conseguimenti, ma piuttosto su quello del medio-lungo termine (del resto, per conseguire il primo dei due obiettivi strategici dell'Oip sono stati necessari otto anni).

Fig. 7 - Azioni complessive a breve-medio termine dei promotori Oip

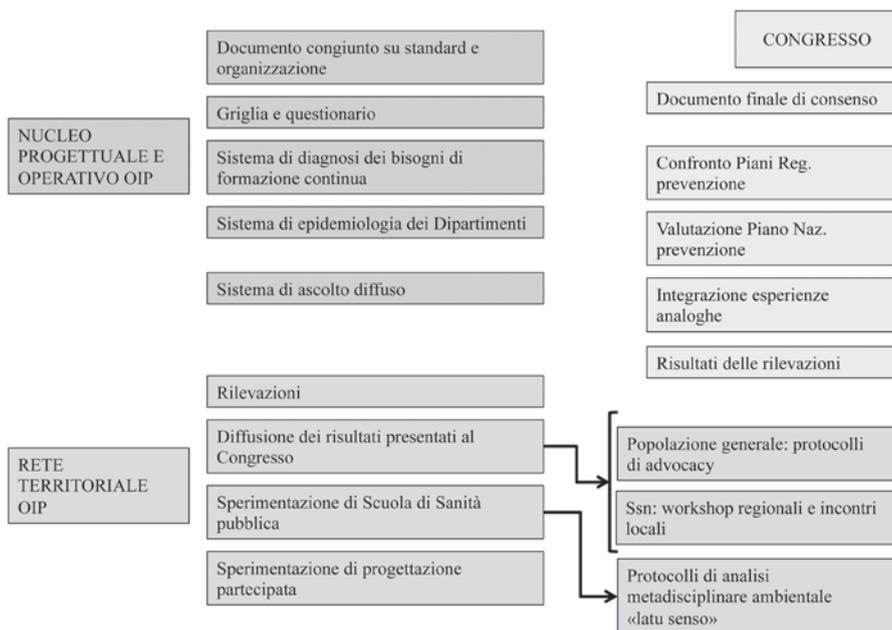
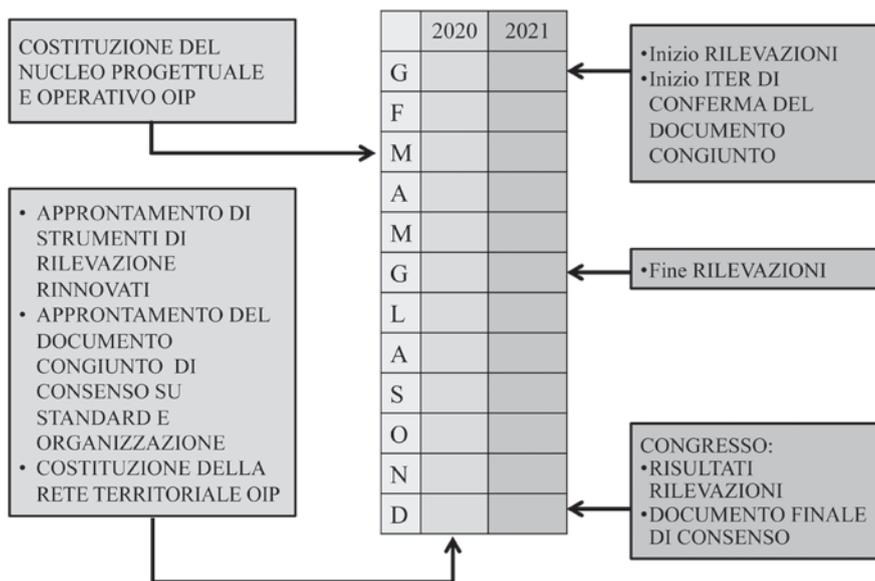


Fig. 8 - Cronoprogramma di massima Oip 2020-2021



Va sottolineato comunque, in conclusione, che contributo assolutamente cruciale (in particolare – ma ovviamente non solo – nella prima fase “politica” delle acquisizioni delle partnership per Oip, fase preliminare allo sviluppo di tutte le possibilità di intervento Oip come fin qui sono state delineate), contributo senza il quale nulla potrà essere fatto di tutto ciò che potrebbe esser fatto, “risorsa delle risorse”, sarà come fin dall’inizio della storia dell’Oip la convinta spinta propulsiva, il generoso sostegno e l’insostituibile regia della Fondazione Smith Kline.

Per la Fsk, anzi, possono essere ripetute alla lettera – e se possibile ancora più enfatizzate – le parole già spese in precedenza per la Siti: l’Oip potrebbe per essa divenire una sempre più forte assunzione di responsabilità culturale e scientifica, rappresentando un impegno strategico nel quale convogliare tutto il proprio impegno e tutta la propria determinazione, e intorno a cui coagulare ricerca, formazione, lobbying virtuoso, e dal quale ricevere sicuramente – aspetto assolutamente non trascurabile – una forte promozione di immagine.

A livello politico/professionale, per la Fsk potrebbe cioè costituire una occasione di notevolissima benemeranza scientifica ed istituzionale, perfettamente in linea con le finalità fondative della Fondazione – oltre che garantire naturalmente un ritorno di grande visibilità – guidare una *iniziativa che può coinvolgere tutto intero il mondo accademico, scientifico, professionale, istituzionale, associativo, sindacale della sanità pubblica italiana*, e che in esso può rappresentare un elemento di grande innovazione e di notevole rilevanza. A patto però che tale iniziativa sia condotta come una sfida di profilo sempre più elevato, senz’altro ambiziosa e rischiosa, ma con una posta in gioco che si rivelerà tanto più alta quanto più alto sarà l’investimento compiuto per conseguirla; ossia come una sfida importante che se vinta potrebbe costituire un importantissimo riferimento per peso politico e qualificazione scientifica in un rilancio complessivo del Ssn e della prevenzione al suo interno.



## *Parte II*

### *I risultati delle rilevazioni del progetto Oip Puglia 2018-20\**

\* Hanno partecipato al Progetto Oip Puglia 2018-19: Aress Puglia (Giovanni Gorgoni) e Dipartimenti di prevenzione di: Bari (Domenico Lagravinese, Domenico La Greca, Letizia Rizzo), Bat (Riccardo Matera, Stefania Menolascina), Brindisi (Adriano Rotunno, Pasquale Pedote), Foggia (Luigi Urbano, Rachele Russo), Lecce (Alberto Fedele, Stefania Di Noia), Taranto (Michele Conversano, Rosita Cipriani).



# *1. Gli indicatori strutturali, funzionali e di soggettività degli operatori*

di *Francesco Calamo-Specchia\**, *Domenico Lagravinese\*\**

## **1. Il nuovo set di indicatori per la rilevazione**

Nel 2018, per precisare sempre meglio tutto l'ampio spettro di possibilità di sviluppo del suo intervento, l'Oip ha promosso da una parte alcuni approfondimenti teorici, e ha scelto dall'altra di anticipare il suo impegno nelle relazioni con le istituzioni, cogliendo l'importante interesse verso le sue attività e la disponibilità a collaborarvi manifestati dalla Regione Puglia, territorio sempre più all'avanguardia nelle sperimentazioni e nelle realizzazioni di sanità pubblica.

Da una parte si sono quindi promosse riflessioni su alcuni possibili settori di auspicabile allargamento degli ambiti di rilevazione dell'Oip, nell'ottica dello sviluppo di standard utili alla gestione Dipartimentale; approfondimenti teorici che hanno trovato tutti spazio nella terza parte di questo Rapporto. Si è inoltre identificato come della massima importanza l'allargamento delle rilevazioni anche al "comune sentire" in tema di prevenzione nel territorio di competenza del Dipartimento, e – come sguardo preliminare all'identificazione di indicatori di routine, la cui rilevazione dovrebbe avvenire in prima battuta in correlazione con il mondo dell'associazionismo civile, come affermato sopra<sup>1</sup> – si è promosso un lavoro di ricerca nel territorio pugliese che fornisse il contesto generale per una standardizzazione degli strumenti futuri di rilevazione, e i cui risultati sono presentati nel prosieguo di questa prima parte del Rapporto<sup>2</sup>.

\* Coordinatore nazionale Oip; professore associato di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

\*\* Responsabile scientifico Oip; Direttore Dipartimento di prevenzione di Bari.

1. Cfr. *supra*, parte I, cap. 2, § 1.2.

2. Cfr. *infra*, parte II cap. 2, C. Collicelli, L. Durst, *Gli indicatori di atteggiamenti e stili di vita nei confronti della salute e del Ssn*.

Dall'altra parte, in una serie di incontri con l'Aress Puglia e con i direttori dei sei Dipartimenti di prevenzione pugliesi, si è scelto di concentrare l'attenzione su una *possibile evoluzione della griglia di rilevazione*. Riferendosi quindi agli oltre 190 indicatori selezionati dall'Oip nel complesso del suo lavoro, si è cercato insieme agli operatori della Regione Puglia di iniziare a selezionarne alcuni, in modo da delineare una *ipotesi iniziale di set di indicatori di base*, utile a selezionare le variabili organizzative per cui sarebbe più urgente la definizione di standard.

Con la definizione di indicatori *di base* si è inteso riferirsi non tanto alla selezione di un loro insieme il più numericamente esiguo possibile, quanto alla individuazione di tutti gli indicatori che possano servire a prendere le decisioni più rilevanti nel Dipartimento, e insieme si mostrino di più semplice rilevazione possibile, ossia ad esempio che prevedano una risposta sì/no, o la fornitura di dati numerici facilmente reperibili (la cui eventuale non reperibilità possa quindi fornire già di per se stessa una indicazione di criticità organizzativa negativa), ecc.

Si è anche deciso *di testare tale set con una tornata di rilevazioni nella Regione Puglia*, anche nella prospettiva di ulteriori tornate di rilevazioni in tutte le altre Regioni per ottenerne alla fine uno strumento validato, che attraverso la selezione stessa di alcuni indicatori piuttosto che altri configuri «in nuce» un'idea organizzativa (attrezzarsi per rilevare una variabile evidentemente segnala in sé l'irrinunciabilità della presenza di quella variabile nell'organizzazione), e serva anche per confronti, valutazioni ecc. a livello regionale e nazionale.

Il set di indicatori che ne è derivato, e che è stato utilizzato per le rilevazioni in Puglia (condotte on-line), consta di 70 indicatori di base (43 che prevedono una risposta sì/no; 3 – quelli di soggettività degli operatori – che prevedono risposte aperte; e 24 che richiedono la fornitura di dati numerici) (fig. 1).

Il set di indicatori inseriti nella rilevazione 2019 è stato articolato in tre sezioni:

- 20 indicatori *strutturali* (3 di dimensionamento; 6 di organizzazione; 3 di risorse; 8 di personale) (fig. 2);
- 47 indicatori *funzionali* (6 di attività di epidemiologia, 7 di attività di contrasto delle disuguaglianze, 20 di attività innovative, 3 di attività preventive Asl; e 11 di attività per i Lea) (fig. 3);
- 3 indicatori di *soggettività degli operatori* (fig. 4).

Fig. 1

OIP 2019 - SET DI 70 INDICATORI DI BASE			
(43 sì/no, 3 risposte aperte, 24 dati numerici)			
<b>1. INDICATORI STRUTTURALI (20)</b>			
• Dimensionamento	3		
• Organizzazione	6	(6 sì/no)	
• Risorse	3	(1 sì/no)	
• Personale	8		
<b>2. INDICATORI FUNZIONALI (47)</b>			
• Attività di epidemiologia	6	} (tutte sì/no)	
• Attività di contrasto delle disuguaglianze	7		
• Attività innovative	20		
• Attività preventive Asl	3		
• Attività per i LEA	11		
<b>3. INDICATORI DI SOGGETTIVITÀ (3)</b>			
➤ Degli operatori	3	(risposte aperte)	

Nello specifico, rispetto alla versione del 2017 la griglia di rilevazione online del 2019 non prevede una sezione preliminare dedicata alla *registrazione dei dati del compilatore*. Quest'anno infatti i compilatori della griglia hanno coinciso sostanzialmente con i Colleghi dei sei Dipartimenti pugliesi che hanno partecipato fin dall'inizio al rimaneggiamento della vecchia griglia, e successivamente hanno raccolto i dati per la nuova.

Nella *prima sezione* del set di indicatori di quest'anno, dedicata all'*analisi degli aspetti strutturali del Dipartimento*, sono state mantenute le domande già presenti nella griglia 2017 su:

- *estensione territoriale, popolazione e numero di Comuni serviti;*
- presenza di un *Comitato di Direzione* e frequenza delle sue riunioni;
- presenza di un *controllo di gestione;*
- richiesta di accludere alla griglia un *organigramma del Dipartimento*, e sono state ripristinate le domande poste in tornate di rilevazione precedenti al 2017 su:
- presenza e incardinamento organizzativo di una *Unità di epidemiologia;*
- presenza di una *certificazione/accreditamento* regionale del Dipartimento;
- presenza di un sistema di *gestione della qualità;*
- esistenza di un sistema di *informatizzazione* dipartimentale;
- presenza di un *Laboratorio di sanità pubblica, Lsp;*
- stima dell'importo degli *introiti* del Dipartimento derivanti dalla applicazione dei D.Lgs. 194/2000 e 758/2008;
- numero di *veicoli* in dotazione al Dipartimento;

Fig. 2

 Uscire e ripulire l'indagine

---

**1- Indicatori Strutturali**

**1.1 Dimensionamento**

**#1.1.1 Dimensionamento del Dipartimento (kmq)**

⊖ Per questo campo sono consentiti solo valori numerici

**#1.1.2 Popolazione servita dal Dipartimento (abitanti)**

⊖ Solo un valore intero può essere ammesso in questo campo.

**#1.1.3 Numero di Comuni serviti dal Dipartimento**

⊖ Solo un valore intero può essere ammesso in questo campo.

**1.2 Organizzazione del Dipartimento**

**#1.2.1 Esiste una certificazione/accreditamento del Suo Dipartimento?**

SI  No

**#1.2.2 Esiste un sistema di gestione della qualità del Suo Dipartimento?**

SI  No

**\* #1.2.3 Esiste un sistema di controllo di gestione del Suo Dipartimento?**

SI  No

**#1.2.4 Esiste un Comitato di Direzione del Suo Dipartimento?**

SI  No

**1.2.4.1 Se SI, quante riunioni ha tenuto nel 2018 il Comitato di Direzione del Suo Dipartimento?**

⊖ Per questo campo sono consentiti solo valori numerici

**#1.2.5 Presenza di un LSP**

SI  No

**#1.2.6 Presenza di una Unità di epidemiologia**

SI  No

**1.2.7 Inserire un organigramma del vostro dipartimento che individui le unità organizzative attualmente attive**

⊖ Selezionare al massimo un file per l'upload

Fig. 2 - segue

**1.3 Personale**

**\*a.b.:** il valore di a deve essere uguale alla somma di b+c+d+e; il valore di f deve essere uguale alla somma di g+h+i+l

☑ In questo campo possono essere inseriti solo numeri.

a. Unità di personale in organico in totale

b. Unità di personale in organico di Dirigenza medica

c. Unità di personale in organico di Dirigenza veterinaria

d. Unità di personale in organico PTA

e. Unità di personale in organico di Comparto

f. Unità di personale in servizio in totale

g. Unità di personale in servizio di Dirigenza medica

h. Unità di personale in servizio di Dirigenza veterinaria

l. Unità di personale in servizio PTA

l. Unità di personale in servizio di Comparto

**1.4 Risorse**

**\*1.4.1 Esistenza di un sistema di informatizzazione**

Sì  No

**\*1.4.2 Veicoli complessivamente in dotazione**

☑ Per questo campo sono consentiti solo valori numerici

**\*1.4.3 Introiti**

☑ In questo campo possono essere inseriti solo numeri.

Introiti ex Dlgs 194/08 (importo in euro)

Introiti ex Dlgs 758/94 (importo in euro)

Altri introiti (importo in euro)

Fig. 3


Uscire e ripulire l'indagine

33%

## 2- Indicatori Funzionali

### 2.1 Attività di Epidemiologia ASL

#### \*2.1.1 Registro cause di morte

Scegliere solo una delle seguenti voci

**Domanda obbligatoria**

Attivo

Non Attivo

#### \*2.1.2 Relazione sullo stato di salute

Scegliere solo una delle seguenti voci

**Domanda obbligatoria**

Se si sceglie "L'ultima edizione disponibile si riferisce all'anno", specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Mai pubblicata nessuna edizione

L'ultima edizione disponibile si riferisce all'anno:

#### \*2.1.3 Bilancio sociale

Scegliere solo una delle seguenti voci

**Domanda obbligatoria**

Se si sceglie "L'ultima edizione disponibile si riferisce all'anno", specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Mai pubblicata nessuna edizione

L'ultima edizione disponibile si riferisce all'anno:

#### 2.1.4 Registri di patologie (ad es. registro tumori, registro malattie professionali, registro malattie rare, ecc.)

	Descrizione attività	L'ultima edizione disponibile si riferisce all'anno
1	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
2	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
3	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
4	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
5	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

#### 2.1.5 Studi e rilevazioni di rischio (ad es. mappe di rischio, monitoraggio esposizioni, ecc.)

	Descrizione attività	L'ultima edizione disponibile si riferisce all'anno
1	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
2	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
3	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
4	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
5	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

Fig. 3 - segue

**2.1.6 Rilevazioni delle percezioni soggettive di salute e di rischio (ad es. PASSI, OKKIO, percezione del rischio da alcoolici, ecc.)**

	Descrizione attività	L'ultima edizione disponibile si riferisce all'anno
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**2.2 Attività di Contrasto delle Disuguaglianze**

**#2.2.1 Attività di contrasto della disuguaglianza (vaccinazioni, screening utero, mammella, colon-retto, eas, ricerca attiva TBC) per popolazione disagiata (nomadi, reclusi, senza tetto, abitanti delle periferie, migranti)**  
**Clickare sulle attività effettuate per ogni popolazione disagiata**

Domanda obbligatoria  
 Selezionare almeno una casella per ogni riga.

	Vaccina- zioni	Screening tum. utero	Screening tum. mammella	Screening tum. colon- retto	Eas	Ricerca at- tiva TBC	Altra atti- vità	Nessuna attività
Nomadi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reclusi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senza tetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitanti delle periferie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migranti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2.3 Attività Innovative**

**#2.3.1 Analisi di strumenti urbanistici**

Scegliere solo una delle seguenti voci

Domanda obbligatoria

Se si sceglie 'svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Sì

No

svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale

**#2.3.2 Valutazioni e osservazioni su progetti ricadenti in VIA**

Scegliere solo una delle seguenti voci

Domanda obbligatoria

Se si sceglie 'svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Sì

No

svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale

**#2.3.3 Valutazioni sull'impatto ambientale dell'inquinamento atmosferico**

Scegliere solo una delle seguenti voci

Domanda obbligatoria

Se si sceglie 'svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Sì

No

svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale

Fig. 3 - segue

**#2.3.4 Facilitazione dell'accesso ai Servizi per i soggetti svantaggiati e fasce deboli**

Scegliere solo una delle seguenti voci

Domanda obbligatoria

Se si sceglie 'svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Sì

No

svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale:

**#2.3.5 Contrasto dei gruppi antivaccinisti e dell'esitazione vaccinale**

Scegliere solo una delle seguenti voci

Domanda obbligatoria

Se si sceglie 'svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Sì

No

svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale:

**#2.3.6 Contrasto del bullismo e del cyberbullismo**

Scegliere solo una delle seguenti voci

Domanda obbligatoria

Se si sceglie 'svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Sì

No

svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale:

**#2.3.7 Contrasto del mobbing**

Scegliere solo una delle seguenti voci

Domanda obbligatoria

Se si sceglie 'svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Sì

No

svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale:

**#2.3.8 Contrasto della violenza di genere**

Scegliere solo una delle seguenti voci

Domanda obbligatoria

Se si sceglie 'svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Sì

No

svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale:

**#2.3.9 Contrasto del doping**

Scegliere solo una delle seguenti voci

Domanda obbligatoria

Se si sceglie 'svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Sì

No

svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale:

Fig. 3 - segue

**#2.3.10 Contrasto della ludopatia**

Scegliere solo una delle seguenti voci

Domanda obbligatoria

Se si sceglie 'svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Sì

No

svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale

**#2.3.11 Attività online (siti internet, app, chat, ecc.)**

Scegliere solo una delle seguenti voci

Domanda obbligatoria

Se si sceglie 'svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Sì

No

svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale

**#2.3.12 Ospedale a misura di bambino**

Scegliere solo una delle seguenti voci

Domanda obbligatoria

Se si sceglie 'svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Sì

No

svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale

**#2.3.13 Screening cardiovascolari**

Scegliere solo una delle seguenti voci

Domanda obbligatoria

Se si sceglie 'svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Sì

No

svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale

**#2.3.14 Emergenza migranti**

Scegliere solo una delle seguenti voci

Domanda obbligatoria

Se si sceglie 'svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Sì

No

svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale

**#2.3.15 Terapia osservata direttamente (DOT) per la TBC**

Scegliere solo una delle seguenti voci

Domanda obbligatoria

Se si sceglie 'svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Sì

No

svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale

Fig. 3 - segue

**#2.3.16 Eventi formativi ECM organizzati nel 2018**  
● Per questo campo sono consentiti solo valori numerici  
● Domanda obbligatoria

**#2.3.17 Esistenza di un Ufficio promozione della salute**  
● Scegliere solo una delle seguenti voci  
● Domanda obbligatoria

Sì  
 No

**#2.3.18 Implementazione di un Regolamento anticorruzione e trasparenza dipartimentale**  
● Scegliere solo una delle seguenti voci  
● Domanda obbligatoria

Sì  
 No

**#2.3.19 Implementazione di un Sistema di misurazione e valutazione delle performances dipartimentali**  
● Scegliere solo una delle seguenti voci  
● Domanda obbligatoria

Sì  
 No

**#2.3.20 Esistenza di un Centro medicina dei viaggi e delle migrazioni**  
● Scegliere solo una delle seguenti voci  
● Domanda obbligatoria  
● Se si sceglie 'svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale', specificare la scelta fatta nel campo testo di accompagnamento.

Sì  
 No  
 svolta da altra articolazione organizzativa - se sì, indicare quale

**2.4 Attività Preventive ASL**

**#2.4.1 Esistenza di una anagrafe vaccinale informatizzata**  
● Domanda obbligatoria

Sì  No

**#2.4.2 Chiamata attiva alla vaccinazione**  
● Domanda obbligatoria

Sì  No

**#2.4.3 Programmi di richiamo attivo alla vaccinazione**  
● Domanda obbligatoria

Sì  No

Fig. 3 - segue

2.5 Attività LEA	
● In questo campo possono essere inseriti solo numeri.	
% copertura vaccinale bimbi 24 mesi x ciclo base 3 dosi (polio, difterite, tetano, Hb, pertosse, Hib) - LEA 1.1	<input type="text"/>
% copertura vaccinale bimbi 24 mesi x 1 dose (morbillo, parotite, rosolia - MPR) - LEA 1.2	<input type="text"/>
% copertura vaccinale antinfluenzale 65 anni e più - LEA 1.3	<input type="text"/>
% Screening cervic. mammella, colon-retto - LEA 2	<input type="text"/>
% luoghi di lavoro controllati - LEA 4	<input type="text"/>
% allevamenti controllati per TBC bovina - LEA 5.1	<input type="text"/>
% allevamenti controllati per brucellosi - LEA 5.2	<input type="text"/>
% aziende controllate per anagrafe ovicaprina - LEA 5.3	<input type="text"/>
% campioni analizzati PNR (piano naz. residui) - LEA 6.1	<input type="text"/>
% esercizi controllati + % campioni prelevati - LEA 6.2	<input type="text"/>
% risposte campioni alimenti vegetali disponibili nei tempi previsti - LEA 6.3	<input type="text"/>

Fig. 4

The screenshot displays a survey interface for OIP. At the top left is the OIP logo, and at the top right is the text 'Uscire e ripetere l'indagine'. Below the header is a progress bar showing 0%. The main section is titled '3- Indicatori di Soggettività'. Underneath, there is a sub-section '3.1 Soggettività degli Operatori' with a sub-question '#3.1.1 Impatto delle attività: Lei ritiene che lo scorso anno il Suo Dipartimento abbia promosso l'equità sociale nei suoi interventi?'. Below this question are two buttons: 'Sì' with a checkmark icon and 'No' with a circle-slash icon. The next section is 'Valutazioni Complessive', containing three sub-sections: '3.1.2 Punti forti del Suo Dipartimento', '3.1.3 Punti deboli del Suo Dipartimento', and '3.1.4 Considerazioni e commenti liberi'. Each of these sub-sections has a corresponding empty text input field.

mentre invece sono state eliminate le domande su: coinvolgimento della Direzione del Dipartimento da parte della Direzione strategica aziendale nella contrattazione dell'ultimo Documento di budget, tempo da cui il Dipartimento è strutturato nell'assetto organizzativo attuale, e se esso derivi da accorpamento di più Dipartimenti preesistenti.

Tra le rilevazioni riguardanti il personale si è mantenuta quella relativa alle unità di personale complessive presenti *in pianta organica* per il Dipartimento e a quelle *effettivamente in servizio*, mentre la richiesta di

indicare analiticamente il numero di unità di personale sia in organico che in servizio si è riferita non come nel 2017 alla destinazione del personale ai diversi Servizi, ma alla sua articolazione in personale di *dirigenza medica*, di *dirigenza veterinaria*, *Pta* e di *comparto* complessivamente nel Dipartimento.

Sono invece state eliminate rispetto al 2017 le domande su: durata in carica del Direttore generale Asl, sesso, profilo professionale, età e durata in carica del Direttore del Dipartimento, numero di Direttori Uoc facenti funzione rispetto al numero dei Direttori di ruolo, stima del tempo medio da cui i Direttori Uoc facenti funzione ricoprono il loro attuale incarico, stima della presenza percentuale di unità di personale di specialistica ambulatoriale rispetto a quello a tempo indeterminato, numero di unità di personale tra il personale in servizio che utilizzano i benefici della legge 104 o che presentano limitazioni funzionali, numero di unità di personale che mettono a disposizione il proprio mezzo di trasporto per le attività istituzionali.

È stata ripristinata anche tutta la sezione 3 della griglia 2015, dedicata all'analisi delle *attività di epidemiologia*, che contiene domande sulla presenza di Recam, Rss e Bilancio sociale, registri di patologia, rilevazioni di rischio, percezione di salute.

È stata inoltre mantenuta la *terza sezione* della griglia 2017 dedicata all'analisi delle attività di *contrasto delle disuguaglianze in sanità* (come è noto segnalate dall'Oms come il principale problema di salute a livello mondiale per il XXI secolo), con domande sulla effettuazione in popolazioni disagiate – in particolare *nomadi, reclusi, senza tetto*, abitanti di *periferie urbane degradate, migranti* – di: *vaccinazioni*, screening del tumore del seno, dell'utero, del colon retto, ricerca dei *casi asintomatici di Tbc*, interventi di *educazione alla salute/promozione della salute*.

È stata mantenuta anche la *quarta sezione* della griglia 2017, dedicata alla rilevazione delle *attività innovative* implementate dai Dipartimenti, ossia nello specifico:

1. analisi di strumenti urbanistici;
2. valutazioni e osservazioni su progetti ricadenti in Via;
3. valutazioni sull'impatto ambientale dell'inquinamento atmosferico;
4. facilitazione dell'accesso ai Servizi per i soggetti svantaggiati e fasce deboli;
5. contrasto dei gruppi antivaccinisti e dell'esitazione vaccinale;
6. contrasto del bullismo e del cyberbullismo;
7. contrasto del mobbing;
8. contrasto della violenza di genere;
9. contrasto del doping;
10. contrasto della ludopatia;
11. attività online (siti Internet, app, chat, ecc.);

12. Ospedale a misura di bambino;
13. screening cardiovascolari;
14. emergenza migranti;
15. terapia osservata direttamente (Dot) per la Tbc;
16. organizzazione di eventi formativi Ecm (con l'indicazione del loro numero);
17. Ufficio promozione della salute;
18. implementazione di un Regolamento anticorruzione e trasparenza dipartimentale;
19. implementazione di un Sistema di misurazione e valutazione delle performance dipartimentali;
20. Centro medicina dei viaggi e delle migrazioni.

Rispetto al 2017, dalle attività da rilevare sono state però eliminate le valutazioni di Ebp, mentre la domanda sull'effettuazione del monitoraggio vaccinale è stata compresa nella sezione sulle attività vaccinali; nella quale sono state mantenute le domande sull'esistenza di una *anagrafe vaccinale* informatizzata e di una *chiamata attiva* alla vaccinazione, e ripristinata quelle sul *richiamo attivo* degli inadempienti e sui tassi di *copertura vaccinale*, già presenti nella griglia 2015. Sono state invece eliminate le domande su chi gestisce l'ambulatorio vaccinale e su chi pratica le vaccinazioni.

Nel set di indicatori è stato inserito quest'anno uno spazio per indicatori dedicati alla rilevazione delle *attività Lea* di maggior interesse preventivo e di sanità pubblica, e precisamente:

1. *copertura vaccinale bimbi 24 mesi x ciclo base 3 dosi* (polio, difterite, tetano, Hb, pertosse, Hib) – Lea 1.1;
2. *copertura vaccinale bimbi 24 mesi x 1 dose* (morbillo, parotite, rosolia – Mpr) – Lea 1.2;
3. *copertura vaccinale antinfluenzale 65 anni e più* – Lea 1.3;
4. *% screening cervice, mammella, colon-retto* – Lea 2;
5. *% luoghi di lavoro controllati* – Lea 4;
6. *% allevamenti controllati per TBC bovina* – Lea 5.1;
7. *% allevamenti controllati per brucellosi* – Lea 5.2;
8. *% aziende controllate per anagrafe ovicaprina* – Lea 5.3;
9. *% campioni analizzati Pnr* (Piano nazionale residui) – Lea 6.1;
10. *% esercizi controllati + % campioni prelevati* – Lea 6.2;
11. *% risposte campioni alimenti vegetali disponibili nei tempi previsti* – Lea 6.3.

Infine il set si conclude con la sezione degli indicatori di soggettività, che ripristina la domanda sulla capacità del Dipartimento di promuovere *l'equità sociale* coi suoi interventi, e mantiene le consuete domande aperte su *punti forti* e *punti deboli* del Dipartimento (eliminando quella sulle principali criticità), e lo spazio finale per *considerazioni e commenti liberi*.

## 2. I partecipanti alle rilevazioni

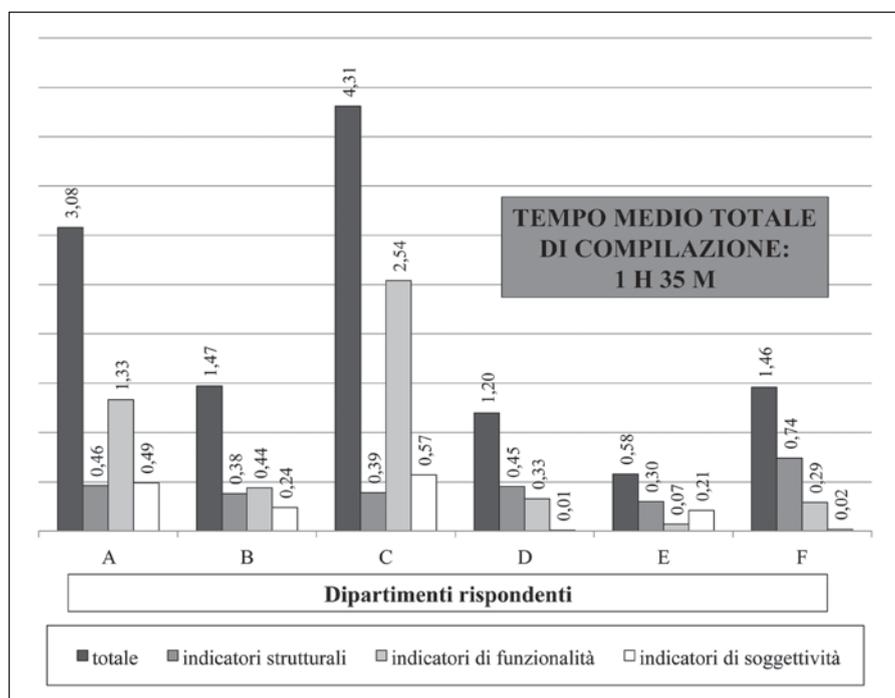
Alla tornata di rilevazioni dell'Oip Progetto Puglia 2019, relativa a dati riferiti al 31.12.2018, hanno partecipato tutti e sei i Dipartimenti pugliesi di Bari, Bat<sup>3</sup>, Brindisi, Foggia, Lecce, Taranto.

Per quanto riguarda i *tempi di invio delle risposte*, il set di domande è ritornato *compilato* da quattro Dipartimenti su sei entro un mese e dagli altri due entro due mesi; anche il tempo medio necessario ai Dipartimenti per completare le risposte richieste dall'Oip nel 2015 e nel 2017 era stato di due mesi. Il *tempo totale impiegato per la compilazione delle risposte al set di indicatori* (fig. 5), è stato in media di 2 ore e 15 minuti, quasi esattamente come nel 2017 (2 ore e 6 minuti). Considerando però che quest'anno le risposte richieste erano circa un terzo rispetto a quelle richieste nel 2015 e nel 2017, potrebbe trovare una sorta di conferma sperimentale la consolidata impressione di chi scrive, e cioè che il tempo richiesto dalla compilazione dei questionari Oip non sia tanto funzione del numero delle domande quanto piuttosto della volontà di rispondervi; e che quindi non trovi particolare fondamento l'idea di restringere il numero delle domande per favorire la risposta dei Dipartimenti, ma piuttosto quella di aumentare diffusione e promozione dell'idea Oip.

Nello specifico, per le risposte agli indicatori strutturali i Dipartimenti hanno impiegato in media 46 minuti, per le risposte agli indicatori di funzionalità hanno impiegato in media 1 ora e 4 minuti e per le risposte agli indicatori di soggettività degli operatori 25 minuti; ma in considerazione dell'ampiamente mutata strutturazione dello strumento di rilevazione, per questi tempi non possono essere posti confronti con le rilevazioni degli scorsi anni. Va detto però che anche quest'anno, come nelle precedenti tornate di rilevazioni, fattore limitante della velocità e facilità nel fornire le risposte si è rivelata la necessità di fornire dati non sempre tutti in possesso del Dipartimento (quest'anno in particolare per la sezione delle attività, che è quella che ha richiesto il più lungo tempo di compilazione), come peraltro informalmente segnalato da molti compilatori. Questo è un ulteriore, minimo elemento che conferma e sottolinea ancora una volta la necessità di riportare tutte le attività di prevenzione alla responsabilità attuativa del Dipartimento, o quanto meno ad una sua completa regia organizzativa.

3. Barletta-Andria-Trani.

Fig. 5 - Rilevazione Oip 2019 – Tempi di compilazione in ore e minuti



### 3. I risultati delle rilevazioni

#### 3.1. Indicatori strutturali dei Dipartimenti

##### 3.1.1. “Taglia”

Nella prima sezione del set di rilevazione, dedicato all’indagine sulle strutture dipartimentali, si sono anzitutto richieste informazioni circa l’estensione territoriale del Dipartimento, e circa la popolazione e il numero di Comuni serviti, che possano essere utili per configurare standard di “taglia” dipartimentale.

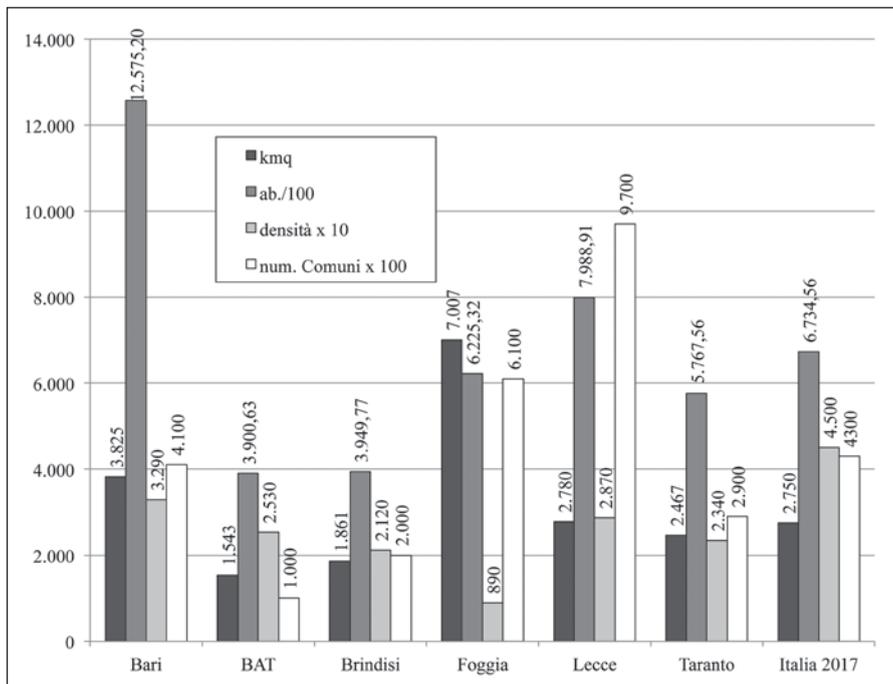
La situazione rilevata nella Regione Puglia è rappresentata nella fig. 6.

In essa si evidenzia come il maggior numero di abitanti si registri di gran lunga a Bari e poi a Lecce, ed il minore a Bat e Brindisi. Quanto al numero di Comuni serviti invece, il numero più consistente è di gran lunga quello di Lecce (ben 97) seguita da Foggia con 61 Comuni, mentre Bat serve solo 10 Comuni. La popolazione è però distribuita in un territo-

rio che a Foggia è senz'altro il più ampio (7.000 kmq, quasi cinque volte più esteso che a Bat), il che determina a Foggia una densità bassa (quasi quattro volte più bassa che a Bari). Per Bari va considerata peraltro la coesistenza tra un profilo metropolitano e la presenza di 40 Comuni da servire nel territorio di competenza.

In complesso, i Dipartimenti pugliesi presentano una *estensione territoriale* media di circa kmq 3.247, più ampia dei circa 2.750 kmq riscontrati in media nei Dipartimenti italiani alle rilevazioni Oip 2017; e una *popolosità* media di circa 673.456 abitanti, maggiore della media di circa 525.000 abitanti presenti nei Dipartimenti italiani nel 2017. Il *numero di Comuni* serviti in media dai Dipartimenti pugliesi è 43, molto inferiore ai 73 serviti in media dai Dipartimenti a livello nazionale nel 2017.

Fig. 6 - Dipartimenti: estensione, popolazione, densità, numero di Comuni serviti



Nel 2017 si identificarono classi di *estensione in kmq* nelle quali ripartire i Dipartimenti, e precisamente da 1 a 500, da 501 a 1.000, da 1.001 a 2.000, da 2.001 a 3.000, da 3.001 a 5.000, da 5.001 a 7.000. Le classi più rappresen-

tate erano quelle da 1.001 a 2.000, da 2.001 a 3.000, e da 3.001 a 5.000 kmq, ognuna con circa un quarto dei Dipartimenti nazionali. I Dipartimenti pugliesi si collocano due nella classe da 1.001 a 2.000, due nella classe da 2.001 a 3.000, uno nella classe da 3.001 a 5.000 kmq; ossia nelle classi più rappresentate a livello nazionale. Uno solo (Foggia) è nella classe 7.001 kmq e più.

Nel 2017 si identificarono anche classi di *abitanti serviti* dai Dipartimenti: da 1 a 100.000, da 100.001 a 200.000, da 200.001 a 300.000, da 300.001 a 500.000, da 500.001 a 1.000.000, da 1.000.001 a 3.000.000, 3.000.001 e più. Nella classe di popolosità da 300.001 a 500.000 era presente poco meno di un terzo circa dei Dipartimenti nazionali, e in quella da 500.001 a 1.000.000 circa un quarto. Tre dei Dipartimenti pugliesi sono compresi nella classe da 300.001 a 500.000 (la più rappresentata a livello nazionale), due in quella da 500.001 a 1.000.000 (la seconda in ordine di frequenza a livello nazionale), uno solo (Bari) nella classe da 1.000.001 a 3.000.000 di abitanti.

Si identificarono infine classi di *numero di Comuni serviti*: da 3 a 20, da 21 a 50, da 51 a 100, da 101 a 200, da 201 a 300, 301 e più, Dipartimenti metropolitani. Nella classe da 51 a 100 era presente un terzo dei Dipartimenti, in quella da 21 a 50 poco meno, e in quella da 101 a 200 quasi un quarto. Due dei Dipartimenti pugliesi sono nella classe da da 51 a 100 (la più rappresentata a livello nazionale) due in quella da 21 a 50 (la seconda) e gli altri due nella classe da 3 a 20 Comuni.

Questi dati fotografano nel loro complesso una situazione – che peraltro ricalca grosso modo le medie nazionali – di disomogeneità tra i Dipartimenti pugliesi, fondata senz'altro nella loro articolazione territoriale che ricalca l'estensione delle Province, e che pare richiedere una attenzione programmatica altrettanto articolata e specifica, i cui termini dunque non dovrebbero che essere fissati secondo standard – non solo di taglia, ma anche di complessità e di attività dei Dipartimenti – quali quelli che il lavoro dell'Oip si propone di arrivare ad identificare.

Il lavoro dell'Oip con le sue rilevazioni di medietà ha effettivamente contribuito a produrre una conoscenza che può essere preliminare alla determinazione di standard di taglia, ed ha comunque messo in evidenza la realtà delle grandi differenze tra i Dipartimenti, intuitivamente percepite da tutti, ma precedentemente mai analiticamente indagate (e si sa che esiste una notevole differenza di impatto tra il “sapere” genericamente che un fenomeno esiste, e il poterne vedere e misurare le caratteristiche). Per migliorare ancora tale contributo, potrebbe essere utile inserire nelle prossime rilevazioni Oip altre variabili di taglia oltre estensione e popolosità, quali ad esempio la lunghezza, percorribilità ed incidentalità dei tronchi stradali, le caratteristiche orografiche del territorio, le sue medie climatiche (piovosità, precipitazioni nevose, ecc.), che potrebbero fornire utili elementi non solo di dimensioni ma anche di “complessità” della taglia.

### 3.1.2. Assetti organizzativi

La situazione degli assetti organizzativi dei Dipartimenti pugliesi, per le variabili indagate nelle rilevazioni Oip 2019, è presentata nella tab. 1.

Tab. 1 - Presenza di assetti organizzativi nei sei Dipartimenti

	Bari	Bat	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto
Certificazione/ accreditamento	–	Sì	–	–	–	–
Gestione della qualità	–	Sì	–	–	–	–
Controllo di gestione	Sì	Sì	–	–	–	–
Comitato di direzione – riunioni 2018	Sì 6	Sì 5	Sì 6	Sì 5	Sì 5	Sì 5
Lsp	–	Sì	–	–	–	–
Unità di epidemiologia	Sì	Sì	Sì	<i>Non nel Dipartim.</i>	<i>Non nel Dipartim.</i>	Sì
Sistema di informatizzazione	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

In tutti i Dipartimenti è presente un sistema di *informatizzazione*, e in 4 su 6 una *Unità di epidemiologia* (comunque presente in tutte le sei Asl) è incardinata nel Dipartimento. Il *Comitato di direzione* è formalmente costituito in tutti i sei Dipartimenti, e si riunisce con una frequenza poco meno che bimestrale (comunque superiore alla frequenza di riunioni trimestrale riscontrata nel 2017 nella maggioranza dei Dipartimenti italiani).

Invece, sia una *certificazione/accreditamento*, che un sistema di *gestione della qualità* (presenti entrambi in un solo Dipartimento), che un *controllo di gestione* (presente in due Dipartimenti) sono nettamente sottorappresentati rispetto alla loro grande diffusione nella maggioranza dei Dipartimenti italiani (con punte in particolare al Nord).

### 3.1.3. Organigrammi

Una risposta alla richiesta di inviare un *organigramma* è stata fornita da quattro dei sei Dipartimenti pugliesi (figg. 7-8-9-10).

Fig. 7 - Brindisi

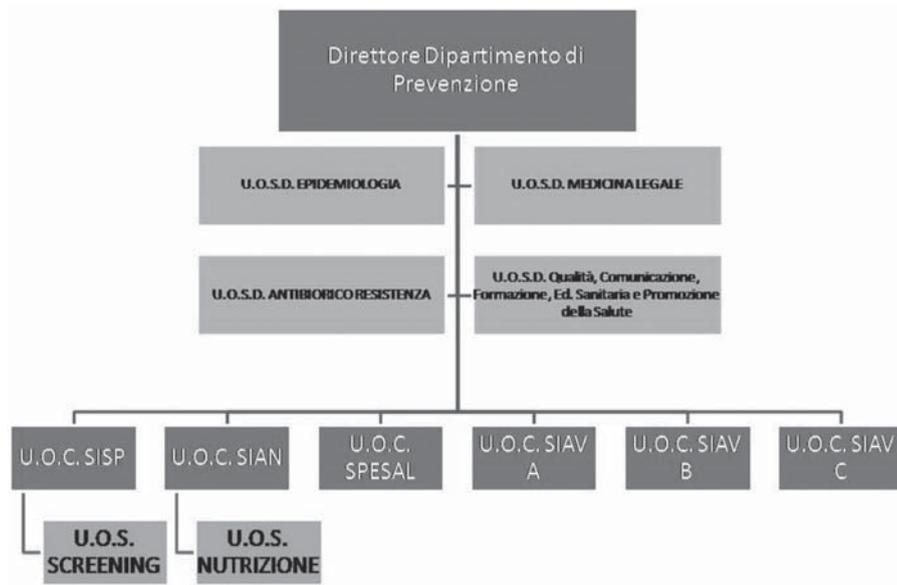


Fig. 8 - Bat

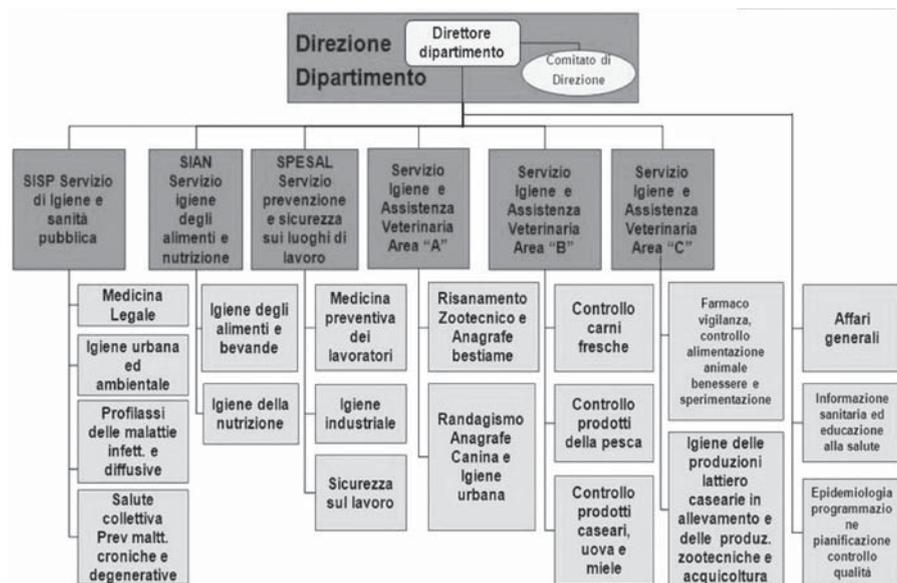


Fig. 9 - Bari

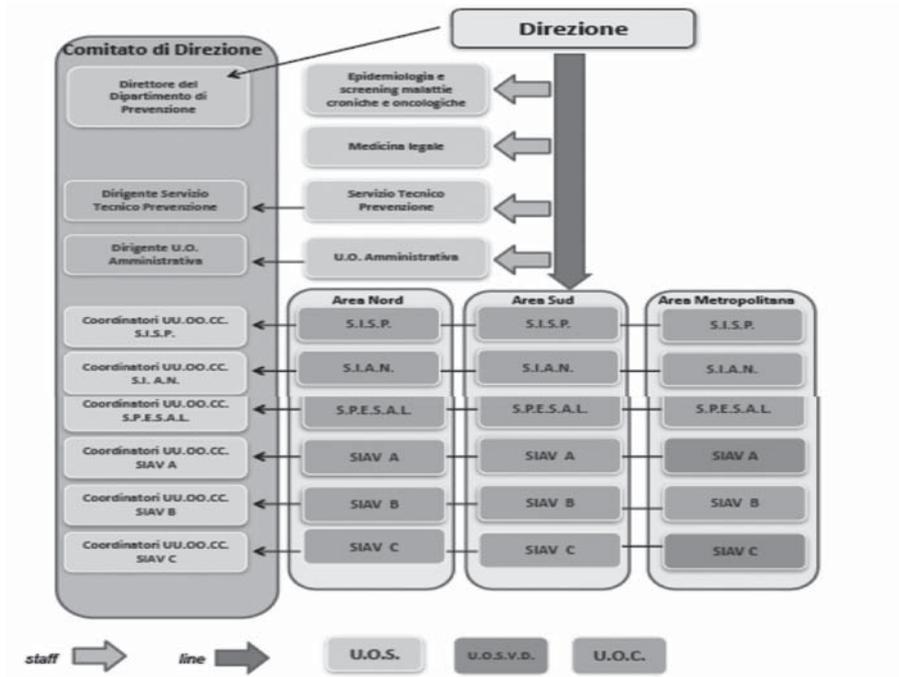
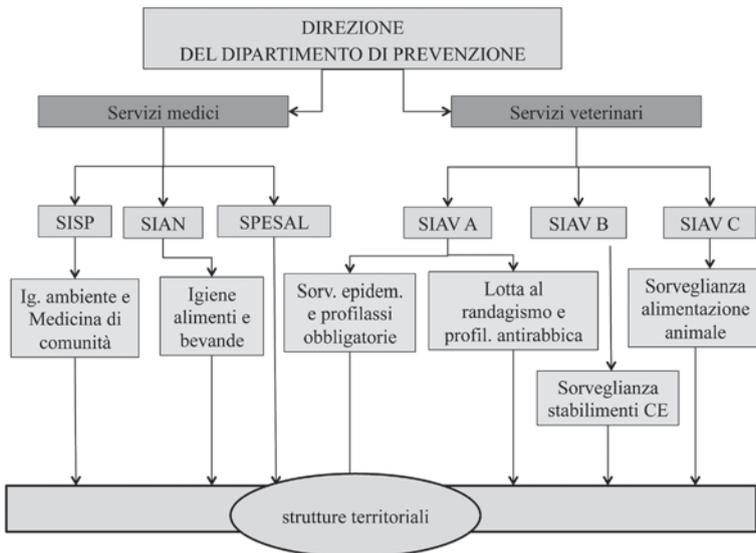


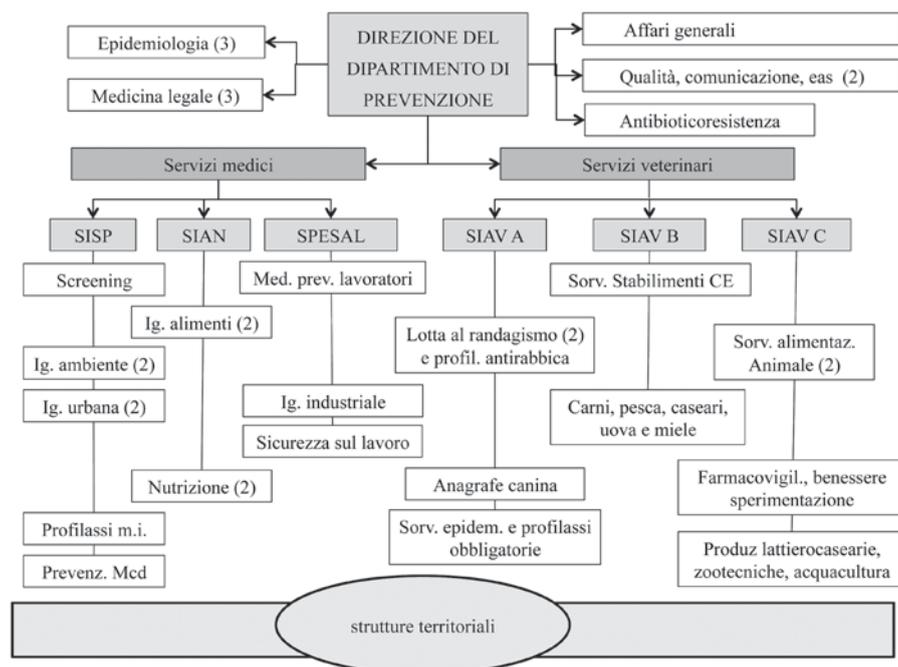
Fig. 10 - Taranto



La struttura comune a tutti gli organigrammi è naturalmente quella dei sei Servizi più Direzione. A Taranto i sei Servizi sono divisi in area medica (Sisp, Sian, Spesal) e area veterinaria (Siav a, Siav b, Siav c); mentre a Bari, coerentemente con la natura complessa della Asl, il Dipartimento è fortemente territorializzato attraverso un sua articolazione in Area Nord, Area Sud e Area Metropolitana.

“Sommando” – per così dire – tutte le Aree organizzative riportate e le Unità organizzative segnalate nei quattro organigrammi come articolazioni della Direzione o di uno dei 6 Servizi (presentate negli organigrammi in termini molto vari di Unità complesse o semplici, Unità di staff, ecc.), si può ottenere – pur necessariamente, per esigenze di sintesi, con qualche forzatura – una sorta di *organigramma complessivo* riportato in fig. 11 (in cui le unità organizzative più segnalate nei diversi Dipartimenti sono riportate con accanto il numero delle citazioni tra parentesi).

Fig. 11



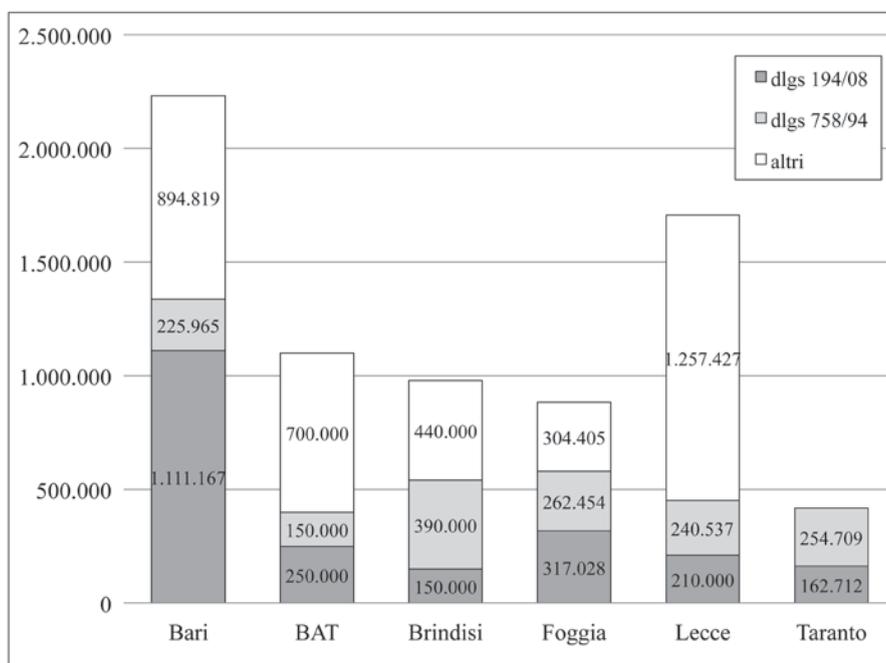
Come nelle rilevazioni nazionali 2017, ferma restando la presenza dello scheletro organizzativo “canonico” (Direzione più 6 Servizi), si conferma la presenza come oggetto di articolazioni organizzative autonome in particolare della Epidemiologia e della Medicina legale.

### 3.1.4. Introiti

La somma totale degli introiti dei sei Dipartimenti pugliesi (circa 7,3 milioni di euro) deriva per 1,5 milioni dall'applicazione della legge 758/943 (sanzioni), per 2,2 milioni dall'applicazione della legge 194/08 (controlli), e per 3,6 milioni di euro – quasi la metà – da altri introiti.

Il Dipartimento di Bari è quello che incassa di più (2,2 milioni), seguito da quello di Lecce (1,7 milioni); mentre quello di Taranto è quello che incassa di meno (0,4 milioni), e non ha introiti “altri” (fig. 12).

Fig. 12 - Introiti nei sei Dipartimenti (in €)



Nel 2017, alle rilevazioni Oip un quinto dei Dipartimenti nazionali segnalava introiti complessivi di importo inferiore ai mille euro, più di un terzo dei Dipartimenti un importo sotto il mezzo milione di euro (come il Dipartimento di Taranto), più di un terzo dei Dipartimenti sotto i tre milioni di euro (come gli altri 5 Dipartimenti pugliesi), e un decimo dei Dipartimenti sopra i tre milioni di euro.

Come percentuale delle varie provenienze sul totale degli introiti per ogni Dipartimento, tra le percentuali di introiti derivanti dall'applicazione

della legge 194/08 spicca il 50% di Bari; tra le percentuali di introiti derivanti dall'applicazione della legge 758/94 spiccano il 61% di Taranto (ma senza altri introiti) e il 40% di Brindisi; e tra le percentuali di altri introiti il 74 % di Lecce (tab. 2). Nel 2017 gli introiti derivanti dalla legge 758/08 costituivano la quota più rilevante degli introiti dei Dipartimenti nazionali (dal 21% al 40% degli introiti totali in poco meno di un quarto dei Dipartimenti), seguiti da quelli derivanti dalla legge 194/08 (dall'1% al 20% degli introiti totali in un terzo dei Dipartimenti) e da quelli derivanti da altre fonti (dall'1 al 20% degli introiti totali in un sesto dei Dipartimenti).

Tab. 2 - Introiti dei Dipartimenti in percentuale di provenienza e totali in €

	% 194/08	% 758/94	% altri	Totale	Totale introiti in €
Bari	50	10	40	100	2.231.951
Bat	23	14	63	100	1.100.000
Brindisi	15	40	45	100	980.000
Foggia	36	30	44	100	883.887
Lecce	12	14	74	100	1.707.964
Taranto	39	61	0	100	417.421

### 3.1.5. Dotazioni di veicoli

I *veicoli* di cui dispongono complessivamente i Dipartimenti pugliesi sono 527, con una dotazione media di 87 (in Italia nel 2017 erano 45), distribuiti tra di essi con punte di 143 e 124 veicoli rispettivamente a Bari e a Lecce, e con i livelli più bassi di dotazione (40 veicoli) a Bat (fig. 13).

In media, i Dipartimenti pugliesi sono dotati di un veicolo ogni 42 kmq, significativamente più favorevole della media italiana (nel 2017 un veicolo ogni 100 kmq).

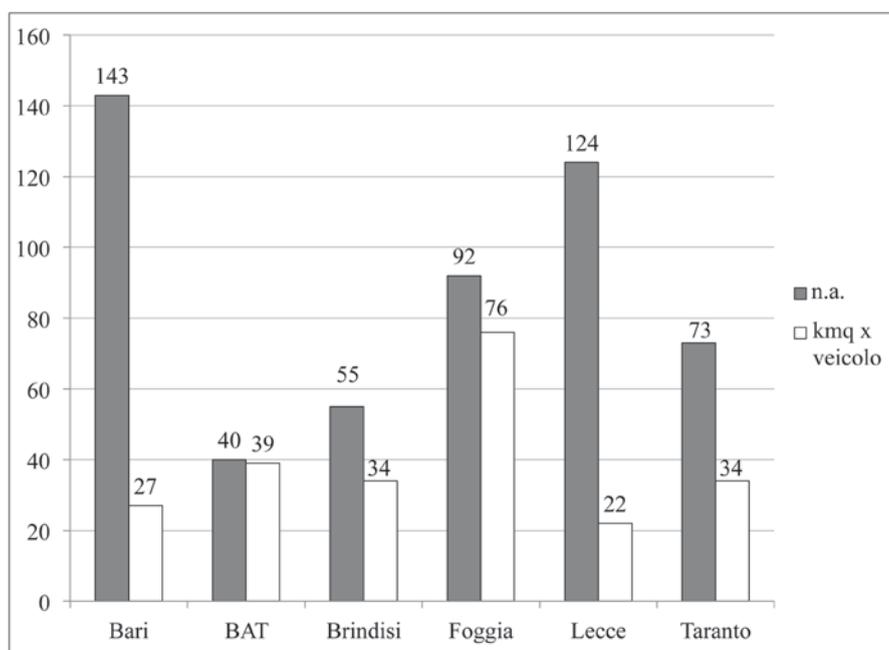
A Bari la dotazione è di un veicolo ogni 27 kmq; e un confronto – nel primo caso lievemente sfavorevole, nel secondo caso notevolmente favorevole – può essere posto con le dotazioni dei Dipartimenti metropolitani (nel 2017 un veicolo ogni 20 kmq) o dei Dipartimenti che servono da 21 a 50 Comuni (nel 2017 un veicolo ogni 106 kmq).

A Bat la dotazione è di un veicolo ogni 39 kmq e a Brindisi è di un veicolo ogni 34 kmq; e un confronto a livello nazionale – favorevole per entrambi – può essere posto con le dotazioni dei Dipartimenti che servono da 3 a 20 Comuni (nel 2017 un veicolo ogni 48 kmq).

A Foggia la dotazione è di un veicolo ogni 76 kmq e a Lecce è di un veicolo ogni 22 kmq; e un confronto a livello nazionale – sfavorevole per Foggia, molto favorevole per Lecce – può essere posto con le dotazioni dei Dipartimenti che servono da 51 a 100 Comuni (nel 2017 un veicolo ogni 69 kmq).

Infine, a Taranto la dotazione è di un veicolo ogni 34 kmq, e un confronto a livello nazionale – molto favorevole – può essere posto con le dotazioni dei Dipartimenti che servono da 21 a 50 Comuni (nel 2017 un veicolo ogni 106 kmq).

Fig. 13 - Veicoli in dotazione nei sei Dipartimenti



### 3.1.6. Dotazione di personale dei Dipartimenti

Nei Dipartimenti pugliesi sono in pianta organica in media 325 operatori (nel 2017 a livello nazionale erano 203) e sono in servizio in media 290 operatori (nel 2017 a livello nazionale erano 206) (tab. 3). La quota di copertura della pianta organica segnala un Dipartimento dei sei pugliesi con personale in servizio in eccesso rispetto alla dotazione organica (in Italia un Dipartimento su sette), tre Dipartimenti con personale in servizio in

difetto rispetto alla dotazione organica (a Bari di 238 unità) e due Dipartimenti con personale in servizio corrispondente a quello in pianta organica; complessivamente, in Puglia la media dello sbilancio di personale in servizio rispetto alle unità di personale in pianta organica è dunque di 35 unità in meno per Dipartimento.

Tab. 3 - *Personale nei sei Dipartimenti (n.a.). In grigio chiaro i valori minimi e in grigio scuro i valori massimi per ogni colonna*

	Personale in organico						Personale in servizio						
	Totale	Dir: medica	Dir: veterinaria	Comparto	di cui PTA		Totale	Servizio - organico	Dir: medica	Dir: veterinaria	Comparto	di cui PTA	
						% su Comparto							% su Comparto
Bari	638	83	81	474	214	45	483	-155	69	69	345	131	38
BAT	210	35	20	155	2	1	210	0	35	20	155	2	1
Brindisi	155	30	25	100	32	32	155	0	30	25	100	32	32
Foggia	266	51	63	152	81	53	248	-18	51	63	134	82	61
Lecce	423	84	65	274	0	0	380	-43	73	48	259	0	0
Taranto	256	40	27	189	2	1	262	+6	40	27	195	2	1
Media	325	54	47	224	55	17	290	-35	50	42	198	41	21

Quanto ai singoli Dipartimenti, il livello più alto di personale in organico si registra a Bari (dove però come già segnalato si riscontra una forte carenza di copertura di tale organico) e il personale meno numeroso è a Brindisi (seguita da Bat), coerentemente con le taglie dei Dipartimenti. La dirigenza medica più numerosa è a Lecce (ma Bari è dietro solo per 1 unità), e quella meno numerosa sempre a Brindisi (ma Bat ha solo 5 unità in più). Bari e Brindisi hanno anche rispettivamente il maggiore e il minore numero di personale di comparto; e all'interno di questo Bari ha la quota più numerosa di personale Pta, mentre secondo le risposte inviate si segnala la sostanziale assenza di personale Pta a Bat, Lecce e Taranto.

Considerando il complesso dei Dipartimenti pugliesi, per ogni operatore Dipartimentale gli abitanti serviti in media sono 2.325 (in Italia erano quasi 2.500) e l'estensione del territorio coperto è in media di 11,2 kmq (in

Italia era di 16 kmq). Tali valori sono dunque favorevoli rispetto a quelli rilevati nel 2017 (tab. 4). Rispetto alla media pugliese, in quattro Dipartimenti (nell'ordine Bat e Lecce, Bari e Taranto) gli operatori devono coprire meno kmq, e in tre (nell'ordine Bat, Lecce e Taranto) devono servire meno abitanti. Spicca dunque la condizione complessivamente favorevole di Bat, Lecce e Taranto; e quella sfavorevole per il rapporto kmq/operatore sia di Brindisi, nonostante il territorio non esteso (dunque da ascrivere all'esiguità del personale), sia soprattutto di Foggia per la vastità del territorio da coprire da parte di ogni operatore (la media di kmq per operatore è più del doppio della media pugliese).

Tab. 4 - Kmq per operatore e abitanti per operatore nei sei Dipartimenti. In grigio scuro i valori più alti e in grigio chiaro i valori più bassi rispetto alla media regionale

	<i>Operatori in servizio</i>	<i>Estensione in kmq</i>	<i>Kmq x operatore</i>	<i>Abitanti serviti</i>	<i>Abitanti x operatore</i>
Bari	483	3.825,00	7,9	1.257.520	2.603
BAT	210	1.543,00	7,3	390.063	1.857
Brindisi	155	1.861,00	12,0	394.977	2.548
Foggia	248	7.007,54	28,2	622.532	2.510
Lecce	380	2.780,00	7,3	798.891	2.102
Taranto	262	2.467,35	9,4	576.756	2.201
<i>Puglia</i>	<i>1.738</i>	<i>19.483,89</i>	<i>11,2</i>	<i>4.040.739</i>	<i>2.325</i>

Analizzando la distribuzione percentuale del personale tra Dirigenza Medica, Dirigenza Veterinaria e Comparto, sul totale del personale in organico e in servizio in ogni Dipartimento (figg. 14-15-16-17-18-19), si segnala a Foggia e a Bari una percentuale di Pta in organico più alta di quella in servizio (a Bari la carenza di copertura della pianta organica sembrerebbe dunque principalmente a carico del Pta), nessuna differenza a Bat, Brindisi e Taranto, e a Lecce una percentuale di personale di Comparto in servizio più alta di quella in organico.

Analizzando poi la distribuzione percentuale del personale in organico di Dirigenza Medica, Dirigenza Veterinaria e di Comparto rispetto al totale del personale in organico nei sei Dipartimenti (figg. 20-21-22), si evidenzia la maggiore percentuale per la Dirigenza Medica a Lecce, quella per la Dirigenza Veterinaria a Foggia, e quella per il personale di Comparto a Bari, Bat e Taranto.

Fig. 14 - Personale di Dirigenza medica, Dirigenza veterinaria e di Comparto, sul totale del personale in organico e in servizio, % - Bari

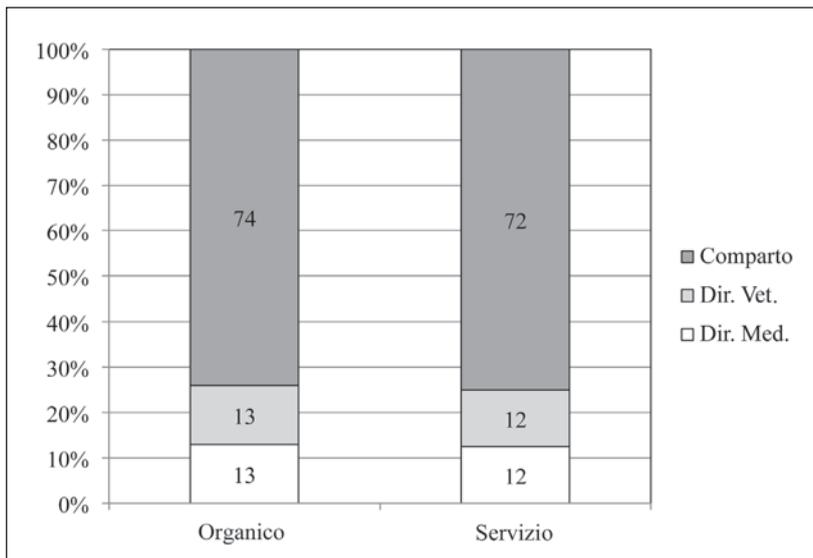


Fig. 15 - Personale di Dirigenza medica, Dirigenza veterinaria e di Comparto, sul totale del personale in organico e in servizio, % - Bat

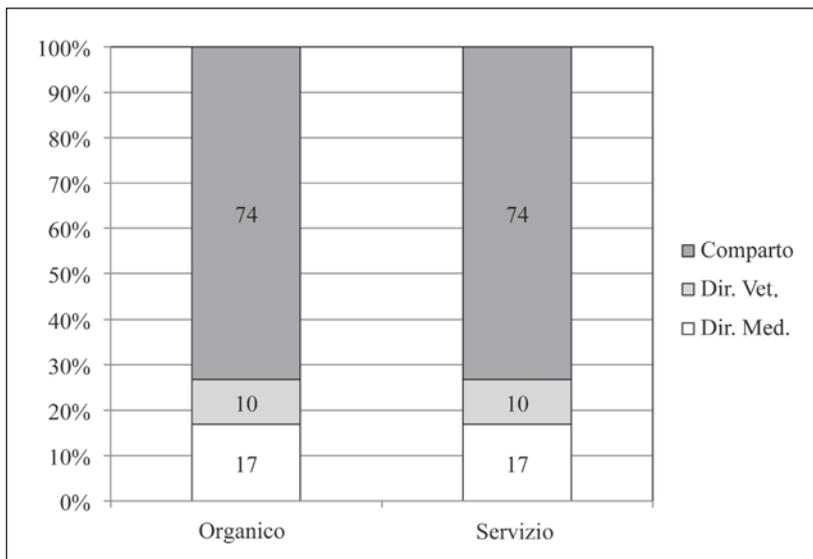


Fig. 16 - Personale di Dirigenza medica, Dirigenza veterinaria e di Comparto, sul totale del personale in organico e in servizio, % - Brindisi

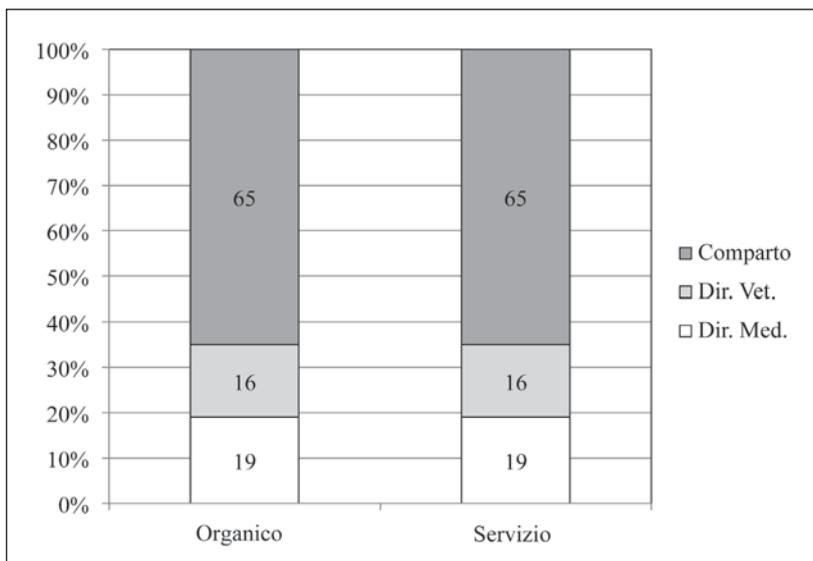


Fig. 17 - Personale di Dirigenza medica, Dirigenza veterinaria e di Comparto, sul totale del personale in organico e in servizio, % - Foggia

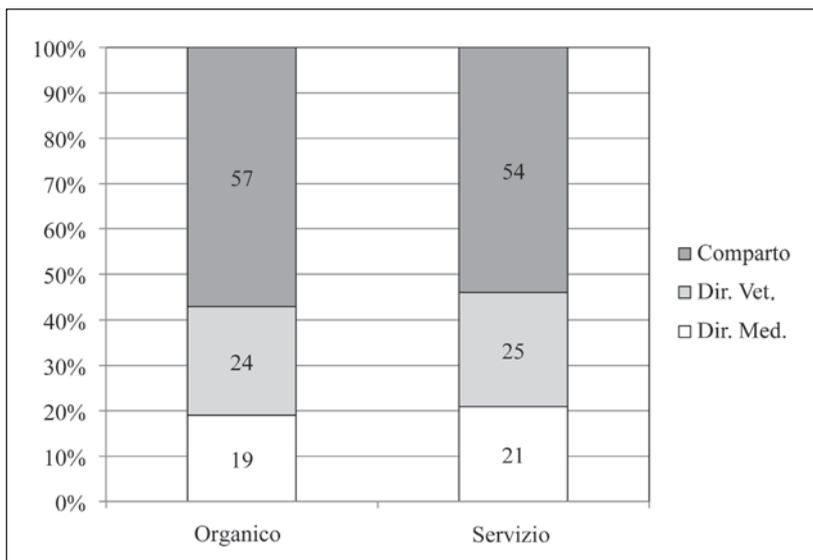


Fig. 18 - Personale di Dirigenza medica, Dirigenza veterinaria e di Comparto, sul totale del personale in organico e in servizio, % - Lecce

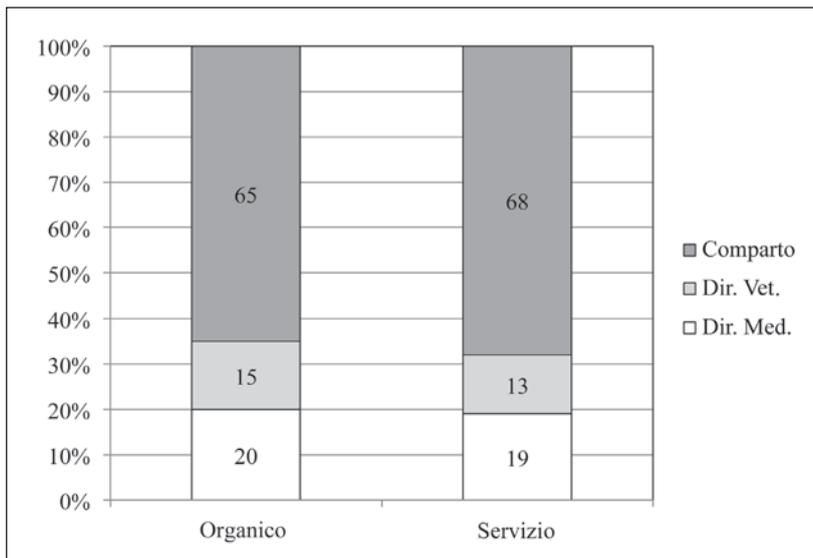


Fig. 19 - Personale di Dirigenza medica, Dirigenza veterinaria e di Comparto, sul totale del personale in organico e in servizio, % - Taranto

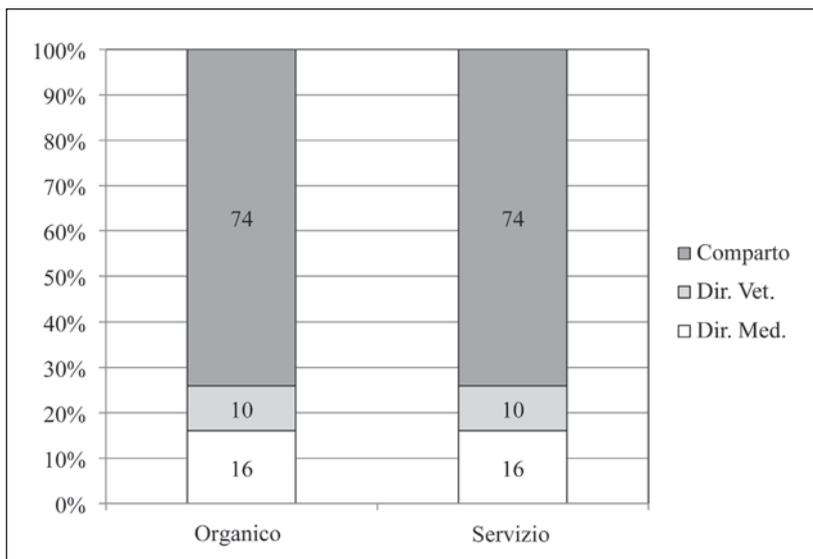


Fig. 20 - Personale di Dirigenza medica in organico sul totale del personale in organico, %

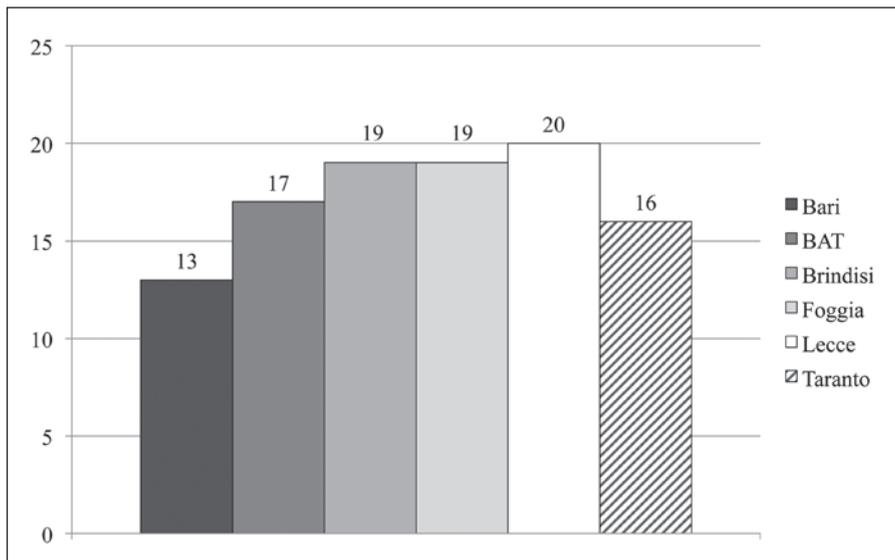


Fig. 21 - Personale di Dirigenza veterinaria in organico sul totale del personale in organico, %

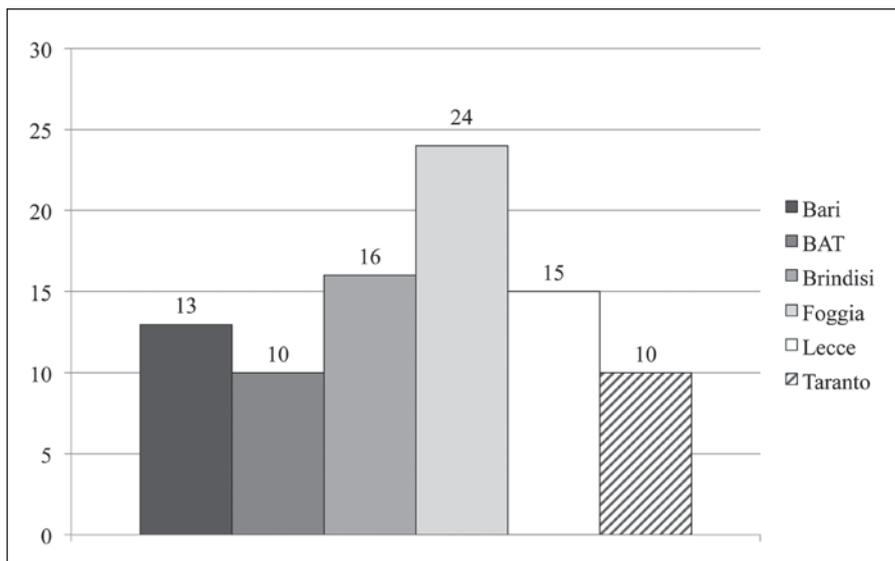


Fig. 22 - Personale di Comparto in organico sul totale del personale in organico, %

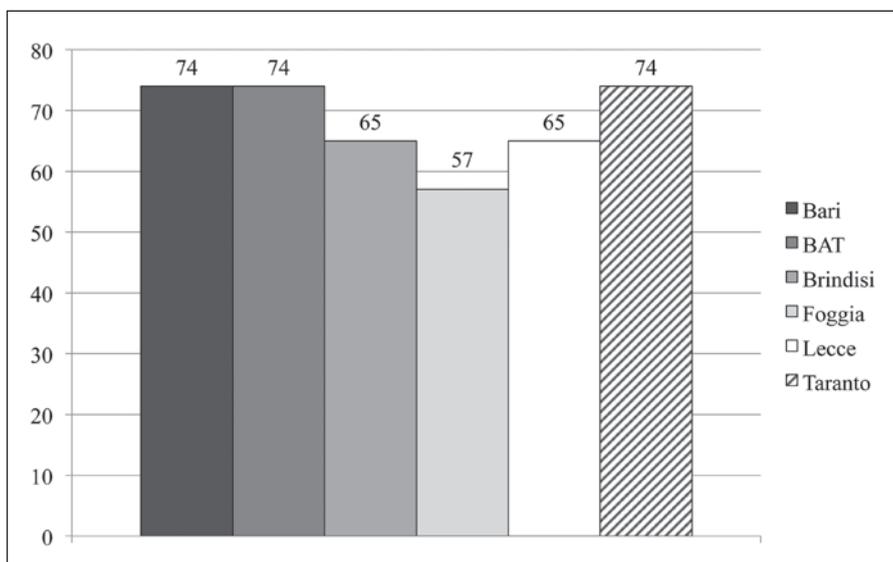


Fig. 23 - Personale di Dirigenza medica in servizio sul totale del personale in servizio, %

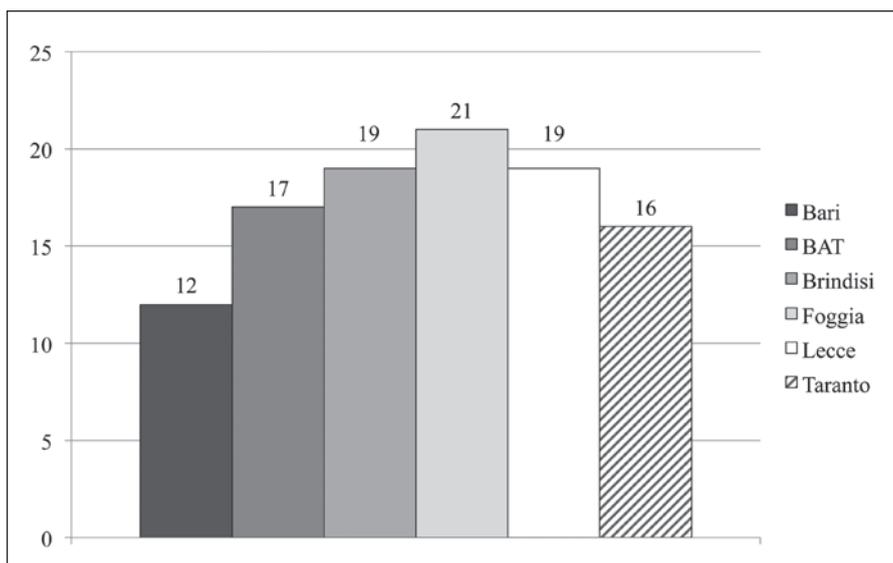


Fig. 24 - Personale di Dirigenza veterinaria in servizio sul totale del personale in servizio, %

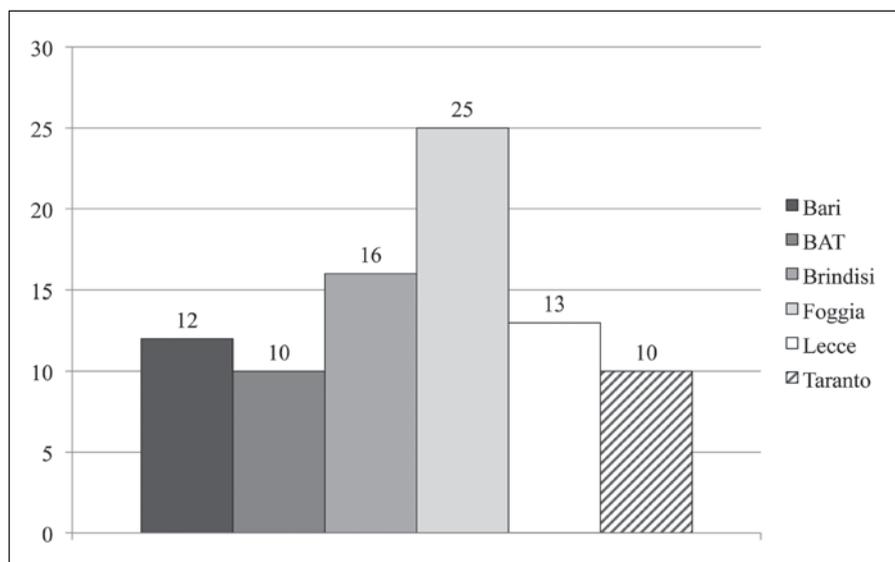
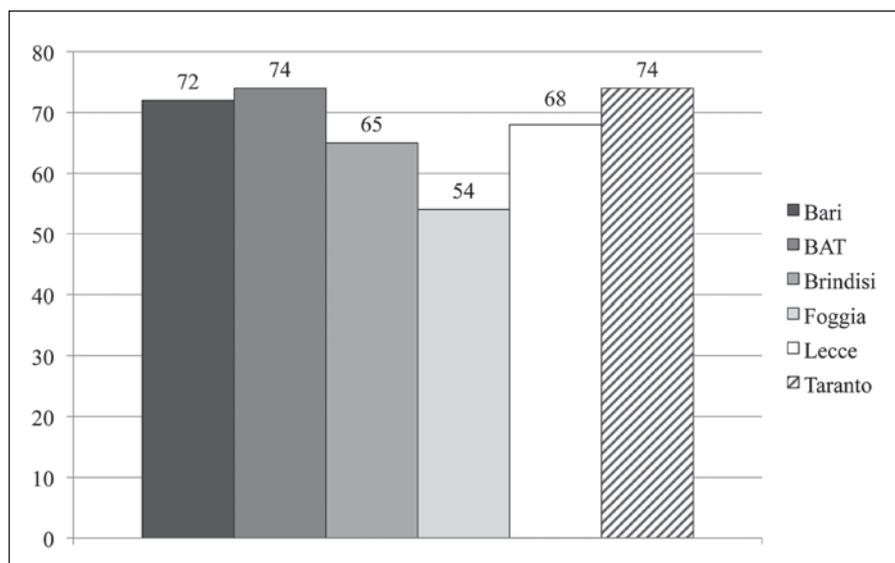


Fig. 25 - Personale di Comparto in servizio sul totale del personale in servizio, %



Analizzando infine la distribuzione percentuale del personale in servizio di Dirigenza Medica, Dirigenza Veterinaria e di Comparto rispetto al totale del personale in servizio nei sei Dipartimenti (figg. 23-24-25), si evidenzia la maggiore percentuale per la dirigenza veterinaria (di gran lunga) e anche per la dirigenza medica a Foggia, quella per il personale di Comparto sempre a Bat e Taranto (ma non a Bari).

Tale situazione è rappresentata complessivamente e schematicamente nella tab. 5.

Tab. 5 - Dipartimenti con la % maggiore di personale di ogni ruolo in organico e in servizio sul totale del personale in organico e in servizio

(% sul totale)	Personale in organico	Personale in servizio
Dirigenza medica	20 Lecce	21 Foggia
Dirigenza veterinaria	24 Foggia	25 Foggia
Comparto	74 Bari, Bat, Taranto	74 Bat, Taranto

In media il personale di comparto rappresenta il 68% del personale in servizio e il 69% di quello in pianta organica (in linea con i dati nazionali, che segnalano la massima quota di Dipartimenti nella fascia di presenza di personale di comparto dal 61% al 70%). La quota di Pta in organico all'interno del personale di Comparto in organico, e la quota di Pta in servizio all'interno del personale di Comparto in servizio, è in entrambi i casi nettamente la più alta a Foggia (figg. 26-27).

### 3.2. Indicatori di funzionalità dei Dipartimenti

#### 3.2.1. Attività di epidemiologia della Asl

Tra le attività di epidemiologia delle Asl (tab. 6) un *Registro delle cause di morte* (Recam) è presente in tutte le Asl pugliesi (nelle rilevazioni nazionali del 2017 era presente nell'84% delle Asl italiane), una *Relazione sullo stato di salute* (Rss) è presente in 4 Asl, ma solo in una è sufficientemente recente (nelle rilevazioni del 2017 era presente in circa tre quarti delle Asl nazionali), un *Bilancio sociale* è presente in una sola Asl (nelle rilevazioni nazionali del 2017 era presente in poco più del 40% delle Asl).

Nel 2017, tra le attività di natura epidemiologica segnalate oltre a Recam, Rss e Bilancio sociale, poco meno del 40% era costituita da iniziative nazionali di rilevazione delle percezioni soggettive di salute e di rischio quali Passi, Okkio, ecc., e circa un terzo erano costituite da registri di patologia.

Fig. 26 - Personale Pta in organico sul totale del personale di Comparto in organico, %

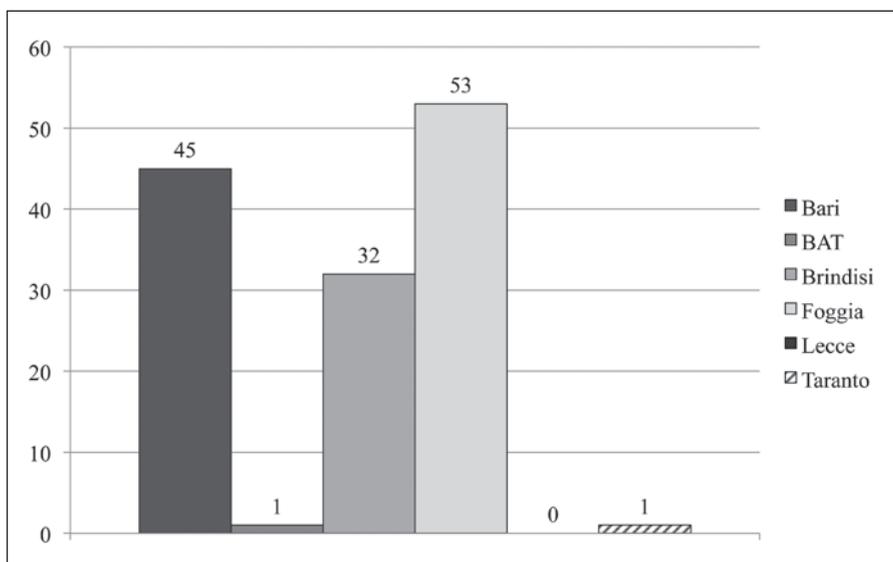
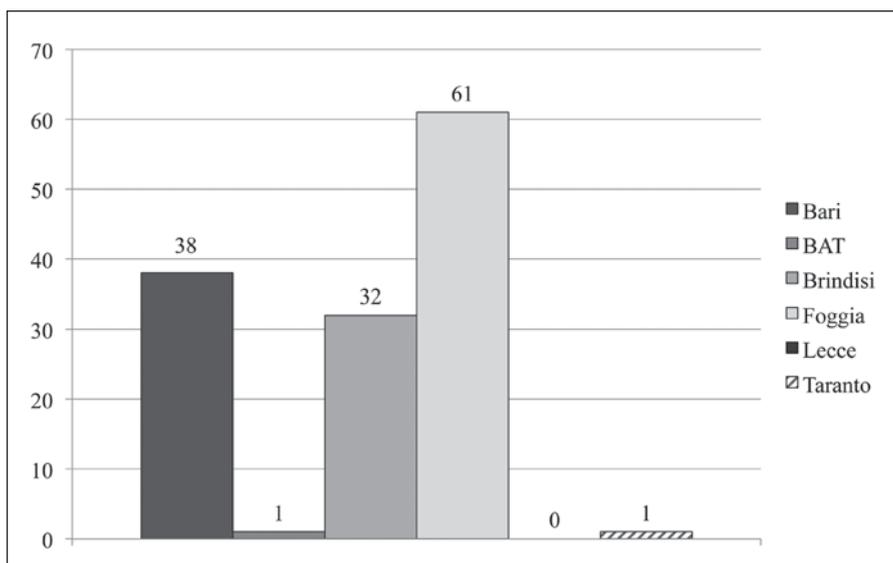


Fig. 27 - Personale Pta in servizio sul totale del personale di Comparto in servizio, %



Nelle rilevazioni pugliesi di quest'anno, tra le *rilevazioni delle percezioni soggettive di salute e di rischio*, Passi è presente in tutti i Dipartimenti, Passi d'argento in tre di essi, Passi Oer in uno, Okkio in quattro, Hbsc<sup>4</sup> e Percezione di rischio alcoolici in uno. Nel 2017, le rilevazioni Passi erano effettuate a livello nazionale da circa il 90% delle Asl (e Passi d'Argento da un terzo), Okkio da poco più dell'80%, e Hbsc da poco più di un quarto dei Dipartimenti.

Tra i *registri di patologia*, il registro tumori è presente in tutte le Asl pugliesi, e il registro malattie professionali in una (ma con dati non particolarmente aggiornati). Nel 2017 il registro malattie professionali era presente in Italia quasi nella metà delle Asl (e in un 10% di Asl era presente il registro infortuni), mentre il registro tumori si ritrovava nel 45% di esse (inoltre, registri sui mesoteliomi e sui tumori naso-sinusalari erano complessivamente presenti in oltre un quarto delle Asl).

Tab. 6 - Attività di epidemiologia

	Bari	BAT	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto
Registro cause di morte						
Relazione stato di salute		2016	2012	2013	2011	
Bilancio sociale			2015			
Registro tumori	2018	2016	2015	2015	2015	2017
Registro mal. profession.	2012					
PASSI	2016	2016	2018	2018	2006	2018
PASSI d'argento			2018	2017		n.d
PASSI OER					2011-14	
OKKIO	2016	2014	2016	2016		2017
HBSC			2017			
Percez. rischio alcoolici	2015					
Quadri					2004	
0-2 anni			2018			

 presente

 2019 anno dell'edizione più recente

### 3.2.2. Attività di contrasto delle disuguaglianze

Lo svolgimento delle diverse attività di contrasto delle disuguaglianze nelle differenti popolazioni a rischio da parte dei sei Dipartimenti pugliesi è presentata nella tab. 7. Va però segnalato che nella tabella non sono ri-

#### 4. Health Behaviour in school-aged Children.

portati né lo screening del colon, né il Dipartimento di Foggia; perché al momento delle rilevazioni nella Regione Puglia non era attiva alcuna attività di screening del carcinoma del colon retto; e perché il Dipartimento di Foggia non ha segnalato alcuna attività di contrasto delle disuguaglianze.

Tab. 7 - Attività di contrasto delle disuguaglianze

	Vaccinazioni				Screening utero				Screening mammella				EAS				Ricerca attiva TBC				Altra attività				Nessuna attività															
	Ba	Bat	Br	Le	Ta	Ba	Bat	Br	Le	Ta	Ba	Bat	Br	Le	Ta	Ba	Bat	Br	Le	Ta	Ba	Bat	Br	Le	Ta	Ba	Bat	Br	Le	Ta	Ba	Bat	Br	Le	Ta					
Nomadi	■				▨											■																								
Reclusi			■		▨				■									■			■		■		▨															
Senzatet.					▨																																			
Ab. Perif.			■		▨		■		■																															
Migranti	■	■	■	■	▨											■					■	■	■	■	▨															

Bari
  BAT
  Brindisi
  Lecce
  Taranto

Negli altri cinque Dipartimenti pugliesi, l'attività più praticata è la vaccinazione: Lecce e Taranto la effettuano in tutte le popolazioni a rischio, Brindisi in tre, Bari e Bat in due. I migranti la ricevono in tutti e cinque i Dipartimenti; nomadi, reclusi e abitanti delle periferie la ricevono in tre Dipartimenti; i senzatetto in due. A seguire la ricerca attiva della Tbc: Taranto la effettua in tutte le popolazioni a rischio, Brindisi, Lecce e Bari in due, Bat in una. I migranti la ricevono in tutti e cinque i Dipartimenti, i reclusi la ricevono in tre Dipartimenti, i nomadi in due, gli abitanti delle periferie e i senzatetto in uno. Anche in Italia nel 2017 complessivamente le attività di contrasto delle disuguaglianze più praticate erano le vaccinazioni e la ricerca attiva della Tbc.

Le attività meno praticate in Puglia sono invece gli screening del carcinoma mammario e del carcinoma uterino, entrambe praticate solo da Lecce tra i reclusi e le periferie e da Brindisi nelle periferie.

La *popolazione cui vengono indirizzati più interventi* di contrasto delle disuguaglianze è quella dei migranti, tra i quali si effettuano la vaccinazione e la ricerca attiva della Tbc in tutti i Dipartimenti, l'educazione alla salute e altra attività in due Dipartimenti. A seguire i reclusi, tra i quali si effettuano la vaccinazione e la ricerca attiva della Tbc in tre Dipartimenti, l'educazione alla salute in due, gli screening di mammella e utero e altra attività in uno. Anche in Italia nel 2017 complessivamente le popolazioni più coinvolte erano migranti e reclusi.

La popolazione con meno interventi in Puglia è invece quella dei senzatetto, su cui si effettuano tre attività in un Dipartimento e due in un altro.

Tra i nomadi l'attività più diffusa sono le vaccinazioni, tra i reclusi e i migranti vaccinazioni e ricerca attiva della Tbc, tra i senzatetto e gli abitanti delle periferie le vaccinazioni. In Italia nel 2017 tra i nomadi, i migranti e i senza tetto le attività maggiormente svolte erano vaccinazioni e ricerca della tbc asintomatica; tra i reclusi vaccinazioni, ricerca della tbc asintomatica e educazione alla salute; tra gli abitanti delle periferie educazione alla salute

I *Dipartimenti più attivi* nel contrasto delle disuguaglianze sono Lecce e Taranto, che svolgono attività in tutte le popolazioni; seguiti da Bari e Brindisi, che non svolgono alcuna attività in due popolazioni, e da Bat, che trascura quattro popolazioni. Le percentuali più alte di Dipartimenti impegnati (100%) si riscontrano nelle vaccinazioni e nella ricerca attiva della Tbc tra i migranti; in Italia nel 2017 si riscontravano, nell'ordine, nella ricerca della Tbc asintomatica nei migranti, nelle vaccinazioni nei migranti e tra i reclusi, nella ricerca della Tbc asintomatica nei reclusi.

### 3.2.3. Attività innovative

Alle domande relative alle attività innovative poste in essere nell'ultimo anno il massimo delle segnalazioni si registra per le Valutazioni e osservazioni su progetti ricadenti in Via, il Contrasto dei gruppi antivaccinisti e dell'esitazione vaccinale, il Centro di medicina dei viaggi e delle migrazioni, l'Organizzazione di eventi Ecm (con un numero medio di 7 eventi organizzati nel 2018, contro una media nazionale 2017 di 16 eventi). Tali attività sono presenti in tutti i Dipartimenti; in tutte le Asl è presente anche l'Emergenza migranti (ma in una non è espletata nel Dipartimento) e la Prevenzione della ludopatia (ma in due non è espletata nel Dipartimento). (tab. 8).

Tab. 8 - Attività innovative

Attività innovative	BA	BAT	BR	FG	LE	TA
1 <i>Analisi di strumenti urbanistici</i>						
2 <i>Valutazioni e osservazioni su progetti ricadenti in VIA</i>						
3 <i>Valutaz. sull'impatto ambientale dell'inquinamento atmosferico</i>						
4 <i>Facilitaz. dell'accesso ai Servizi per i soggetti svantaggiati</i>				A		A
5 <i>Contrasto dei gruppi antivaccinisti e dell'esitazione vaccinale</i>						
6 <i>Prevenzione di bullismo e cyberbullismo</i>	A					
7 <i>Prevenzione del mobbing</i>						
8 <i>Prevenzione della violenza di genere</i>	A		A	A		
9 <i>Prevenzione del doping</i>			A	A		
10 <i>Prevenzione della ludopatia</i>	A			A		A
11 <i>Attività online (siti internet, app, chat, ecc.)</i>				A		
12 <i>Ospedale a misura di bambino</i>				A		A
13 <i>Screening cardiovascolari</i>		A		A		
14 <i>Emergenza migranti</i>				A		
15 <i>Terapia osservata direttamente (DOT) per la TBC</i>		A	A	A		A
16 <i>Numero di eventi formativi ECM</i>	15	5	15	4	2	3
17 <i>Ufficio promozione della salute</i>						
18 <i>Regolamento anticorruzione e trasparenza dipartimentale</i>						
19 <i>Sistema di misurazione e valutazione delle performances</i>						
20 <i>Centro di medicina dei viaggi e delle migrazioni</i>						

■ presenti (A = espletate non nel Dipartimento)

In Italia nel 2017 le attività mirate sull'Emergenza migranti e sulla Medicina dei viaggi e delle migrazioni sono state svolte entrambe nel 95% dei Dipartimenti, e le Valutazioni e osservazioni sui progetti ricadenti in Via nel 93% dei Dipartimenti.

Il minor numero di segnalazioni si registrano per la Prevenzione del mobbing (espletata solo in due Dipartimenti), la Prevenzione della violenza di genere (espletata in tre Asl, ma sempre al di fuori del Dipartimento), Prevenzione del doping (espletata in due Asl, ma sempre al di fuori del Dipartimento). In Italia nel 2017 si è registrato il numero più basso di segnalazioni per l'Ospedale a misura di bambino (presente in un terzo dei Dipartimenti) e per il contrasto della violenza di genere (attività svolta in quattro Dipartimenti su dieci).

### 3.2.4. Attività vaccinali

*Anagrafe vaccinale informatizzata, chiamata attiva alle vaccinazioni, richiamo attivo per gli inadempienti alla vaccinazione* sono presenti in tutti i Dipartimenti pugliesi (tab. 9).

Tab. 9 - Attività vaccinali

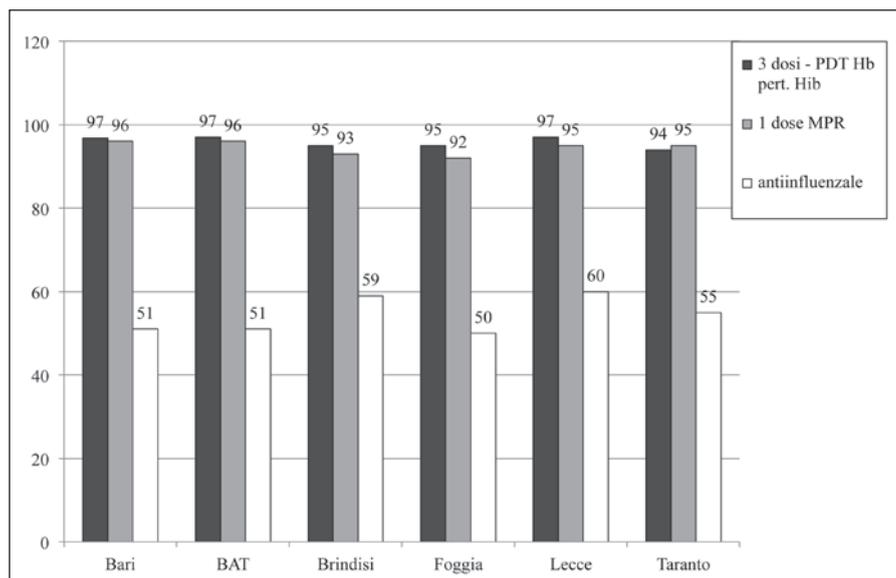
	Bari	Bat	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto
Anagrafe vaccinale informatizzata	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Chiamata attiva alla vaccinazione	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Richiamo attivo alla vaccinazione	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

In Italia nel 2017 una *anagrafe vaccinale informatizzata* era presente in circa il 95% dei Dipartimenti, mentre una *chiamata attiva alle vaccinazioni* e un *richiamo attivo per gli inadempienti alla vaccinazione* erano presenti in una percentuale di Dipartimenti variabile dall'80 al 50% per le varie vaccinazioni.

### 3.2.5. Attività Lea

Tra gli indicatori Lea inseriti quest'anno nel set di indicatori Oip, i primi tre riguardano alcune coperture vaccinali, e precisamente: la *copertura vaccinale dei bimbi di 24 mesi per ciclo base di 3 dosi (polio, difterite,*

Fig. 28 - Attività Lea 1.1, 1.2, 1.3 – coperture vaccinali

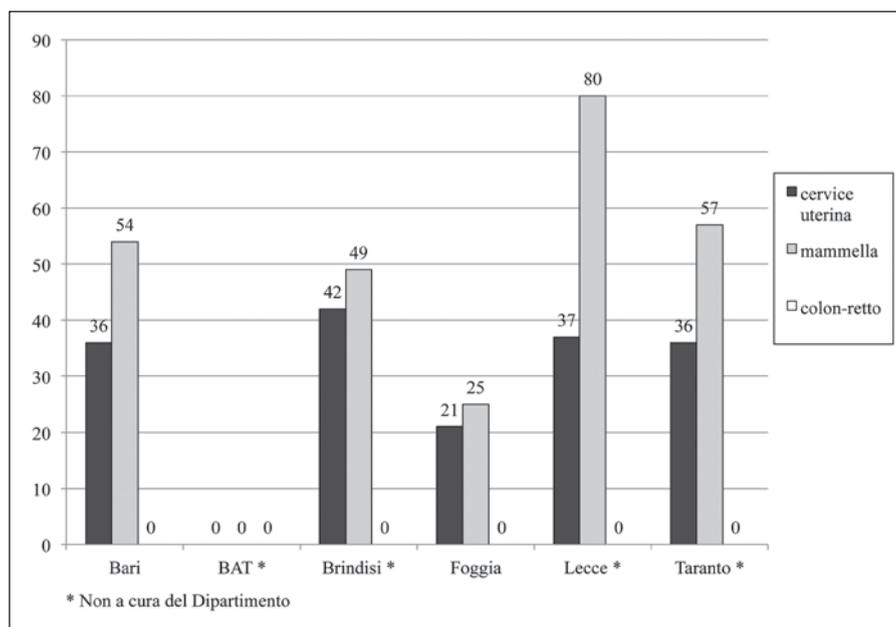


*tetano, Hb, pertosse, Hib*), ossia il Lea 1.1; la *copertura vaccinale dei bimbi di 24 mesi per una dose (morbilli, parotite, rosolia – Mpr)*, ossia il Lea 1.2; e la *copertura vaccinale antinfluenzale dei sessantacinquenni e ultrasessantacinquenni*, ossia il Lea 1.3.

Tutti i dati di copertura sono ampiamente soddisfacenti (fig. 28).

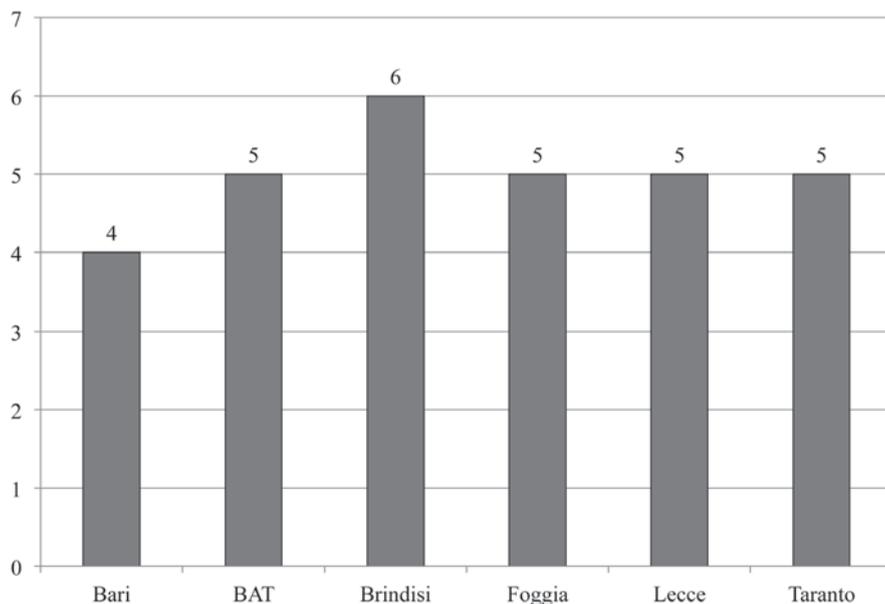
Altri indicatori Lea inseriti quest'anno nel set di indicatori Oip si riferiscono alle percentuali di adesione agli *screening di cervice, mammella, colon-retto*, ossia il Lea 2. I dati raccolti sono riportati in fig. 29. Va ricordato che nella Regione Puglia nel 2018 non era ancora attivo lo screening del colon-retto, e va segnalato che non è stato possibile ricevere i dati della Bat, perché non reperibili presso le unità organizzative che in quella Asl gestiscono gli screening. Tra i risultati si segnala la buona performance degli screening della mammella a Lecce.

Fig. 29 - Attività Lea 2 – adesione screening, %



Si riscontrano invece livelli molto bassi in tutti i Dipartimenti per le percentuali di *luoghi di lavoro sottoposti a controllo* (Lea 4), oscillanti tra il 4 e il 6% (fig. 30).

Fig. 30 - Attività Lea 4 - % luoghi di lavoro controllati



Tab. 10 - Altre attività Lea

	BA	Bat	BR	FG	LE	TA
5.1 % allevamenti controllati per Tbc bovina	100	100	100	100	100	99
5.2 % allevamenti controllati per brucellosi	100	100	100	100	100	99
5.3 % aziende controllate per anagrafe ovicaprina	100	100	0	100	100	0
6.1 % campioni analizzati PNR (p. naz. residui)	100	100	0	100	100	100
6.2 % esercizi controllati + % campioni prelevati	171	n.d.	n.d.	200	200	200
6.3 % risposte campioni alimenti vegetali nei tempi previsti	0	60	0	100	100	100

Infine, tranne casi sporadici, si registrano invece livelli complessivamente soddisfacenti per le altre attività Lea inserite nel set di indicatori Oip: *allevamenti controllati per Tbc bovina* – Lea 5.1; *allevamenti controllati per brucellosi* – Lea 5.2; *aziende controllate per anagrafe ovicaprina*

– Lea 5.3; *campioni analizzati Pnr (Piano nazionale residui)* – Lea 6.1; *esercizi controllati + % campioni prelevati* – Lea 6.2; *risposte campioni alimenti vegetali disponibili nei tempi previsti* – Lea 6.3 (tab. 10).

### 3.3. Indicatori di soggettività degli operatori: punti forti e punti deboli dei Dipartimenti e commenti liberi

#### 3.3.1. Punti forti del Dipartimento

Hanno segnalato *punti forti* del proprio Dipartimento tutti i Dipartimenti pugliesi, ognuno dei quali ha prodotto in media oltre due segnalazioni (come i Dipartimenti nazionali che hanno segnalato punti forti nelle rilevazioni nazionali del 2017) (tab. 11).

Da tutti i Dipartimenti giungono segnalazioni relative alle *caratteristiche degli operatori*, in termini sia di capacità e competenze (professionalità, profili professionali innovativi), sia in particolare in termini di atteggiamento e clima lavorativo (spirito collaborativo, buon clima organizzativo, approccio multidisciplinare, resilienza). È verosimile peraltro che le segnalazioni circa lo spirito collaborativo possano essere intese anche come riferite alla *integrazione e collaborazione istituzionale* come punto forte per i Dipartimenti.

Tab. 11 - Punti forti del Dipartimento

BA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spirito collaborativo</li> <li>• Presenza capillare sul territorio</li> <li>• Approccio multidisciplinare</li> <li>• Attività di prevenzione</li> </ul>	
Bat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spirito collaborativo</li> </ul>	
BR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Progetti innovativi</li> <li>• Rinnovata dotazione strumentale e tecnologica</li> <li>• Nuove professionalità</li> <li>• Professionalità degli operatori</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promozione dell'equità sociale</li> </ul>
FG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miglioramento del clima organizzativo</li> <li>• Collaborazioni inter-istituzionali per l'epidemiologia e la prevenzione</li> <li>• Partecipazione a studi epidemiologici nazionali</li> <li>• Eas nelle scuole</li> </ul>	
LE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaborazione con Università di Pisa</li> </ul>	
TA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resilienza</li> </ul>	

### 3.3.2. Punti deboli del Dipartimento

Anche *punti deboli* del proprio Dipartimento sono stati segnalati da tutti i Dipartimenti pugliesi, ognuno dei quali ha prodotto in media tre segnalazioni (i Dipartimenti nazionali che hanno segnalato punti deboli nelle rilevazioni nazionali del 2017 hanno prodotto in media poco più di due segnalazioni) (tab. 12).

Tab. 12 - *Punti deboli del Dipartimento*

BA	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Carenza di personale in servizio rispetto alla p.o.</i></li><li>• <i>Necessità di nuovi profili in p.o.</i></li><li>• <i>Personale anziano e resistente al cambiamento</i></li><li>• <i>Sedi distanti sul territorio</i></li><li>• <i>Poche attività su salute e ambiente</i></li><li>• <i>Carenza risorse finanziarie dal Fsr</i></li><li>• <i>Limitata autonomia nella gestione dei fondi vincolati</i></li><li>• <i>Mancanza di standard per le attività</i></li><li>• <i>Limitata visibilità nella Asl</i></li></ul>
Bat	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Carenza di personale e attrezzature</i></li></ul>
BR	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Carenza di personale</i></li></ul>
FG	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Carenza di personale</i></li><li>• <i>Mancanza di specialisti non medici nello Spesal</i></li><li>• <i>Screening gestiti altrove</i></li><li>• <i>Non collaborazione ai programmi di promozione della salute</i></li><li>• <i>Grande estensione territoriale e configurazione orografica disagiata</i></li></ul>
LE	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Carenza di personale</i></li></ul>
TA	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Carenza di personale</i></li></ul>

Emerge con grande chiarezza come punto debole del Dipartimento la segnalazione da tutti i Dipartimenti della *carenza di personale*, in termini sia assoluti, sia di sottodimensionamento della pianta organica – specie in relazione all’aumento dei compiti e delle dimensioni dei Dipartimenti – sia di carenza di professionalità specifiche. Del personale si segnala anche come punto debole *l’età media elevata*. Segnalate tra le carenze di risorse anche la *carenza di finanziamenti e la dislocazione delle sedi* del Dipartimento legata alla eccessiva estensione del territorio.

### 3.3.3. Considerazioni e commenti liberi

Hanno aggiunto considerazioni varie e commenti liberi nell’ultima parte del questionario un terzo dei Dipartimenti (i Dipartimenti nazionali che hanno aggiunto considerazioni varie e commenti liberi nelle rilevazioni nazionali del 2017 erano circa un quinto dei compilatori) (tab. 13).

- 
- BA** Si rende necessario un *ripensamento dell'organizzazione* della struttura Dipartimentale con l'accorpamento dei servizi per funzioni analoghe mantenendo l'indipendenza del Dipartimento di Prevenzione.  
Tale soluzione scongiurerebbe la diaspora dei servizi in capo al Dipartimento in tre agenzie nazionali o regionali: per la sicurezza alimentare, per la sicurezza sul lavoro e lo sconfinamento della prevenzione sull'uomo nel Dipartimento delle Cure Primarie affidato al Distretto Socio Sanitario.
- 
- LE** Per garantire la sostenibilità del Ssn e quindi il diritto di tutti i cittadini all'assistenza sanitaria gratuita, è indispensabile *dare alla Prevenzione Primaria un adeguato e crescente spazio* nei programmi di sanità pubblica, anche da un punto di vista economico. I Dipartimenti di Prevenzione delle Asl, in quanto strumenti operativi istituzionali per l'attuazione uniforme nel Paese delle normative comunitarie ed internazionali in materia di tutela della Salute Pubblica, di concerto ed in collaborazione col Ministero della Salute, possono offrire un *valido contrasto ad un aumento incontrollato della spesa sanitaria*.
- 

Tali considerazioni, a parere di chi scrive assolutamente condivisibili, sono centrate su tre aspetti assolutamente rilevanti nel dibattito attuale sui Dipartimenti.

La prima è che sia necessario un *ripensamento dell'organizzazione* della struttura Dipartimentale (peraltro assunto fondante dell'Oip) nel quale vada però assolutamente mantenuta l'indipendenza del Dipartimento; la seconda è che sia indispensabile *dare alla prevenzione primaria un adeguato e crescente spazio* nei programmi di sanità pubblica (del resto, la prevenzione primaria – che nella grande maggioranza dei suoi interventi non prevede possibilità di committenti singoli o privati né di remunerazione diretta di attività – vede la possibilità della sua attuazione solo in una committenza pubblica e in un finanziamento fiscale<sup>5</sup>); la terza – in qualche modo corollario della seconda – è che i Dipartimenti di prevenzione possono offrire un *valido contrasto ad un aumento incontrollato della spesa sanitaria*, poiché è dimostrato che il vecchio adagio che prevenire sia meglio di curare (per le sofferenze evitate, per la possibilità di evitare patologie altrimenti incurabili, ecc.) mantiene la sua validità anche sul piano puramente finanziario, in quanto le attività preventive costano molto meno dell'assistenza per le patologie non prevenute.

5. Cfr. F. Calamo-Specchia, *Igea e panacea*, in F. Calamo-Specchia (a cura di), *Manuale critico di sanità pubblica*, Maggioli Editori, Rimini, 2014.

## 2. *Gli indicatori di atteggiamenti e stili di vita nei confronti della salute e del Ssn*

di *Carla Collicelli\**, *Ludovica Durst\*\**

### 1. **Gli obiettivi e i principali risultati dell'indagine**

L'indagine condotta tramite questionario presso la popolazione pugliese ha avuto lo scopo di indagare comportamenti, opinioni, valori e attitudini della popolazione della Regione Puglia rispetto al tema della prevenzione.

Gli obiettivi principali dell'indagine sono pertanto riassumibili come segue:

1. analizzare caratteristiche e ruolo dei *determinanti* socio-culturali della prevenzione nel territorio regionale: attitudini e stili di vita degli individui e delle famiglie, peso della condizione sociale, economica e culturale, ruolo dell'informazione e conoscenze rispetto ai servizi ed agli interventi sul tema nella Regione;
2. fornire uno spaccato sui *comportamenti*, le conoscenze, i bisogni e le aspettative dei cittadini pugliesi;
3. formulare alcune prime ipotesi sul rapporto tra condizione sociale, *capitale sociale* e salute.

I principali risultati emersi hanno dunque riguardato:

- lo stato di salute della popolazione e la situazione della coesione sociale e dello stress da lavoro in Puglia;
- la percezione dei rischi per la salute e la diffusione dei comportamenti a rischio;
- la consapevolezza rispetto alla importanza della prevenzione e della aderenza alle cure;
- i comportamenti adottati dai pugliesi in relazione alla prevenzione;
- il rapporto con la sanità pubblica.

\* Board Prevenzione Fondazione Smith Kline; ricercatore associato presso il Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Tecnologie Biomediche (CNR-ITB).

\*\* Assegnista di ricerca presso il Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Tecnologie Biomediche (CNR-ITB).

A ciascuno di questi aspetti è dedicato un paragrafo nel presente capitolo, che illustra i dati rilevati dall'indagine condotta, sia a livello regionale che rispetto alla distribuzione per territorio, età, sesso ed ampiezza demografica.

Accanto a queste, che sono le variabili di incrocio statistico classico, si è voluto inoltre verificare le eventuali correlazioni dei valori rilevati con il grado di coesione sociale, misurato attraverso uno specifico indice sintetico.

Volendo anticipare brevemente i risultati, si può dire che lo stato di salute in Puglia è percepito come buono per oltre la metà degli intervistati, e che esso risulta positivamente influenzato sia dal titolo di studio che dalla coesione sociale, fattore che presenta peraltro nella Regione valori mediamente elevati.

Lo stress da lavoro riguarda circa la metà della popolazione, con una incidenza maggiore tra gli uomini rispetto alle donne, e risulta meno accentuato nei contesti di alta coesione sociale.

Le principali minacce per la salute vengono individuate nel fumo, nell'inquinamento e nell'alimentazione eccessiva o non sana.

Più della metà dei pugliesi si dimostra consapevole del ruolo giocato da fattori quali gli stili di vita individuali e gli interventi di prevenzione secondaria per mantenere una buona salute, e circa il 65% dei pugliesi considera la prevenzione un obiettivo da perseguire principalmente a livello individuale.

Inoltre, rispetto al livello di informazione sul tema, più del 50% degli intervistati ritiene di essere abbastanza o molto informato sulle attività di prevenzione sul territorio (con la eccezione della Provincia di Foggia), ma circa l'80% degli intervistati dichiara di non conoscere i responsabili di tali attività.

Per quasi il 50% dei pugliesi la fonte principale di informazione sulla prevenzione è il medico di medicina generale, seguito dai programmi televisivi e radiofonici e dalle informazioni provenienti da parenti, amici e conoscenti.

Quanto ai comportamenti, dall'indagine è emerso che circa il 70% dei pugliesi dichiara di aver svolto negli ultimi 12 mesi attività di prevenzione per la salute, adottando nella maggior parte dei casi (oltre il 60%) stili di vita salutari, e che ciò risulta particolarmente diffuso tra i giovani, e determinato in gran parte in maniera autonoma (non su consiglio del medico nel 68% dei casi).

Le principali attività praticate nel campo degli stili di vita sono:

- non fumare mai (84,9%);
- lavarsi regolarmente le mani almeno due volte al giorno (86%) ed i denti dopo i pasti (70%);
- proteggere regolarmente la pelle quando ci si espone al sole (65%);
- tenere regolarmente sotto controllo il peso (61,2%).

Il 45,8% dichiara invece di non praticare mai attività fisica (jogging, palestra, piscina, ecc.) e il 31,8% di non camminare mai almeno 30 minuti al giorno.

Abitudini prevalentemente salutari sono ravvisabili poi anche con riguardo ai comportamenti dei figli.

Per quanto riguarda le attività mediche di prevenzione cui si è aderito, quelle più frequenti sono le vaccinazioni (70% dei rispondenti), ma riscuotono percentuali elevate anche la misura del colesterolo (sopra il 50%) e il controllo della pressione arteriosa (57,5%).

Il rapporto con la sanità pubblica risulta soddisfacente: quasi il 60% giudica adeguate le attività di prevenzione sul territorio, e solo per il 13,9% degli intervistati la sanità regionale ha visto un peggioramento nell'ultimo periodo.

In termini propositivi, i principali interventi che andrebbero incrementati secondo i pugliesi riguardano innanzitutto l'educazione agli stili di vita sani, da implementare in particolare a scuola, su cui concordano oltre la metà dei cittadini (54,4%), ed a seguire la riduzione dell'inquinamento nelle sue varie forme (28,5%) e le iniziative di comunicazione su vasta scala (tv, Internet, stampa, ecc.) (23,1%).

## 2. Lo stato di salute

In generale, la valutazione del proprio stato di salute da parte dei cittadini pugliesi può considerarsi positiva: il 55,7% degli intervistati reputa infatti ottimo/buono il proprio stato di salute, ed il 34,9% discreto. Non raggiunge il 10% (9,4%) la percentuale di coloro che lo ritengono insufficiente o pessimo (tab. 1).

Tab. 1 - Come valuta il Suo stato di salute? (valori %)

<i>Risposta</i>	<i>Totale</i>
Ottimo/buono	55,7
Discreto	34,9
Insufficiente/pessimo	9,4
Totale	100,0
v.a.	478

Rispetto alle variabili di incrocio, di cui si dà conto qui nella misura in cui risultano statisticamente significative, emerge chiaramente come

l'età sia il principale fattore discriminante rispetto alla percezione della propria salute. Con il crescere dell'età, peggiora infatti la qualità percepita rispetto alla propria salute, e nella fascia compresa fra 18 e 29 anni il 100% dei rispondenti si considera in ottima o buona salute, mentre tale valutazione scende al 15,8% per gli over-64. Questi ultimi ritengono nel 32,4% dei casi pessimo o comunque insufficiente il proprio stato di salute (tab. 2).

Tab. 2 - Come valuta il Suo stato di salute? Distribuzione per età (valori %)

<i>Risposta</i>	<i>Età</i>				<i>Totale</i>
	<i>18-29</i>	<i>30-44</i>	<i>45-64</i>	<i>Oltre 64</i>	
Ottimo/buono	100,0	92,4	40,3	15,8	55,6
Discreto		6,8	57,5	53,0	34,9
Insufficiente/pessimo		0,8	2,2	31,2	9,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	78	112	157	131	478

Una interessante correlazione emerge poi in relazione al livello di istruzione, laddove l'82,3% dei laureati di definisce in ottima/buona salute, mentre il 71,3% di coloro che hanno la sola licenza elementare si trova in un insufficiente/pessimo stato di salute (tab. 3).

Tab. 3 - Come valuta il Suo stato di salute? Distribuzione per titolo di studio (valori %)

<i>Risposta</i>	<i>Titolo</i>				<i>Totale</i>
	<i>Licenza elementare</i>	<i>Licenza media inferiore</i>	<i>Diploma scuola media superiore</i>	<i>Laurea</i>	
Ottimo/buono		15,0	61,0	82,3	55,9
Discreto	28,7	57,9	35,0	16,8	35,0
Insufficiente/pessimo	71,3	27,1	4,0	0,9	9,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	14	74	292	89	469

Con riferimento alla professione, le peggiori valutazioni appartengono a casalinghe e pensionati, categorie per le quali prevalgono la percezione dello stato di salute come “discreto” (rispettivamente per il 61,5% e 66,2%) o “insufficiente” (per il 15,4% e il 25,4%) (tab. 4).

Viceversa, nel caso degli occupati, disoccupati, in cerca di prima occupazione e studenti la valutazione dello stato di salute come “ottimo/buono” è superiore all’80% dei rispondenti per ciascuna categoria, con punte del 100% per studenti e in cerca di prima occupazione.

Tab. 4 - Come valuta il Suo stato di salute? – Distribuzione per condizione professionale (valori %)

Risposta	Professione								Totale
	Occupato stabilmente	Occupato a tempo determinato, interinale, partita Iva	Disoccupato, in Cig, liste di mobilità	In cerca di prima occupazione	Studente	Casalinga	Pensionato	Altro	
Ottimo/buono	83,1	91,1	82,5	100,0	100,0	23,1	8,7	75,7	55,9
Discreto	16,9	8,9	17,5			61,5	66,2	24,3	35,0
Insufficiente/pessimo						15,4	25,1		9,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	127	45	30	19	31	85	119	18	475

### 3. La coesione sociale

Un elemento di sintesi particolarmente interessante, che è stato possibile analizzare con l’indagine, è rappresentato dalla “coesione sociale”, rispetto alla quale si è elaborato un indice sintetico a partire dalle abitudini e dai comportamenti relativi alla vita sociale e familiare degli intervistati.

Emerge infatti, da questo punto di vista, un quadro particolarmente coeso nella Regione, con il 94,6% dei rispondenti che afferma di poter contare su varie persone in caso di necessità, l’86,5% che considera il proprio quartiere un luogo familiare, il 77% che afferma di avere molti amici e parenti con cui passare il tempo ed il 57,9 % che afferma di mangiare spesso in famiglia tutti insieme (tab. 5).

Viceversa, dal punto di vista delle attività di fruizione culturale, è evidente una certa minore propensione dei pugliesi a praticarle, giacché solo il

30% afferma di frequentare almeno una volta al mese spettacoli (cinema, teatro, concerti) o altri luoghi di aggregazione (circoli, partito, sindacato, parrocchia, ecc.).

*Tab. 5 - Per quanto riguarda la sua vita sociale e familiare, con quale delle seguenti affermazioni si ritiene d'accordo? (valori %)*

	<i>Totale</i>
<i>Ho molti amici e/o parenti con cui passare il tempo libero</i>	
D'accordo	77,0
Non d'accordo	23,0
Totale	100,0
v.a.	469
<i>So di poter contare su varie persone in caso di necessità</i>	
D'accordo	94,6
Non d'accordo	5,4
Totale	100,0
v.a.	469
<i>Il mio quartiere è un luogo per me familiare</i>	
D'accordo	86,5
Non d'accordo	13,5
Totale	100,0
v.a.	469
<i>Vengo spesso invitato a feste, battesimi, matrimoni, cerimonie</i>	
D'accordo	42,4
Non d'accordo	57,6
Totale	100,0
v.a.	468
<i>Mi capita spesso di consumare pasti con gli amici</i>	
D'accordo	40,2
Non d'accordo	59,8
Totale	100,0
v.a.	468
<i>In famiglia mangiamo spesso tutti insieme</i>	
D'accordo	57,9
Non d'accordo	42,1
Totale	100,0
v.a.	468

Tab. 5 - segue

	<i>Totale</i>
<i>Non riesco a fare una vacanza di almeno giorni da almeno un anno</i>	
D'accordo	49,3
Non d'accordo	50,7
Totale	100,0
v.a.	466
<i>Frequento spettacoli (cinema, teatro, concerti) almeno una volta al mese</i>	
D'accordo	31,2
Non d'accordo	68,8
Totale	100,0
v.a.	468
<i>Frequento altri luoghi di aggregazione (circoli, partito, sindacato, parrocchia, ecc.) almeno una volta al mese</i>	
D'accordo	30,4
Non d'accordo	69,6
Totale	100,0
v.a.	468

Il dato sulla coesione sociale, per quanto da maneggiare con cautela, appare inoltre di grande interesse qualora posto in relazione con alcune delle altre variabili osservate nell'indagine, di cui si darà conto di volta in volta nel prosieguo dell'analisi.

Ad esempio, l'incrocio fra valutazione dello stato di salute e coesione sociale porta a rilevare come ad una alta coesione sociale si associ anche una migliore percezione dello stato di salute, e come ad una minore coesione sociale si associno percezioni di livelli di salute inferiori (tab. 6).

Tab. 6 - Come valuta il Suo stato di salute? Distribuzione rispetto alla coesione sociale (valori %)

<i>Risposta</i>	<i>Coesione sociale</i>			<i>Totale</i>
	<i>Bassa</i>	<i>Media</i>	<i>Alta</i>	
Ottimo/buono	47,4	41,6	75,3	56,4
Discreto	37,2	48,5	20,4	35,0
Insufficiente/pessimo	15,4	9,9	4,3	8,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	86	190	190	466

#### 4. Lo stress da lavoro

Per quanto riguarda un secondo indicatore della situazione sociale, lo stress da lavoro, stando ai risultati dell'indagine la popolazione pugliese intervistata che ha risposto alla specifica domanda su questo aspetto (meno della metà del campione, in quanto non hanno risposto coloro che non lavorano) si suddivide quasi equamente fra chi ritiene di svolgere un lavoro molto o abbastanza stressante (49,4%, di cui abbastanza 40,2%) e poco o per niente stressante (52,6%, di cui per niente 19,5%) (tab. 7).

Tab. 7 - *Lei svolge un lavoro stressante? (valori %)*

<i>Risposta</i>	<i>Totale</i>
Si, molto	7,2
Si, abbastanza	40,2
Si, poco	33,1
No, per niente	19,5
Totale	100,0
v.a.	197

Sono poi in particolare gli uomini, per oltre il 50%, a ritenere di svolgere un lavoro stressante, a fronte di uno scarso 35% di donne. Il 29,3% di queste ultime, invece, afferma che il proprio lavoro è “per niente” un lavoro stressante.

Tab. 8 - *Lei svolge un lavoro stressante? Distribuzione per sesso (valori %)*

<i>Risposta</i>	<i>Risposta</i>		<i>Totale</i>
	<i>Maschio</i>	<i>Femmina</i>	
Si, molto	9,5	3,3	7,2
Si, abbastanza	45,2	31,9	40,2
Si, poco	31,6	35,5	33,1
No, per niente	13,7	29,3	19,5
Totale	100,0	100,0	100,0
v.a.	123	74	197

Dai dati risulta inoltre esistere una forte correlazione fra lavoro stressante e bassa coesione sociale, laddove l'81,3% degli intervistati, in presenza di bassa coesione sociale, indicano un livello di stress lavorativo pari a “molto o abbastanza”, e viceversa in presenza di alta coesione sociale quasi il 70% si dichiara poco o per niente stressato dal lavoro (tab. 9).

Tab. 9 - *Lei svolge un lavoro stressante? Distribuzione rispetto alla coesione sociale (valori %)*

<i>Risposta</i>	<i>Coesione sociale</i>			
	<i>Bassa</i>	<i>Media</i>	<i>Alta</i>	<i>Totale</i>
Si, molto/Si, abbastanza	81,3	55,3	30,3	47,5
Si, poco/No, per niente	18,7	44,7	69,7	52,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	37	59	99	195

Dall'analisi per territorio, le Province “più stressanti” risultano Bari, Brindisi, Foggia, con percezione dello stress da lavoro superiore al 50%, mentre sul versante opposto si trova Bat, dove il 71% degli intervistati è poco o per niente stressato dal lavoro, seguita da Taranto (60,9%) e Lecce (59,8%) (tab. 10).

Tab. 10 - *Lei svolge un lavoro stressante? Distribuzione per Provincia (valori %)*

<i>Risposta</i>	<i>Provincia</i>						<i>Totale</i>
	<i>Bari</i>	<i>Barletta/ Andria/Trani</i>	<i>Brindisi</i>	<i>Foggia</i>	<i>Lecce</i>	<i>Taranto</i>	
Si, molto/Si, abbastanza	57,1	29,0	51,8	51,5	40,2	39,1	47,4
Si, poco/No, per niente	42,9	71	48,2	48,5	59,8	60,9	52,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	52	13	21	43	39	29	197

## 5. Le minacce per la salute

In cima ai principali fattori che minacciano la salute secondo i pugliesi si trova il fumo, che con il 54% delle preferenze supera nettamente l'inquinamento ambientale (35,2%). Questo ultimo appariva, invece, come primo

fattore di preoccupazione nella precedente indagine del 2013<sup>1</sup>, in linea con la media nazionale dello stesso anno (42,5% e 46% rispettivamente). Seguono nella presente indagine l'alimentazione eccessiva o non sana (34,2%), la vita sedentaria (22,8%) e lo stress (17,4%) (tab. 11).

Tab. 11 - Minacce per la salute – Anni 2013 e 2019, Italia e Puglia (valori %)

	Puglia 2019	Puglia 2013	Italia 2013
Fumo	54,6%	34,6%	33,2%
Inquinamento (aria, acqua, suolo, rifiuti, onde, ecc.)	35,2%	42,5%	46%
Alimentazione eccessiva o non sana	34,2%	27,4%	27,0%
Vita sedentaria	22,8%	14,6%	14,4%
Stress	17,4%	16%	15,2%

Fonte: Indagine Censis 2013 e Fsk-Codres 2019

È interessante notare a questo proposito come la percezione di tali fattori vari a seconda del livello di coesione sociale: in caso di bassa coesione sociale prevale infatti la preoccupazione per fattori tecnico-scientifici e oggettivi, quali l'inquinamento (per il 48,3%) e i problemi della città o le caratteristiche della casa (25,7%), mentre in contesti di più elevata coesione sociale predomina la preoccupazione per fattori maggiormente incidenti sulla socialità, come il fumo (da 55,3% a 65,3%) e l'alimentazione eccessiva o non sana (fra il 35,4% e il 37,6%) (tab. 12).

L'indicazione delle possibili minacce per la salute risente anche dell'ampiezza demografica del proprio luogo di residenza, in quanto le preoccupazioni principali (oltre che il fumo, l'alimentazione eccessiva o non sana) riguardano il 41,3% delle risposte nei comuni fino a 30.000 abitanti, e l'inquinamento il 43% nei comuni al di sopra dei 30.000 abitanti (tab. 13).

1. Indagine Censis-Farmafactoring 2013. Indagine realizzata dalla Fondazione Censis, per conto della Fondazione Farmafactoring. I risultati dell'indagine sono stati pubblicati nel Rapporto Farmafactoring 2013 – *La sanità in controllo* (parte seconda), disponibile sul sito [www.fondazionefarmafactoring.it](http://www.fondazionefarmafactoring.it).

Tab. 12 - Quali sono, secondo Lei, i principali fattori che minacciano la salute? Distribuzione per livello di coesione sociale (valori %)

<i>Risposta</i>	<i>Coesione sociale</i>			
	<i>Bassa</i>	<i>Media</i>	<i>Alta</i>	<i>Totale</i>
Inquinamento (aria, acqua, suolo, rifiuti, onde, ecc.)	48,3	39,9	23,3	34,7
I problemi della città (traffico, inquinamento, rifiuti urbani ecc.) e le caratteristiche della casa (piccola, mal riscaldata, ecc.)	25,7	8,3	6,6	10,8
Fumo	30,5	55,3	65,3	54,8
Alimentazione eccessiva o non sana	27,7	35,4	37,6	34,9
Vita sedentaria	6,7	18,0	36,1	23,3
Eccessivo consumo di alcool	8,3	9,1	4,6	7,1
Stress	20,5	13,9	20,5	17,8
Pendolarismo	0,8	1,3		0,7
Altro		0,4		0,2
v.a.	86	189	190	464
Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte				

Tab. 13 - Quali sono, secondo Lei, i principali fattori che minacciano la salute? Distribuzione per ampiezza demografica della residenza (valori %)

<i>Risposta</i>	<i>Ampiezza</i>		
	<i>Fino a 30 mila ab.</i>	<i>Oltre 30 mila ab.</i>	<i>Totale</i>
Inquinamento (aria, acqua, suolo, rifiuti, onde, ecc.)	27,8	43,0	35,2
I problemi della città (traffico, inquinamento, rifiuti urbani ecc.) e le caratteristiche della casa (piccola, mal riscaldata, ecc.)	8,6	13,1	10,8
Fumo	59,3	49,5	54,6
Alimentazione eccessiva o non sana	41,3	26,7	34,2
Vita sedentaria	21,9	23,7	22,8
Eccessivo consumo di alcool	9,0	6,0	7,5
Stress	15,0	20,0	17,4
Pendolarismo	0,6	0,7	0,7
Altro		0,4	0,2
v.a.	246	229	475
Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte			

Con riguardo alla distribuzione dei risultati per Provincia, si nota come – diversamente dalla tendenza media –, il fumo sia scarsamente percepito come minaccia principale nella Provincia di Foggia (32%), dove invece riceve una attenzione superiore alla media l'inquinamento (45%). Quest'ultimo è fortemente sentito anche a Taranto (43%), mentre particolare preoccupazione destano il fumo (64%) e l'alimentazione (42%) nella Provincia di Lecce (tab. 14).

Tab. 14 - Quali sono, secondo Lei, i principali fattori che minacciano la salute? Distribuzione per Provincia (valori %)

Risposta	Provincia						Totale
	Bari	Barletta/ Andria/ Trani	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	
Inquinamento (aria, acqua, suolo, rifiuti, onde, ecc.)	36,0	35,7	34,6	45,0	21,0	43,0	35,2
I problemi della città (traffico, inquinamento, rifiuti urbani ecc.) e le caratteristiche della casa (piccola, mal riscaldata, ecc.)	11,7	10,3	2,2	20,8	9,2	7,5	10,8
Fumo	51,0	61,9	61,9	32,0	64,0	61,6	54,6
Alimentazione eccessiva o non sana	25,3	31,3	44,7	30,7	42,9	36,4	34,2
Vita sedentaria	21,1	31,7	25,6	18,4	22,8	22,5	22,8
Eccessivo consumo di alcool	10,7	6,5	2,6	9,6	7,1	4,7	7,5
Stress	20,1	12,8	19,2	21,4	15,7	12,3	17,4
Pendolarismo	0,8		1,2		1,6		0,7
Altro				1,1			0,2
v.a.	132	45	55	75	98	71	475
Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte							

## 6. La consapevolezza sui temi della salute e della prevenzione

Con riguardo ai fattori che influiscono sulla buona salute, i pugliesi mostrano di riconoscere il ruolo prioritario degli interventi di prevenzione (per il 60%) e quello del “buon comportamento individuale” (56,8%), ovvero degli stili di vita, con una consapevolezza di gran lunga superiore rispetto a quanto rilevato nell’indagine del 2013, quando i primi posti erano sì occupati da “stile di vita” e “condizioni dell’ambiente di vita”, ma con percentuali più ridotte (rispettivamente 43,5% e 37%) (tab. 15).

Tab. 15 - I fattori che favoriscono la buona salute (valori %)

<i>Risposta</i>	<i>Totale</i>
La fortuna	26,9
I fattori ereditari	15,7
Le cure mediche	22,5
Gli interventi di prevenzione	60,0
Il buon comportamento individuale	56,8
Altro	
v.a.	471
Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte	

Si può anche in questo caso segnalare come la bassa coesione corrisponda a una maggior adesione a “elementi oggettivi”, se così si può dire, con particolare riguardo per le cure mediche, che vengono indicate come fattore di buona salute nel 40% dei casi, sostanzialmente alla pari con il buon comportamento individuale, rispetto al solo 9% raggiunto dallo stesso fattore in un contesto di alta coesione (tab. 16).

Risulta infine, rispetto alla sostanziale parità di valutazione espressa nei confronti dei vari fattori di minaccia per la salute, una maggior preoccupazione delle donne per la vita sedentaria (27,7%) rispetto agli uomini (17,5%), che risultano invece più sensibili allo stress (20,2%) rispetto alla componente femminile (14,8%) (tab. 17).

Tab. 16 - I fattori che favoriscono la buona salute – Distribuzione rispetto al livello di coesione sociale (valori %)

<i>Risposta</i>	<i>Coesione sociale</i>			
	<i>Bassa</i>	<i>Media</i>	<i>Alta</i>	<i>Totale</i>
La fortuna	10,0	29,1	31,2	26,6
I fattori ereditari	10,4	17,3	16,8	15,9
Le cure mediche	40,5	26,3	9,3	21,8
Gli interventi di prevenzione	64,9	54,7	65,4	60,9
Il buon comportamento individuale	40,8	54,2	68,9	57,9
Altro				
v.a.	80	190	190	461
Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte				

Tab. 17 - I principali fattori che minacciano la salute – Distribuzione per sesso (valori %)

<i>Risposta</i>	<i>Risposta</i>		
	<i>Maschio</i>	<i>Femmina</i>	<i>Totale</i>
Inquinamento (aria, acqua, suolo, rifiuti, onde, ecc.)	38,2	32,3	35,2
I problemi della città (traffico, inquinamento, rifiuti urbani ecc.) e le caratteristiche della casa (piccola, mal riscaldata, ecc.)	12,7	9,0	10,8
Fumo	54,9	54,3	54,6
Alimentazione eccessiva o non sana	32,2	36,1	34,2
Vita sedentaria	17,5	27,7	22,8
Eccessivo consumo di alcool	8,4	6,7	7,5
Stress	20,2	14,8	17,4
Pendolarismo	1,1	0,3	0,7
Altro		0,3	0,2
v.a.	229	246	475
Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte			

La prevenzione si caratterizza dunque per il 64,7% degli intervistati come “un fatto individuale, perché dipende dalla volontà delle persone di praticarla”, dato che mostra una decisiva crescita se confrontato con l’indagine del 2013, quando raggiungeva solo il 43,6% (tab. 18).

Tab. 18 - Cosa è prevenzione: un fatto... (valori %)

<i>Risposta</i>	<i>Totale</i>
Individuale, perché dipende dalla volontà delle persone di praticarla	64,7
Collettivo, perché dipende dal modo in cui si promuovono e/o impongono certe pratiche di prevenzione	15,0
Sanitario, perché dipende dal modo in cui il Servizio sanitario promuove le pratiche di prevenzione in modo diffuso	20,3
Totale	100,0
v.a.	459

Tale percezione prevalente varia leggermente se rapportata alle indicazioni date dagli uomini e dalle donne, in quanto viene confermata come tale dal 72,4% degli uomini, ma scende al 57,3% per le donne, in ragione della elevata considerazione che queste accordano nel 25% dei casi alla prevenzione come fatto sanitario (tab. 19).

Tab. 19 - Cosa è prevenzione: un fatto... – Distribuzione per sesso (valori %)

<i>Risposta</i>	<i>Risposta</i>		
	<i>Maschio</i>	<i>Femmina</i>	<i>Totale</i>
Individuale, perché dipende dalla volontà delle persone di praticarla	72,4	57,3	64,7
Collettivo, perché dipende dal modo in cui si promuovono e/o impongono certe pratiche di prevenzione	12,2	17,7	15,0
Sanitario, perché dipende dal modo in cui il Servizio sanitario promuove le pratiche di prevenzione in modo diffuso	15,4	25,0	20,3
Totale	100,0	100,0	100,0
v.a.	224	235	459

Una tendenza, quella alla mitigazione della prevenzione come fatto individuale con quella della prevenzione come fatto sanitario e collettivo, che si riscontra anche nei comuni più grandi: se nei comuni al di sotto di 30.000 abitanti la preferenza è per il 70,4% per gli aspetti individuali, al di sopra dei 30.000 abitanti questi scendono al 58,4%, mentre salgono i fattori collettivi al 19,6% e quelli sanitari al 22% (tab. 20).

Tab. 20 - Cosa è prevenzione: un fatto... – Distribuzione per ampiezza territoriale (valori %)

Risposta	Ampiezza		Totale
	Fino a 30 mila ab.	Oltre 30 mila ab.	
Individuale, perché dipende dalla volontà delle persone di praticarla	70,4	58,4	64,7
Collettivo, perché dipende dal modo in cui si promuovono e/o impongono certe pratiche di prevenzione	10,8	19,6	15,0
Sanitario, perché dipende dal modo in cui il Servizio sanitario promuove le pratiche di prevenzione in modo diffuso	18,8	22,0	20,3
Totale	100,0	100,0	100,0
v.a.	239	219	459

Viceversa, solo l'8,3% dei giovani al di sotto dei 29 anni ritiene che la prevenzione sia un fatto sanitario, rispetto a una media intorno al 20% per le altre fasce d'età (tab. 21).

Tab. 21 - La prevenzione è: un fatto... – Distribuzione per età (valori %)

Risposta	Età				Totale
	18-29	30-44	45-64	Oltre 64	
Individuale, perché dipende dalla volontà delle persone di praticarla	74,6	64,5	62,3	61,5	64,7
Collettivo, perché dipende dal modo in cui si promuovono e/o impongono certe pratiche di prevenzione	17,1	11,9	16,6	14,7	15,0
Sanitario, perché dipende dal modo in cui il Servizio sanitario promuove le pratiche di prevenzione in modo diffuso	8,3	23,6	21,1	23,8	20,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	75	112	153	118	459

## 7. L'informazione

L'82,6% degli intervistati dichiara di *non essere a conoscenza* di chi sia il *responsabile delle attività di prevenzione sul territorio*, con livelli di maggior informazione con il crescere dell'età: dichiara di saperlo il 34% degli over-64, in confronto al solo 3,9% dei giovani sotto i 29 anni (tab. 22).

Tab. 22 - *Lei sa chi è responsabile delle attività di prevenzione nel suo territorio? – Distribuzione per età (valori %)*

Risposta	Età				Totale
	18-29	30-44	45-64	Oltre 64	
Si	3,9	9,6	16,0	34,0	17,4
No	96,1	90,4	84,0	66,0	82,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	78	112	157	131	478

Il dato appena citato viene però mitigato dal fatto che più della metà degli intervistati dichiara di ritenersi molto o abbastanza informato sulle attività di prevenzione del territorio (57,5%), con una percentuale maggiore nel caso delle donne (64,1%) rispetto agli uomini (50,3%) (tab. 23).

Tab. 23 - *Quanto si ritiene informato sulle attività di prevenzione nel suo territorio? – Distribuzione per sesso (valori %)*

Risposta	Risposta		Totale
	Maschio	Femmina	
Molto	10,2	8,4	9,2
Abbastanza	40,1	55,7	48,3
Poco	37,5	27,3	32,2
Per nulla	12,2	8,6	10,3
Totale	100,0	100,0	100,0
v.a.	228	247	474

Anche in questo ambito l'età pare giocare un ruolo chiave, in quanto dall'indagine emerge che si considera "molto" informato il 23,3% degli

over 64 e “per nulla” il 25,2% dei giovani fra 18 e 29 anni. Questa quota raggiunge quasi il 70% se si considerano anche i poco informati (tab. 24).

Tab. 24 - Quanto si ritiene informato sulle attività di prevenzione nel suo territorio? – Distribuzione per età (valori %)

Risposta	Età				Totale
	18-29	30-44	45-64	Oltre 64	
Molto		4,4	5,9	23,3	9,2
Abbastanza	30,2	49,5	62,9	40,2	48,3
Poco	44,6	40,5	26,8	24,0	32,2
Per nulla	25,2	5,6	4,4	12,5	10,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	78	111	157	128	474

Per quanto riguarda le differenze tra territori, nella sola Provincia di Foggia la percentuale di coloro che si ritengono poco o per nulla informati supera (con più del 50%) quella di coloro che si ritengono informati (tab. 25).

Tab. 25 - Quanto si ritiene informato sulle attività di prevenzione nel suo territorio- Distribuzione per Provincia (valori %)

Risposta	Provincia						Totale
	Bari	Barletta/ Andria/ Trani	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	
Molto	10,6	11,2	12,4	7,3	5,9	9,7	9,2
Abbastanza	41,7	56,8	46,7	39,4	55,0	55,8	48,3
Poco	36,0	23,5	32,6	40,2	31,6	23,0	32,2
Per nulla	11,7	8,5	8,3	13,1	7,5	11,5	10,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	134	45	55	71	98	71	474

## 8. Le fonti dell'informazione

Quanto alle fonti da cui si ricavano le proprie informazioni sul tema della prevenzione, il principale riferimento rimane il medico di medicina generale (Mmg), indicato da circa il 50% dei rispondenti della indagine 2019, in linea con quanto rilevato nell'indagine del 2013<sup>2</sup>, seguito dai programmi radiofonici e televisivi (36,5%).

Cresce anche il ruolo di parenti, amici e conoscenti come veicolo di informazione (dal 10% del 2013 al 27,7% del 2019) e quello del medico specialista (+3%), a leggero discapito di pubblicazioni, web e social (-4%) (tab. 26).

Tab. 26 - Sulla prevenzione per la buona salute, attualmente, da dove trae principalmente informazione – Anni 2013 e 2019 (valori %)

Indagine Puglia 2019	Totale	Indagine Puglia 2013	Totale
1. Medico di medicina generale	48,5%	1. Medico di medicina generale	47,3%
2. Programmi televisivi e radiofonici	36,5%	2. Programmi televisivi e radiofonici	28%
3. Parenti/amici/conoscenti	27,7%	3. Siti web, forum, community	20,3%
4. Medico specialista	20,5%	4. Medico specialista	17%
5. Pubblicazioni/stampa e siti web, forum, community web	16,4% 16,3%	5. Parenti/amici/conoscenti	10,5%

Fonte: Indagine Censis 2013 e indagine Fsk-Codres 2019

Si rileva inoltre come per le fasce più elevate di età si accentui il riferimento al Mmg e allo specialista, ed anche quello all'utilizzo dei messaggi di programmi televisivi e radiofonici, mentre per le fasce più giovani prevalgono le informazioni provenienti da parenti e amici e dal web (circa il 50%) (tab. 27).

Quanto alle differenze di genere, risultano essere soprattutto le donne (28,4%) a rivolgersi al medico specialista, rispetto agli uomini (11,8%).

2. Indagine Censis-Farmafactoring 2013.

Tab. 27 - Sulla prevenzione per la buona salute, attualmente, da dove trae principalmente informazione? – Distribuzione per età (valori %)

<i>Risposta</i>	<i>Età</i>				<i>Totale</i>
	<i>18-29</i>	<i>30-44</i>	<i>45-64</i>	<i>Oltre 64</i>	
Medico di medicina generale	37,8	30,1	52,9	65,5	48,5
Medico specialista (ginecologo, pediatra, cardiologo, ematologo, ecc.)	6,2	18,6	16,6	35,4	20,5
Farmacista		9,0	4,2	5,2	4,9
Programmi televisivi e radiofonici	3,8	27,9	49,4	47,5	36,4
Pubblicazioni, stampa	22,0	23,2	20,4	2,1	16,4
Campagne della sanità pubblica	8,8	9,8	5,5	0,9	5,8
Parenti/amici/conoscenti	44,8	37,4	25,7	11,4	27,7
Siti web, forum, community web	48,8	23,6	7,0	1,8	16,3
Altro		1,9	2,4	3,2	2,1
v.a.	78	111	157	129	475

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Tab. 28 - Sulla prevenzione per la buona salute, attualmente, da dove trae principalmente informazione? – Distribuzione rispetto al livello di coesione sociale (valori %)

<i>Risposta</i>	<i>Coesione sociale</i>			<i>Totale</i>
	<i>Bassa</i>	<i>Media</i>	<i>Alta</i>	
Medico di medicina generale	52,2	63,9	31,9	48,7
Medico specialista (ginecologo, pediatra, cardiologo, ematologo, ecc.)	42,0	19,8	8,9	19,5
Farmacista	7,2	3,6	4,0	4,4
Programmi televisivi e radiofonici	16,2	56,0	27,4	37,0
Pubblicazioni, stampa	10,3	8,2	28,1	16,7
Campagne della sanità pubblica	2,2	5,9	7,7	5,9
Parenti/amici/conoscenti	15,8	19,6	41,3	27,7
Siti web, forum, community web	4,9	3,0	35,8	16,6
Altro	11,7			2,1
v.a.	86	190	189	465

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Confrontando i dati con l'indice di coesione sociale, emerge ancora una volta come nel caso della bassa coesione prevalga il riferimento a informazioni "autorevoli" o istituzionali (come il medico), mentre nei contesti ad alta coesione vi sia una forte tendenza a rivolgersi ad amici e conoscenti o al web come principali fonti di informazione (tab. 28).

## 9. I comportamenti dei pugliesi

Dal punto di vista dei comportamenti preventivi, i risultati dell'indagine sulla popolazione pugliese appaiono incoraggianti, in quanto il 72% di loro afferma di aver svolto negli ultimi 12 mesi una qualche attività di prevenzione per la salute.

Per il 60,9% tali attività di prevenzione hanno riguardato l'adozione di stili di vita salutari (non fumare, alimentazione sana, movimento ecc.), con soglie superiori al 50% in tutte le Province, tranne Foggia, e punte intorno al 75% per Brindisi e Bat (tab. 29).

Tab. 29 - Attività di prevenzione per la salute – Distribuzione per Provincia (valori %)

Risposta	Provincia						Totale
	Bari	Barletta/ Andria/ Trani	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	
Si, adottare stili di vita salutari (non fumare, alimentazione sana, movimento ecc.)	51,9	78,8	75,6	41,5	65,1	69,2	60,9
Si, eseguire esami medici per prevenzione generale (visite, analisi, radiografie, ecc.)	28,6	46,8	44,9	37,0	40,0	51,3	39,2
Si, eseguire esami preventivi e di screening per specifiche patologie (rischio cardiovascolare, controlli oncologici ecc.)	27,1	33,8	28,2	23,1	26,6	26,4	27,0
Altro	1,5	1,3	3,3		2,8	3,9	2,1
No	30,7	12,8	16,4	37,6	26,8	22,3	26,3
v.a.	134	45	55	71	97	70	472
Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte							

Rispetto all'ampiezza demografica si registra una leggera prevalenza delle attività di prevenzione nei territori con meno di 30.000 abitanti (67% contro 54,5%).

Per i giovani gli stili di vita salutari risultano pressoché l'unica attività di prevenzione attuata, mentre per le fasce d'età più anziana sono maggiormente presenti gli esami medici per una prevenzione sia generale che specifica (tab. 30).

Vi è poi una maggiore attenzione delle donne per gli esami preventivi e di screening per specifiche patologie rispetto agli uomini (34,5% contro 19,0%).

Tab. 30 - Attività di prevenzione per la salute – Distribuzione per età (valori %)

Risposta	Età				Totale
	18-29	30-44	45-64	Oltre 64	
Si, adottare stili di vita salutari (non fumare, alimentazione sana, movimento ecc.)	69,7	64,1	58,6	55,6	60,9
Si, eseguire esami medici per prevenzione generale (visite, analisi, radiografie, ecc.)	15,3	23,4	44,7	61,1	39,2
Si, eseguire esami preventivi e di screening per specifiche patologie (rischio cardiovascolare, controlli oncologici ecc.)	1,9	6,1	32,8	53,7	27,0
Altro			0,6	6,9	2,1
No	27,4	25,7	26,0	26,7	26,3
v.a.	78	111	155	128	472

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Per il 68% degli intervistati si è trattato di una decisione autonoma, non consigliata dal medico: percentuale che tende al 100% nei giovani e che si inverte invece per gli over-64, per i quali nel 77,6% dei casi la decisione è avvenuta su consiglio del medico.

Particolarmente incisivo appare in questi casi l'effetto del livello di coesione sociale, misurato attraverso l'indice sintetico (vedi cap. 1.3 per la metodologia), giacché dall'incrocio dei dati risulta che a contesti di bassa coesione corrisponde l'adozione di stili di vita salutari solo per il 22% dei rispondenti, percentuale che sale all'82,3% in caso di alta coesione. In quest'ultimo caso inoltre la percentuale di coloro che assumono la decisione autonomamente sale all'87%, rispetto ai contesti di bassa coesione

sociale, dove la decisione è autonoma per il 57% dei cittadini interpellati (tab. 31).

Tab. 31 - La decisione rispetto alla prevenzione – Distribuzione per livello di coesione sociale (valori %)

<i>Risposta</i>	<i>Coesione sociale</i>			
	<i>Bassa</i>	<i>Media</i>	<i>Alta</i>	<i>Totale</i>
Autonoma	57,1	48,6	87,0	68,9
Consigliata dal medico	42,9	51,4	13,0	31,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	37	131	172	341

Passando alla analisi delle principali attività adottate rispetto agli stili di vita, dall'indagine emergono i seguenti comportamenti e la loro incidenza percentuale:

- non fumare mai (84,9%);
- lavarsi regolarmente le mani almeno due volte al giorno (86%) e i denti dopo i pasti (70%);
- proteggere regolarmente la pelle quando ci si espone al sole (65%);
- tenere regolarmente sotto controllo il peso (61,2%).

Viceversa, il 45,8% dichiara di non praticare mai attività fisica (jogging, palestra, piscina, ecc.) e il 31,8% di non camminare mai almeno 30 minuti al giorno.

Per quanto riguarda la pratica regolare dell'attività fisica, va sottolineato come questa venga svolta da circa il 95,5% dei giovani fino a 29 anni, percentuale che scende drasticamente con l'avanzare dell'età, per raggiungere l'82% degli over 64 che non praticano mai attività fisica, ne' camminano mai per 30 minuti al giorno (42%).

Sono inoltre prevalentemente gli uomini (49,6%) a svolgere regolarmente attività fisica, a fronte del 59,3% delle donne, che ha risposto di non praticare mai alcuna attività.

Fra coloro che camminano almeno 30 minuti al giorno, si segnala una evidente maggioranza in comuni con meno di 30.000 abitanti, dove l'attività è svolta regolarmente da circa il 40% degli intervistati, rispetto ai comuni con più di 30.000 abitanti, dove il dato si riduce al 16,7%.

Rispetto ai figli, nonostante la scarsa numerosità del campione interessato con riguardo ai comportamenti dei figli in età scolare, emergono

elementi che sembrano rimandare ad abitudini piuttosto “sane”. I genitori interpellati riferiscono infatti che i figli consumano solo di tanto in tanto bevande gassate (87,3%) o merendine (51,7%), che quasi il 70% non mangia mai nei fast food (68,4%), né beve mai alcolici (87,3%) o fuma (97,3%), né tantomeno assume integratori (67,2%), mentre consuma regolarmente frutta e verdura (76,3%) e pratica regolarmente attività sportiva (69,7%).

Dal punto di vista delle attività mediche, fra coloro che negli ultimi 12 mesi hanno svolto attività di prevenzione, i comportamenti dei pugliesi hanno riguardato in primo luogo le vaccinazioni (70,9%) e in seconda battuta la misura dei livelli di colesterolo e/o controllo della pressione arteriosa (57,5%) (tab. 32).

*Tab. 32 - Attività mediche per la prevenzione (valori %)*

<i>Risposta</i>	<i>Totale</i>
Valutazione dell'obesità	3,3
Misura del colesterolo	57,5
Screening	43,4
Controllo della glicemia	48,0
Controllo della pressione arteriosa	57,5
Vaccinazioni	70,9
Altro	18,5
v.a.	287

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Bisogna tuttavia rilevare che in tema di vaccinazioni, il cui valore è prossimo alla media nella maggior parte delle Province, nella Provincia di Foggia la percentuale rilevata si colloca appena al di sopra del 50% (52,4%).

Le altre attività mediche di controllo (glicemia e colesterolo) appartengono primariamente alla popolazione maschile (intorno al 67-68% delle indicazioni rilevate), rispetto al 49-48% delle donne, nonché sono riferibili alle fasce di età più avanzate (per gli over 64 intorno al 95%) (tab. 33).

Tab. 33 - Attività mediche per la prevenzione – Distribuzione per età (valori %)

Risposta	Età				Totale
	18-29	30-44	45-64	Oltre 64	
Valutazione dell'obesità			3,1	6,4	3,3
Misura del colesterolo	3,8	12,9	63,0	93,7	57,5
Screening	3,8	16,3	52,5	60,2	43,4
Controllo della glicemia	26,2	16,9	46,4	76,2	48,0
Controllo della pressione arteriosa	7,2	10,9	61,5	95,9	57,5
Vaccinazioni	64,0	75,2	67,7	73,3	70,9
Altro	34,8	22,8	11,6	20,1	18,5
v.a.	21	64	109	93	287

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Di più complessa valutazione è il dato relativo alle differenze riscontrate rispetto al livello della coesione sociale. Dall'analisi emerge come in caso di alta coesione sociale si riducano tutte le attività mediche di prevenzione, che invece arrivano anche oltre l'80% in caso di bassa coesione sociale (ad eccezione delle vaccinazioni, che rimangono un valore stabile intorno al 70% in tutti i casi) (tab. 34).

Tab. 34 - Attività mediche per la prevenzione – Distribuzione rispetto al livello di coesione sociale (valori %)

Risposta	Coesione sociale			Totale
	Bassa	Media	Alta	
Valutazione dell'obesità	6,4	3,8	1,8	3,3
Misura del colesterolo	83,3	71,6	35,4	57,8
Screening	51,9	58,5	23,8	42,9
Controllo della glicemia	80,1	54,1	30,5	47,5
Controllo della pressione arteriosa	85,7	73,8	32,2	57,7
Vaccinazioni	72,3	68,9	72,8	71,0
Altro	7,5	14,8	25,8	18,5
v.a.	37	126	120	283

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

## 10. Il rapporto con la sanità pubblica

Secondo il 58,6% degli intervistati le attività di prevenzione sul territorio pugliese sono da giudicarsi adeguate: un dato che inverte la tendenza rispetto all'indagine del 2013<sup>3</sup>, quando al contrario più della metà degli intervistati le giudicava inadeguate (65,5%).

Un'ampia percentuale di giovani sotto i 29 anni, pari al 34%, non sa dare un giudizio in merito.

Rispetto alla coesione sociale, il giudizio di adeguatezza è condiviso dal 70% degli intervistati in contesto di alta coesione sociale, e scende invece fino al 37,3% in caso di bassa coesione.

Da rilevare in particolare come nella sola Provincia di Foggia coloro che giudicano le attività inadeguate (41%) superino coloro che le giudicano adeguate (30,8%), mentre nelle altre Province la percezione di adeguatezza non scende mai al di sotto del 60%.

Inoltre, la sanità nel territorio nell'ultimo anno è rimasta invariata in termini di qualità secondo il 77,5% dei pugliesi, mentre è peggiorata secondo il 13,9%. Anche in questo caso si rileva un miglioramento rispetto alla percentuale di insoddisfatti emersa dall'indagine 2013, quando giudicava ci fosse stato un peggioramento il 49,6% degli intervistati.

Rispetto alle Province, si rilevano punte di maggior negatività sempre nella Provincia di Foggia, dove il peggioramento era rilevato dal 24,3% dei rispondenti (tab. 35).

Tab. 35 - Miglioramenti e peggioramenti nell'ultimo anno – Distribuzione per Provincia (valori %)

Risposta	Provincia						Totale
	Bari	Barletta/ Andria/ Trani	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	
La sanità è migliorata	9,4	1,5	9,3	11,5	6,1	11,5	8,6
Peggiorata	12,6	6,1	13,3	24,3	13,8	12,0	13,9
Rimasta uguale	78,0	92,4	77,4	64,2	80,1	76,5	77,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	117	41	51	61	90	67	426

3. Indagine Censis-Farmafactoring 2013.

Interessante notare come questa percezione di peggioramento riguardi l'89% dei rispondenti che vivono in contesti di alta coesione sociale, mentre in caso di bassa coesione sociale il 17,8% ha una percezione di miglioramento e il 21,1% di peggioramento (tab. 36).

Tab. 36 - Giudizio sulle attività di prevenzione nel proprio territorio – Distribuzione per livello di coesione (valori %)

<i>Risposta</i>	<i>Coesione sociale</i>			
	<i>Bassa</i>	<i>Media</i>	<i>Alta</i>	<i>Totale</i>
Adeguate	37,3	59,4	70,2	59,7
Inadeguate	35,8	32,3	15,2	26,0
Non so	26,9	8,3	14,6	14,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
v.a.	86	190	190	466

Oltre il 50% dei rispondenti ritiene infine che debbano essere incrementati i seguenti ambiti (tab. 37):

- l'insegnamento di comportamenti sani, in particolare a scuola (54,4%), con particolare attenzione da parte delle donne (65,9% rispetto al 42,6% degli uomini, che si distribuiscono maggiormente su altre iniziative come la comunicazione);
- la riduzione dell'inquinamento nelle sue varie forme (28,5%);
- le iniziative di comunicazione su vasta scala (tv, Internet, stampa, ecc.) (23,1%).

Il confronto con l'indagine 2013 mostra invece come allora gli ambiti di intervento suggeriti si concentrassero sugli screening (44,2%), sulla promozione di campagne di educazione sanitaria nelle scuole, dalle elementari alle superiori (36,4%) e sulla comunicazione su vasta scala come prevenire alcune patologie specifiche (cardiovascolari, tumore, ecc.) (23,6%).

Tuttavia, dai giovani sotto i 29 anni emerge chiaramente l'indicazione per il miglioramento dei trasporti (42,3%).

Per quanto riguarda le Province, il miglioramento di trasporti è un'esigenza condivisa anche nella Provincia di Barletta (Bat, 37,2%) e Taranto (26,3%); mentre a Bari l'accento cade sull'inquinamento (43,7%) (tab. 38).

Tab. 37 - Interventi da incrementare – Distribuzione per sesso (valori %)

<i>Risposta</i>	<i>Risposta</i>		
	<i>Maschio</i>	<i>Femmina</i>	<i>Totale</i>
Gli screening	11,6	13,5	12,5
Le iniziative di comunicazione su vasta scala (tv, Internet, stampa, ecc.)	27,1	19,2	23,1
L'insegnamento di comportamenti sani, in particolare a scuola	42,6	65,9	54,4
Il miglioramento dei trasporti	17,9	13,1	15,5
Il tempo pieno a scuola	1,0	4,4	2,7
La riduzione dei tempi di lavoro e dei turni disagiati	23,4	8,5	15,8
La riduzione dell'inquinamento nelle sue varie forme	32,9	24,3	28,5
Altro			
v.a.	199	206	404
Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte			

Tab. 38 - Interventi da incrementare – Distribuzione per Provincia (valori %)

<i>Risposta</i>	<i>Provincia</i>						<i>Totale</i>
	<i>Bari</i>	<i>Barletta/ Andria/ Trani</i>	<i>Brindisi</i>	<i>Foggia</i>	<i>Lecce</i>	<i>Taranto</i>	
Gli screening	14,9	11,4	6,0	14,8	15,5	8,5	12,5
Le iniziative di comunicazione su vasta scala (tv, Internet, stampa, ecc.)	20,3	21,6	26,1	20,8	29,8	19,0	23,1
L'insegnamento di comportamenti sani, in particolare a scuola	53,0	52,5	64,9	42,7	61,0	50,8	54,4
Il miglioramento dei trasporti	5,8	37,0	20,9	5,9	12,3	26,3	15,5
Il tempo pieno a scuola		3,1	2,6	3,0	4,9	3,6	2,7
La riduzione dei tempi di lavoro e dei turni disagiati	16,7	7,1	18,2	23,9	16,8	9,7	15,8

Tab. 38 - segue

Risposta	Provincia						Totale
	Bari	Barletta/ Andria/ Trani	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	
La riduzione dell'inquinamento nelle sue varie forme	43,7	20,4	18,2	29,8	19,9	27,7	28,5
Altro							
v.a.	105	38	49	54	90	68	404
Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte							

Maggior sensibilità per le iniziative su larga scala proviene in particolare dalle classi di età superiori ai 45 anni (intorno al 30%) (tab. 39).

Tab. 39 - Interventi da incrementare – Distribuzione per età (valori %)

Risposta	Età				Totale
	18-29	30-44	45-64	Oltre 64	
Gli screening	1,4	9,9	16,3	15,9	12,5
Le iniziative di comunicazione su vasta scala (tv, Internet, stampa, ecc.)	6,6	17,3	28,0	30,7	23,1
L'insegnamento di comportamenti sani, in particolare a scuola	24,2	64,1	56,9	57,4	54,4
Il miglioramento dei trasporti	42,3	15,5	11,6	6,7	15,5
Il tempo pieno a scuola	1,3	3,0	4,5	0,8	2,7
La riduzione dei tempi di lavoro e dei turni disagiati	16,8	28,8	14,0	5,2	15,8
La riduzione dell'inquinamento nelle sue varie forme	30,5	22,7	29,2	32,4	28,5
Altro					
v.a.	55	103	139	107	404
Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte					

Da notare infine come in relazione alla coesione sociale emergano preferenze per l'incremento di elementi scientifico-tecnici, quali gli screening, nei casi di bassa coesione sociale, e la maggior considerazione dei fattori sociali, quali ad esempio la riduzione dei tempi di lavoro, nei casi di maggior coesione sociale (tab. 40).

*Tab. 40 - Interventi da incrementare – Distribuzione per livello di coesione sociale (valori %)*

<i>Risposta</i>	<i>Coesione sociale</i>			
	<i>Bassa</i>	<i>Media</i>	<i>Alta</i>	<i>Totale</i>
Gli screening	31,8	9,3	8,0	12,3
Le iniziative di comunicazione su vasta scala (tv, Internet, stampa, ecc.)	31,2	28,3	14,5	23,3
L'insegnamento di comportamenti sani, in particolare a scuola	38,8	62,3	53,0	54,9
Il miglioramento dei trasporti	1,8	8,7	29,4	15,7
Il tempo pieno a scuola		1,2	5,7	2,8
La riduzione dei tempi di lavoro e dei turni disagiati	11,6	13,3	20,5	15,9
La riduzione dell'inquinamento nelle sue varie forme	35,1	29,7	23,2	28,0
Altro				
v.a.	63	178	157	398
Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte				



*Parte III*

*Dieci anni di Oip: gli sviluppi teorici*



# 1. Verso un sistema stabile di epidemiologia incardinato nei Dipartimenti di prevenzione

di Francesco Calamo-Specchia\*

## 1. Epidemiologia e prevenzione, epidemiologia e gestione

Il Dipartimento di prevenzione (come l’Ospedale per la diagnosi e cura) è per definizione – oltre che per lunga e qualificata prassi – il luogo in cui si invera culturalmente e organizzativamente quell’istanza alla prevenzione che costituisce sia una ispirazione fondamentale del nostro sistema sanitario, sia (insieme alla terapia) uno dei due grandi versanti dell’intervento medico. Il Dipartimento è dunque anche il luogo in cui contestualmente deve inverarsi l’istanza alla conoscenza epidemiologica, che degli interventi preventivi è necessariamente alla base.

Come è ben noto, nell’approccio “epidemiologia e prevenzione” l’epidemiologia serve a produrre gli elementi di conoscenza indispensabili per descrivere la situazione di un territorio in termini di salute, malattia, morte, fattori di rischio e popolazioni a rischio; ed anche a compiere approfondimenti analitici tendenti a chiarire sempre meglio il perché dei fenomeni rilevati – e cioè ad esempio le dinamiche dei fattori di rischio o al contrario dei determinanti positivi per la salute che vi sono coinvolti, ecc. – per comprendere quali attività di prevenzione della malattia e di tutela e promozione della salute (in che ambito, mirate su cosa, ecc.) occorra mettere in campo.

L’epidemiologia ricopre quindi un ruolo insostituibile come strumento operativo qualificante all’interno delle organizzazioni sanitarie, sia nella pianificazione strategica delle linee di intervento preventivo, sia nella progettazione fine delle loro attività. Ma essa ha un ruolo altrettanto cruciale anche per poter porre la *valutazione* di tali attività – e più in generale di *ogni attività della Asl* – principalmente in termini di *salute prodotta*,

\* Professore associato di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

sottraendola così alla autoreferenzialità aziendalistica e “produttivistica” (valutazione in meri termini di funzionamento, utilizzazione, efficienza dei servizi) che sempre più spesso la contraddistingue.

Se si considera l'azienda sanitaria – come in effetti è – una organizzazione che utilizza assetti e strumenti operativi aziendali, ma per produrre un bene che è però tipicamente non economico come la salute<sup>1</sup>, diventa evidente come l'epidemiologia sia l'unico strumento che nella programmazione/valutazione delle Asl possa accoppiare all'approccio tutto autoreferenziale e internalistico-aziendale, mirato solo sull'utilizzazione/efficienza dei *servizi*, anche un approccio meritorio<sup>2</sup> e esterno mirato sulla valutazione del servizio reso ai cittadini in termini di *salute* prodotta.

L'epidemiologia è cioè in qualche modo il marketing su cui fondare principalmente le decisioni dell'azienda sanitaria, se si riconosce che essa è un'azienda nata per produrre salute più che servizi – o meglio, nella quale la produzione di servizi ha senso solo in quanto produttrice di salute (e non di puro autosostentamento dei servizi stessi, né tantomeno di utilità finanziarie).

L'epidemiologia rende quindi possibile la valutazione davvero cruciale per una Asl, ossia l'analisi degli interventi, più che in termini di una loro convenienza/opportunità organizzativa, istituzionale, politica, ecc., piuttosto in termini della loro necessità a fini di salute, e poi della loro efficacia nel soddisfare tale necessità. L'epidemiologia consente cioè di governare l'azienda sanitaria fissando per essa obiettivi di salute, valutando i risultati di salute raggiunti dagli interventi attivati, riprogrammandoli con obiettivi di salute.

In questo senso, il referente delle attività epidemiologiche in una Asl (ad esempio collocate in un Servizio di epidemiologia<sup>3</sup> da affiancare ai classici Servizi del Dipartimento per sottolinearne senso e connotazione professionale) potrebbe essere opportuno che fosse stabilmente e istituzionalmente inserito come “consulente” indispensabile nelle attività della direzione strategica della Asl stessa.

1. Cfr. F. Calamo-Specchia, *sanità pubblica e prevenzione: dalla valutazione, al giudizio, alla necessità*, in F. Calamo-Specchia (a cura di), *Manuale critico di sanità pubblica*, Maggioli Editore, Rimini, 2016.

2. Beni meritori sono quei beni (vita, salute, giustizia, formazione, sicurezza, mobilità, cultura, ecc.) cui la collettività attribuisce un particolare valore, perché soddisfano bisogni fondamentali per gli individui e fondanti l'essenza stessa del vivere associato. Tali beni sono ritenuti dagli stessi economisti tipicamente non di mercato, a differenza dell'apparato dei servizi che servono a garantirli; e dunque essi devono essere comunque prodotti, *accettandone anche una produzione finanziariamente in perdita*, purché tale perdita sia la minima necessaria a soddisfare le esigenze – primarie e ineludibili – di risposta ai bisogni della collettività.

3. In effetti, in tutte le tornate delle rilevazioni Oip l'epidemiologia è stata segnalata come il più diffuso oggetto di articolazioni organizzative autonome nei Dipartimenti italiani.

## 2. Epidemiologia e prevenzione: la sorveglianza epidemiologica

Al netto comunque di ogni ipotesi di ingegneria istituzionale (ma salvaguardandone il senso), si forniscono qui di seguito i principali lineamenti di un possibile *schema generale di riferimento* utilizzabile dai referenti delle attività epidemiologiche per l'attivazione di un *sistema di sorveglianza epidemiologica*, utilizzabile principalmente (ma non solo) come fonte di conoscenze utili a strutturare interventi mirati di prevenzione, e poi a valutarne l'efficacia.

Oltre a ciò, in un allegato posto alla fine di questo contributo si evidenziano sia la realtà e le *potenzialità di sviluppo dei dati più correntemente rilevati* e delle analisi epidemiologiche più frequentemente compiute; sia anche – effettuando una sorta di “censimento” delle fonti di dati epidemiologici potenzialmente presenti in un territorio – la presenza di eventuali “giacimenti” di *altri dati utili per una sorveglianza epidemiologica*, e forse non sempre adeguatamente sfruttati.

### 2.1. Raccolta continua

Secondo una definizione Oms del 1968, un sistema di sorveglianza epidemiologica è la “raccolta, analisi e interpretazione continua e completa dei dati necessari per pianificare, implementare e valutare le pratiche di salute pubblica”<sup>4</sup>.

Una riflessione sugli elementi qualificanti e cruciali di tale definizione deve dunque partire anzitutto dall'uso dell'aggettivo “continua”; che sottolinea come l'epidemiologia, perché serva davvero a qualcosa, vada praticata costantemente.

Per utilizzare una nota metafora, nessuno vorrebbe in casa un rilevatore di fumo acceso solo per due ore alla settimana o solo quando sembra di percepire odore di bruciato, e magari tenuto sempre spento di notte, proprio quando l'odore è più difficile da sentire. Analogamente, l'impegno di una Asl nelle attività epidemiologiche va valutato non tanto dalla quantità di informazioni (per quanto numerose o approfondite) scollegate ed episodiche – ad esempio legate a segnalazioni contingenti o emergenze – che essa riesce a produrre, quanto dalla capacità di costruire un *sistema stabile per la produzione continua, pubblicizzazione continua e miglioramento costante* di tutte le conoscenze epidemiologiche necessarie.

4. Who, *The surveillance of communicable diseases. Final report of technical discussions of the 21<sup>st</sup> World Health Assembly*, May 1968, Who Chronicle, 1968, 22: 439-44.

## 2.2. Raccolta completa

Inoltre, per continuare nella metafora, nessuno vorrebbe un rilevatore di fumo acceso solo in salotto, e non anche in ogni altra stanza della propria abitazione: nella sua definizione, l'Oms afferma che la raccolta, analisi e interpretazione dei dati deve essere, oltre che costante, anche “completa”; e cioè deve riguardare per così dire “tutte le stanze”; ossia tutti “i dati necessari per pianificare, implementare e valutare le pratiche di salute pubblica”, nessuno escluso.

Ma quali sono questi dati?

### 2.2.1. La salute come fenomeno bio-psico-sociale, l'analisi metadisciplinare e l'analisi sociologica

Per individuarli, occorre riferirsi ad un'altra notissima definizione – posta dall'Onu nel 1946, ripresa dall'Oms nel 1948 e da allora universalmente accettata – che descrive la salute come “un completo stato di benessere fisico, psichico e sociale e non solo una assenza di malattia”<sup>5</sup>. I dati necessari per pianificare, implementare e valutare interventi che agiscono sulla salute devono dunque riferirsi a tutte le dimensioni identificate in questa sua definizione, e cioè:

- al *benessere fisico*  
(occorreranno dunque dati sulle *invalidità, malattie, morti, ecc.*, reperibili principalmente rilevandone i rispettivi indicatori quantitativi nel territorio);
- al *benessere psichico*  
(occorrerà dunque rilevare, oltre ai bisogni oggettivi desumibili dagli indicatori quantitativi di disagio psichico, anche le *domande e attese soggettive espresse e inesprese di salute fisica, mentale, relazionale*; utilizzando sia idonee iniziative e canali stabili di *comunicazione profonda*<sup>6</sup> istituzione/territorio, sia *studi sociologici* che indaghino le sensazioni, le credenze e gli atteggiamenti di singoli e gruppi in relazione alla salute);
- al *benessere sociale*  
(occorrerà dunque, con una ulteriore azione di *analisi sociologica* rilevare le situazioni di *disuguaglianze – sociali, di salute e di accesso ai servizi sanitari* – segnalate dall'Oms come la principale emergenza

5. E. Barbera e C. Tortone (a cura di), *Glossario Oms della Promozione della Salute*, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, DoRS, Torino, 2012.

6. Per una trattazione del concetto di comunicazione profonda, particolarmente proprio in sanità, cfr. F. Calamo-Specchia, *Comunicazione profonda in sanità. Senso, verità, desiderio*, Maggioli Editore, Rimini, 2011.

sanitaria del XXI secolo<sup>7</sup>; ponendo anche attenzione alla rilevazione del *capitale sociale*<sup>8</sup>: numerose acquisizioni scientifiche mostrano infatti come il benessere sociale, oltre a costituire in sé una dimensione della salute, si trasformi anche direttamente in benessere fisico);

- *e non solo all'assenza (o presenza) di malattia* (occorrerà dunque rilevare anche la presenza negli ambienti e tra i gruppi dei *fattori di rischio e dei determinanti positivi di salute, entrambi ampiamente eterogenei, "ambientali" in latissimo senso*<sup>9</sup>, le cui dinamiche ed interrelazioni determinano gli assetti collettivi di salute/malattia; orientandosi cioè sul *modello bio-psi-co-sociale*, che riconosce come la malattia non derivi esclusivamente da cause biologiche, ma anche da un insieme vastissimo di elementi e dinamiche di natura psicologica, economica, ambientale, culturale, istituzionale, ecc., che è possibile individuare e rilevare grazie ad una sempre maggiore sinergia *metadisciplinare*<sup>10</sup>

7. Who, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, World Health Organization, Ginevra, 2008.

8. Cfr. nota 9, p. 35. Per l'“Effetto Roseto” cfr. anche B. Egolf *et al.*, “The Roseto effect: a 50-year comparison of mortality rates”, *Am J Public Health*, 1992, 82(8): 1089-1092. Inoltre, una mancata attenzione al capitale sociale depotenzia gli interventi comunitari di modifica dei fattori di rischio individuali, come quelli per prevenire le morti cardiache. Cfr. J. Lomas, “Social Capital and Health: Implications for Public Health and Epidemiology”, *Soc. Sci. Med.*, 1998, 47(9): 1181-1188.

9. Per una trattazione dell'ambiente non come sfondo naturale degli eventi umani ma come insieme di tutti i fattori di rischio di malattia e dei determinanti di salute che influiscono sulla qualità della vita dei singoli e delle collettività, cfr. F. Calamo-Specchia (a cura di), *Manuale critico di sanità pubblica*, cit., parte II (*Situazioni e gruppi a rischio*).

10. “Se diagnosi clinica è identificazione di *segni oggettivi* di malattia grazie a strumenti tecnologici, e di *sintomi soggettivi* di malattia grazie a strategie di ascolto e comunicazione profonda medico-paziente, ciò che si potrebbe definire “diagnosi igienistica” è la rilevazione *nelle popolazioni di bisogni oggettivi di intervento (presenza di rischi)* – grazie a indagini epidemiologiche e a “diagnosi di contesto” metadisciplinari – e di *domande soggettive di intervento (percezione di rischio)*, grazie a sistemi collettivi di comunicazione profonda tra territorio e Ssn. La *diagnosi di contesto* (...) si sviluppa oggi pienamente nella ricerca di determinanti positivi e negativi sempre nuovi in ambiti sempre più extrabiologici e sempre più strettamente interagenti tra loro. Essa si fonda dunque necessariamente sul confronto *metadisciplinare* tra discipline mediche e non mediche, biologiche e non biologiche; ad esempio come sfida ad una lettura in chiave sanitaria di problemi epocali quali la sovrappopolazione e la migrazione, la marginalità e la questione delle nuove povertà, la sostenibilità ecologica e ambientale delle società occidentali e la questione dei nuovi modelli di sviluppo, le disuguaglianze economiche e quelle di salute, ecc.”. F. Calamo-Specchia, *Igea e panacea*, in F. Calamo-Specchia (a cura di), *Manuale critico di sanità pubblica*, cit.; “Metadisciplinarietà non come mera sommatoria di conoscenze, ma come produzione di nuovi modelli di conoscenza; cui contribuiscono scienze naturali, biologiche e mediche, antropologia, sociologia, etica, filosofia, psicologia, scienze economiche, giuridiche, politiche ed organizzative, scienze matematiche

tra studi epidemiologici e scienze umane e sociali, economiche, ecologiche, ecc.).

## 2.2.2. La salute come realtà soggettiva, il sistema comunicativo sanitario e il sistema di sociologia sanitaria

Peraltro, va sottolineato che riferirsi al “completo benessere” per identificare la salute sancisce necessariamente anche il passaggio dall’oggettivo al *soggettivo* nella sua definizione: la salute non più solamente intesa come stato documentabile di integrità biofisica rispetto a parametri oggettivabili, ma anche come sensazione individuale di cenestesi positiva, “sentirsi bene”. La malattia da entità esterna che si acquisisce (*ho una malattia*), diviene dunque qualcosa che si è (*sono ammalato*) come condizione complessivamente esistenziale; e salute e malattia divengono semplicemente gli estremi positivo e negativo nel *livello autopercepito della qualità della vita*<sup>11</sup>.

La soggettivizzazione della salute determina quindi l'impossibilità di una sua valutazione solo con indicatori quantitativi di malattia o di funzionamento dei servizi, ed impone che essa venga anche misurata a partire dal *giudizio soggettivo* che di essa stessa fornisce ogni individuo; ricorrendo ad esempio a tal fine a *studi qualitativi*<sup>12</sup> che danno enfasi a valori, significati, punti di vista soggettivi (ad esempio indagando la malattia a partire dalle narrazioni dei malati<sup>13</sup>, analizzando i sistemi sanitari sulla base dei bisogni degli operatori di salute o dei cittadini, esaminando la *compliance* dal punto di vista dei pazienti, ecc.). Tra di essi, particolarmente

ed ingegneristiche, urbanistica, scienze della comunicazione...”. D. Lagravinese, F. Calamo-Specchia, *Il ruolo dei professionisti della prevenzione tra intersectorialità e metadisciplinarietà: verso una rete di scuole territoriali di sanità pubblica*, in A. Boccia et al. (a cura di), *Rapporto Prevenzione 2010: la formazione alla prevenzione*, il Mulino, Bologna, 2011.

11. L'autopercezione individuale della qualità di vita viene definita dall'Oms “la percezione soggettiva che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto di una cultura e di un insieme di valori nei quali egli vive, anche in relazione ai propri obiettivi, aspettative, preoccupazioni. Riguarda quindi un concetto ad ampio spettro, che è modificabile in maniera complessa dalla percezione della propria salute fisica e psicologico-emotiva, dal livello di indipendenza, dalle relazioni sociali e dalla interazione con il proprio specifico contesto ambientale”; tutte dimensioni indagate dagli indicatori di qualità della vita (vedi allegato, §7).

12. Cfr. E. Forcella, E. Eugeni, *Gli studi qualitativi*, in F. Calamo-Specchia (a cura di), *Manuale critico di sanità pubblica*, cit.; e N. Mays, C. Pope, “Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research”, *BMJ*, 2000 Jan, 1, 320(7226): 50-2.

13. Cfr. R. Charon, *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*, Raffaello Cortina, Milano, 2019.

utile il modello degli *studi Cap*, fondati sulla somministrazione di questionari su conoscenze, atteggiamenti e pratiche<sup>14</sup>.

Per raccogliere la soggettività dei cittadini a fini programmatori e valutativi sarebbe però probabilmente opportuno che tutti gli studi e gli interventi sopradescritti confluissero in un vero e proprio *sistema di comunicazione sanitaria*<sup>15</sup>, parallelo al sistema di sorveglianza epidemiologica e ad esso funzionalmente collegato, costituito con articolazione organizzativa, addetti, strutture e strumenti, obiettivi specifici.

Quello che è certo in ogni caso è che per questo auspicabile sistema di comunicazione, comunque organizzato *nel metodo* (e pur nella consapevolezza di esprimersi in controtendenza rispetto alle tendenze oggi prevalenti circa l'opportunità di adottare in sanità vincoli organizzativi sempre più "liquidi", schemi di responsabilità diffuse, assetti complessi e intersecati per matrici, per flussi, per funzioni e simili) si può senz'altro affermare che sarebbe comunque necessaria appunto una *forte e precisa organizzazione/normazione*.

Infatti, la chiarezza e cogenza nell'organizzazione delle diverse attività viene ad esempio identificata dagli operatori del Dipartimento in tutte le rilevazioni Oip<sup>16</sup> come una risorsa fondamentale dei sistemi sanitari; venendo a sposare in tal modo l'acquisizione scientifica – peraltro oggi forse un po' dimenticata – che per far sì che una attività venga effettivamente svolta, e in maniera efficace e efficiente, non basta affermare genericamente che "occorre" che essa venga svolta, non importa da chi, ma occorre stabilire chi ne abbia la responsabilità, e in che termini valutativi ne debba rispondere: un effetto di miglioramento di un certo ambito legato anche semplicemente ad una dichiarazione di intenti circa un mutamento organizzativo finalizzato a quell'ambito da introdurre in una organizzazione viene infatti definito nelle scienze organizzative effetto Hawthorne, ed è stato riscontrato fin dagli anni trenta del secolo scorso<sup>17</sup>. Del resto, è abba-

14. Gli studi Cap (in inglese Kap, *Knowledge, Attitude and Practices*) rivelano fraintendimenti o diversità di concezioni che ostacolano le attività che si vogliono implementare e costituiscono potenziali barriere al cambiamento dei comportamenti, registrando con questionari varie opinioni e dichiarazioni (Médicins du Monde, *The KAP survey model: knowledge, attitudes, & practices*, <http://tinyurl.com/ok9p72y>).

15. Cfr. F. Calamo-Specchia, *Comunicazione profonda in sanità. Senso, verità, desiderio*, cit., parte II, cap. 5 (*Un piano organizzativo per la comunicazione profonda*).

16. F. Calamo-Specchia, A.L. Nicelli, M. Valsecchi, *L'Osservatorio italiano prevenzione (Oip) 2015: storia, risultati, prospettive*, in M. Bassi, F. Calamo-Specchia et al. (a cura di), *Rapporto prevenzione 2015 – Nuovi strumenti per una prevenzione efficace*, FrancoAngeli, Milano, 2015.

17. Le ricerche iniziali furono compiute da Elton Mayo in Usa, presso lo stabilimento della *Western Electric* di Hawthorne (che ha fornito l'eponimo della definizione), e permisero di verificare l'esistenza di variazioni immediate in un fenomeno sociale per effetto anche della semplice presenza di osservatori.

stanza intuitivo che “istituzionalizzare” lo svolgimento di una particolare attività riveste un peso culturale e “politico” di particolare rilievo in una organizzazione, anche perché segnala tale attività come particolarmente urgente e importante al fine di conseguire i fini e assolvere il mandato dell’organizzazione stessa.

*Nel merito* poi, un sistema di comunicazione sanitaria potrebbe risultare estremamente utile per identificare *i bisogni e le domande espresse (e soprattutto inespresse)* di salute; per raccogliere le *valutazioni di efficacia percepita dei pazienti* e dei cittadini circa gli interventi sanitari raccogliendo le loro valutazioni soggettive circa il proprio stato di salute (nessuno è miglior giudice della propria salute di se stesso...) e le loro *valutazioni di gradimento e accettabilità* degli interventi stessi; e in tal senso potrebbe dunque essere collegato (o addirittura in ampia misura coincidente) al *sistema di ascolto diffuso* Oip, presentato nella prima parte di questo Rapporto<sup>18</sup>. Nel sistema comunicativo sanitario occorrerebbe poi porre sinergie tra tutti questi momenti di rilevazione e tra le conoscenze che ne derivano, evitando la loro frammentazione e dispersione (o semplicemente la loro non attuazione), e d’altro canto permettendo di affrontare in maniera coordinata e coerente – e dunque autopotenziante – tutti gli altri temi della comunicazione in ambito sanitario<sup>19</sup>, quali tra gli altri i temi cruciali della *educazione profonda alla salute*, della *relazione medico-paziente*, della *formazione e motivazione del personale*, degli *stili comunicativi tra gli operatori*, della *comunicazione esterna con il territorio*, ecc.

Analoghe considerazioni possono essere poste a proposito della opportunità che anche tutte le attività di analisi e rilevazione sociologica in sanità confluiscono in un *sistema di sociologia sanitaria* che conferisca loro unitarietà e visibilità, altrettanto ben strutturato organizzativamente di quello di comunicazione sanitaria, e che potrebbe essere animato dalle professionalità sociologiche già presenti nelle Asl, e talora non pienamente utilizzate<sup>20</sup>.

Anche a tale sistema potrebbe giungere un fondamentale contributo dal *sistema di ascolto diffuso* Oip (vedi avanti, fig. 3); o meglio, il sistema di sociologia sanitaria e quello di comunicazione sanitaria potrebbero concorrere a costituirlo come loro articolazione funzionale.

18. Cfr. *supra*, parte I cap. 1, Francesco Calamo-Specchia, *Il primo obiettivo strategico Oip e gli obiettivi operativi 2010-17*.

19. Per una esposizione completa del tema cfr. F. Calamo-Specchia, *Comunicazione profonda in sanità. Senso, verità, desiderio*, cit.

20. Cfr. M.C. Carraro, S. Cifiello, *Sociologi per la sanità pubblica e la prevenzione*, in F. Calamo-Specchia (a cura di), *Manuale critico di sanità pubblica*, cit.

### 2.3. Architettura informatica

I dati necessari per un sistema di sorveglianza epidemiologica sono dunque, in conclusione, *davvero tutti i dati oggettivi e soggettivi di varia natura* che permettono una *descrizione effettivamente completa della situazione di salute, rischio e malattia in un territorio*.

Ma, in termini ovviamente generali, quali possono essere le linee-guida principali per l'organizzazione e la gestione di tutti questi dati (ed in particolare di quelli oggettivi) raccolti nel sistema di sorveglianza epidemiologica, perché essi siano massimamente produttivi in un'ottica di cambiamento organizzativo?

Anzitutto, dovrà essere realizzata per tale sistema una idonea architettura informatica, che si sviluppi attorno a tre elementi fondamentali:

- una sua *alimentazione periodica programmata*, attinta da una serie di fonti più ampia possibile, una cui possibile rassegna è – come detto – contenuta nell'allegato posto alla fine di questo contributo. La grande quantità di fonti richiede però evidentemente un accurato lavoro di selezione ed organizzazione dei molti dati disponibili (eliminazione delle duplicazioni, armonizzazione di indicatori diversi utilizzati per rilevare lo stesso fenomeno, incrocio di dati, ecc.) per arrivare ad uno schema complessivo articolato per ambiti di interesse (indicatori demografici, di salute, ambientali, ecc.), sul modello ad esempio di quello utilizzato nelle Relazioni sullo stato di salute redatte da alcune Asl<sup>21</sup> (tab. 1).

Ma l'ampiezza dei riferimenti riportati nell'allegato ha un duplice senso: da una parte segnalare la vastità delle possibilità di reperimento di dati e riferimenti epidemiologici, e dunque la grande possibilità di selezionarli imprimendovi di volta in volta una impronta coerente agli orientamenti di politica sanitaria che si vogliono conferire alla Asl; e dall'altro rendere comunque sempre meno accettabile, a fronte di tale vastità, una pratica epidemiologica limitata e ristretta;

- un programma di *controllo costante di qualità*, verifica e miglioramento dei dati;
- una *consultabilità diffusa* per operatori ed utenti, che sani una volta per tutte uno degli equivoci più negativi per la diffusione e la finalizzazione delle attività epidemiologiche: i dati degli aggregati epidemiologici (mai nominativi, dunque mai oggetto di limitazioni legate alla privacy) non possono essere ritenuti “di proprietà” di chi li genera, né di chi li archivia, né di chi li lavora; essi sono infatti intrinsecamente di interesse e di proprietà *sociale*. L'accesso ad essi non può dunque – né deve – essere contingentato o reso difficoltoso, ma deve anzi essere reso il più ampio e agevole possibile.

21. F. Calamo-Specchia (a cura di), *Relazione sui determinanti e lo stato di salute della popolazione. Volume I: risultati analitici*, Asl Brindisi, 2007.

Tab. 1 - Rss Provincia di Brindisi 2006 – Elenco indicatori

<b>Indicatori demografici</b>			
<i>Indicatori demografici di composizione</i>		<i>Indicatori demografici di evoluzione</i>	
Superficie		Nati	
Superficie per Distretto		Natalità	
Abitanti		Tasso di mascolinità	
Abitanti per Distretto		Morti	
Densità		Mortalità	
Densità per Distretto		Tasso di crescita naturale	
Assistibili		Tasso di migratorietà	
Dispersione abitanti		Tasso di immigrazione	
Dispersione abitazioni		Immigrati per provenienza	
Dispersione abitazioni, per comune		Tasso di incremento totale	
Età media		Fecondità	
Piramidi delle età		Riproduzione	
Vecchiaia		Età primipare	
Indice di senilità		Tasso di nuzialità	
Indice di dipendenza		Divorzi	
Famiglie		Tasso di abortività totale	
		Tasso di abortività Ivg	
<b>Indicatori economico-sociali</b>			
<i>Istruzione</i>	<i>Giustizia</i>	<i>Produzione e lavoro</i>	<i>Consumi</i>
Scuole	Stupefacenti	Imprese attive, per settore	Giornali
Affollamento aule	Detenuti	Localizzazioni imprese attive, per addetti e per settore	Cinema
Dispersione scolastica	Prostituzione	Addetti per settore	Tabacchi
Dispersione scolastica per scuola	Suicidi	Tasso di disoccupazione	Alcool
Dispersione scolastica, per sesso e scuola	Tentati suicidi	Non occupati, per Comune	veicoli
Dispersione scolastica, per nazionalità e scuola		Superficie coltivata	Incidenti stradali
		Pesticidi	Sportelli bancari
		Patentino	Depositi bancari
		Allevamento	Alimenti
		Macellazione	Affollamento abitativo

Tab. 1 - segue

<b>Indicatori di salute</b>				
<i>Indicatori di mortalità</i>				
Morti				
Mortalità percentuale				
Mortalità per causa				
Mortalità neoplastica territoriale				
Mortalità neoplastica per tipo di tumore				
Età media di morte				
Natimortalità				
Mortalità perinatale				
Mortalità infantile				
Malformati				
Mortalità evitabile				
<i>Agenzia Regionale Protezione Ambientale (Arpa)</i>	<i>Unità Territoriali del Dip. di Prevenzione (Utdp)</i>	<i>Dipartimento di Prevenzione (DP)</i>	<i>Servizio veterinario</i>	<i>Spesal</i>
Scarichi fognari	Controlli strutture assistenziali convenzionate	Vaccinazioni obbligatorie P (antipolio)	Patologia animale	Malattie professionali, per causa
	Controlli strutture assistenziali non convenzionate	Vaccinazioni obbligatorie Dtp (anti difterite-tetano-pertosse)		Malattie professionali, per settore produttivo
Controlli microbiologici alimenti vegetali	Controlli aziende alimentari	Vaccinazioni obbligatorie EB1 (anti epatite B, nuovi nati)		Infortuni sul lavoro, per tipo di lesione
Controlli chimici alimenti vegetali	Controlli aziende non alimentari	Vaccinazioni consigliate EM (anti emophilus)		Infortuni sul lavoro, per settore produttivo
Controlli microbiologici alimenti animali	Malattie infettive	Vaccinazioni consigliate PC (antipneumo-coccica)		Infortuni sul lavoro, per localizzazione anatomica
Controlli chimici alimenti animali	Aids	Vaccinazioni consigliate Mpr (anti morbillo, parotite, rosolia)		Morbilità

Tab. 1 - segue

<i>Agenzia Regionale Protezione Ambientale (Arpa)</i>	<i>Dipartimento di Prevenzione (DP)</i>	<i>Spesal</i>
Controlli microbiologici alimenti preparati	Vaccinazioni consigliate EA (anti epatite A), duenni	Insedimenti produttivi controllati
Controlli chimici alimenti preparati	Vaccinazioni consigliate EA (anti epatite A), dodicenni	
Controlli microbiologici acqua potabile	Vaccinazioni consigliate varicella, duenni	
Controlli chimici acqua potabile	Vaccinazioni consigliate varicella, dodicenni	
Controlli microbiologici acqua balneazione	Vaccinazioni consigliate antimeningococco	
Controlli chimici acqua balneazione	Vaccinazioni consigliate antinfluenzale	
Controlli microbiologici acqua di falda		
Controlli chimici acqua di falda		
Immissioni aeriformi		
Inquinamento aria		
Radiazioni ionizzanti		
Radiazioni non ionizzanti		
Rumore in ambiente di vita		
Rumore in ambiente di lavoro		

Tab. 1 - segue

<i>Dip. di Salute Mentale (Dsm)</i>	<i>Handicap</i>	<i>Consultori</i>	<i>Ser.T.</i>
Utenti totali Dsm	Utenti totali Handicap	Utenti totali consultori	Ser.T. utenti totali
Prime visite (nuovi utenti) Dsm	nuovi utenti Handicap	Nuovi utenti consultori	Ser.T. nuovi utenti
Presi in carico – tasso di aumento	Utenti Handicap per tipologia handicap	Contraccezione	Comunità – avvii
Presi in carico – tasso di gravità		Gravidanza	Comunità – abbandoni
Nuovi utenti, per età		Prevenzione oncologica	Metadone
Nuovi utenti, per professione			
Nuovi utenti, per diagnosi			
Tso (trattamento sanitario obbligatorio)			
<b>Residenze psichiatriche</b>			
<i>Assistenza ospedaliera pubblica convenzionata</i>	<i>Ospedalità privata non convenzionata – assistenza indiretta</i>	<i>Assistenza ospedaliera complessiva</i>	<i>Assistenza sanitaria integrata</i>
Ricoveri per reparto, Asl BR	Ricoveri per reparto, privato non convenzionato	Tasso di ospedalizzazione	Patologie invalidanti
Ricoveri per reparto, extra – Asl BR	Ricoveri per classe nosologica, privato non convenzionato	Tasso di ospedalizzazione, per comune	Nuovi invalidi
Ricoveri per classe nosologica, Asl BR	Mortalità ospedaliera, privato non convenzionato	Ricoveri per reparto	Hanseniani
Ricoveri per classe nosologica, extra – Asl BR	Infezioni ospedaliere, privato non convenzionato	Ricoveri per classe nosologica	Nefropatici
Ricoveri per categoria diagnostica maggiore Drg, Asl BR	Parti cesarei, privato non convenzionato	Ricoveri per categoria diagnostica maggiore Drg	Celiaci
Ricoveri per categoria diagnostica maggiore Drg, extra – Asl BR		Mortalità ospedaliera, per comune	Talassemiaci
Degenza preoperatoria, Asl BR		Parti cesarei, per comune	Broncopneumopatici
Mortalità ospedaliera, Asl BR			Riabilitazione

Tab. 1 - segue

<i>Dip. di Salute Mentale (Dsm)</i>	<i>Handicap</i>	<i>Consultori</i>	<i>Ser.T.</i>
Mortalità ospedaliera, extra – Asl BR			Adi
Infezioni ospedaliere, Asl BR			Adp
Parti cesarei, Asl BR			
Parti cesarei, extra – Asl BR			
<i>Assistenza sanitaria di base</i>	<i>Indicatori di assistenza specialistica</i>		<i>Indicatori di assistenza farmaceutica</i>
Medicina generica	Spec. amb. ospedaliera, procapite		Farmaci venduti per classe farmacologica
Medicina pediatrica	Spec. amb. ospedaliera, per specialità		Prescrizioni farmaci
Esenti ticket totali	Spec. amb. territoriale – poliambulatori, procapite		Prescrizioni esenti ticket
Esenzioni ticket per patologia	Spec. amb. territoriale – poliambulatori, per specialità		
	Spec. amb. territoriale – strutture accreditate, procapite		
	Spec. amb. territoriale – strutture accreditate, per specialità		
	Spec. amb. totale		
	Assistiti protesici		
<i>Indicatori di salute percepita e gradimento/accettabilità</i>			
Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali			
Soddisfazione			
Reclami e proposte			
Salute dichiarata			
Consenso informato			

#### 2.4. Diffusione attiva dei dati

Insieme alla consultabilità diffusa di cui sopra, va peraltro programmata una *diffusione attiva dei dati e dei risultati*, che vada oltre la loro pura disponibilità cartacea o in rete, e che si configuri come la base per una sorta di costante “consensus conference” interna ed esterna intorno alle attività della Asl.

Analogamente a quanto appena affermato per la proprietà dei dati, infatti, anche la gestione e la finalizzazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica non è solo affare da tecnici, ma deve anzi divenire una occasione di partecipazione da parte di tutti gli operatori, delle forze sociali e dei cittadini. In tal senso, per la diffusione attiva di dati e risultati, sia esterna alla Asl sia verso operatori e servizi sanitari, strumenti importanti potrebbero essere ad esempio:

- un *bollettino epidemiologico trimestrale*, che si richiami alla scadenza aziendalemente più utilizzata per i “rendiconti di cassa” anche per sottolineare come per una azienda sanitaria i conti che più di tutti gli altri vadano resi alle istituzioni, agli operatori e alla popolazione siano quelli riferiti agli assetti di salute del territorio;
- *incontri ad hoc intra-Asl* con gli operatori, cui vanno “restituiti” i dati prodotti, in termini di presentazione attiva e confronto sui risultati della sorveglianza, organizzati *per territorio* (ad esempio per Distretto socio-sanitario o per Comune), *per servizi* (ad esempio gli Ospedali, o uno stesso reparto di vari Ospedali, o i consultori, ecc.), *per specializzazione* (ad esempio gli ostetrici, o gli infermieri, o gli psicologi, ecc.), ecc.;
- *incontri ad hoc extra-Asl* con Ordini professionali e Società scientifiche della sanità pubblica, Enti e istituzioni pubbliche, Associazioni civili politiche e sindacali del territorio, ecc.;
- un *momento «cartaceo» annuale* di sintesi, verifica, consenso, nella cui redazione si adotti il modello della Relazione sullo stato di salute, che sia ufficialmente presentato nelle più opportune sedi pubbliche, divenendo una scadenza istituzionale fissa e di grande rilievo nelle attività Asl<sup>22</sup>, e che costituisca una sorta di fermo-immagine delle attività di sorveglianza epidemiologica che consenta di fare il punto su di esse, oltre che naturalmente sulle attività generali della Asl.

## 2.5. Indicazioni operative

Oltre a quella di produrre rilevazioni epidemiologiche, finalizzazione massima del sistema di sorveglianza epidemiologica, e oggetto di diffusione attiva, deve essere anche – nello spirito dell’epidemiologia consequenziale<sup>23</sup> – l’indicazione di *linee di azione operative per la Asl* derivanti dalla analisi delle rilevazioni, e dalle evidenze e dalle urgenze in esse evidenzia-

22. Ad esempio, laddove fosse attivato, coincidendo o confluenndo nel Congresso periodico Oip. Cfr. *supra*, parte I, capitolo 2, Francesco Calamo-Specchia, *Il secondo obiettivo strategico Oip e proposta di obiettivi operativi per conseguirlo a partire dal 2020*.

23. Cfr. *infra*, § 2.10.

bili. Tali linee possono essere raggruppate ad esempio in uno specifico documento annuale<sup>24</sup> da presentare, discutere, diffondere, verificare a partire da ogni presentazione annuale della Relazione sullo stato di salute.

## 2.6. *Formazione e ricerca*

Tutto l'iter necessario per l'implementazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica, e poi le sue attività correnti, può essere grandemente facilitato da parallele *iniziative formative e motivazionali intra-Asl* collegate<sup>25</sup>.

Inoltre, un sostegno importante potrebbe arrivare ad esempio dall'attivazione di un *Centro di Documentazione Epidemiologica, legislativo-istituzionale e scientifica*, comprendente raccolte mirate di legislazione sanitarie, rassegne stampa, libri, riviste scientifiche, bollettini, ecc., che si impegnino in studi che servano come guida per un affinamento costante e una estensione del sistema di sorveglianza, quali ad esempio:

- una approfondita analisi della letteratura scientifica, per l'approntamento di un quadro di riferimento sempre più completo delle *possibilità e necessità di conoscenze e indagini epidemiologiche in un territorio*;
- una parallela approfondita analisi della legislazione nazionale e regionale, per l'approntamento di un quadro di riferimento costantemente aggiornato delle *richieste istituzionali di epidemiologia in un territorio*;
- un *censimento dei centri pubblici e privati attivi nella osservazione epidemiologica*; che a diverso titolo *compiono rilevazioni epidemiologiche* – di salute, di malattia, di rischio e di assetti dei servizi sanitari – nel territorio Asl, o che comunque possano essere considerati *fonti di dati* utili a descrivere la situazione epidemiologica;
- lo *studio di nuovi indicatori* specifici per la specifica situazione territoriale, in particolare utilizzando un approccio *metadisciplinare*<sup>26</sup>, ecc.

## 2.7. *Ricadute*

Tra le *varie ricadute ipotizzabili* di un tale sistema di sorveglianza epidemiologica – oltre all'effetto di sollecitazione e spinta alla replicazione locale delle attività epidemiologiche messe in opera a livello nazionale,

24. Come compiuto ad esempio in: F. Calamo-Specchia (a cura di), *Relazione sui determinanti e lo stato di salute della popolazione. Volume 2: sintesi e commento*, Asl Brindisi, 2007.

25. Cfr. *supra*, parte I, capitolo 2, § 1.3.1 e 1.3.2.

26. Vedi *sopra*, parte I, capitolo 2, § 1.3.3.

dei modelli impiegati, degli indicatori usati, ecc., prodotto dalla loro conoscenza – possono essere segnalate nello specifico il supporto a importanti iniziative quali tra le altre i *Comitati di Lotta alle Infezioni Ospedaliere*, la *registrazione delle malattie infettive*, i *Registri tumori* o i *Registri di patologia*, ecc.; o anche l’impulso alla costituzione ad esempio di una *Rete dell’Epidemiologia Territoriale*, composta da un referente dell’epidemiologia in ognuna delle istituzioni contattate come fonti di dati (vedi allegato), e in ognuno degli Ordini professionali, Società scientifiche, Associazioni civili politiche e sindacali del territorio, ecc. che possono essere state coinvolte nelle attività di diffusione attiva dei risultati della sorveglianza.

## 2.8. Difficoltà e resistenze

Non ci si possono però nascondere – oltre alle rilevanti difficoltà organizzative evidentemente connesse a un cambiamento di tale portata – anche le forti resistenze “culturali” che possono opporsi a che un tale sistema di sorveglianza sia effettivamente attivato.

Esse possono essere legate in gran parte alla *diffidenza* che l’epidemiologia può suscitare, in particolare quando non viene derubricata ad innocuo ornamento, ma viene condotta in qualche modo fino alle sue estreme conseguenze. Scrive in proposito l’Oms: “Un gran numero di decisioni di politica sanitaria sono prese senza il soccorso di alcun dato epidemiologico, o con informazioni sanitarie carenti. Una delle spiegazioni per i cattivi rapporti che intercorrono tra epidemiologia e decisioni sanitarie sta probabilmente nel fatto che l’informazione sanitaria può essere utilizzata per mettere in dubbio il fondamento delle decisioni. Malgrado il suo carattere neutro, che costituisce una delle sue qualità positive, l’epidemiologia può costituire un elemento di disturbo, nel momento in cui permette di attribuire chiaramente le responsabilità di questo o quest’altro evento”<sup>27</sup>.

Non vanno peraltro sottaciute anche le grandi difficoltà e resistenze legate al paradosso della sostanziale *diminuzione o mancanza di interesse* alle rilevazioni di salute, ormai diffuso – al di là delle generiche affermazioni di principio – nella stessa cultura organizzativa sanitaria e nel comune sentire dei suoi operatori, oltre che della popolazione generale e delle sue organizzazioni civili, sindacali e politiche; interesse che è invece oggi concentrato primariamente su vincoli finanziari, redditività, piani di rientro ecc., ed è alimentato dalle pressioni e preoccupazioni per la carenza di risorse finanziarie (carenza della cui fondatezza come ineluttabile dato

27. Who, *World health statistics annual*, World Health Organization, Ginevra, 1990.

oggettivo – o non piuttosto come frutto del tutto reversibile di un orientamento politico – si potrebbe peraltro ampiamente discutere).

Non sembrano sussistere, viceversa, difficoltà imputabili a *scarsa di risorse*: un sistema di sorveglianza epidemiologica non richiederebbe per essere implementato grandi esborsi finanziari per dotazioni strutturali o strumentali. Richiederebbe certamente risorse umane, non tanto numerose, quanto ben formate e fortemente motivate; ma anche tale formazione e motivazione, a sua volta, potrebbe essere realizzata senza grande impiego di tempo e di denaro, se sinceramente sostenuta da una chiara e decisa volontà politico-gestionale.

### 2.9. Dall'autoreferenzialità alla finalizzazione pienamente sanitaria

È a tale livello “politico” che si colloca dunque la possibilità di attuazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica; che propone ai decisori Asl un approccio sicuramente difficile, ma che sembra assolutamente proprio alla conduzione di una azienda *sanitaria*.

Se una Asl non analizza la realtà del suo territorio ed il contesto del suo agire prima di tutto con criteri di salute; se non programma le sue attività con obiettivi innanzitutto di salute e non si autovaluta in termini di salute determinata; se insomma non attiva tutte le forze e le possibilità necessarie a costruirsi gli strumenti culturali, scientifici, operativi ed organizzativi per condurre tutti i suoi momenti di analisi, programmazione, intervento e valutazione primariamente in termini di salute, allora essa rischia di venir meno al proprio ruolo fondante.

Un dirigente sanitario che voglia correttamente interpretare il suo mandato anche – o soprattutto – come agente di salute, come una sorta di “medico” che ha a disposizione l'intera organizzazione sanitaria invece del solo bisturi o della sola penicillina per agire portando salute nel territorio, non può dunque accontentarsi di porre il proprio impegno solo al livello della buona gestione organizzativa corrente; ma deve accettare la sfida di affiancare all'esercizio il dirigere, ossia l'indirizzare<sup>28</sup>. E l'indirizzo alla produzione di salute è il solo che possa evitare che una organizzazione *sanitaria* sia *eccessivamente deprivata di senso sanitario*, ossia del senso qualificante della sua stessa esistenza.

In tale ottica, tra i compiti primari di ogni dirigente sanitario può essere dunque quello di mettere al primo posto dell'“agenda” di ogni operatore l'esigenza di produrre salute; anzitutto costruendo specifici strumenti – tra

28. Per un approfondimento del tema, cfr. F. Calamo-Specchia, *Comunicazione profonda in sanità. Senso, verità, desiderio*, cit., parte II, cap. 2, § 2.1 (*Il dirigente da gestire a guida*).

i quali un sistema di sorveglianza epidemiologica è quello assolutamente cruciale – che richiama ogni operatore a *valutare ogni proprio singolo atto professionale* (compilare correttamente una scheda di morte o registrare un’anamnesi, detergere accuratamente un pavimento o trasmettere sollecitamente un’autorizzazione...) *anzitutto nei termini della salute che ne discende*; il che già di per sé potrebbe ottenere notevoli effetti di modificazione nei comportamenti professionali correnti.

È la medesima ottica, la necessità assoluta della cui rappresentazione ai massimi livelli decisionali motiva l’accenno sopra compiuto ad un eventuale inserimento stabile e istituzionale del responsabile della epidemiologia, per quanto con funzioni consulenziali, ai più alti livelli direzionali della Asl.

## 2.10. Cambiamenti

Una effettiva realizzazione di un *sistema di sorveglianza epidemiologica* potrebbe d’altro canto costituire una innovazione non trascurabile per le attività della Asl.

In primo luogo – come detto – *nel merito*, se i risultati di un sistema di sorveglianza epidemiologica possono consentire in generale ad una Asl di accoppiare nella programmazione, valutazione e riprogrammazione delle attività sanitarie ad uno sguardo più autoreferenziale centrato sull’efficienza dei servizi anche un approccio condotto con strumenti e metodi di *valutazione della salute*, allora ciò può ottenere – come detto – l’effetto virtuoso di rendere necessario agli operatori ragionare prima di ogni intervento sugli effetti di salute attesi, e effettuare poi una valutazione dell’efficacia mostrata dall’intervento stesso nel conseguirli.

Oltre e insieme a ciò, *nel metodo*, l’esistenza di un sistema di sorveglianza epidemiologica può servire (abbandonando o se non altro affiancando le attività epidemiologiche della Asl condotte secondo un approccio “*una tantum*”) anche una strategia organica – o addirittura automatismi – di *supporto istituzionale alla programmazione*.

L’esistenza di un sistema di sorveglianza epidemiologica può infatti consentire di riconfigurare con precisione ogni passaggio organizzativo dell’organizzazione sanitaria, immaginandone tutto l’iter (analisi epidemiologica, traduzione in domande, identificazione di obiettivi e procedure, interventi, valutazione e autovalutazione, comunicazione, riprogrammazione) *inserito in dinamiche fisse*; non tanto nel senso di servomeccanismi automatici (rigidi o immutabili), ma piuttosto di *procedimenti* in cui la libera decisionalità dei programmatori/valutatori sia però inquadrata in canali – fondati sulle rilevazioni epidemiologiche – stabili, codificati, riconosciuti, ineludibili, che non eliminino la discrezionalità ma rendano necessario

chiarirne completamente i termini (in particolare qualora da tale discrezionalità derivino linee di intervento contraddittorie rispetto a quelle suggerite dalle evidenze epidemiologiche).

Per richiamarsi ancora alla metafora usata in precedenza, nessuno vorrebbe un rilevatore di fumo scollegato da qualsiasi tipo di allarme, o un allarme scollegato dai pompieri; ossia a nessuno e a nulla serve una raccolta di dati fine a sé stessa, che non generi – in automatismo o meno – alcun intervento.

L'esigenza assoluta che le attività epidemiologiche generino interventi e modificazioni aziendali (come del resto ogni buona rilevazione di marketing...) è stata classicamente rappresentata nel 1983 da William Foege, direttore dei Cdc – Centers of disease control di Atlanta – nell'idea di “epidemiologia consequenziale”, ossia appunto di una epidemiologia non solo argomento di studi e convegni, ma fonte di conseguenze operative. Foege poneva i termini per definire la qualità di un sistema di sorveglianza epidemiologica nella sua capacità/possibilità di porre i suoi risultati e le sue acquisizioni alla base di:

- indicazioni di interventi e politiche;
- indicazioni di priorità tra tali interventi e politiche;
- valutazione degli esiti degli interventi e politiche attivati;
- comunicazione efficace di tale iter agli operatori e alla popolazione.

L'epidemiologia ha senso non come pura conoscenza, ma solo se serve a (se lavora nell'ottica di – se le viene consentito di) *modificare qualcosa* dentro l'organizzazione sanitaria e al suo esterno. Ad esempio, una delle più potenti – ed oggi trascurate – valenze dell'epidemiologia è di poter essere messa alla base di iniziative complessive di *attivazione sociale*, con la collettività nel suo insieme (e non solo la comunità scientifica, professionale o istituzionale) come percettrice di conoscenze epidemiologiche, produttrice di istanze ad esse collegate, verificatrice dell'effettuazione e dell'efficacia delle azioni necessarie in termini di salute.

### **3. Epidemiologia e gestione: l'epidemiologia dei servizi**

A valle di una determinata situazione epidemiologica di un territorio, registrata in termini di bisogni oggettivi (con il sistema di sorveglianza epidemiologica nel suo complesso) e in termini di domande soggettive di salute (rilevate in particolare con un sistema di ascolto diffuso sul modello di quello ipotizzato per l'Oip), per *epidemiologia dei servizi* può essere intesa in senso generale la registrazione di tutto ciò che attiene alla possibilità dei servizi di far fronte a tale situazione epidemiologica, e dei risultati che essi ottengono in tale fronteggiamento.

Dell'epidemiologia dei servizi fanno dunque parte in generale:

- le rilevazioni degli *assetti organizzativi* e delle *risorse* di strutture e servizi: *finanziarie*, di *personale* (numeriche ma anche qualitative in termini di conoscenze, motivazioni, clima organizzativo, ecc.), di *strutture*, di *strumentazioni*, di *assetto organizzativo*, di *credibilità e consenso* (atteggiamenti e stili di vita della popolazione verso il Ssn) dei servizi.

Tali rilevazioni delle risorse si riferiscono in particolare alle loro *caratteristiche*, alla loro *necessità* (correlata alla situazione epidemiologica) e alla loro effettiva *disponibilità*;

- le rilevazioni quali-quantitative dell'*attività* di strutture e servizi, ossia del loro *funzionamento* (come) e della loro *utilizzazione* (quanto), riferita agli interventi, prestazioni, ecc. da essi messi in atto con le risorse disponibili.

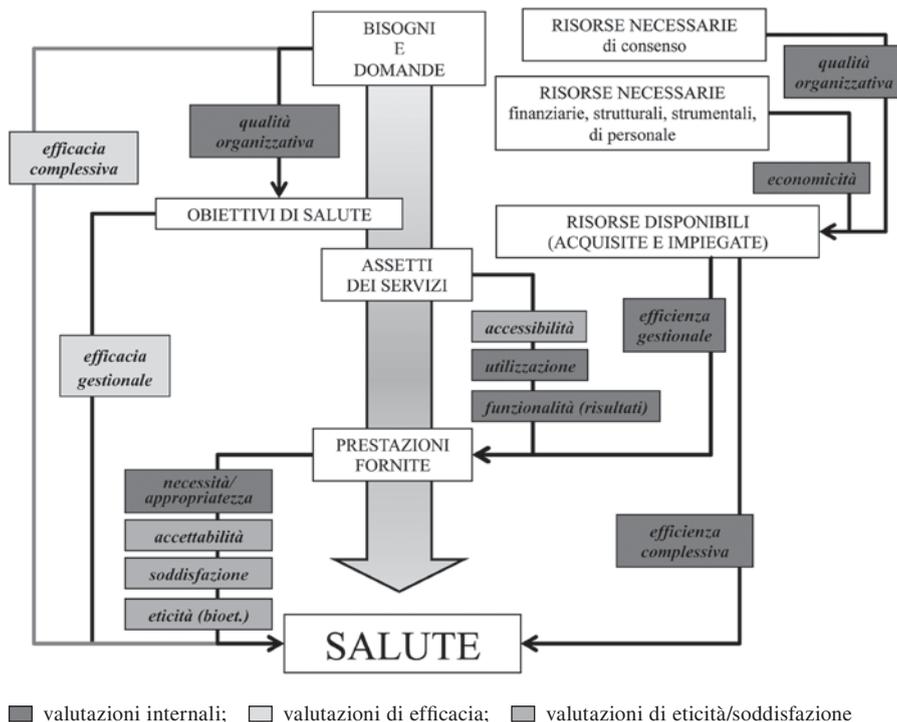
Tali rilevazioni, utilizzabili prevalentemente per valutazioni gestionali, possono però talvolta essere importanti anche direttamente a fini di salute, in particolar modo quando forniscono informazioni che hanno ricadute immediate sulla salute (ad esempio dati di consumo di farmaci, di durata delle liste d'attesa, ecc.); mentre dati più prettamente di efficienza, ad esempio dati finanziari o di utilizzazione ecc., possono essere interessanti agli stessi fini ad esempio sia perché, se comparati come serie storiche, essi possono fornire indicazioni sull'interesse/attenzione/livello di intervento riservato ai diversi settori ("numero di interventi per...", o anche: "spesa per... diminuita/aumentata rispetto agli scorsi anni", ecc.); sia perché, se considerati nella loro attualità, possono dare origine a valutazioni di congruità basate sul confronto con gli *standard* scientifici e con le esigenze epidemiologicamente dimostrabili di interventi in quei settori ("numero di addetti inferiore/superiore a 1 ogni "x" mila abitanti, dunque insufficiente/sufficiente per...", ecc.);

- la rilevazione dei *risultati* delle attività di strutture e servizi, in termini sia di rilevazioni dei risultati "*gestionali*" (*prestazioni, interventi, ecc.*), sia di rilevazioni della soggettività di pazienti, utenti, cittadini intorno a tali risultati, sia di *eticità* (accessibilità, accettabilità, rispondenza a canoni bioetici, ecc.) sia di soddisfazione/gradimento delle attività esplicate.

### 3.1. La valutazione

Con i dati di epidemiologia dei servizi è possibile compiere una serie di importanti valutazioni del sistema sanitario e delle sue attività (fig. 1).

Fig. 1 - Valutazione in sanità



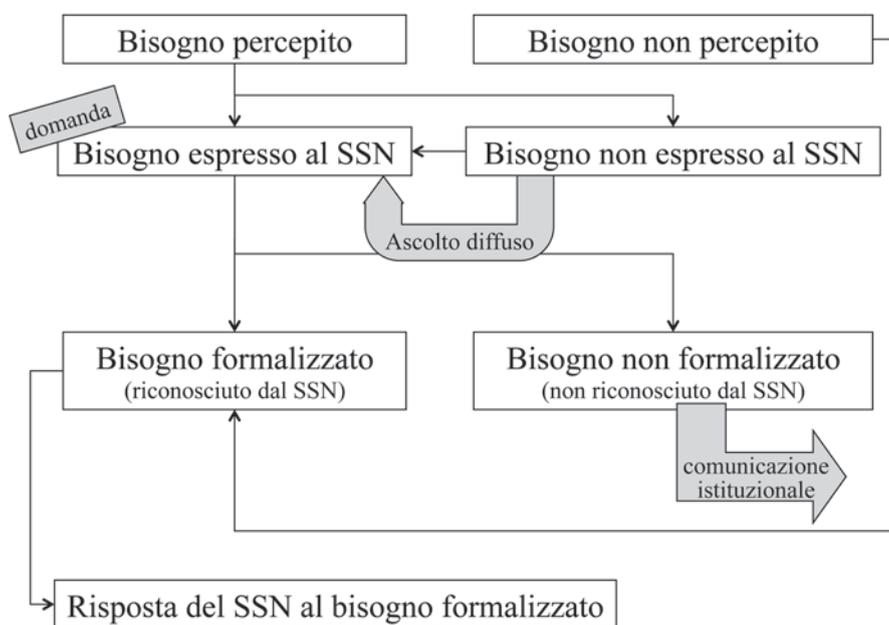
Come sopra accennato, è diffusa però oggi la tendenza a privilegiare tra tutte quelle possibili le valutazioni genericamente definibili “di efficienza”, ossia centrate sull’analisi dell’uso delle risorse; per efficienza infatti si intende il rapporto tra le risorse utilizzate e l’obiettivo conseguito con tale utilizzo; sia esso un obiettivo “internale” di puro funzionamento dei servizi, ossia i risultati “gestionali” degli interventi, quello che gli inglesi definiscono *output* (e questa valutazione può essere dunque definita di *efficienza gestionale*); siano essi i ben più rilevanti effetti di salute prodotti dai risultati dei servizi, cioè quello che gli inglesi definiscono *outcome* (e questa valutazione definisce l’*efficienza complessiva* del sistema).

Insieme alle valutazioni di efficienza si privilegiano oggi anche le valutazioni di *funzionalità* del sistema, sul modello dei Lea (Livelli essenziali di assistenza), ossia la rilevazione di quanto un sistema sanitario sia in grado di produrre una serie di prestazioni attese, dalle quali ci si aspetta “per definizione” una ricaduta importante in termini di salute prodotta; ed anche le valutazioni di *economicità*, ossia la capacità di acquisire nella maniera più economica possibile le risorse materiali necessarie al funzionamento.

In realtà, molte altre sono le valutazioni che potrebbero e dovrebbero essere compiute su un sistema sanitario per vagliarne tutte le caratteristiche e la capacità di procedere correttamente lungo l'iter (identificazione di bisogni e domande – fissazione di obiettivi di salute – acquisizione delle risorse necessarie – predisposizione di idonee strutture di servizio – approntamento di adeguati interventi – fornitura di prestazioni – soddisfacimento delle domande e dei bisogni) che definisce un corretto intervento sanitario.

Può ad esempio essere valutata la capacità di produrre in massimo grado la risorsa fondamentale del *consenso*; e tale ultima risorsa è tanto cruciale che la capacità di produrla può essere considerata sensibilissimo indicatore di *qualità organizzativa*, insieme alla corretta conduzione di un altro momento tipico per le attività sanitarie, ossia la *gestione di bisogni e domande* (fig. 2) in modo da identificarli correttamente e strutturare le risposte di servizio più adeguate.

Fig. 2 - Bisogni e domande



A tal proposito, in estrema sintesi può essere ricordato che un bisogno di salute può essere *percepito* (ossia identificato dai cittadini come tale) o anche *non percepito*; ossia esso può esistere di fatto, ma non essere vissuto come tale dai cittadini cui si riferisce. In tal caso, la sua individuazione è responsabilità dei professionisti della sanità pubblica. Un bisogno percepito può

essere tradotto dai cittadini in domande di aiuto per migliorare la propria salute (*bisogno espresso*) oppure anche non tradotto in domanda, e manifestato tutt'al più in forma indiretta come disagio, rivendicazione, instabilità sociale o non manifestato del tutto (*bisogno non espresso*); in tal caso responsabilità dei professionisti della sanità pubblica è favorirne l'espressione (in particolare attraverso l'azione del sistema di comunicazione). In seguito alla sua espressione, un bisogno può essere riconosciuto come effettivamente tale dai professionisti della sanità pubblica (e in tal caso si parla di bisogno *formalizzato*) o anche considerato non attinente primariamente al sistema sanitario (*bisogno non formalizzato*): ai bisogni formalizzati è necessario rispondere identificando gli interventi più appropriati per soddisfarli, mentre dei bisogni non formalizzati è necessario fare oggetto di relazioni comunicative, professionali, istituzionali con le altre articolazioni dell'organizzazione statale che possano farvi fronte, dal sistema di assistenza sociale a quello scolastico, ecc.

Sul funzionamento dei servizi possono essere compiute anche due altre importanti valutazioni: la *necessità* delle attività che essi mettono in campo in relazione a standard di evidenza, anche questo considerabile un importante indicatore di qualità organizzativa; e la loro *eticità*, giudicata sia in termini di riferimenti dottrinali, sia dalla loro *accessibilità* – oltre che fisica ed organizzativa anche intesa in termini di equità di accesso per tutti – sia come interlocuzione territoriale circa la loro *accettabilità* e il loro *gradimento/soddisfazione* da parte dei cittadini.

Ma, come detto, in un sistema sanitario le valutazioni davvero irrinunciabili e cruciali sono quelle di *efficacia*, ossia la valutazione di quanto il sistema sia appunto efficace, cioè di quanto riesca a conseguire i suoi obiettivi di salute (*efficacia gestionale*), e più in generale – e “madre di tutte le valutazioni” – di quanto riesca a soddisfare bisogni e domande di salute (*efficacia complessiva*), soddisfacendo così il motivo stesso per cui tutto il sistema è stato attivato: produrre salute.

Non è detto cioè che a buoni livelli di efficienza corrispondano buoni livelli di efficacia (a titolo esemplificativo si pensi ad un sistema di perfetta funzionalità internale, mirato però su obiettivi non coerenti con i bisogni e le domande di salute; come potrebbe essere un efficientissimo ambulatorio per la cura della febbre gialla in Scandinavia; mentre invece è assolutamente detto che, se non serve a produrre la massima efficacia di salute possibile, non si vede a cosa possa servire un sistema sanitario).

#### **4. Conclusioni: il ruolo dell'Oip**

Per condurre in maniera pienamente soddisfacente e pressoché esaustiva tutte le attività epidemiologiche cui si è fin qui accennato (tab. 2), è in conclusione evidente come debbano coesistere e collaborare un sistema di

Tab. 2 - Ipotesi schematica di articolazione dei vari sistemi Asl di raccolta dati

a) RACCOLTA DATI

Continua	Sistema Stabile	Collegamenti stabili con le fonti dei dati
		Indicatori di salute/malattia fisica ( <b>indicatori di efficacia</b> )
		Indicatori di salute/malattia/disagio psichici ( <b>indicatori di efficacia</b> )
		Indicatori di benessere/disagio sociale ( <b>indicatori di efficacia</b> )
		Indicatori soggettivi di salute ( <b>indicatori qualitativi</b> )
	1.1. Sorveglianza epidemiologica (epidemiologia e prevenzione)	<b>Indicatori ambientali “classici”</b>
		<b>Indicatori di contesto</b> per l’individuazione di fattori di rischio e determinanti positivi di salute “ambientali” in senso lato ( <i>Analisi metadisciplinare</i> )
		<b>Indicatori di atteggiamenti e stili di vita della popolazione verso la salute</b> ( <i>Sistema sociologico</i> )
		<b>Indicatori di disuguaglianze</b> sociali e sanitarie ( <i>Sistema sociologico</i> )
		<b>Indicatori di capitale sociale</b> ( <i>Sistema sociologico</i> )
		<b>Indicatori di domande e attese di salute</b> espresse e inesprese della popolazione ( <i>Sistema di ascolto diffuso</i> )
1. Completa		<b>Ind. di soggettività degli operatori e clima organizzativo*</b>
		<b>Indicatori di risorse</b> finanziarie*, di personale*, strumentali*, strutturali* (standard)
	Situazione dei servizi	Disponibilità risorse di credibilità e consenso ( <b>indicatori di atteggiamenti e stili di vita della popolazione verso il Ssn</b> ) ( <i>Sistema sociologico</i> )*
	1.2. Epidemiologia dei servizi (epidemiologia e gestione)	<b>Indicatori di assetti organizzativi</b> (standard)*
		<b>Indicatori gestionali</b> di funzionamento/ utilizzazione strutture e servizi (interventi, attività, prestazioni, ecc.)*
	Attività dei servizi	<b>Indicatori di risultati</b> “di servizio” del funzionamento
		<b>Indicatori soggettivi (qualitativi) di efficacia percepita e gradimento</b> del funzionamento ( <i>Sistema di ascolto diffuso</i> )

Tab. 2 - segue

2. Finalizzata	2.1. Epidemiologia e prevenzione	Analisi di rischio e conseguente identificazione di interventi mirati di sanità pubblica
		Valutazione e riprogrammazione delle attività in termini di salute
	2.2. Epidemiologia e gestione	Comunicazione agli operatori e alla popolazione
		Analisi della necessità degli interventi ( <b>indicatori Ebp, Ipest*</b> ) e loro programmazione
		Valutazione e riprogrammazione delle attività in termini gestionali
Comunicazione agli operatori e alla popolazione		

#### b) GESTIONE DATI

Architettura informatica	Alimentazione programmata
	Controllo di qualità costante
	Consultabilità diffusa
Diffusione attiva	Bollettino epidemiologico
	Incontri ad hoc esterni e interni
	Presentazione Rss
Indicazioni operative	Epidemiologia consequenziale
Formazione e ricerca	Centro di documentazione
	Indicatori di bisogni formativi
	Iniziative formative e motivazionali

N.B.: Su fondo grigio le attività garantite/garantibili per i Dipartimenti dalle rilevazioni Oip; con asterisco le rilevazioni fin qui già affrontate

sorveglianza epidemiologica ed uno di epidemiologia dei servizi, che integrino un sistema comunicativo ed un sistema di analisi sociologica anch'essi tra loro integrati.

Senza addentrarsi in ipotesi di ingegneria organizzativa, in questo schema di larghissima massima in cui sembra naturale pensare ad una unità/servizio di epidemiologia come primo referente, grazie al suo lavoro decennale l'Oip può candidarsi come possibile, generale modello di riferimento per molteplici aspetti (vedi fig. 6, p. 44), a partire dall'epidemiologia dei servizi del Dipartimento di prevenzione, come rappresentato in tabella 2.

Una indicazione utile dunque per gli sviluppi dell'impegno Oip, nel quadro di quelle riportate nella prima parte di questo volume, può essere considerata dunque anche quella di promuovere un impulso alla *configurazione di ipotesi parallele di sistemi di rilevazione epidemiologica, di sistemi di analisi sociologica e di comunicazione sanitaria, e di sistemi e iniziative formative*, la cui azione a sua volta sembra indispensabile per lo sviluppo delle stesse attività Oip, oltre che per fornire un contributo completo alle attività di programmazione e valutazione delle attività sanitarie.

## **Allegato: rassegna delle fonti dei dati\***

### **1. Riferimenti istituzionali internazionali e nazionali**

In questo paragrafo viene presentata una rassegna delle principali fonti istituzionali internazionali (Ocde) e nazionali che possono contenere dati potenzialmente utili al *sistema di sorveglianza epidemiologica (d'ora in avanti definito per brevità Sse)*, in termini di:

- *confronti, standard e indicatori* (tali dati, nella grande maggioranza dei casi, possono costituire riferimenti utili innanzitutto per selezionare gli indicatori da usare per le rilevazioni del Sse, in modo da renderle omogenee e confrontabili a livello nazionale, e poi appunto per confrontare i loro livelli con i livelli rilevati nel Sse);
- *integrazione dati* (in altri casi, in alcune di tali fonti è possibile reperire dati disaggregati a livello provinciale, che possono dunque direttamente essere integrati nel Sse);
- *rilevazione in loco* (in altri casi ancora, le fonti sono costituite da rilevazioni istituzionali condotte sul territorio nazionale, cui – nei casi in cui ancora ciò non accada – sarebbe opportuno che ogni Asl partecipasse, integrando poi i risultati delle rilevazioni nel Sse).

\* Questo allegato riprende e rielabora il contenuto di: F. Calamo-Specchia, V. Bianco, *Il Progetto "Atlante"*, Edizioni Grifo, Lecce, 2016. I dati e le notizie presentati nell'allegato sono aggiornati al 1.1.2016. In alcuni casi, per esigenze esplicative ed esemplificative, ci si è riferiti ad assetti organizzativi presenti nella Asl di Brindisi al momento della redazione de *Il Progetto "Atlante"*.

Tab. 1 - Principali riferimenti internazionali e nazionali

Fonte	Principali contenuti di interesse per il Sse	Uso prevalente nel Sse
Health at a glance (Ocde) <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Performance sanitarie</i> (speranza di vita alla nascita, aspettativa di vita in buona salute a 65 anni, sopravvivenza cancro cervice-colon/retto-seno, mortalità cardiovascolare)</li> <li>• <i>Stili di vita</i> (alcool, obesità, fumo)</li> <li>• <i>Dati su strutture e personale sanitario</i> (numero p.l. ospedalieri, medici, infermieri, RM, Tac)</li> </ul>	Confronti, standard e indicatori
Siti di Ministero della Salute, Agenas, Iss, Cnesps, Epicentro	<i>Relazione sullo stato sanitario del Paese</i>	Confronti, standard e indicatori
Monitoraggio dei Lea	31 indicatori (vedi Tab. 1.1)	Rilevazione in loco
Programma Nazionale Esiti – Pne	42 indicatori di esiti dell'assistenza ospedaliera (vedi Tab.1.3)	Rilevazione in loco
Ccm-Ministero Salute, Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza epidemiologica e promozione della salute (Cnesps) dell'Iss	<i>Passi</i> <sup>2</sup> , <i>Passi d'argento</i> <sup>3</sup> (salute e rischio percepito)	Rilevazione in loco
Cnesps dell'Iss	<i>Okkio alla salute</i> <sup>4</sup> (alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria)	Rilevazione in loco
Hbsc <sup>5</sup>	Comportamenti a rischio nei bambini della scuola secondaria di 11-15 anni di età	Rilevazione in loco
Inail	<i>Informo</i> (infortuni mortali sul lavoro)	Confronti, standard e indicatori

1. Rapporto annuale dell'Ocde sugli indicatori di salute e di funzionalità dei sistemi sanitari nei 34 Paesi europei membri.

2. Rileva tramite somministrazione telefonica di un questionario le percezioni dei cittadini (18-69 anni) sul proprio stato di salute e su diversi comportamenti a rischio.

3. Indagine periodica sulla qualità della vita nella popolazione ultra64enne suddivisa in 4 sottogruppi (in buona salute a basso rischio di malattie, in buona salute a rischio di malattia, a rischio di disabilità, con disabilità).

4. Raccoglie informazioni su abitudini alimentari e sedentarietà tramite un questionario riempito dai bambini in classe ed uno indirizzato ai genitori.

5. Studio multicentrico internazionale basato su questionari somministrati a scuola.

Tab. 1 - segue

Fonte	Principali contenuti di interesse per il Sse	Uso prevalente nel Sse
Inail	<i>Malprof</i> (sorveglianza epidemiologica delle malattie professionali)	Confronti, standard e indicatori
Ministero della Salute, Ministero del Lavoro, Istituto Nazionale Tumori-Milano, Fondazione Maugeri-Pavia, Università di Pavia	<i>Occam-OCcupational CAncer Monitoring</i> (rischio per i tumori di origine occupazionale per Provincia e Regione, sede d'insorgenza della malattia e comparto produttivo)	Confronti, standard e indicatori Integrazione dati
Haccp <sup>6</sup>	Autocontrollo dei produttori sui "punti della lavorazione" degli alimenti in cui si prospetta un rischio di contaminazione	Rilevazione in loco
Governo italiano	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sistema Reach</i> (regolamento per la registrazione, valutazione, autorizzazione e restrizione delle sostanze chimiche), cui fanno capo: <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Base dati Sostanze Chimiche</i> dell'Iss (riporta le informazioni relative a 104.853 sostanze chimiche di cui 8.000 classificate ed etichettate)</li> <li>– <i>Banca dati delle sostanze vietate o in restrizione</i> del Ministero dell'Ambiente (raccoglie le informazioni relative alle sostanze soggette ad obblighi stabiliti da norme europee)</li> <li>– <i>Banca dati Cancerogeni</i> dell'Iss (presenta classificazioni e valutazioni formulate dagli Enti che a livello internazionale si occupano di identificare e classificare i pericoli di cancerogenicità di agenti ed esposizioni cancerogene)</li> <li>– <i>Banca dati Sensibilizzanti</i> dell'Iss (presenta classificazioni e valutazioni formulate da Istituzioni pubbliche e private che a livello internazionale si occupano di identificare e classificare il potenziale sensibilizzante di agenti, sia in ambienti di lavoro che di vita)</li> </ul> </li> </ul>	Confronti, standard e indicatori Rilevazione in loco

6. *Hazard Analysis and Critical Control Points*, Analisi dei Pericoli e dei Punti Critici di Controllo.

Tab. 1 - segue

Fonte	Principali contenuti di interesse per il Sse	Uso prevalente nel Sse
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Database Ecotossicologico sulle Sostanze Chimiche Desc</i> del Ministero dell'Ambiente e <i>Archivio preparati pericolosi</i> dell'Iss (contengono le principali informazioni chimico-fisiche, ecotossicologiche e di destino ambientale delle sostanze chimiche pericolose)</li> </ul>	
Siveas (sistema di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria attivato dal Ministero della Salute)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Monitoraggio dei Lea</i></li> <li>• <i>Valutazione degli esiti dei trattamenti e valutazione della qualità percepita</i></li> <li>• <i>Promozione e valutazione dell'appropriatezza clinica</i> (continuità assistenziale e percorsi assistenziali, checklist per la sicurezza in sala operatoria, linee guida su tonsillectomia, antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto, sindrome influenzale, diagnostica per immagini, test preoperatori)</li> <li>• <i>Accessibilità</i> (analisi delle disuguaglianze sociali e territoriali sullo stato di salute e l'accesso ai servizi sanitari)</li> <li>• <i>Confronti internazionali e integrazione delle Basi Dati</i></li> </ul>	Confronti, standard e indicatori
Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese	<p><i>Analisi sociologiche</i> (in particolare, nel 2015: welfare e sanità, con dati e approfondimenti su atteggiamenti e gradimento di cittadini e utenti, comunicazione in sanità, tempi di attesa, informazione sulle vaccinazioni, assistenza ai non autosufficienti, ecc.)</p>	Confronti, standard e indicatori
Rapporto sui farmaci Aifa sull'uso dei farmaci in Italia	<p><i>Rapporto OsMed</i> (Descrizione dell'utilizzazione dei medicinali a livello nazionale e regionale)</p>	Confronti, standard e indicatori
Università Cattolica-Roma	<p><i>Osservasalute</i> (Dati diversi su sanità e salute)</p>	Confronti, standard e indicatori
Consorzio Universitario per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (Crea Sanità), Università di Tor Vergata-Roma	<p><i>Rapporto sanità</i> (Dati diversi su sanità e salute)</p>	Confronti, standard e indicatori

Tab. 1 - segue

<i>Fonte</i>	<i>Principali contenuti di interesse per il Sse</i>	<i>Uso prevalente nel Sse</i>
Era-Epidemiologia e ricerca applicata, Università Tor vergata-Roma – Istat – Nebo ricerche	<i>Rapporto Mev</i> (ospedalizzazione e mortalità evitabili)	Confronti, standard e indicatori
Cergas-Centro ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale, Università Bocconi-Milano	<i>Rapporto annuale Oasi-Osservatorio sulla funzionalità delle aziende sanitarie italiane</i> (prestazioni di laboratorio e di radiologia, strutture residenziali per anziani, servizi di assistenza territoriale, reti cliniche in oncologia, Pdta ospedalieri, ecc.)	Confronti, standard e indicatori

Tab. 1.1 - Indicatori Lea di interesse del Sse

N.	Area	Descrizione
1-3	Prevenzione	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copertura vaccinale in bambini (Pdt, epatite B, pertosse, Haemophilus influenzae b, Mpr) e ultra-65nni</li> </ul>
4	Prevenzione	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copertura screening cervicce uterina, mammella, colon-retto</li> </ul>
5	Prevenzione	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicatore composito sugli stili di vita (vedi Tab. 1.2)</li> </ul>
6	Prevenzione luoghi di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> <li>Percentuale di unità controllate sul totale da controllare</li> </ul>
7-9	Prevenzione Sanità Animale	<ul style="list-style-type: none"> <li>% allevamenti controllati (Tbc, brucellosi)</li> <li>Riduzione della prevalenza</li> </ul>
10-11	Prevenzione salute degli alimenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>% campioni analizzati (per contaminanti) sul totale dei campioni programmati dal PN Residui</li> <li>% campionamenti in esercizi commerciali sul totale dei programmati</li> </ul>
12	Distrettuale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tassi specifici per patologie evitabili in ricovero ordinario: asma pediatrico, complicanze del diabete, scompenso cardiaco, infezioni delle vie urinarie, polmonite batterica nell'anziano, Bpco</li> </ul>
13-15	Distrettuale anziani	<ul style="list-style-type: none"> <li>% ultra-65nni in Adi</li> <li>Numero posti in strutture residenziali ogni 1.000 anziani residenti</li> </ul>
16-19	Distrettuale disabili	<ul style="list-style-type: none"> <li>N. posti in strutture per disabili × 1.000 residenti</li> </ul>
20	Distrettuale malati terminali	<ul style="list-style-type: none"> <li>Posti letto in Hospice sul totale morti per tumore (× 100)</li> </ul>
21	Distrettuale farmaceutica	<ul style="list-style-type: none"> <li>% consumo farmaci Pht</li> </ul>
22	Distrettuale specialistica	<ul style="list-style-type: none"> <li>N. RM ambulatoriali x 100 residenti</li> </ul>
23	Distrettuale Salute Mentale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utenti in carico nei centri di salute mentale × 100.000 abitanti</li> </ul>
24-30	Ospedaliera	<ul style="list-style-type: none"> <li>T. ospedalizzazione per età × 1.000 residenti</li> <li>T. ricovero diagnostico diurno × 1.000 residenti</li> <li>T. accessi di tipo medico × 1.000 residenti</li> <li>% ricoveri chirurgici sul tot. dei ricoveri</li> <li>Rapporto tra ricoveri a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e non</li> <li>% parti cesarei</li> <li>% ultra-65enni con frattura collo femore operati entro 2 giorni</li> </ul>
31	Emergenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervallo allarme-intervento dei mezzi di soccorso<sup>7</sup></li> </ul>

7. Di particolare interesse è anche la rilevazione della percentuale di gravità degli accessi (*triage*), e una loro classificazione per patologia.

Tab. 1.2 - Indicatore composito sugli stili di vita

Per ogni soggetto intervistato in una popolazione (*ad esempio gli assistiti di un Medico di base*) si sommano i punteggi relativi a quattro variabili, definiti come sotto riportato, ottenendo un valore da 0 a 6.

#### Punteggi

##### *Fumo*

- 0 = Mai fumatore o ex-fumatore
- 1 = Fumatore moderato (< 20 sigarette)
- 2 = Fumatore forte ( $\geq 20$  sigarette)

##### *Eccesso ponderale*

- 0 = Normopeso o sottopeso (Bmi < 25 kg/m<sup>2</sup>)
- 1 = Sovrappeso (Bmi: [25.0-29.9] kg/m<sup>2</sup>)
- 2 = Obeso (Bmi  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>)

##### *Alcol*

- 0 = Astemio o consumo moderato
- 1 = Consumo a rischio (abituamente elevato, binge drinking, fuori pasto)

##### *Sedentarietà*

- 0 = Parzialmente attivi (nessuna attività lavorativa pesante ma attività fisica nel tempo libero, al di sotto di 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana o di 20 minuti di attività intensa per almeno 3 giorni settimana) o attivi (attività lavorativa pesante o valori di attività fisica superiori)
- 1 = Sedentari (nessuna attività lavorativa pesante né nel tempo libero)

Si suddivide la popolazione degli intervistati in classi di punteggio (n. di soggetti con 0 punti, n. di soggetti con 1 punto, n. di soggetti con 2 punti, ecc.) e si calcola la prevalenza della popolazione con valore maggiore o uguale a 2.

Più è alta la percentuale delle persone con punteggio maggiore o uguale a 2, più la popolazione presenta comportamenti a rischio.

*L'indicatore viene calcolato a livello centrale (Ufficio IX della DG prevenzione del Ministero della Salute) sulla base dei dati dell'Indagine multiscopo annuale "Indagine Aspetti della vita quotidiana" e del sistema di sorveglianza Passi, forniti rispettivamente dall'Istat e dal Cnesps; ed è utilizzato come indicatore dell'efficacia degli interventi di prevenzione e di promozione di stili vita salutari messi in atto dalle Regioni, ponendo come denominatore il totale della popolazione di 18-69 anni residente nella Regione*

Tab. 1.3 - Indicatori Programma Nazionale Esiti (Pne)

1. Ima <sup>8</sup> : mortalità a 30 giorni dal ricovero	18. Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata: mortalità a 30 giorni
2. Ima senza esecuzione di Ptca <sup>9</sup> : mortalità a 30 giorni dal ricovero	19. Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni
3. Ima con esecuzione di Ptca entro 48 ore: mortalità a 30 giorni dal ricovero	20. Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni dal ricovero
4. Ptca eseguita oltre 48 ore dal ricovero per Ima: mortalità a 30 giorni dall'intervento	21. Rivascolarizzazione carotidea: riammissioni ospedaliere per ictus entro 30 giorni
5. Ima: proporzione di trattati con Ptca entro 48 ore	22. Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero
6. Ima: proporzione di ricoveri successivi entro 2 giorni	23. Ictus: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
7. Ima: proporzione di Ptca eseguite nel ricovero indice o in un ricovero entro 7 giorni	24. Bpco <sup>12</sup> riacutizzata: mortalità a 30 giorni dal ricovero
8. Ima: mortalità a 12 mesi dal ricovero	25. Bpco riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
9. Macce <sup>10</sup> entro 12 mesi da un ricovero per Ima	26. Proporzione di colecistectomie laparoscopiche
10. Stemi <sup>11</sup> : mortalità a 30 giorni osservata	27. Colecistectomia laparoscopica: degenza totale
11. No Stemi: mortalità a 30 giorni osservata	28. Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 4 giorni
12. Ima a sede non specificata: mortalità a 30 giorni osservata	29. Colecistectomia laparoscopica: complicanze a 30 giorni
13. Stemi: proporzione di Ptca osservata	30. Colecistectomia laparoscopica: altro intervento a 30 giorni
14. No Stemi: proporzione di Ptca osservata	31. Proporzione di parti con taglio cesareo primario
15. Ima a sede non specificata: proporzione di Ptca osservata	32. Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni dal ricovero
16. Ptca eseguita per condizione diverse dall'Ima: mortalità a 30 giorni	33. Frattura del collo del femore: tempi di attesa per intervento chirurgico
17. Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni	

8. Infarto miocardico acuto.

9. Angioplastica coronarica transluminale percutanea.

10. Eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari.

11. Infarto miocardico acuto con soprasslivellamento del tratto ST.

12. Broncopneumopatia cronico-ostruttiva.

Tab. 1.3 - segue

34. Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	39. Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del colon
35. Frattura della Tibia/Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	40. Intervento isolato per tumore maligno del colon: proporzione di interventi in laparoscopia
36. Intervento di artroscopia di ginocchio: re-intervento entro 6 mesi	41. Mortalità a trenta giorni dall'intervento isolato per tumore maligno del retto
37. Tumore maligno del polmone: mortalità a trenta giorni dall'intervento	42. Intervento isolato per tumore maligno del retto: proporzione di interventi in laparoscopia
38. Mortalità a trenta giorni dall'intervento per tumore gastrico maligno	

## 2. Registri di patologia

Anche la rilevazione dei principali registri di patologia attivi in Italia può avere un triplice senso per il Sse:

- sia innanzitutto stimolare alla *attivazione in loco o alla partecipazione alle rilevazioni nazionali* di registri importanti non ancora presenti;
- sia in termini di possibilità di *effettuare confronti e trarre standard* dai dati in essi riportati, dagli indicatori e dai metodi di rilevazione utilizzati;
- sia per trarne *dati da integrare nel Sse* (nei casi in cui i dati del registro siano disaggregati a livello territoriale).

Tab. 2 - Principali registri di patologia attivi in Italia

1. Europeo dello stroke (Eros)	13. Italiano ipotiroidismi congeniti nei bambini (Inrich)
2. Multinazionale occlusione cronica totale (Cto)	14. Italiano kernittero da iperbilirubinemia
3. Italiano artriti giovanili	15. Italiano osteomieliti e infezioni protesiche
4. Italiano artroprotesi (Riap)	16. Italiano pacemaker (Rip)
5. Italiano biopsie renali	17. Italiano pacemaker e defibrillatori impiantabili (Riprid)
6. Italiano deficit di alfa1-antitripsina	18. Italiano patologie infettive in età pediatrica (Lyme e tubercolosi)
7. Italiano dialisi e trapianto	19. Italiano psoriasi
8. Italiano echinococcosi cistica (Riec)	20. Italiano sclerosi multipla
9. Italiano endocardite infettiva	21. Italiano scompenso cardiaco
10. Italiano farmaci biologici (Gisea)	22. Italiano vaccini
11. Italiano impianti cocleari	23. Nazionale Aids
12. Italiano impianto di valvola aortica transapicale (I-TA)	

Tab. 2 - segue

24. Nazionale donatori di midollo osseo	34. Nazionale procreazione medicalmente assistita
25. Nazionale e regionale del sangue e del plasma	35. Nazionale protesi aortiche addominali
26. Nazionale farmaci orfani	36. Nazionale psoriasi (Psocare)
27. Nazionale fibrillazione atriale (Arapacis)	37. Territoriali malformazioni congenite (Lombardia, Nordest Italia – Nei, Emilia-Romagna – Imer, Toscana – Rtdc, Campano – BDRReCam, Indagine siciliana – Ismac)
28. Nazionale ipotiroidismi congeniti (Rnic)	38. Territoriali tumori, generalI e per localizzazione (principalmente <i>cervice uterina, colon, emo-linfopoietici, mammella, naso-sinusalì</i> ) – Aiom – Airtum
29. Nazionale legionellosi	39. Chirurgia cardiaca in Emilia (Reric)
30. Nazionale malattie neuromuscolari	40. Diabete tipo 1 in Sardegna
31. Nazionale malattie rare	41. Stroke Brescia
32. Nazionale pazienti con artrite reumatoide, spondilite anchilosante e artrite psoriasica in trattamento farmacologico biologico (Monitornet)	42. Stroke Toscana
33. Nazionale pazienti con malattie rare, per patologia ( <i>amiotrofia spinale – Sma, distrofia di Duchenne – Dmd, distrofia di Becker – Bmd</i> )	

### 3. Rilevazioni epidemiologiche ad hoc

La rassegna di rilevazioni epidemiologiche riportata in tab. 3 deriva dalle segnalazioni contenute nei dati presentati nel 2015 dall'Osservatorio italiano prevenzione – Oip<sup>13</sup>, che li ha ottenuti da oltre il 60% delle Asl italiane.

Tali rilevazioni epidemiologiche, essendo state condotte prevalentemente a livello delle differenti Asl italiane, non possono offrire *dati da integrare nel Sse*, ma possono essere utilissimi per individuare ambiti e modelli per attivare studi epidemiologici ad hoc nei diversi territori, e per avere poi la possibilità di *effettuare confronti e trarre standard* sui risultati ottenuti.

Tab. 3 - Principali rilevazioni epidemiologiche ad hoc effettuate in Italia

1. Abuso alcol e sostanze	21. Atteggiamento dei medici verso il fumo
2. Allattamento al seno	22. Aviaria
3. Allevatori	23. Celiaci
4. Ambienti a rischio	24. Censimento aziende a rischio
5. Amine aromatiche	25. Cloruro di vinile
6. Analisi dati di mortalità	26. Comportamenti a rischio
7. Analisi dati di natalità	27. Copertura screening odontoiatrico
8. Analisi dati di natimortalità	28. Copertura screening oncologici
9. Analisi dei Pdta	29. Copertura vaccinale
10. Analisi dei ricoveri	30. Diabetici
11. Analisi della neuropsichiatria infantile	31. Esposizione ad amianto
12. Analisi della psichiatria	32. Esposizioni varie
13. Analisi della specialistica ambulatoriale	33. Esposti ai cancerogeni
14. Analisi delle attività sanitarie	34. F.d.r. Fisici
15. Analisi demografiche	35. Fragilità
16. Antibioticoresistenza	36. Fruttori mense
17. Aree ad alto rischio	37. Incidenti domestici
18. Aree dismesse	38. Incidenti stradali
19. Aree industriali	39. Infertilità
20. Arsenico	40. Infortuni

13. F. Calamo-Specchia, A.L. Nicelli, M. Valsecchi, *L'Osservatorio italiano prevenzione (Oip) 2015: storia, risultati, prospettive*, in M. Bassi, F. Calamo-specchia et. al. (a cura di), *Rapporto prevenzione 2015 – Nuovi strumenti per una prevenzione efficace*, FrancoAngeli, Milano, 2015.

Tab. 3 - segue

41. Inquinanti ambientali	64. Polveri varie
42. Inquinanti atmosferici	65. Popolazione infantile
43. Inquinanti organici in nullipare	66. Popolazione prossima ad un aeroporto
44. Lesioni da fuochi artificiali	67. Popolazione prossima ad un inceneritore
45. Ludopatia	68. Popolazione prossima ad un poligono militare
46. Malattia vescicolare	69. Popolazione prossima ad una discarica
47. Malattie amianto-correlate	70. Popolazione residente in aree agricole
48. Malattie cardiovascolari	71. Profilo di salute
49. Malattie infettive	72. Protesi d'anca
50. Malattie professionali	73. Radon
51. Malattie rare	74. Rischio cardiovascolare
52. Malattie trasmesse da alimenti	75. Rischio chimico (reach)
53. Malformazioni congenite	76. Rischio malattie emopoietiche
54. Mappa legionellosi	77. Sicurezza stradale
55. Mappe di rischio	78. Silice
56. Mesoteliomi	79. Sorveglianza dosimetrica
57. Metalli pesanti	80. Sorveglianza sanitaria
58. Monitoraggio biologico della popolaz. Femminile	81. Sostanze a rischio
59. Movimenti ripetuti arti superiori	82. Tallio
60. Mutilazioni femminili	83. TBC
61. Ondate di calore	84. Venditori di fitofarmaci
62. Onde elettromagnetiche	85. Viaggiatori
63. Ossido di carbonio	

#### 4. Studi di soggettività e percezione

La rilevazione della soggettività e delle percezioni di cittadini e utenti è ormai grande ed importante parte delle rilevazioni statistiche ed epidemiologiche correnti, occupando ad esempio ampio spazio nelle attività dell'Istat. Essa fa pienamente parte del Sse e può essere effettuata, come ricordato in precedenza, utilizzando *studi qualitativi*.

Tra gli indicatori – o per meglio dire le scale/questionari – utilizzabili negli studi qualitativi, quelli più ampiamente e stabilmente usati in studi internazionali e nazionali sono principalmente:

- Misure della Qualità di vita (*indici QoL*), che si riferiscono ad ambiti quali funzione fisica, funzione sociale, funzione cognitiva, consapevolezza di sé,

ansia/angoscia, dolore fisico, sonno/riposo, energia/affaticamento, percezione dello stato di salute generale, ecc.

Gli indici Qol possono essere:

- *generali multi-attributo* (relativi alla salute generale, come Qol, Euroqol, Eq-5d, Functional Independence Measure, Nottingham Health Profile, Quality Of Well-Being Scale, Short Form (Sf)-36, Sickness Impact Profile, Health Utilities Index, ecc.);
- *specifici* (relativi ad una particolare malattia, e finora sviluppati per angina, artrite, asma, epilessia, malattie cardiache, malattie renali, emicrania, sclerosi multipla, incontinenza urinaria, problemi visivi);
- dedicati in particolare alla *valutazione della salute degli anziani*, specie se istituzionalizzati (autonomia Adl, Activities of Daily Living, autosufficienza Bina, Breve Indice di Non Autosufficienza, funzioni cognitive Mmse, Mini Mental State Evaluation, grado di depressione Gds, Geriatric Depression Scale, ecc.);
- misure dello stato funzionale, o misure ponderate di sopravvivenza, note come health-adjusted life years (Haly), che misurano non solo la quantità di anni di speranza di vita, ma anche la loro dimensione qualitativa, o “stato funzionale”. Fra di essi i più utilizzati sono gli anni di vita ponderati per qualità della vita (quality-adjusted life years, Qaly) e gli anni di vita ponderati per disabilità (disability-adjusted life years, Daly), che sono principalmente utilizzati per misurare il carico di malattia della popolazione (BoD, burden of disease), utilizzato con lo scopo di quantificare il peso complessivo di una determinata malattia (la sofferenza e i gap di salute indotti, ecc.) in una popolazione.

Importante ambito di studi qualitativi e di utilizzo di indici QoL e Haly è la *Health Technology Assessment* (Hta), ossia la valutazione sistematica delle proprietà, degli effetti o di altri impatti della tecnologia sanitaria<sup>14</sup>, con lo scopo di fornire un supporto informativo alle decisioni che la concernono. Tale valutazione infatti va compiuta, oltre che in relazione a *caratteristiche tecniche, sicurezza, efficacia, efficienza, impatto economico* delle tecnologia, nche sugli *effetti etici, culturali, legali, socio-politici* che ne possono derivare.

Infine, campo per eccellenza di studi qualitativi è la rilevazione di *domande e attese di salute, le aspettative di intervento* presenti in utenti e cittadini e del *gradimento e accettabilità degli interventi* da parte degli utenti, ossia il marketing qualitativo che nessuna azienda commerciale si nega. Tale rilevazione può essere compiuta con questionari, “buche delle lettere” per segnalazioni anonime

14. Le tecnologie sanitarie comprendono non solo le attrezzature, i dispositivi medici, i farmaci e i prodotti biologici (vaccini, emoderivati, ecc.), ma anche i sistemi diagnostici, le strumentazioni e le tecnologie informatiche, le procedure mediche e chirurgiche, i sistemi di supporto (laboratorio clinico, sistema elettronico di cartelle cliniche, ecc.), i percorsi assistenziali e gli assetti strutturali, organizzativi e manageriali nei quali viene erogata l’assistenza sanitaria, i modelli organizzativi e gestionali sanitari (Drg, configurazioni di assistenza sanitaria alternativa, ecc.), e i programmi di salute pubblica.

e altre iniziative ad hoc, ma l'ideale sarebbe configurarla come sistema comunicativo di ascolto diffuso, formando ogni operatore ad utilizzare a tal fine ogni momento, ogni contatto, ogni rapporto nei diversi sfocciamenti del sistema; nella convinzione che la comunicazione profonda interpersonale sia il principale e più efficace meccanismo operativo della interfaccia Ssn/pazienti-parenti-utenti<sup>15</sup>.

Tab. 4 - Studi qualitativi di soggettività

<i>Fonte</i>	<i>Indicatori/questionari</i>	<i>Tipologia</i>	<i>Modelli di studio in cui possono essere utilizzati</i>
Istat, studi ad hoc	Scale di analisi della percezione dei fenomeni di rischio, salute, malattia		
Studi ad hoc	Misure della Qualità di vita (QoL)	Generali multi-attributo	Valutazione della tecnologia sanitaria (Hta, Health Technology Assessment)
		Specifici	
	Misure dello stato funzionale, o misure ponderate di sopravvivenza (Haly)	(Quality-adjusted life years, Qaly)	Calcolo del carico di patologia (BoD, burden of disease)
		(Disability-adjusted life years, Daly)	
Scale di valutazione di attese e soddisfazione			

15. Per una ipotesi organizzativa di sistema diffuso di ascolto in una Asl cfr. F. Calamo-Specchia, *Comunicazione profonda in sanità. Senso, verità, desiderio*, cit., parte II, cap. 5, §4 (*Un piano organizzativo per la comunicazione profonda: l'ascolto di pazienti, parenti, utenti*).

## 5. Flussi Asl

Le Asl sono produttrici di dati che vengono istituzionalmente indirizzati a numerosi referenti. I principali di tali obblighi informativi delle Asl sono riportati in Tab. 5. Nel quadro del Sse, tali flussi vanno analizzati per trarne riferimenti circa gli indicatori in essi utilizzati e i risultati delle rilevazioni.

Tab. 5 - Principali flussi di dati in uscita dalla Asl (obblighi informativi)

<i>Flusso</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Sistema ricevente</i>
Assistenza Specialistica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specialistica Ambulatoriale Interna</li> <li>• Specialistica Ospedaliera</li> <li>• Specialistica Privata Accreditata</li> </ul>	Msal <sup>16</sup> , Mef <sup>17</sup>
SDO <sup>18</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invio Schede Ospedaliere</li> </ul>	Msal
Assistenza Farmaceutica Territoriale Convenzionata	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricette Ssn (Farmaci fascia A)</li> <li>• Ricette Ssn (Presidi per Diabetici)</li> <li>• Buoni per prodotto celiaci</li> <li>• Ricette Pht<sup>19</sup></li> </ul>	Msal, Mef
Assistenza Domiciliare e Residenziale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tracciato Siad<sup>20</sup></li> </ul>	Msal
Accettazione d'Urgenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tracciato Emur<sup>21</sup></li> </ul>	Msal
Gravidanza e Nascita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modulo Cedap<sup>22</sup>/D11 e D12</li> </ul>	Oer <sup>23</sup> → Msal, Mef, Amm. Centrali
Sistema TS <sup>24</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variazione Anagrafica degli assistiti</li> <li>• Medici Prescrittori</li> <li>• Strutture accreditate e farmacie</li> <li>• Esenzione per reddito (Autocertificazione)</li> <li>• Allineamento Anagrafica del Sistema TS</li> </ul>	Mef
Anagrafe Strutture Sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anagrafe Strutture Sanitarie</li> </ul>	Msal
Assist. Riabilitativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presa in carico e prestazioni dell'assistito</li> </ul>	Msal
Dispositivi Medici e Contratti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Censimento annuale del consumo di dispositivi medici nell'ambito sanitario</li> </ul>	Msal

16. Ministero della salute.

17. Ministero economia e finanze.

18. Scheda dimissioni ospedaliere.

19. Piano terapeutico ospedaliero.

20. Sistema assistenza domiciliare.

21. Emergenza urgenza.

22. Certificato di assistenza al parto.

23. Osservatorio epidemiologico regionale.

24. Tessera sanitaria.

Tab. 5 - segue

<i>Flusso</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Sistema ricevente</i>
Monitoraggio tempi di attesa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cup<sup>25</sup> monitoraggio ex ante</li> <li>• delle liste di attesa</li> </ul>	Msal
Sistema Tossicodipendenze (Sesit Puglia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flusso Sind<sup>26</sup></li> </ul>	Msal
Emur 118	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tracciato Emur-118</li> </ul>	Msal
Sistema informatico della salute mentale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sism – Disamweb</li> </ul>	Msal
Prescrizione al Sistema TS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricette Specialistiche</li> <li>• e Farmaceutiche</li> </ul>	Msal, Mef

## 6. Fonti interne Asl

Ogni articolazione organizzativa della Asl è produttrice di dati di interesse per il Sse (tab. 6).

Tab. 6 - Fonti interne Asl

<i>Area – Fonte</i>	<i>Sub-area – Ambito dei dati</i>	<i>Struttura intermedia</i>	<i>Dati</i>
Aree di supporto e banche dati	Anagrafe assistiti (Informazioni acquisite dal Mef)		Dati relativi ai pz deceduti, Variazione Asl assistiti, Variazioni di residenza, Esenti per reddito
	Anagrafe assistiti (Informazioni prodotte)		Dati Anagrafici e Sanitari, Medico Scelto, Esenzione per patologia, Data iscriz. alla Asl, Residenza e Domicilio
	Anagrafe sanitaria		Posti Letto Day Hospital, Posti Ordinari, Posti Osservazione Breve, Tipo Codice Denominazione struttura, Comune, Asl di Competenza, Periodo di istituzione e chiusura della struttura

25. Centro unico prenotazione.

26. Sistema nazionale dipendenze.

Tab. 6 - segue

<i>Area – Fonte</i>	<i>Sub-area – Ambito dei dati</i>	<i>Struttura intermedia</i>	<i>Dati</i>
Pua <sup>27</sup> – Sistema Territoriale	Assistenza domiciliare (Siad)		Accesso, Tipo di assistenza erogata, Presa in carico ( <i>Anagrafica, Residenza, Patologie e valutazione</i> ), Eventi ( <i>Rivalutazione, Erogazione, Sospensione, Conclusione</i> )
	Ass. riabilitativa		Anagrafe strutture, presa in carico e servizi erogati
	Assistenza Residenziale e Semiresidenziale		Dati Anagrafici, Residenza, Tipologia prestazioni erogate, Ammiss. e dimissione dalla struttura, Valutaz. multidimensionale dell'individuo e dei suoi bisogni
	Hospice		Dati anagrafici, Prestazioni eseguite (esclusi dalla scheda i bisogni socio-assistenziali)
Reparto Ospedaliero	Gestione ricoveri		Sdo: Diagnosi principale e secondaria, Interventi e procedure eseguiti
	Gravidanza e nascita		Cdap: Dati Madre e Dati Bambino, Aborti Spontanei, Ivg
Emur	Pronto soccorso		Anagrafici, Evento Traumatico (orario, luogo, data, cure, diagnosi di dimissione e secondarie)
SISP <sup>28</sup> /Oer			Anagrafici, cause di morte (Recam <sup>29</sup> )
Oer			Mal. infettive, Protesi (intervento e tipo), Esenti ticket (anagrafica ed esenzione), Ricette territoriali, Prestaz. spec. ospedal., ambulatoriali (intra- ed extra-regionali, pubbliche e accreditate), Sdo area ricoveri e str. residenziali e semiresidenziali

27. Porta unica di accesso.

28. Servizio di igiene e sanità pubblica.

29. Registro cause di morte.

Tab. 6 - segue

<i>Area – Fonte</i>	<i>Sub-area – Ambito dei dati</i>	<i>Struttura intermedia</i>	<i>Dati</i>
Governo della Spesa	Area farmaceutica		Farmaci ospedalieri per reparto e struttura operative, Prescrizione prestazioni farmaceutiche come primo ciclo o per la ossigeno terapia, Somministrazioni presso strutture private accreditate, Farmaci in Ospedale con somministraz. diretta, Farmaci a distribuz. diretta alla farmacia ospedaliera
	Area gestione ricette specialistiche		Sistema di trattamento delle ricette ministeriali Ssn (Medico, Farmaco, Ticket, ed Esenzione)
Distretto Socio-sanitario	Medicina di base		Anagrafica, Data, Descrizione ed indicazione medica alla prescrizione
Consultorio Familiare	Utenti		Visite, Paptest, Contraccezione
Network Malattie Rare	malattie rare		Anagrafica, Indirizzo, Malattia (Icd9CM), Dati esordio, Centro certificazione
Sistema 118	interventi		Estremi della chiamata, Intervento eseguito
Sisp	Vaccinazioni	Giava <sup>30</sup>	Anagrafica, Vaccino eseguito
An. Patologica (Oer)	Tumori	Banca Dati Armonia Dedalus	Anagrafica, Diagnosi macro- e microscopica, Cod. Snomed <sup>31</sup>
Utin <sup>32</sup>	Prematuri	(Oxford-Vermonth <sup>33</sup> )	Anagrafica, Dati clinici, Valutazione (nascita, 28 gg, dimissione)
Ser.T. <sup>34</sup>	Residenti in comunità	(Hth <sup>35</sup> -Sind-Sistema Italiano Tossicodip.)	Anagrafica, Domanda formulata, Canale di invio, responsabile, Diagnosi, Valutazione sociale, Anamnesi, Prestazioni effettuate, Cartella clinica

30. Programma di gestione vaccinazioni.

31. Systematized nomenclature of medicine, codice di classificazione.

32. Unità di terapia intensiva prenatale.

33. Programma internazionale di censimento dei prematuri.

34. Servizio tossicodipendenze.

35. Applicativo web-oriented destinato ai servizi pubblici che operano a livello regionale nel campo delle Dipendenze Patologiche (Dipartimenti Dipendenze Patologiche, Ser.T., Servizi di Alcologia, Unità di Strada, Drop-In, ecc.).

Tab. 6 - segue

<i>Area – Fonte</i>	<i>Sub-area – Ambito dei dati</i>	<i>Struttura intermedia</i>	<i>Dati</i>
Dsm <sup>36</sup>	Utenti	Disamweb <sup>37</sup> -SISM-Sistema Italiano Salute Mentale)	Anagrafica, Dati contatto e presa in carico, Prestazioni erogate
Dipartimento di prevenzione	Attività	Sisp	Vaccinazioni, Malattie infettive, Certificazioni, Visite fiscali, Interventi di vigilanza e controllo
	Attività	Spesal <sup>38</sup>	Infortuni, Malattie professionali, Interventi di vigilanza e controllo
	Attività	Sian <sup>39</sup>	Controllo filiera alimentare dalla produzione alla vendita
	Attività	Siav <sup>40</sup> -A	Benessere animale, M.I. animali e allevamenti, Randagismo e morsicature
	Attività	Siav-B	Controlli alimenti animali e sistema alimentare produttori e commercianti
	Attività	Siav-C	Ispezioni animali, Macellazioni, Controlli mangimi animali, Sanzioni
Servizio handicap	Utenti		Numero di utenti, Tipo handicap...
Centro micologico	Intossicazioni		Numero
Medicina penitenziaria	Reclusi		Indicatori di rischio, di malattia, di assistenza, ecc.

36. Dipartimento di salute mentale.

37. Cartella Clinica Elettronica per Dipartimenti di Salute Mentale e dei flussi Sism.

38. Servizio prevenzione e salute in ambiente di lavoro.

39. Servizio igiene alimenti e nutrizione.

40. Servizio veterinario.

## 7. Fonti esterne istituzionali

Tab. 7.1 - Dati di fonte Istat

<i>Area</i>	<i>Nome indicatore</i>	<i>Rilevazione in cui è presente</i>
Censimenti	Censimento della popolazione 2011	
	Censimento Regionale dell'agricoltura 2011	
Disponibilità e qualità dei servizi	Posti letto nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari	Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari
	Diffusione di servizi nido e asili dell'infanzia	Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati
	Fruizione da parte dei bambini di servizi nido e asili dell'infanzia	Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati
	Liste d'attesa	Indagine Eu-Silc <sup>41</sup>
	Bambini presi in carico dai servizi comunali per l'infanzia	Indagine censuaria sugli interventi e servizi sociali dei Comuni singoli o associati
	Anziani trattati in assistenza domiciliare integrata	Elaborazione su dati Ministero della salute, Sistema informativo sanitario (Sis)
	Irregolarità del servizio elettrico	Elaborazione su dati Autorità per l'energia elettrica e il gas
	Famiglie allacciate alla rete di distribuzione di gas metano	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Irregolarità nella distribuzione dell'acqua	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Conferimento dei rifiuti urbani in discarica	Elaborazione su dati Ispra
	Raccolta differenziata dei rifiuti urbani	Elaborazione su dati Ispra
	Sovraffollamento degli istituti di pena	Elaborazione su dati Ministero della Giustizia, Dipartimento amministrazione penitenziaria
	Tempo dedicato alla mobilità	Indagine Uso del tempo
	Densità delle reti urbane di Tpl	Dati ambientali nelle città <sup>42</sup>
Ambiente	Qualità delle acque costiere marine	Elaborazione su dati Ministero della salute

41. Indagine sul reddito e le condizioni di vita.

42. Dati ambientali nelle città, periodicità annuale, pop. di riferimento: 116 comuni capoluogo di Provincia.

Tab. 7.1 - segue

<i>Area</i>	<i>Nome indicatore</i>	<i>Rilevazione in cui è presente</i>
	Emissioni di CO <sub>2</sub> e altri gas clima alteranti	Conti di tipo Namea <sup>43</sup>
	Acqua erogata	Rilevazione sui servizi idrici
	Acqua potabile	Censimento delle acque per uso civile
Agricoltura	Fertilizzanti distribuiti in agricoltura	Registro statistico delle imprese attive
	Principi attivi distribuiti in agricoltura	Rilevaz. sulla distribuzione per uso agricolo dei prodotti fitosanitari
	Produzione e numero aziende agricole	Registro statistico delle imprese attive
Acqua in ambito urbano	Consumo di acqua per uso domestico	Dati ambientali nelle città
	Popolazione residente connessa ad impianti di depurazione acque reflue urbane	Dati ambientali nelle città
	Adozione di misure di razionamento del consumo di acqua per uso domestico	Dati ambientali nelle città
Aria in ambito urbano	Centraline fisse per il monitoraggio della qualità dell'aria per abitante e per superficie	Dati ambientali nelle città
	Numero di inquinanti rilevati	Dati ambientali nelle città
	Numero massimo dei superamenti PM10	Dati ambientali nelle città
Energia in ambito urbano	Piano energetico comunale	Dati ambientali nelle città
	Consumo di gas metano per uso domestico e per riscaldamento	Dati ambientali nelle città
	Consumo di energia elettrica per uso domestico	Dati ambientali nelle città
	Presenza di teleriscaldamento	Dati ambientali nelle città
	Estensione pannelli solari termici su edifici comunali	Dati ambientali nelle città
	Potenza dei pannelli solari fotovoltaici su edifici comunali	Dati ambientali nelle città

43. National accounts matrix including environmental accounts.

Tab. 7.1 - segue

<i>Area</i>	<i>Nome indicatore</i>	<i>Rilevazione in cui è presente</i>
Rifiuti in ambito urbano	Raccolta di rifiuti urbani	Dati ambientali nelle città
	Raccolta differenziata e altre tipologie di rifiuti	Dati ambientali nelle città
	Popolazione servita dalla raccolta differenziata	Dati ambientali nelle città
Rumore in ambito urbano	Monitoraggio del rumore	Dati ambientali nelle città
	Monitoraggio del rumore con almeno un superamento dei limiti	Dati ambientali nelle città
	Approvazione della zonizzazione acustica	Dati ambientali nelle città
Trasporti urbani	Approvazione del piano urbano del traffico	
	Domanda di trasporto pubblico	Dati ambientali nelle città
	Tasso di motorizzazione	Dati ambientali nelle città
	Consistenza dei motocicli	Dati ambientali nelle città
Verde urbano	Approvazione del piano del verde urbano	Dati ambientali nelle città
	Realizzazione del censimento del verde urbano	Dati ambientali nelle città
	Densità e disponibilità di verde urbano	Dati ambientali nelle città
	Qualità dell'aria urbana	Dati ambientali nelle città
Mobilità urbana	Densità di reti autobus	Dati ambientali nelle città
	Disponibilità di autobus nei comuni capoluogo di Provincia	Dati ambientali nelle città
	Densità di fermate di autobus	Dati ambientali nelle città
	Domanda di trasporto pubblico	Dati ambientali nelle città
	Tasso di motorizzazione per i comuni capoluogo di Provincia	Dati ambientali nelle città
	Autovetture per classi di età	Dati ambientali nelle città
	Autovetture per tipo di alimentazione	Dati ambientali nelle città
	Disponibilità di aree pedonali	Dati ambientali nelle città
	Densità di piste ciclabili	Dati ambientali nelle città
	Persone che utilizzano i mezzi pubblici per muoversi	Dati ambientali nelle città

Tab. 7.1 - segue

<i>Area</i>	<i>Nome indicatore</i>	<i>Rilevazione in cui è presente</i>
	Tasso di mortalità per incidente stradale nelle strade urbane	Rilevazione degli incidenti stradali con lesione a persone
Infrastrutture e trasporti	Morti di incidente stradale per Provincia, età e anno	Rilevazione degli incidenti stradali con lesione a persone
	Feriti in incidente stradale per età, Provincia e anno	Rilevazione degli incidenti stradali con lesione a persone
	Popolazione di età maggiore ai 15 anni o fino a 34 anni che usa un mezzo di trasporto	Dati ambientali nelle città
	Spostamenti quotidiani di studenti e occupati	Indagine Aspetti della vita quotidiana
Situazione demografica	Indice di vecchiaia	Posas <sup>44</sup>
	Indice di dipendenza	Posas
	Densità di popolazione	Posas
	Indice di affollamento della popolazione	Posas
Evoluzione demografica	Fecondità totale	Posas
	Nuzialità	Rilevazione dei matrimoni
	Separazioni e divorzi	Scioglimento e cessazione degli effetti civili del matrimonio Separazioni personali dei coniugi
	Dinamica della popolazione (bilanci demografici per anno, Provincia e genere)	Movimento e calcolo della popolazione residente
	Trasferimenti per anno, genere, Provincia verso altri Comuni o all'estero	Movimento e calcolo della popolazione residente
	Iscrizione all'anagrafe per genere, Provincia da altri Comuni o dall'estero	Movimento e calcolo della popolazione residente
	Crescita naturale e migratoria Saldi Migratori	Movimento e calcolo della popolazione residente
	Popolazione straniera residente per genere e anno	Movimento e calcolo della popolazione residente
	Bilancio demografico popolazione straniera	Movimento e calcolo della popolazione residente

44. Popolazione residente per sesso, anno di nascita e stato civile.

Tab. 7.1 - segue

<i>Area</i>	<i>Nome indicatore</i>	<i>Rilevazione in cui è presente</i>
Salute	Speranza di vita alla nascita	Tavole di mortalità della popolazione italiana
	Speranza di vita in buona salute alla nascita	Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Speranza di vita senza limitazioni nelle attività quotidiane a 65 anni	Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Indice di stato fisico (Pcs) <sup>45</sup>	Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari
	Indice di stato psicologico (Mcs) <sup>46</sup>	Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari
	Tasso di mortalità infantile	Indagine sui decessi e sulle cause di morte
	Tasso standardizzato di mortalità per incidenti di trasporto	Indagine sui decessi e sulle cause di morte e Rilevazione sulla Popolazione residente comunale
	Tasso standardizzato di mortalità per tumore	Indagine sui decessi e sulle cause di morte e Rilevazione sulla Popolazione residente comunale
	Mortalità per malattie del sistema circolatorio	Indagine sulle cause di morte
	Tasso standardizzato di mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso	Indagine sui decessi e sulle cause di morte, Rilevazione sulla Popolazione residente comunale
	Eccesso di peso	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Abitudine al fumo (Età maggiore ai 14 anni)	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Alcol	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Sedentarietà	Indagine Aspetti della vita quotidiana
Alimentazione	Indagine Aspetti della vita quotidiana	

45. Physical component summary.

46. Mental component summary.

Tab. 7.1 - segue

<i>Area</i>	<i>Nome indicatore</i>	<i>Rilevazione in cui è presente</i>
	Pazienti con malattie croniche aggregati per tipo di malattia	Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari
	Ivg <sup>47</sup> e dimissione con aborto spontaneo annuo	Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari
	Dimissioni per disturbi psichiatrici	Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari
Sanità	Medici per abitante	Rilevazione sulle forze di lavoro
Strutture produttive	Numero di imprese in Regione	Registro statistico delle imprese attive
	Lavoratori indipendenti	Registro statistico delle imprese attive
	Registro statistico delle imprese attive	Registro statistico delle imprese attive
	Indicatori di demografia di impresa	Registro statistico delle imprese attive
Mercato del lavoro	Tasso di occupazione (per genere, età, settore, posizione professionale e titolo di studio)	Rilevazione sulle forze di lavoro
	Dipendenti a tempo determinato	Rilevazione sulle forze di lavoro
	Tasso di inattività	Rilevazione sulle forze di lavoro
	Tasso di disoccupazione netta e giovanile	Rilevazione sulle forze di lavoro
	Disoccupati di lunga durata	Rilevazione sulle forze di lavoro
	Unità di lavoro irregolari <sup>48</sup>	Contabilità nazionale – Conti economici regionali
Lavoro e conciliazione tempi di vita	Numero di pensionati e pensione percepita media	Rilevazione sulle forze di lavoro
	Tasso di occupazione 20-64 anni	Rilevazione sulle Forze di lavoro
	Tasso di mancata partecipazione al lavoro	Rilevazione sulle Forze di lavoro
	Percentuale di trasformazioni nel corso di un anno da lavori instabili a lavori stabili	Rilevazione sulle Forze di lavoro
	Percentuale di occupati in lavori a termine da almeno 5 anni	Rilevazione sulle Forze di lavoro

47. Interruzione volontaria di gravidanza.

48. Di particolare interesse è anche la rilevazione della presenza di apprendisti.

Tab. 7.1 - segue

<i>Area</i>	<i>Nome indicatore</i>	<i>Rilevazione in cui è presente</i>
	Incidenza di lavoratori dipendenti con bassa paga	Rilevazione sulle Forze di lavoro
	Incidenza di occupati sovraistrutti	Rilevazione sulle Forze di lavoro
	Indice di asimmetria del lavoro familiare	Indagine Uso del tempo
Condizioni economiche delle famiglie	Incidenza di povertà relativa	Indagine sui consumi delle famiglie
	Indicatori sulla distribuzione del reddito	Indagine Eu-Silc
	Famiglie in condizione di deprivazione	Indagine Eu-Silc
	Situazione economica delle famiglie	Indagine Eu-Silc
	Spesa per abitazione per anno	Indagine Eu-Silc
	Spesa media mensile familiare	Indagine Eu-Silc
	Distribuzione dei consumi	Indagine Eu-Silc
	Reddito netto delle famiglie medio e mediano	Indagine Eu-Silc
	Indice dell'affollamento della popolazione	Indagine Eu-Silc
Benessere economico	Reddito medio disponibile aggiustato (pro-capite)	Conti Nazionali
	Indice di disuguaglianza del reddito disponibile	Indagine Eu-Silc
	Indice di rischio di povertà relativa	Indagine Eu-Silc
	Indice di povertà assoluta	Indagine sui Consumi delle famiglie
	Indice di grave deprivazione materiale	Indagine Eu-Silc
	Indice di qualità dell'abitazione	Indagine Eu-Silc
	Indice di valutazione soggettiva di difficoltà economica	Indagine Eu-Silc
	Incidenza di persone che vivono in famiglie senza occupati	Rilevazione sulle Forze di lavoro
Indicatori macroeconomici	Prodotto Interno Lordo pro-capite	Conti economici regionali

Tab. 7.1 - segue

<i>Area</i>	<i>Nome indicatore</i>	<i>Rilevazione in cui è presente</i>
	Indici dei prezzi al consumo	Indagine sui prezzi al consumo
Investimenti	Spesa sanità pubblica	Conti economici nazionali
	Spesa sanità delle famiglie	Conti economici nazionali
	Assistenza domiciliare: spesa e indicatori territoriali di assistenza domiciliare	Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati
	Spesa comunale per assistenza residenziale, voucher, assegno di cura e buono socio assistenziale	Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati
	Spesa per interventi sociali dei singoli comuni	Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati
Cultura e tempo libero	Spesa per libri e giornali e lettori in Regione	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Visitatori Musei	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Opere pubblicate	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Partecipazione culturale	Indagine Aspetti della vita quotidiana
Scienza tecnologia e innovazione	Utilizzo di Internet sopra i 6 anni di età	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Intensità d'uso di Internet	Community survey on Ict usage in households and by individuals
Istruzione e formazione	Iscritti e numero di insegnanti (Scuole di ogni ordine e grado, università)	
	Persone con almeno il diploma superiore	Rilevazione sulle Forze di lavoro
	Persone che hanno conseguito un titolo universitario per sesso e anno	Rilevazione sulle Forze di lavoro
	Uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione	Rilevazione sulle Forze di lavoro
	Giovani che non lavorano e non studiano (Neet)	Rilevazione sulle Forze di lavoro
	Partecipazione alla formazione continua	Rilevazione sulle Forze di lavoro
Turismo	Turismo internazionale (stranieri in Puglia e pugliesi all'estero)	

Tab. 7.1 - segue

<i>Area</i>	<i>Nome indicatore</i>	<i>Rilevazione in cui è presente</i>
Paesaggio	Indice di urbanizzazione delle aree sottoposte a vincolo paesaggistico	Elaborazione su dati Ministero per i Beni e le Attività Culturali, Carta del rischio; 13° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni 2001
	Erosione dello spazio rurale da dispersione urbana (Urban sprawl)	Elaboraz. su dati 4° e 5° Censim. Gen. agricoltura, 1990-2000; 12° e 13° Censim. Gen. Popolaz. e abitaz., 1991-2001; Basi territoriali per i censimenti, 1991-2001
	Erosione dello spazio rurale da abbandono	Id.c.s.
Relazioni sociali (capitale sociale)	Molto soddisfatti per le relazioni familiari	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Molto soddisfatti per le relazioni amicali	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Persone su cui contare	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Attività ludiche dei bambini da 3 a 10 anni svolte con i genitori	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Aiuti gratuiti dati	Indagine Famiglia e soggetti sociali
	Partecipazione sociale	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Attività di volontariato	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Finanziamento delle associazioni	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Istituzioni no-profit	Censimento industria e servizi Rilevazione sulle istituzioni no-profit
	Cooperative sociali	Archivio Statistico delle Imprese Attive
Fiducia generalizzata	Indagine Aspetti della vita quotidiana	
Sicurezza	Tasso di violenza fisica sulle donne	Indagine sulla Sicurezza delle donne
	Donne tra i 16 e 70 che hanno subito violenza, per tipo di violenza	Indagine sulla Sicurezza delle donne
	Tasso di violenza sessuale sulle donne	Indagine sulla Sicurezza delle donne

Tab. 7.1 - segue

<i>Area</i>	<i>Nome indicatore</i>	<i>Rilevazione in cui è presente</i>
	Tasso di violenza domestica sulle donne	Indagine sulla Sicurezza delle donne
Soggettività e soddisfazione	Soddisfazione per la propria vita	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Soddisfazione per il tempo libero	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Giudizio sulle prospettive future	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Difficoltà di accesso ad alcuni servizi	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Preoccupazione per la perdita di biodiversità	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Soddisfazione per il lavoro svolto	Rilevazione sulle Forze di lavoro
	Percezione di insicurezza dell'occupazione	Rilevazione sulle Forze di lavoro
	Grado di soddisfazione del servizio pubblico di mobilità	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Insoddisfazione per la qualità del paesaggio del luogo di vita	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Preoccupazione per il deterioramento delle valenze paesaggistiche	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Percezione di sicurezza camminando al buio da soli	Indagine Aspetti della vita quotidiana
	Presenza di elementi di degrado nella zona in cui si vive	Indagine sulla Sicurezza dei cittadini
	Livello di soddisfazione dei mezzi pubblici	Indagine Aspetti della vita quotidiana

Tab. 7.2 - Dati di altre fonti esterne istituzionali

Tab. 7.2.1 - Dati di fonte Arpa (Agenzia regionale per la prevenzione e la protezione dell'ambiente)

Area	Subarea	Dati
Aria		SO <sub>2</sub> , CO, C <sub>6</sub> H <sub>6</sub> (Benzene), O <sub>3</sub> , NO <sub>2</sub> , PM 2,5, PM10
Acqua	Corpi idrici superficiali (Cis)	Parametri chimico fisici, Metalli pesanti, Pesticidi clorurati, Solventi, Idrocarburi, Fitosanitari, diserbanti.
	Acque di Balneazione	E. Coli, Enterococchi, Osteopsis spp.
	Acque Reflue Urbane	Metalli pesanti, Cianuri, Cloro, Solfati, Solfiti, Cloruri, Idrocarburi, Aldeidi, Tensioattivi, Pesticidi, E. Coli
Acustico	Siti industriali, delle infrastrutture e trasporti	Livelli di rumore
Radiazioni non ionizzanti	Impianti energia elettrica	Livelli di campo elettrico, magnetico ed elettromagnetico emessi da impianti fissi per teleradiocomunicazione e dagli impianti di produzione, trasformazione e trasporto di energia elettrica
Impianti radiotelevisivi post-attivazione		Campi elettromagnetici, Elaborazione ambientale
Radiazioni ionizzanti		Radioattività nelle matrici ambientali e alimentari
Radon		Bq/m <sup>3</sup>
Alimentare	Matrici: Preparazioni gastronomiche cotte e crude, Pasticceria fresca e secca, Pasta secca, fresca e con ripieno, Verdure fresche, Prodotto IV gamma, Spezie, Farine e cereali, Prodotti da forno, Cacao e cioccolato, Gelati, Surgelati, Conserve vegetali e animali, Omogenizzati, Prodotti per l'infanzia, Acque minerali, Bevande e succhi, Tamponi ambientali	Quantitativi (Enterobatteri, E. Coli, Stafilococco coagulasi positivo, L. Monocytogenes, B. cereus, C. Perfringens, Cariche batteriche a 37-30 e 20 gradi, Muffe, Lieviti, Coliformi, Streptococchi fecali, S. aureo, P. aeruginosa, Clostridi solfito riduttori) e qualitativi (Salmonella spp, L. Monocytogenes, E. Sakazakii, Y. Enterocolitica, Campylobacter spp).
Monitoraggio dati meteo		Previsioni ondate di calore
Inquinamento luminoso		

Tab. 7.2.2 - Dati di fonte Ispra (Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale)

<i>Area</i>	<i>Dati</i>
Clima	Temperatura media
	Precipitazione cumulata
	Giorni con gelo
	Giorni estivi
	Notti tropicali
	Onde di calore
Attività nucleare	Strutture autorizzate all'impiego di radioisotopi e di macchine radiogene
	Impianti nucleari: attività di radioisotopi rilasciati in aria e in acqua
	Quantità di rifiuti radioattivi detenuti
	Trasporti materie radioattive
Radioattività ambientale	Attività lavorative con uso di materiali contenenti radionuclidi naturali (Norm)
	Dose gamma assorbita in aria per esposizioni a radiazioni cosmica e terrestre
	Concentrazione di attività di radionuclidi artificiali in matrici ambientali e alimentari (particolato atmosferico, deposizioni umide e secche, latte)
	Dose efficace media da radioattività ambientale
	Stato di attuazione delle reti di sorveglianza epidemiologica sulla radioattività ambientale
	Concentrazione di attività di radon indoor
Campi elettromagnetici	Densità impianti e siti per radio-telecomunicazione e potenza complessiva sul territorio nazionale
	Superamenti dei valori di riferimento normativo per campi elettromagnetici generati da impianti per radiotelecomunicazione, azioni di risanamento
	Numero di pareri preventivi e di interventi di controllo su sorgenti di campi RF <sup>49</sup> e MO <sup>50</sup>
	Numero di pareri preventivi e di interventi di controllo su sorgenti di campi Elf <sup>51</sup>
Pollini	Indice pollinico allergenico
	Stagione pollinica

49. Radio frequency.

50. Microonde.

51. Extremely low frequency.

Tab. 7.2.2 - segue

<i>Area</i>	<i>Dati</i>
Rischio industriale	Stabilimenti con pericolo di incidente rilevante (distribuzione Provinciale e regionale)
	Comuni con stabilimenti con pericolo di incidente rilevante
	Tipologie di stabilimenti a pericolo di incidente rilevante
	Quantitativi di sostanze e preparati pericolosi negli stabilimenti a pericolo di incidente rilevante
Siti contaminati di interesse nazionale	
Pericolosità geologico idraulica	Eventi alluvionali
	Inventario dei fenomeni franosi d'Italia (Iffi)
	Invasi artificiali
	Eventi franosi
Pericolosità tettonica e vulcanica	Fagliazione superficiale (faglie capaci)
	Eventi sismici
	Eruzioni vulcaniche
	Indice di fagliazione superficiale in aree urbane
Turismo	Infrastrutture turistiche
	Flussi turistici per modalità di trasporto
	Intensità turistica
	Incidenza del turismo sui rifiuti
Trasporti	Dimensione della flotta veicolare
	Consumi energetici nei trasporti
	Prezzi del trasporto
	Età media della flotta veicolare
	Quota della flotta veicolare conforme a determinati standard di emissione
	Diffusione di carburanti a minore impatto ambientale
	Incidentalità nel trasporto
	Spese per la mobilità personale
	Emissioni di gas serra dai trasporti
	Emissioni di inquinanti atmosferici dai trasporti
	Domanda e intensità del trasporto passeggeri
	Capacità delle reti infrastrutturali di trasporto
Emissioni specifiche di anidride carbonica	

Tab. 7.2.2 - segue

<i>Area</i>	<i>Dati</i>
Via valutazione impatto ambientale	Decreti Via di competenza statale
	Prescrizioni contenute nei decreti via di competenza statale
	Determinazioni direttoriali di verifica di assoggettabilità a Via di competenza statale
	Prescrizioni contenute nelle determinazioni direttoriali di verifica di assoggettabilità a Via di competenza statale
	Pareri Via-legge obiettivo
	Prescrizioni contenute nei pareri Via-legge obiettivo
Aia autorizzazione ambientale integrata (istruttorie)	Numero di rinnovi di Aia scadute del Mattm <sup>52</sup>
	Numero Aia di primo rilascio da parte del Mattm
	Numero di riesami di Aia già rilasciate
	Numero di istruttorie per valutazione di adempimenti di Aia
	Numero di istruttorie per aggiornamenti di Aia
	Riduzione delle emissioni convogliate in aria autorizzate
	Controlli autorizzazioni ambientale integrata
Controlli impianti di competenza statale	
Vas valutazione ambientale strategica	Procedure di Vas di competenza statale e delle Regioni
	Certificazione ambientale
	Qualità ambientale di organizzazione ed imprese e qualità ambientale dei prodotti

Tab. 7.2.3 - Dati di fonte Acquedotto

<i>Dati</i>
Qualità dell'acqua prelevata dai pozzi, prelevata dalle sorgenti, dagli invasi
Controlli acqua potabile
Volume di acqua in entrata ed in uscita dagli impianti di potabilizzazione
Numero di abitanti serviti dalle reti idriche

52. Ministero ambiente e tutela del territorio e del mare.

Tab. 7.2.4 - Dati di fonte Provincia

<i>Area</i>	<i>Dati</i>
Osservatorio sul Lavoro	Sintesi dei centri per l'impiego Confagricoltura, Confcooperative, Confindustria, Cgil, Cisl, Uil, Cna, Direzione territoriale del lavoro ed Inail

Tab. 7.2.5 - Dati di fonte Inail

<i>Fonte</i>	<i>Area</i>	<i>Dati</i>
Inail Open Data Sql	Malattie professionali	Genere e anno
	Lavoratori deceduti per malattia professionale	Genere e anno
	Nazionale dei Mesoteliomi (Re.Na.M.)	Residenza e Anno di diagnosi
Inail Database Statistico	Lavoratori	Industria e servizi/addetti per anno
		Casalinghe/ambito territoriale/età
	Infortunati	Infortunati denunciati/definiti
	Malattie professionali	Malattie professionali denunciate/definite
	Aziende Assicurate	
	Lavoratori Assicurati	
	Rischio Professionale	
	Banca Dati Disabili per tipo di disabilità	
	Banca Dati Professioni	
	Infortunati e unità professionali	
	Rapporto Annuale dell'andamento Infortunistico	

Tab. 7.2.6 - Dati di fonte Inps

<i>Fonte</i>	<i>Area</i>	<i>Dati</i>
Inps	Osservatorio dei lavoratori dipendenti	
	Osservatorio dei lavoratori domestici	
	Osservatorio sul mondo agricolo	
	Osservatorio sui lavoratori autonomi	
	Osservatorio sui lavori parasubordinati	
	Osservatorio sul lavoro occasionale e accessorio	
	Osservatorio sulle imprese, occupati dipendenti del settore privato non agricolo	
	Osservatorio sulla certificazione di malattia dei lavoratori dipendenti privati e pubblici	N. di certificati di malattia nell'anno Numero di eventi di malattia nell'anno con n. di giorni di malattia relativi Lavoratori comparto pubblico e privato con almeno un evento di malattia in un anno
	Osservatorio su extracomunitari e comunitari nati nei Paesi dell'Est	

Tab. 7.2.7 - Dati di fonte Coesione Sociale.Net

<i>Fonte</i>	<i>Area</i>	<i>Subarea</i>	<i>Dati</i>
Istat, Inps e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali	Mercato del lavoro		Tasso di occupazione e di disoccupazione
	Famiglia e coesione sociale	Salute	Persone con presenza di malattia cronica
			Anziani trattati in assistenza integrata (% e su 10.000 ultra-65nni)
			Ospedalizzazione per disturbi psichici per residenza e per luogo di dimissione
	Povert� ed esclusione sociale	Indice di povert�	

Tab. 7.2.8 - Dati di fonte Cnel (Consiglio Nazionale Economia e Lavoro)

<i>Fonte</i>	<i>Area</i>	<i>Dati</i>
Inail, Inps e Eurostat	Banca dati sull'Immigrazione (Occupati di nazionalità straniera)	Presenze (Nazionalità, Sesso)
		Nuovi ingressi
		Residenti
		Soggiornanti
		Visti
		Domande di regolarizzazione
		Immigrati regolarizzati
		Settore di attività economica
		Posizione Professionale
		Tasso di occupazione e di disoccupazione
		Rapporti di lavoro attivati e cessati
		numero di infortuni (per anno e Paese di nascita)
		Banca dati sul mercato del lavoro Forza Lavoro
Occupati (dipendenti, per gruppi, posizione, titolo di studio) per genere, area geografica e tipologia lavorativa		
Retribuzione, orario e costo del lavoro Dati Istat, Inps e Inail		
Statistiche territoriali		Banche dati Inps e Inail
		Indicatori statistici sulle amministrazioni centrali e locali
Pubblica Amministrazione		Enti Nazionali previdenza e assistenza sociale
		Giustizia
		Sanità
		Istruzione
		Cultura e sport
Open Data		Assistenza e previdenza
		Scambi con l'estero
		Reddito disponibile
		Consumi
		Risparmio delle famiglie
		Struttura imprenditoriale

Tab. 7.2.8 - segue

<i>Fonte</i>	<i>Area</i>	<i>Dati</i>
	Dati scheda Paese	Crescita annua popolazione
		Disoccupazione
		Indice di sviluppo umano (Pil pro capite, alfabetizzazione, speranza di vita)
		Pil (e quota derivata da componente straniera)
		Posizione indice di sviluppo umano

Tab. 7.2.9 - Dati di fonte Ispettorato Agricoltura Regionale

<i>Dati</i>
Quantità di pesticidi venduta

Tab. 7.2.10 - Dati di fonte Inea (Istituto Nazionale Economia Agraria)

<i>Dati</i>
Produzione agricola per gruppi di prodotti e territorio
Occupati nell'industria alimentare
Macchine agricole immatricolazioni

Tab. 7.2.11 - Dati di fonte Ministero di Giustizia

<i>Fonte</i>	<i>Area</i>	<i>Dati</i>
Tribunale, Casa Circondariale	Dipartimento affari di giustizia	Stato delle tossicodipendenze, immigrazione ed asilo
	Dipartimento di giustizia minorile	Numero di detenuti
	Dipartimento amministrazione penitenziaria	Statistiche detenuti

Tab. 7.2.12 - Dati di fonte Ministero degli Interni

<i>Area</i>	<i>Dati</i>
Dipartimento di Pubblica Sicurezza (Questura, Prefetto) – Banca Dati Sdi	Attività delle forze di polizia nel settore degli stupefacenti e dell’immigrazione regolare Persone alloggiate presso strutture ricettive di tipo alberghiero ed extralberghiero
Strutture Socioriabilitative per tossicodipendenti e soggetti in trattamento	Censimento strutture per anziani e strutture per accoglienza stranieri
Statistiche per il Dipartimento delle libertà civili e le immigrazioni	Dati complessivi dei richiedenti la protezione internazionale (diritto d’asilo)

Tab. 7.2.13 - Dati di fonte Capitaneria di porto-aeroporto

<i>Area</i>	<i>Dati</i>
Immigrazione	Flussi migratori

Tab. 7.2.14 - Dati di fonte Ministero della Pubblica Istruzione

<i>Fonte</i>	<i>Area</i>	<i>Dati</i>
Ufficio scolastico territoriale	Anagrafica Studenti	Iscrizioni, Bocciateure, Trasferimenti

Tab. 7.2.15 - Dati di fonte Comuni

<i>Area</i>	<i>Dati</i>
Anagrafica	Dati economici, demografici e sociali

Tab. 7.2.16 - Dati di fonte Camera di Commercio

<i>Area</i>
Imprese Registrate
Trasporti
Occupazione
Imprenditoria
Import/Export
Imprenditoria Femminile
Imprenditoria Straniera
Turismo

Tab. 7.2.16 - segue

Area
Imprenditoria Giovanile
Variazione del costo della vita
Attività di edilizia dei comuni

Tab. 7.2.17 - Dati di fonte Banca d'Italia

Area	Dati
Famiglia ed Aziende	Ricchezza delle famiglie italiane
	Movimenti bancari Atm <sup>50</sup> e numero sportelli

Tab. 7.2.18 - Dati di fonte Gse (Gestore Servizi Energetici)

Dati
Mappa della diffusione e dati tecnici relativi alle fonte di energia rinnovabili
Simeri (Sistema Italiano per il monitoraggio delle fonti rinnovabili)
Consumo di Energia Elettrica per fonte
Atlasole – Atlante delle fonti rinnovabili aggregazione a livello Provinciale (solare)
Atlasvento – Atlante delle fonti rinnovabili aggregazione a livello Provinciale (eolico)

Tab. 7.2.19 - Dati di fonte Enea (Agenzia Nazionale nuove tecnologie, energia e sviluppo economico sostenibile)

Dati
Indicatori di efficienza energetica
Bilancio Energetico Regionale

Tab. 7.2.20 - Dati di fonte Aci (Automobile Club Italiano)

Area	Dati
Incidentalità	Morti e feriti per incidente stradale

Tab. 7.2.21 - Dati di fonte Ferrovie Italiane

Dati
Morti e feriti per incidenti ferroviari

53. Automatic teller machine, sportello automatico.

## 8. Altre fonti esterne

Esistono infine una serie di iniziative di rilevazione e monitoraggio epidemiologico, attivati da *società scientifiche e professionali, associazionismo civile e di categoria, centri di ricerca* (si può citare ad esempio “Meridiano sanità”, a cura del centro di ricerca European House Ambrosetti, che dal 2011 fornisce dati sulla spesa e sull’organizzazione sanitaria italiana, ma anche sulle principali dinamiche demografiche ed epidemiologiche), *singoli professionisti e ricercatori*.

Tali fonti, se censite e verificate, possono costituire anch’esse fonti di dati da inserire nel Sse e utili a descrivere la situazione epidemiologica in un territorio.

## 2. Salute, prevenzione e capitale sociale

di *Carla Collicelli\**, *Ludovica Durst\*\**

### 1. Salute e benessere oggi

Il ruolo e l'importanza della salute, propria e altrui, nella vita del proprio territorio come in quella dei cittadini di tutto il mondo, sono in costante crescita. E mentre nel passato erano la fabbrica e la scuola, e con esse il mondo del lavoro e quello della formazione, a vantare una sorta di primazia nelle priorità sociali delle società occidentali, oggi ad essi si affiancano i servizi sanitari, e con essi il mondo della salute e del benessere, sia nelle aspettative che nell'agenda delle politiche pubbliche, sia nazionali che internazionali. Notevole è lo sforzo che in termini economici ed organizzativi i moderni stati sociali compiono per la promozione della salute e le cure. Ma soprattutto sono forti i driver di natura socio-culturale che ruotano attorno ai temi della salute e del benessere. Gli indicatori di tipo soggettivo, raccolti sia dalle agenzie internazionali, come l'Ocse e l'Organizzazione mondiale per la sanità (Oms), che dai singoli Paesi, mostrano come nel periodo più recente la salute propria e dei propri cari sia diventata oggetto di preoccupazioni crescenti ed uno dei primi bisogni nella vita delle persone, al quale vengono dedicati enormi sforzi, umani, sociali ed economici. Ma anche negli approcci sistemici allo sviluppo ed al benessere delle nazioni, è sempre più frequente l'attenzione per il benessere e per la salute fisica e mentale come criterio di valutazione di tutte le politiche, da quelle che si occupano della promozione di un lavoro a misura d'uomo, a quelle che puntano ad una organizzazione sociale e ad una urbanistica che producano benessere, alle politiche sociali ed ai temi della coesione, della comunità e delle relazioni esistenziali significative. Tanto che le posizioni

\* Board Prevenzione Fondazione Smith Kline; ricercatore associato presso il Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Tecnologie Biomediche (CNR-ITB).

\*\* Assegnista di ricerca presso il Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Tecnologie Biomediche (CNR-ITB).

strategiche più avanzate tendono a coniugare economia con umanesimo e benessere sociale, secondo un paradigma di necessaria e progressiva integrazione sistemica tra diverse sfere della vita. La salute, come “completo stato di benessere fisico e psichico” per tutti è considerata da molti anni obiettivo prioritario dell’umanità, come recitano ormai da tempo i documenti internazionali dell’Onu, dell’Oms, dell’Unicef e delle altre agenzie che si occupano di sviluppo e cooperazione, e l’Agenda Onu 2030 per lo sviluppo sostenibile comprende, tra i suoi 17 obiettivi principali, il raggiungimento di condizioni di salute e benessere avanzate ed uguali per tutti.

In questo contesto la dimensione fisica e corporea della salute, mentre rimane centrale, tende ad integrarsi con quella psichica e ambientale, secondo un approccio olistico che va a sostituire il modello biomedico tradizionale, nel quale la malattia e le cure venivano trattate secondo una logica prevalentemente organicistica e legata alla primazia della scienza medica e dei processi di cura specialistici. Il nuovo punto di vista considera piuttosto l’insieme degli elementi sociali, clinici, economici, psicologici ed ambientali che concorrono alla determinazione del benessere e del malessere delle persone, spostando con ciò l’ottica degli interventi dalla applicazione di schematiche logiche terapeutiche centrate su sindromi e casistiche cliniche pre-classificate, alla promozione di processi di cura dinamici e relazionali, oltre che attenti a tutti i fattori in gioco. Analogo processo dialettico si determina tra approcci legati alle scoperte scientifiche e tecnologiche ed approcci volti a salvaguardare, o a ripristinare, un equilibrio virtuoso con l’ambiente fisico e sociale, in altre parole tra scienza e natura. Le moderne scoperte scientifiche in ambito sanitario, con le loro enormi potenzialità euristiche ed operative, si incontrano e si fondono con la dimensione del recupero di una naturalità ambientale e sociale, uno degli aneliti fondanti della modernità. Per cui l’area della salute e della sanità risulta animata da due forze in parte contrastanti ed in parte cooperanti tra loro, l’una volta allo sviluppo ed alla ricerca di soluzioni sempre più tecnologicamente avanzate per il contrasto delle malattie, con ciò che ne consegue in termini di dipendenza dell’individuo e della società dalla scienza e dalla tecnologia e di attenzione per i processi di cura complessi e sempre più specialistici; e l’altra volta al recupero del primato della persona e della integrazione sociale e sistemica, con ciò che ne consegue in termini di spinte all’empowerment, alla autoregolazione dei comportamenti, al self-help ed all’autocura, così come in termini di valorizzazione della prevenzione, della continuità terapeutica, della riabilitazione, della valorizzazione della relazione terapeutica e della integrazione socio-sanitaria.

A fronte di tanto peso e di tanto significato, sta una situazione del settore sempre più complessa ed in alcuni casi densa di criticità. Ed è almeno a partire dalla fine anni ’80 che le incongruenze tra domanda di salute ed offerta di sanità e tra evoluzione della società ed evoluzione delle politiche

sanitarie e socio-sanitarie cominciano a dare luogo a squilibri ed a questioni ancora oggi in gran parte irrisolti, nei Paesi occidentali come in quelli in via di sviluppo, tra i quali:

- la risposta inadeguata al prolungamento della vita e alla diffusione esponenziale delle patologie croniche;
- i carichi crescenti delle famiglie per la cura dei disabili, dei malati cronici, degli anziani non autosufficienti;
- la diffusione di stili di vita negativi per la salute, del consumo di prodotti eccedentari e dannosi alla sedentarietà, e di conseguenza della sindrome metabolica e dell'obesità;
- la lievitazione delle spese di produzione dei servizi, per il costo crescente delle apparecchiature, della attività ospedaliera, dei farmaci e della ricerca tecnologica di settore e per la diffusione degli sprechi, delle forme di iperconsumo di farmaci e di interventi diagnostici non necessari, nonché dell'uso non adeguato delle risorse disponibili;
- la difficoltà a raggiungere un equilibrio all'interno del sistema ambientale e societario che eviti il dramma della società "a somma zero", nella quale da un lato si produce malattia e dall'altro si curano le patologie derivanti dalle cattive politiche;
- il persistere, ed in molti casi l'aggravarsi, di tante forme di disagio psicofisico, legate in particolare a condizioni di lavoro e di vita negative ed alla crisi della famiglia e dei valori di riferimento, cui si collegano anche l'abuso di sostanze psicotrope e la diffusione delle forme di ansia e della depressione;
- la mancata risposta ad una domanda sempre più elevata di qualità tecnica, scientifica ed umana dei luoghi e dei processi di cura, ed i grandi squilibri territoriali, sia tra aree del globo che tra Regioni di uno stesso Paese, in termini di offerta sanitaria;
- gli effetti perversi della medicalizzazione del disagio e della sanitarizzazione degli interventi sociali;
- la scarsa attenzione per le differenze culturali ed epidemiologiche nell'ambito della salute, sia relative alle comunità di migranti, che ai diversi Paesi e contesti geografici.

Diventa allora particolarmente importante valutare come si ponga la questione della prevenzione rispetto ad un simile quadro di riferimento.

## **2. Uno sguardo al passato**

Dando uno sguardo al passato, agli albori della civiltà e con lo sviluppo della scuola di medicina di Ippocrate nel 400 a.C., il paradigma interpretativo dei fenomeni legati alla salute era dominato dai rapporti intercorrenti

tra natura esterna e natura interna, in quanto si attribuiva l'insorgere della malattia, ed anche l'esito della cura, alle interazioni umorali tra elementi naturali esterni (terra, acqua, aria e fuoco) ed elementi interni al corpo umano (le viscere, gli umori). Fino all'Illuminismo, e dunque per circa 2000 anni, natura esterna e natura interna hanno guidato le riflessioni, indirizzando anche la pratica curativa verso rimedi e terapie centrate sulla utilizzazione degli elementi presenti in natura e sulla manipolazione diretta del corpo umano.

È con il passaggio di ciclo dell'Illuminismo, e soprattutto con le prime ricerche scientifiche che portano alla scoperta dei germi patogeni e della loro funzione nella insorgenza delle malattie, che si passa ad un nuovo paradigma, nel quale prevalgono le riflessioni centrate sull'intreccio tra natura interna e sistema sociale, considerato come l'ambito nel quale i germi proliferano e si diffondono, provocando le epidemie e le infezioni. È da questo momento in poi che cominciano a prendere spazio le riflessioni sul rapporto tra igiene ed elementi costitutivi dell'ambiente naturale, come fattori decisivi per le condizioni sanitarie di una popolazione.

Ma è solo con il secolo successivo, e poi soprattutto con il '900, che il paradigma dominante si sposta in maniera più netta sul terreno delle interrelazioni tra sistema sociale e natura interna, aprendo la strada ad un approccio attento agli elementi immateriali, inorganici e soprattutto sociali della convivenza umana, che non a caso coincide con l'avvio di una iniziale riflessione sociologica sul settore. Non solo, cioè, come si pensava nella fase precedente, il sistema sociale interagisce con la natura esterna, provocando fenomeni che poi ricadono sull'uomo e sulla sua salute, ma anche, e soprattutto, si scopre l'importanza per la salute dei rapporti tra il sistema sociale, come reticolo di relazioni umane, lavorative, familiari, culturali, e la persona umana. Non sono più solo, in altri termini, i germi ad influenzare la salute, ma anche e soprattutto le condizioni di lavoro e di vita, l'urbanizzazione, l'emarginazione, la povertà e la ricchezza, in altre parole i fattori sociali. L'intreccio tra scoperte scientifiche, progressi terapeutici ed organizzativi in sanità e fasi del pensiero sociologico porta così allo sviluppo di una nuova serie di fasi del pensiero umano in tema di salute, che secondo la preziosa schematizzazione di Achille Ardigò<sup>1</sup> sono dominate dalla considerazione dei rapporti che intercorrono tra sistema sociale e soggetto individuale come entità psichica.

È attraverso queste tappe che, mentre fino agli anni '30 del '900 la salute era considerata sostanzialmente un "non tema" per la sociologia, con alcune importanti eccezioni nel pensiero di sociologi quali Durkheim e Weber, tra gli anni '30 e gli anni '50, grazie al contributo di un "medico mancato",

1. A. Ardigò, *Società e salute*, FrancoAngeli, Milano, 1997.

Talcott Parsons, che aveva fatto anche esperienza di psicoanalisi, si apre un nuovo filone e si consolida la nuova disciplina della sociologia della salute, che introduce l'approccio sociale accanto alle altre forme di approccio tradizionale centrate sugli aspetti organici e materiali della malattia. Il primo modello interpretativo che influenza la giovane sociologia della salute è proprio il funzionalismo sociologico parsonsiano, corrente statunitense legata alla antropologia funzionalista anglosassone, che pone alla base dell'analisi lo studio della società come insieme di strutture sociali e culturali tra loro interdipendenti e caratterizzate ciascuna da una propria funzione. Basti qui dire che la sociologia della salute di Parsons si concentra in modo particolare sul ruolo degli attori sociali nella malattia e nei processi di cura, sulla organizzazione dei sistemi settoriali e sul rapporto tra persona e sistema. Il suo background medico e psicanalitico lo porta a dare peso in particolare agli aspetti psicosomatici della malattia, ai fattori socio-culturali che determinano la formazione della personalità ed il consolidamento dei ruoli – anche quello di malato e di curante –, ai fenomeni di omeostasi (riequilibrio) sia spontanea che indotta, alla latenza dei processi sociali, delle tensioni e delle patologie, ai fenomeni di adattamento, ai processi di integrazione sociale. Applicati al campo della malattia, questi principi sociologici lo portano a prestare una attenzione speciale al controllo sociale della malattia come forma di devianza, ed al rapporto medico-paziente, all'interno del quale il malato ricopre un ruolo prevalentemente passivo ed il medico al contrario un ruolo attivo e di reintegrazione nel tessuto sociale.

Ma almeno altre due scuole di pensiero hanno avuto un peso significativo nel corso del '900 nel settore: il positivismo marxista, prevalentemente interessato ad un approccio strutturale ed eco-sistemico di tipo macrosociologico<sup>2</sup>, e l'interazionismo simbolico, prevalentemente interessato ai fenomeni simbolico-culturali di tipo micro-sociologico<sup>3</sup>, che hanno dato vita ad interessanti analisi e modelli interpretativi, centrati nel caso del marxismo soprattutto sui fattori di condizionamento economico e sul rapporto tra processi produttivi e salute, e nel caso dell'interazionismo simbolico sulle questioni di impronta più psicologica della malattia mentale, del ruolo delle strutture sanitarie di contenimento e della nemesi medica<sup>4</sup>.

Sulla scia di questi sviluppi della riflessione, ormai da alcuni decenni in tutto il mondo occidentale si assegna un ruolo sempre più importante nei processi di cura ai diretti interessati, e l'esperienza della malattia viene considerata anche un'occasione per cogliere l'esistenza di uno squi-

2. Da Karl Marx e Friedrich Engels in poi, fino ai più recenti V. Navarro, H.B. Waitzkin o al nostro G. Berlinguer.

3. Da E. Husserl, fino a G.H. Mead, E. Goffman.

4. I. Illich, *Nemesi medica*, Mondadori, Milano, 1976.

librio più ampio che richiede di essere colmato, e che riguarda tutti gli aspetti della esistenza ed anche i sintomi lievi, la serenità psicologica, o gli stili di vita.

Una tale trasformazione di vedute è stata assunta dagli studi psico-sociali attraverso il passaggio dalla concezione del *demanding patient* (paziente che domanda), caratterizzato dall'ambivalenza tra autonomia e dipendenza verso il medico, a quella del *challenging patient* (paziente che sfida), secondo cui il malato è figura centrale ed autonoma di un processo che vede non solo la pluralizzazione delle figure di riferimento, ma un suo atteggiamento attivo nei confronti dell'informazione medica e della prevenzione, oltre che della cura e delle relative decisioni.

Due sono di fatto gli aspetti più importanti del cambiamento di paradigma prodotto dalle analisi della domanda e dei bisogni di salute nel periodo più recente:

- il considerare la salute e la malattia non come semplici dati di realtà, ma come eventi dotati di senso nell'esperienza quotidiana, restituendo quindi importanza alle variabili soggettive, interpretative e psico-somatiche;
- il connotare la salute e la malattia in senso dinamico, poiché il riferimento all'esperienza quotidiana introduce pesantemente, come cornice conoscitiva dei vissuti individuali, i concetti di spazio e di tempo.

Tutto l'insieme delle analisi su salute e malattia è stato rivisitato da quel momento in poi, ed in parte ricostruito *ex-novo*, a partire da alcuni dei concetti basilari del moderno studio delle costruzioni sociali. Volendo specificare meglio gli elementi di cambiamento intervenuti, si può dire che il complesso dei mutamenti della domanda di salute di questa fase indicano:

- il passaggio da un concetto per cui la salute è mezzo ad un altro che vede la salute come perno e motore di una nuova qualità della vita di tipo post-materialistico;
- una visione del corpo come unità in crescita, non più solo da difendere ma anche in tensione attiva verso nuove potenzialità e verso un nuovo benessere psico-fisico;
- una concezione non più fideistica della medicina, ma razionale e critica;
- l'emergere di una figura più attiva di paziente, capace di sfidare il rapporto asimmetrico con il medico e di mutare la qualità dei propri consumi, a cui è maggiormente attento, soprattutto in chiave preventiva.

### **3. Gli aspetti socio-antropologici di sfondo: individualismo e consumismo**

Un impatto importante sulle trasformazioni descritte è derivato dai cambiamenti più generali che la società ha attraversato dal punto di vista socio-antropologico, relativamente ai valori, ai comportamenti, ed in par-

ticolare ai consumi. Per fermarsi al periodo più vicino a noi, vale la pena ricordare che si è passati da un assetto valoriale, ancora vivo negli anni '50, caratterizzato dal prevalere di bisogni semplici, tipici di una società contadina, ad un assetto caratterizzato da esigenze ed aspettative crescenti, dettate dalla corsa ad un benessere incrementale, che viene percepito come motore dello sviluppo, della crescita socio-economica e della stessa felicità. È in particolare negli anni '70 che si dispiegano gli esiti di quella profonda modernizzazione socioeconomica fatta di crescente mobilità sociale, persistenti migrazioni verso i centri urbani e scolarizzazione di massa, tipiche fenomenologie di un Paese in rapida crescita.

E il “tramonto della civiltà contadina” porta con sé anche il primato della soggettività e dell'individualismo, la tendenziale disgregazione, o quanto meno l'indebolimento, delle dimensioni collettive del sistema, con la conseguenza della crisi dei partiti, dei sindacati e di tutti i corpi intermedi. Si determina una situazione per cui l'individualismo diventa la leva valoriale principale della crescita economica, e al tempo stesso un primato da affermare in tutti i campi.

Uno degli aspetti costitutivi di questo moderno individualismo, che viene sempre più frequentemente rilevato, consiste nella tendenza a vivere in un eterno presente, senza attenzione per il passato e con poca tensione verso il futuro, secondo un modello di presentismo di una società che nei fatti non avanza ma, credendo di avanzare, gira a vuoto appiattita sul presente. La conseguente frammentazione sociale, che sulla scia dei lavori del Censis prende il nome di molecolarizzazione, connota tutti i comportamenti (si pensi al soggettivismo dei consumi, dell'impegno imprenditoriale, delle scelte familiari o delle appartenenze religiose). Al tempo stesso gli studi cominciano a documentare come l'onda lunga della soggettività contribuisca a determinare forme di disagio individuale e di ripiegamento su se stessi, secondo una fenomenologia ampia e articolata che comprende anche le nuove forme di aggressività (bullismo, ultras, crimini efferati, tragedie intra familiari), ed alcune delle forme di patologia psichica che acquistano maggiore peso (depressione, anoressia, dipendenza da droghe, suicidio).

Dal punto di vista degli stili di vita e della cultura dei consumi, la società dei nostri giorni può essere definita una società “onnivora” e della sperimentazione continuata. Tutte le evidenze empiriche mostrano infatti come si siano prodotti cambiamenti importanti rispetto al passato, che vanno nel senso della espansione ed articolazione di tutte le tipologie di consumo, comprese quelle alimentari, con un ventaglio di opzioni e di modalità che si estendono dai consumi di lusso e superlusso ai consumi low cost ed attraversano trasversalmente tutte le fasce sociali della popolazione. Si è diffuso in sostanza una sorta di modello di “eclettismo fai da te”, che ha prodotto una proliferazione nei consumi, nei costumi e nelle abitudini, in parte anche

contraddittori tra loro. Non meraviglia quindi che negli ultimi anni l'Italia si trovi a confrontarsi, in questo specifico ambito, con trend che vedono il diffondersi da un lato della consapevolezza e dell'importanza di una corretta alimentazione e di una lotta agli abusi, e dall'altro lato quello di consumi rischiosi per la salute, sia nell'alimentazione che in altri ambiti. Nei casi più gravi gli abusi di consumismo alimentare, alcolico, di fumo, eccetera, hanno a che vedere con forme più o meno serie di disagio e disadattamento sociale, che trova solitamente origine in altri settori della vita collettiva (lavoro, scuola, famiglia, ecc.), in un rapporto di causalità reciproca.

Un terzo importante aspetto di carattere socio-antropologico che occorre ricordare perché molto collegato alle questioni della salute e del benessere, è quello della percezione sempre più marcata di un'unità inscindibile mente-corpo, che determina l'emergere di una nuova soggettività dell'individuo e della sua comunità di vita, oltre ad alcune importanti modifiche nel rapporto terapeutico, dalla mancanza di empatia tra operatore e soggetto ricevente alla valorizzazione del dialogo terapeutico e all'ascolto dei sintomi, e dalla concentrazione sugli aspetti fisiopatologici al peso degli "stili di vita" del contesto generale di riferimento (lavoro, igiene ecc.).

Il quarto aspetto di onda lunga riguarda la già citata contrapposizione culturale che si sviluppa tra scienza e natura, un dilemma e un conflitto interiore che ogni individuo porta in sé. Cresce la fiducia nelle potenzialità della scienza e della tecnica, e quando si è colpiti da malattia si pretende di avere accesso ai ritrovati più avanzati della ricerca biomedica, ma al tempo stesso cresce il desiderio di naturalità ed il rifiuto della modernità scientifica e tecnologica, in quanto si desidera ripristinare l'equilibrio "psicosomato-ambientale" tra sé e mondo circostante e tra psiche e corpo. Questo portato di contrapposizione culturale e sociale, insito nella dimensione dei valori collettivi, accompagna le trasformazioni degli anni più recenti in termini problematici e conflittuali: ci si chiede infatti sempre più spesso a cosa si debba dare priorità, se alla scienza o al recupero della naturalità. In questo quadro si colloca anche lo sviluppo di una attenzione crescente alle terapie provenienti da altre culture, nonché ai rimedi delle cosiddette "medicines alternative", secondo una visione meno fiduciosa nei confronti della medicina ufficiale, e più pronta ad abbracciare le proposte provenienti da mondi lontani o da contesti non convenzionali.

#### **4. Empowerment e rapporto medico-paziente**

Va quindi compreso fino in fondo l'assunto per cui la cura della salute non è un ambito esclusivamente tecnico, ma piuttosto qualcosa che ha a che vedere con i grandi cambiamenti culturali di una società, per certi versi ma-

tura nella ricerca del benessere, ma animata anche da grandi contraddizioni culturali, tra fiducia nella ricerca biomedica e biologica, da un lato, e paura per i rischi della medicina, dall'altro, fede in una "sanità dei pezzi di ricambio", da un lato, ed equilibrio naturalistico di tipo psico-somato-ambientale, dall'altro, autorità medica da un lato ed autocura dall'altro. Le contraddizioni generano forti spinte all'empowerment ed anche grande richiesta di umanizzazione, ma al tempo stesso molta confusione e rischi di vario tipo.

Il passaggio dalla cultura della medicina alla cultura della salute segna l'evoluzione della domanda e l'affermarsi di un atteggiamento sempre più "proattivo" dell'utente, che passa dal ruolo di tradizionale paziente (passivo "oggetto" nelle mani del medico) a quello di soggetto-utente, non solo dotato di precisi diritti, ma anche sempre più competente e partecipe lungo l'intero processo di guarigione e verso nuovi spazi di benessere si consolida sempre più. Emerge l'esigenza di costruire individualmente il proprio "spazio di salute", non solo come stato di libertà dalle malattie, ma anche come spazio nel quale, attraverso una gerarchia di priorità, esprimere una personale condizione di benessere. La cultura della salute, insomma, si micronizza, individualizzandosi, facendosi subcultura e patrimonio individuale, familiare e di piccolo gruppo.

Informazione e comunicazione condizionano grandemente il quadro di riferimento. E ciò soprattutto a causa di una "informazione senza comunicazione" che genera un corto circuito, in quanto proprio lo scontro tra sviluppo delle tecnologie informative e delle potenzialità mediche, da un lato, e mancata comunicazione, dall'altro, alimentano paure e confusione, disorientano e rendono difficili le scelte, alimentano le strumentalizzazioni ed a volte mettono a repentaglio la vita dei soggetti più deboli e meno maturi, rendendo meno umano il rapporto terapeutico. L'umanizzazione delle cure viene ricercata in termini di scambio relazionale sia al livello micro del trade off clinico, che tra istituzioni o servizi e persona, e quindi a livello intermedio, che al livello macro di chi decide le grandi strategie. Ed in questo scambio ruoli specifici dovrebbero avere le norme e l'etica collettiva, nel definire i confini e gli ambiti di competenza nonché le prerogative della dimensione del libero arbitrio.

Quanto si era perso nel percorso di modernizzazione in termini di relazione significativa bilaterale tra medico e paziente, ritorna a galla, anche in ambienti particolarmente asettici da questo punto di vista come l'Ospedale. Il paziente non concede più una delega totale al medico, limitandosi a seguire strettamente le sue indicazioni, ma assume in qualche caso un ruolo di sfida, più frequentemente quello di collaboratore del medico, di colui che "gli apre i significati" della propria esperienza psico-fisica. Più in generale l'individuo assume un proprio ruolo attivo di protagonista responsabile della promozione della propria salute e di prevenzione della malattia, che

viene visto come il portato di una serie di scelte comportamentali di segno nuovo. Oltre alla attenzione per gli stili di vita, la prevenzione, l'igiene e la cura dell'ambiente come fattori della buona salute, nasce un movimento di prevenzione attiva come strumento di benessere, dalla cura del proprio corpo attraverso l'educazione fisica e l'igiene personale, alle cure ricostituenti, ai controlli medici autogestiti. Anche se va sottolineato che tra le concezioni ed i comportamenti permangono costantemente degli scarti significativi, il trend socio-antropologico descritto rafforza il passaggio da un approccio riparativo ad uno promozionale, che vede la sanità come un sistema che non deve solo riparare il male ed intervenire quando qualcosa non funziona, ma piuttosto incrementare il benessere anche quando le condizioni di partenza sono soddisfacenti, o relativamente tali.

## **5. Il ruolo della comunicazione, dell'informazione e della educazione alla salute**

In un quadro così definito, il moderno consumatore di salute necessita non solo di garanzie relative all'accesso ai servizi e alle risorse sanitarie, ma anche della garanzia di un corredo di informazioni e di una rete di tipo consulenziale che, alla stregua di un moderno filo di Arianna, sia capace di orientare le scelte, non solo in presenza di disturbi e malattie, ma anche in un'ottica di prevenzione e di empowerment delle sue strategie preventive.

Le ricerche condotte dal Censis e da altri osservatori qualificati sui cittadini e l'informazione sanitaria hanno messo in luce i cambiamenti relativi al livello delle informazioni possedute sia sulla «mappa» dei servizi sanitari, che rispetto alla mappa delle fonti stesse dell'informazione sanitaria.

Relativamente al primo aspetto, secondo la maggior parte degli italiani il rapporto tra paziente e medico è una "collaborazione reciproca in vista della salute". È quindi anche e soprattutto all'interno di questo quadro culturale differenziato che si rende visibile il carattere strategico che la dimensione dell'informazione ha assunto nel determinare gli orientamenti del nuovo paziente. Questo legittimo desiderio di comprensione e di controllo delle dinamiche che riguardano il benessere, e quindi la sfera più privata ed intima degli individui, cresce dinanzi alla indeterminatezza dei possibili scenari, in un clima culturale in cui alla ricchezza delle possibilità non corrisponde un unico paradigma capace di orientarne le scelte.

L'acquisizione di consapevolezza si conferma un'esigenza ancor più importante della stessa garanzia di salute: e l'attenzione degli italiani alla salute e alla qualità della vita e il crescente livello qualitativo e quantitativo dell'informazione disponibile e/o attivamente ricercata su questi temi, si esprime nell'aumento delle fonti e nella crescita dei comportamenti di

ricerca delle informazioni. Come spesso accade, la società anticipa le istituzioni nelle risposte sociali, ed anche in questo caso si può dire che lo sviluppo che hanno avuto i mezzi di comunicazione di massa rispetto a temi della salute e della sanità negli ultimi anni anticipi e superi le capacità di risposta delle istituzioni.

Questo aspetto risulta amplificato e trasformato al tempo stesso con la comparsa della informazione via Internet e le preferenze nei confronti dei diversi media sono fortemente correlate alla dotazione culturale. Il differenziale culturale è dunque elemento cruciale nel rapporto tra cittadino ed informazione sanitaria, sia in termini di comprensione che di capacità di tradurre in comportamenti le informazioni ottenute: solo i cittadini dotati di maggiori strumenti culturali appaiono in grado di usufruire in modo efficace delle informazioni cui hanno accesso e di districarsi rispetto ad un “rumore di fondo” di tipo comunicativo e informativo che corre il rischio di rendere inutilizzabile, o fuorviante, la massa continua ma indistinta di notizie e nozioni.

Tutto ciò rimanda ad un tema importante di carattere culturale: i rischi del corto circuito comunicativo che in questa fase storica si sta verificando tra potenzialità dell’informatica e questioni legate alla vita. È vero che le ricerche continuano a ribadire la priorità del ruolo del medico di base, e comunque degli operatori sanitari, rispetto alla informazione sulle malattie, sulle cure e sui corretti stili di vita, ma questa priorità viene ad ibridarsi ed a volte ad essere resa vana dall’insieme del contesto di incertezza comunicativa. Ed i rischi in gioco sono quelli della alimentazione delle paure, della ipocondria, della complicazione delle scelte, della alimentazione del conflitto medico-paziente, fino ai rischi clinici veri e propri che si determinano soprattutto per i soggetti più deboli ed immaturi.

Spesso infatti l’offerta informativa disponibile, ad esempio su Internet, risulta non adeguata, non controllata, non interattiva, aneddótica, vissuta quasi come una vetrina, con scarsi addentellati con i necessari riferimenti clinici e deontologici, nella mescolanza tra aspetti marginali (dal wellness alla medicina alternativa) ed aspetti importanti e seri, e soprattutto senza che venga offerta alcuna possibilità di verifica sui contenuti trasmessi rispetto a serietà, veridicità, chiarezza.

Dalle modificazioni intervenute esce rafforzato il principio della necessità di sviluppare una corretta educazione alla salute, specie in età evolutiva, volta a produrre la necessaria consapevolezza del peso degli stili di vita e dei consumi per la salute ed il benessere. È per tali motivi che da alcuni decenni si è dato avvio in tutto il mondo occidentale a progetti di educazione e promozione della salute, all’interno dei quali gli stili di vita giocano un ruolo fondamentale, e molti sono gli stimoli pervenuti dai vari organismi internazionali e governativi e che hanno invitato a sviluppare la promozione della salute nelle scuole.

## 6. Valore e sostenibilità del welfare

Gli assetti di welfare sociale e sanitario si sono sviluppati sullo fondo delle dinamiche descritte. Il welfare-state appare sulla scena mondiale nel corso del XIX secolo, sulla scia della formazione e del consolidamento degli stati nazionali e dei loro apparati politici ed amministrativi. Dopo una lunga e complessa crescita espansiva, comincia a scricchiolare ed a presentare le prime crepe dopo la seconda guerra mondiale, ed in Italia, in particolare, dopo la conclusione di quella che è stata definita “la grande trasformazione”, la fase, cioè, di accelerato sviluppo e modernizzazione, che si colloca tra gli anni '50 e la metà degli anni '80, e che ha traghettato il Paese dalla arretratezza alla modernità.

Sono caratteristiche del welfare italiano di questo periodo: il valore della giustizia redistributiva; il modello di un welfare “dalla culla alla tomba”; la pubblicizzazione dei servizi più importanti ed il controllo su quelli a gestione privata; la alleanza con i sindacati dei lavoratori dipendenti nella gestione dei grandi enti pubblici di previdenza.

Il periodo, che si apre con l'inizio degli anni '80, è segnato dall'affacciarsi della crisi del modello di welfare consolidatosi nel tempo, anche in Italia, sulla scia delle critiche già ampiamente sviluppate in altri contesti europei, in particolare anglosassoni. Il dibattito ufficiale si concentra, in quel periodo sui temi dello squilibrio demografico, della crisi fiscale dello stato, della efficienza gestionale ed organizzativa, con assoluta preminenza degli elementi di natura economica, quantitativa e di offerta, su quelli sociali, qualitativi e di domanda. Sono minoritarie le voci che introducono nel dibattito un punto di vista diverso, ripreso solo più tardi anche dagli altri osservatori, per cui la crisi viene addebitata non tanto e non solo al venir meno delle risorse finanziarie o ai problemi di natura gestionale, quanto soprattutto alle profonde contraddizioni, in termini di obiettivi, contenuti e procedure, determinate da un lato dalla mancata attuazione delle promesse di giustizia sociale, e dall'altro e soprattutto, dal mutamento dello scenario di contesto.

È con gli anni '90 che i fili aggrovigliati della matassa sembrano sciogliersi, divenendo più nettamente individuabili, più chiari, e si intravedono fenomeni emergenti nel welfare e nel modo in cui evolvono le soluzioni rispetto ai problemi della tutela, dettate almeno in parte dalle spinte al “fai da te” e all'autotutela, come di fronte all'allarme sociale nelle grandi città, ed alla sensazione di ansia e di pericolo che si andava diffondendo.

In alcune grandi città si fanno strada forme di autogestione della sicurezza a livello di quartiere, con l'obiettivo di sensibilizzare le istituzioni sui problemi del contesto sociale ed ambientale, ma anche con quello di intervenire personalmente con una azione che non si esauriva esclusivamente

nell'ambito della criminalità, ma rientrava in un più generale quadro di vivibilità del territorio di residenza.

Il welfare state si va consolidando, secondo la definizione coniata nel 1996, come un “mix di fatto” tra elementi tipici del modello universalistico, elementi di quello categoriale-professionale ed elementi di carattere individuale e fiscale, questi ultimi aggiuntisi agli altri nel periodo più recente, quando le incongruenze tra offerta e domanda erano arrivate a livelli tali “da promuovere infiniti movimenti nella direzione dell'autotutela e della finanziarizzazione (...) da parte di singoli cittadini, famiglie e gruppi sociali”.

Crescono di importanza la “ridefinizione continua dei livelli di tutela”, l'interpretazione della domanda, la individuazione dei nuovi diritti e lo spostamento continuato in avanti della frontiera mobile dei diritti senza tutela. Un compito che non può essere definito una volta per tutte, ma va realizzato in processi di mediazione e di interazione con i soggetti portatori di bisogno.

Un compito che si configura, come definizione dei limiti massimi di compatibilità tra prestazioni e domanda e di salvaguardia della base minima del benessere, e come superamento dello stallo dell'inclusione e della mobilità, perché la società torni ad essere inclusiva, un compito che trasferisce sulla socialità e sul mercato la gestione di una complessità. Tutti temi divenuti poi centrali nelle proposte di sviluppo sostenibile, ad esempio nell'ambito dei 17 Obiettivi della Agenda Onu 2030<sup>5</sup>.

“Case mix” e “care manager” diventano figure e ruoli determinanti all'interno delle politiche sociali, per la costruzione sempre originale e sempre nuova di combinazioni di offerta. Le soglie di accesso alle prestazioni, i criteri funzionali di scelta rispetto alla assistenza, agli obiettivi di recupero, ai costi, agli aspetti organizzativi, diventano fondamentali. La cultura dell'intervento e dell'individuo risultano determinanti per gli operatori, che devono sapere cosa è autonomia, capacità di iniziativa, disponibilità e capacità relazionali con gli utenti.

Una società a lavoro flessibile, si dice, deve diventare anche una “società a welfare flessibile”, articolato in tre o più pilastri (il pubblico, il privato “a contratto”, il privato di mercato, for profit e non profit), con al proprio interno “efficienti reti di sicurezza attiva”, gestite da lavoratori, famiglie, datori di lavoro, enti pubblici e stato.

Anche il concetto di disagio diventa una categoria interpretativa e descrittiva trasversale, che comprende fenomenologie di disadattamento, conflittualità sociale e malessere, difficilmente definibili in termini univoci. Il disagio viene definito piuttosto come una categoria qualitativa della società densa, che si esprime nella difficoltà di gestire relazioni sempre più diffe-

5. K. Raworth, *L'economia della ciambella*, Edizioni ambiente, Milano, 2017.

renziate e complesse, una sorta di difficoltà di adattamento alla progressiva differenziazione delle strutture sociali, alla asincronia delle dimensioni dello sviluppo, all'accumulo di incertezze e di valori negativi nei percorsi di sviluppo personale, familiare, imprenditoriale o sociale, tutti elementi che danno al malessere moderno una connotazione soggettiva.

Infine, negli anni '90 cresce il processo di tendenziale e progressiva deistituzionalizzazione e di allontanamento da un approccio formale-burocratico al problema della tutela. La relazione interpersonale appare più importante del freddo rapporto con l'istituzione, nella cura come nella tutela. La qualità individuale e di piccolo gruppo diviene criterio apprezzato più della qualità burocratico-formale. Anche la dimensione del mercato, insita nel gioco della domanda e dell'offerta anche a caro prezzo, risulta di fatto stemperata da quella della reciprocità, nel senso che lo scambio viene inteso non solo in termini economici, ma anche, e a volte soprattutto, in termini relazionali e affettivi. Uno scambio dunque che dà importanza all'incommensurabile, al non monetizzabile, all'arricchimento in termini di umanità e di risorse intellettuali.

## **7. Qualità delle cure, valore finale e sostenibilità**

Una lunga stagione di riflessioni e sperimentazioni sul tema della valutazione degli esiti e della efficacia dei servizi ha accompagnato le trasformazioni descritte. La stessa definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea), frutto delle riflessioni sulla realtà dell'universalismo, fa parte del quadro di riferimento volto a definire in maniera più attenta il valore delle politiche e degli interventi sanitari. Una lacuna evidente nel processo in corso sta nella discrasia tra l'impegno dispiegato nella definizione, sia pure oculata e mediata, delle caratteristiche dell'offerta, da un lato, e la capacità di monitorare e valutare ciò che sta a monte ed a valle del processo di produzione dei servizi offerti, sia in termini di domanda che in termini dei risultati finali ed effettivi dell'azione di cura, dall'altro lato.

In una parola è lo iato tra output ed outcome ad apparire come una delle lacune più evidenti nella governance e nelle relative strumentazioni, nel senso che, mentre si è a buon punto nella definizione e nei controlli sull'output (servizi erogati, risorse impiegate), rispetto alla capacità di misurare l'outcome, e di tarare il sistema in funzione dei risultati ottenuti, la strada da compiere è ancora molto lunga.

La letteratura di settore degli ultimi anni conferma che:

- a) non si dà buona governance laddove non si punta a determinare guarigioni e /o miglioramenti significativi dello stato di salute, al di là della correttezza tecnica e formale dei servizi prestati;

b) una corretta considerazione dell'outcome, ed una conseguente taratura del sistema su di essi, permette di ottenere anche significativi risultati in termini di rapporto costi/benefici.

La stessa aziendalizzazione e le forme diverse di sempre maggiore responsabilizzazione dei livelli territoriali intermedi e di base vanno in questa stessa direzione, attivando e in qualche caso accelerando i processi di responsabilizzazione rispetto ai risultati dell'azione sanitaria, alle metodologie di verifica, alla ricerca della efficienza ed efficacia, e dando vita ad una nuova stagione di sviluppo delle pratiche e procedure gestionali e valutative, e di ridefinizione del valore della governance e dei risultati nei servizi sanitari.

Ed anzi la fase attuale sembra caratterizzata, con riferimento ai contenuti ed alle finalità dell'azione sanitaria, specie ad alcuni livelli di dibattito e di operatività, proprio dal passaggio dell'impegno istituzionale dagli obiettivi più tipicamente aziendalistici ed economicistici, prevalenti nella prima fase di vita delle aziende sanitarie e propri degli anni '90 e dei primi anni 2000, ad obiettivi più strettamente e direttamente legati al governo clinico ed alla qualità dei servizi in senso ampio.

È evidente che il trend di passaggio da una cultura di governance centrata sulla efficienza, ad una centrata sulla efficacia e la qualità comporta da un punto di vista applicativo la necessità di non abbandonare i criteri ed i livelli di analisi precedenti ma di inglobarli in un approccio più ampio. Qualità ed efficacia infatti comprendono e non annullano il valore della efficienza, ma vi aggiungono dell'altro, come emerge da numerose analisi che possono essere citate. Secondo i più non è necessaria tanto una trasformazione delle leggi in vigore, anche se essa è certamente auspicabile, quanto piuttosto una revisione del rapporto tra decisori e operatori, che da top-down deve diventare bottom-up, con maggiore partecipazione di tutti i soggetti coinvolti, pazienti compresi, ad un processo di riforma nel quale vi sia un forte rapporto di fiducia (jointventure) tra pazienti e medici.

Riferimento importante in questo ambito è quello a Michael Porter, economista di Harvard, che si è molto occupato nelle sue pubblicazioni del "valore condiviso" come elemento strategico fondamentale nelle aziende, ma anche nella pubblica amministrazione. Le considerazioni relative all'ambito della salute e della sanità sono state sviluppate da Porter recentemente in collaborazione con Olmsted Teisbert e Clemens Guth<sup>6</sup>, partendo dal presupposto che il modello sanitario statunitense, basato sulla concorrenza, presenti dei limiti evidenti, che negli anni hanno inficiato il buon funzionamento del sistema, tra i quali soprattutto:

6. M. Porter, E. Olmsted Teisberg, *Redefining Health Care, Creating Value-based Competition on results*, Harvard Business School Press, Boston, 2006.

- i costi (i più alti al mondo);
- l'accesso limitato alle cure da parte di molti;
- la qualità delle prestazioni inferiore rispetto alle attese;
- il basso livello della soddisfazione;
- la scadente informazione.

Gli autori ritengono che la concorrenza sanitaria in Usa abbia fallito perché incapace di intervenire sull'efficienza e sul miglioramento della qualità, dando vita ad un sistema a “somma zero”, dove non vi è miglioramento del valore del sistema stesso, ed ogni attore trasferisce i costi sull'altro: l'Ospedale sui servizi domiciliari, l'assicurazione sui pazienti, il piano assistenziale sull'Ospedale, ecc. Per cui la somma non risulta positiva, come potrebbe avvenire se tutti gli attori traessero beneficio dal processo.

Come quindi le aziende di produzione industriale o di servizio devono porre al primo posto tra i loro obiettivi il “valore condiviso”, e cioè i bisogni della società (e non solo quelli economici), il pluralismo dei soggetti e delle arene, la collaborazione, le alleanze, così i cosiddetti “fallimenti di mercato” della sanità statunitense vanno affrontati dando maggiore spazio al dovere e all'etica della cura del paziente. Infatti la necessità di accrescere il valore del sistema stesso si realizza solo in sistemi a “somma positiva” e dunque se tutti i soggetti coinvolti ne guadagnano in benessere e miglioramento. Ed è evidente che un analogo tipo di valutazione, con le dovute tarature e contestualizzazioni, può essere applicato anche alle esperienze europee, soprattutto laddove vige, o è in corso di implementazione, il cosiddetto “quasi-mercato”, e dove si sta insistendo in maniera forte sul ruolo aziendalistico di chi gestisce la sanità.

Da un punto di vista propositivo, la trattazione di “Redefining Health Care” insiste sul fatto che sinora ci si è basati su presupposti sbagliati, in quanto focalizzati quasi esclusivamente sul livello dei costi, e non su quello della qualità erogata. In realtà il valore in sanità è innanzitutto il guadagno in termini di salute, e proprio su questo assunto dovrebbe essere valutato e costruito un sistema sanitario che funzioni e che sia economicamente sostenibile e concorrenziale. Una “buona” concorrenza dovrebbe invece poter intervenire su alcuni requisiti fondamentali, che sono per gli autori l'efficienza, la soddisfazione del paziente, la sua facoltà di scelta e l'equità.

Nell'ambito dei principi di un decalogo da porre alla base del rinnovamento dei sistemi sanitari, gli autori indicano i seguenti aspetti:

1. puntare sul valore di cui può beneficiare il paziente;
2. centrare la competizione non sui costi, ma sulla qualità erogata;
3. coinvolgere realmente il paziente nel percorso delle cure;
4. aumentare l'empowerment del paziente;
5. individuare adeguati sistemi di responsabilizzazione, di valutazione e soprattutto di motivazione.

Naturalmente non si nega che si tratti di un percorso difficile, ma si è convinti che si tratti di una strada che va perseguita con senso di responsabilità e capacità d'innovazione, facendo attenzione al fatto che non si tratta tanto di una trasformazione delle leggi in vigore, certamente auspicabile, quanto piuttosto di una revisione del rapporto tra decisori e operatori, che da top-down deve diventare bottom-up, con maggiore partecipazione di tutti i soggetti coinvolti, pazienti compresi, ad un processo di riforma nel quale vi sia un forte rapporto di fiducia (jointventure) tra pazienti e medici.

Le questioni sollevate rimandano alle difficoltà insite nella gestione ed allocazione delle risorse disponibili in sanità, ed alla necessità di una innovazione di modello che parta dalla sostenibilità, combatta la povertà sanitaria che si annida nelle pieghe della iniquità dell'offerta, abbatta le interferenze negative estranee alle reali esigenze del sistema, trovi modalità e forme adeguate di recupero dello spirito più genuino del mutualismo, da cui tutte le forme di welfare universalistico in qualche modo discendono, e parta dalla integrazione sul territorio e dalla concreta sperimentazione a livello locale di forme di compatibilità più avanzata tra spesa ed offerta pubbliche, da un lato, e spesa ed offerta privata, dall'altro lato.

Un simile approccio chiama in causa anche il tema della sostenibilità etica del sistema, che ha subito e subisce, come tutte le altre dimensioni del sociale, una continua trasformazione. Ricostruendo per sommi capi l'iter di questa trasformazione, possiamo dire che in epoca recente abbiamo avuto a che fare con quella che potremmo definire un'"etica pre-moderna" rispetto alle scelte pubbliche in sanità, caratterizzata dai valori guida della attività professionale dei medici, ed in particolare dai principi di scienza, coscienza e beneficiabilità. In un contesto nel quale vigeva il modello biomedico tradizionale, il paziente era obbediente e per lo più passivo, e dunque l'etica del sistema si basava sul comportamento del medico con la sua autorità ed etica professionale.

Tutto ciò rimanda ancora una volta alla centralità del paziente (la seconda fase), in una sorta di ribaltamento, per cui non è più solo il medico, e non è più solo l'autorità sanitaria a contare, ma un ruolo eticamente significativo è attribuibile al paziente, ed anche al cittadino non ancora paziente, che devono essere messi nelle condizioni di partecipare e di condividere le scelte ed i percorsi per una performance eticamente sostenibile della attività di cura. Consenso informato e contratto terapeutico sono diventati di conseguenza concetti all'ordine del giorno e ritengo che si possa dire che, da questo punto di vista, abbiamo raggiunto ottimi risultati, in quanto il ribaltamento di prospettiva ha dato in gran parte buoni risultati.

Oggi siamo in una terza fase, definibile di etica post-moderna, dove il problema principale non è più quello della scienza e coscienza della attività dei professionisti, né quello della centralità del paziente, ma piuttosto quel-

lo della sostenibilità generale del sistema. Una sostenibilità non solo e non tanto finanziaria, ma anche e soprattutto relativa agli aspetti sociali ed in particolare rispetto alle dimensioni spaziali e temporali: equità territoriale, equità sociale ed equità nei confronti di chi sta male e di chi verrà dopo di noi. Rispetto a questa tipologia di etica del sistema, si può dire che non potremo fare passi avanti significativi se non saremo in grado di prendere in esame anche i processi e le fenomenologie che si collocano al di fuori del sistema pubblico e se non saremo in grado di raggiungere livelli adeguati di cooperazione tra tutti i soggetti coinvolti. Occorre guardare avanti, il che significa tra le altre cose non chiudere gli occhi di fronte a una realtà che esiste, ed anzi mostra segnali di consolidamento, e farlo evidentemente nel pieno rispetto dei principi costituzionali del nostro Stato democratico.

Solo per citare uno degli ultimi spunti da questo punto di vista, nell'ambito del recente Festival dello Sviluppo Sostenibile, la Alleanza italiana per lo Sviluppo Sostenibile (ASviS) ha proposto un Decalogo per la promozione dell'Obiettivo 3 dell'Agenda Onu 2030 "Salute e benessere per tutti a tutte le età" (si veda [www.asvis.it](http://www.asvis.it)). Nell'ambito di quest'obiettivo si è lavorato con un gruppo di lavoro misto, composto da una serie di organizzazioni prevalentemente no profit, tra cui università, fondazioni ed enti di ricerca, e con un rapporto di alleanza e collaborazione anche con gli enti pubblici e con il mondo delle imprese. Il Decalogo che è stato prodotto, che sottolinea l'importanza della promozione della salute in tutte le politiche, la lotta alle disuguaglianze, la necessità di far crescere la ricerca e la prevenzione, prevede anche l'obiettivo di un proficuo rapporto tra pubblico e privato, e rispetto a questo ultimo punto, Asvis propone la valorizzazione del privato sociale, l'integrazione territoriale di funzioni e servizi, la lotta alle sovrapposizioni e duplicazioni, lo sviluppo di progetti sperimentali di partnership pubblico-privato e la ricerca di principi comuni.

## **8. L'importanza del capitale sociale e gli indicatori di misurazione del benessere**

Strettamente collegato alle questioni del valore dell'intervento sanitario, della sostenibilità e del suo monitoraggio, è il tema del capitale sociale. Abbandonati, nell'ambito delle riflessioni più attente, gli approcci semplicistici al tema del benessere come elemento unidimensionale, e dato una volta per tutte, si è iniziato anche a livello di studi di impatto e di analisi di efficienza ed efficacia a guardare oltre gli aspetti economici e gestionali. E se per molto tempo i modelli esplicativi del rapporto tra individui e benessere hanno fatto riferimento ad un approccio di tipo quasi esclusivamente economico, tanto che il Prodotto Interno Lordo (Pil) è stato considerato

– dopo la grande depressione come dopo la seconda guerra mondiale – lo strumento principale di misurazione, è con il “Movimento degli indicatori sociali” degli anni ’60 che cominciano ad essere proposte misure integrative del Pil ed elaborazioni particolari di specifici indicatori sulla qualità della vita ed il benessere. Nel 1971 gli Indicateurs sociaux lanciati da Jacques Delors<sup>7</sup> in Francia proponevano ben 21 temi e gruppi di indicatori (dalla speranza di vita al ruolo dell’educazione) come aspetti multidimensionali di benessere e sviluppo<sup>8</sup>. Nel 1975 in Italia l’Istituto Sviluppo e programmazione economica (Ispe) cominciava ad utilizzare un set molto articolato di indicatori per le esigenze della programmazione economica<sup>9</sup>.

Ma è con l’iniziativa dell’Ocse sulla misurazione del progresso<sup>10</sup>, e poi con la dichiarazione di Istanbul del 2007, che gli organismi internazionali (oltre a Ocse: Commissione europea, Undp e Banca mondiale) sanciscono il consenso sulla necessità di “intraprendere la misurazione del progresso sociale in ogni Paese, andando oltre le misure economiche”. Da cui lo sviluppo del movimento cosiddetto del “Superamento del Pil”, promosso a livello internazionale dall’Ocse e culminato nel Rapporto della Commissione Stiglitz-Sen-Fitoussi<sup>11</sup>.

Anche la Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro (Eurofound) sviluppa nel frattempo un approccio multidimensionale, legato alla vita dei singoli individui ed alla percezione soggettiva di benessere<sup>12</sup>, e numerosi diventano nel corso dei primi anni del 2000 gli studi dedicati ad evidenziare le relazioni tra aspetti materiali e aspetti immateriali del benessere .

Negli anni più recenti l’attenzione si è concentrata soprattutto sull’Indice “Better Life” dell’Ocse, comprensivo di numerosi indicatori di tipo materiale (reddito, lavoro e casa) e relativi alla qualità della vita (salute, educazione, impegno civico, governance, legami sociali, qualità dell’ambiente, sicurezza, benessere soggettivo)<sup>13</sup>.

7. J. Delors, *Les indicateurs sociaux*, Sedeis, Paris, 1971.

8. L. Biggeri, “Benessere, qualità della vita e felicità: il contributo della Statistica ufficiale”, in *L’Arco di Giano*, n. 70/2011, Istituto per l’analisi sociale, Ed. Iniziative sanitarie.

9. Mbpe-Ispe, *Prima valutazione dei bisogni e dei progetti di impieghi sociali dei sistemi metropolitani nel decennio 1970-1980*, Atel, Roma, 1975.

10. Si veda ad es. R. Boarini, A. Johansson, A. Mira d’Ercole, *Alternative Measures of well-being*, Oecd, 2006.

11. Vedi: H.H. Noll, “The Stiglitz-Sen-Fitoussi-Report: Old wine in New Skins? Views from a Social indicators Perspective”, *Social Indicators Res.*, 102: 111-116, 2011.

12. *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Quality of Life in Europe*, 2003.

13. Per una analisi dettagliata dei più importanti e recenti indici proposti e sperimentati vedi: J. Delhey e C. Kroll, *A Happiness Test for the New Measures of National Well-Being: How much Better than Gdp are they?*, Wzb, Berlin, 2012.

La crisi economica attuale sembra aver accentuato il bisogno di trovare nuove forme e nuovi concetti di misurazione delle condizioni delle collettività. Ed oggi le riflessioni teoriche più avanzate, nonché le osservazioni empiriche, esprimono un approccio articolato e vasto al tema del benessere, che ha a che fare con il sistema di equilibrio che vige tra il soggetto, la comunità e l'ambiente. Benessere e malessere non fanno riferimento inoltre, a concetti assoluti, ma piuttosto a concetti relativi, definibili rispetto ad una serie complessa di dimensioni. Ancora, benessere e malessere non sono realtà astratte, ma vanno considerate dinamicamente nel loro carattere di “costruzioni sociali”.

Dal punto di vista degli indicatori utilizzabili, la discussione sviluppata sul benessere e sulla sua importanza ha prodotto una attenzione crescente ed una rivalutazione – rispetto a valutazioni sommariamente e superficialmente critiche – degli indicatori soggettivi, utilizzati ampiamente dalla sociologia, ma poco dall'economia e dalla statistica.

In letteratura è quindi ormai acquisito che il concetto di benessere si articola in due macro dimensioni, le condizioni di vita (aspetti sia oggettivi che soggettivi), ed il benessere soggettivo (aspetti solo soggettivi). E questo ultimo viene solitamente articolato a sua volta in una dimensione cognitiva (valutazione in base a standard di riferimento) ed in una affettiva (la sensazione emotiva del momento).

Anche le esperienze locali, sia regionali che aziendali o di territorio, si collocano in un ambito ancora di frontiera e di sperimentazione. Così le decine di progetti di sperimentazione gestionale condotti nell'ambito del Programma ministeriale di ricerca finalizzata hanno dato prova di saper documentare una lunga serie di esperienze particolarmente avanzate di produzione di strumenti valutativi, anche sul benessere degli utenti e sugli aspetti soggettivi del rapporto di cura, in singole Regioni o in collaborazione tra più Regioni. Ancora relativamente molto poco di quanto fatto in questo ambito è diventato però routine e pratica corrente delle istituzioni sanitarie italiane.

Un caso importante di approccio alla valorizzazione del capitale sociale<sup>14</sup> sui temi del benessere e della salute che è possibile citare è quello del Canada, che da anni persegue l'obiettivo di allargare il campo di analisi e intervento per quanto riguarda benessere e salute ai fattori sociali, ed in particolare al capitale sociale<sup>15</sup>.

14. Capitale sociale: legami di tipo *linking*, collegamenti fra soggetti con ruoli gerarchici diversi o ruoli diversi nell'organizzazione, *bonding*, legami forti di tipo esclusivo, ad esempio reti familiari o *bridging* di tipo inclusivo e deboli. In: [https://it.wikipedia.org/wiki/Capitale\\_sociale\\_\(sociologia\)](https://it.wikipedia.org/wiki/Capitale_sociale_(sociologia)).

15. Hamilton & Clemens, 1999; Dasgupta & Mäler, 2000; Dasgupta, 2014. (*International Institute for Sustainable Development Iisd*) *Comprehensive Wealth in Canada – Measuring What Matters in the Long Run*, December 2016.

Come noto, era il 1993 quando Robert Putnam, politologo di Harvard, metteva in relazione i risultati delle politiche pubbliche delle Regioni italiane con la dotazione di capitale sociale, inteso principalmente come civic community, e cioè l'insieme di partecipazione e fiducia. Da allora in poi, anche in sanità si sono moltiplicati i contributi sull'importanza del capitale sociale per la salute e per l'efficacia della sanità<sup>16</sup>, e la definizione di capitale sociale si è evoluta come "aspettativa individuale circa la propensione degli altri ad assumere un comportamento cooperativo".

L'esperienza del Canada 2010 parte dalla considerazione di come diverse siano le forme attraverso cui i Paesi ed i sistemi sanitari promuovono il benessere dei propri cittadini, che di volta in volta pongono l'accento sulla qualità delle strutture di offerta (capitale strutturale), sulle risorse impiegate (capitale finanziario) o sulla qualità dell'ambiente (capitale naturale). A questi più tradizionali approcci si aggiungono quelli più recenti che pongono l'enfasi sul capitale umano (le competenze e capacità degli individui) e sul capitale sociale (le norme, la fiducia e la cooperazione).

Solo attuando una strategia di valorizzazione congiunta di tutte le diverse forme di capitale citate è possibile secondo questa impostazione ottenere un benessere onnicomprensivo (comprehensive wealth). Mentre gli approcci sbilanciati rischiano di produrre effetti meno positivi. Anche in presenza di risorse naturali, o finanziarie, inadeguate è possibile secondo l'approccio canadese promuovere il benessere onnicomprensivo, o – noi diremmo – olistico, se il valore pro-capite del portafoglio complessivo è alto.

La sostenibilità si raggiunge nella misura in cui il benessere olistico cresce in armonia con la crescita del reddito. Mentre se il benessere olistico diminuisce anche la crescita del reddito può arrestarsi.

La tabella qui riportata contiene i dati stimati dall'Onu per il periodo 1990-2010 di benessere comprensivo pro-capite nei Paesi del G7, tra cui l'Italia, messi a confronto con la crescita annuale del reddito, e relativi ranking. Interessante notare come l'Italia, settima per benessere comprensivo, sia quinta per crescita.

Gli indicatori utilizzati per il benessere comprensivo sono di due tipi:

- a) impegno sociale e cioè la partecipazione in attività di gruppo, il volontariato, diversità etnica e sociale delle reti sociali con cui si ha a che fare, la percezione di poter influire sulle scelte pubbliche, la affluenza alle urne;
- b) fiducia e cooperazione e cioè fiducia generale, fiducia nei vicini e negli estranei, fiducia nelle istituzioni, fiducia nel recupero della refurtiva.

16. L. Rocco, M. Suhrcke, *Is social capital good for health? A European perspective*, Ufficio europeo Oms, 2012.

Tab. 1 - United Nations' estimates of comprehensive wealth for G7 countries

	Real comprehensive wealth per capita*			Annual growth (1990-2010)	
	1990	2010	Rank (2010)	Rate	Rank (2010)
Canada	475,846	502,972	1	0.28%	7
France	342,866	425,022	5	1.08%	2
Germany	325,513	435,655	3	1.47%	1
Italy	276,943	324,712	7	0.8%	5
Japan	361,234	432,236	4	0.9%	3
United Kingdom	345,487	409,074	6	0.85%	4
United States	411,673	463,375	2	0.59%	6

\* All values expressed in thousand constant 2005 U.S. dollars.

Source: Unu-Ihdp & Unep, 2014.

Altri Paesi hanno adottato analoghe misurazioni con riferimento al ruolo del capitale sociale pe il benessere, ed alle sue varie dimensioni. Ad esempio il Sistema statistico del Regno Unito<sup>17</sup> propone 4 aspetti all'interno del concetto di capitale sociale:

- relazioni personali (contatti e azioni per la rete di relazioni personali);
- reti sociali di supporto (ricevuto e dato);
- impegno civile (comportamenti di impegno per la collettività);
- fiducia e regole della cooperazione (valori condivisi).

Venendo all'Italia, notevole è lo sforzo fatto da Istat e Cnel negli anni scorsi per individuare criteri e indicatori di misurazione del benessere olistico<sup>18</sup>, raccolti in 12 capitoli: salute, istruzione e formazione, lavoro e conciliazione, benessere economico, relazioni sociali, politica e istituzioni, sicurezza, benessere soggettivo, paesaggio e patrimonio culturale, ambiente, ricerca e innovazione, qualità dei servizi.

Per avere un quadro generale dello stato dell'arte del dibattito sul rapporto tra capitale sociale e salute, si può fare riferimento alla analisi bibliografica realizzata dal Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute della Regione Piemonte e Asl TO3<sup>19</sup>, da cui si evincono prove inconfutabili della relazione positiva tra Capitale sociale e salute. Ciò vale sia per la salute percepita che per la qualità della vita, per il benessere mentale, salute orale, specifiche patologie (in

17. V. Siegler, "Office for National Statistics", *Measuring Social Capital*, 18 July 2014.

18. Istat, Bes, *Benessere equo e sostenibile in Italia*, edizioni varie.

19. M. Marino (Servizio Sovranazionale di Epidemiologia Asl TO3) e L. Gilardi (Dors), *Capitale sociale e salute: cosa dice la letteratura*, [www.dors.it/page.php?idarticolo=2018](http://www.dors.it/page.php?idarticolo=2018).

particolare Hiv), invecchiamento attivo, salute riproduttiva, benessere infantile, stili di vita e prevenzione, lotta alle disuguaglianze sociali, accesso alle cure.

## **9. Gli strumenti di attuazione delle politiche di prevenzione in Italia**

La crescente consapevolezza della necessità e importanza dell'ambito specifico occupato dalla prevenzione nelle politiche socio-sanitarie ha comportato infine la messa a punto di idonei strumenti di programmazione e attuazione, cui è opportuno fare un breve richiamo in chiusura di questo capitolo.

Dal punto di vista normativo e organizzativo un ruolo chiave nel quadro della programmazione della prevenzione sanitaria in Italia è occupato dai Piani nazionali di prevenzione (Pnp), stabiliti per la durata (salvo proroghe) di un triennio, e introdotti per la prima volta nel 2005. Frutto di intesa fra Stato e Regioni, i Pnp rientrano in quell'armamentario finalizzato al raccordo delle attività fra diversi livelli di governo che costituisce ormai una cifra caratteristica dell'organizzazione sanitaria nell'epoca della regionalizzazione (se non del federalismo sanitario), che ha fatto marcatamente seguito alla modifica del titolo V della Costituzione avvenuta nel 2001.

Come richiamato nell'ultimo Pnp, 2014-2018, i Pnp sin dal 2005 hanno rappresentato un punto di svolta nella programmazione sanitaria, sia in termini di scelta strategica delle Regioni di investire nell'area della prevenzione, sia per lo sviluppo di una governance compartecipata tra Ministero, Regioni e aziende sanitarie, con particolare riguardo al ruolo di coordinamento del Centro per il controllo delle malattie e all'implementazione di linee operative comuni, con correlati finanziamenti vincolati (tra fondo sanitario nazionale e regionale) e meccanismi di verifica del raggiungimento degli obiettivi del Piano.

Alcuni elementi strutturali di innovatività sono stati introdotti con il Pnp 2010-2013, quali ad esempio l'adozione di un modello di governance definito "stewardship", basato su un processo di riflessione e di operatività condiviso tra livello centrale e Regioni, tramite l'individuazione di "azioni centrali", e l'implementazione del ruolo della valutazione, sia come sorveglianza, sia monitoraggio dello stato di avanzamento dei risultati programmati che valutazione di impatto della prevenzione.

Su questi presupposti, oltre che con gli obiettivi del "*Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020*" del Who e del "*Who-Europe Action Plan 2012-2016*", è stato strutturato il Pnp 2014-2018, prorogato anche al 2019, che in particolare stabilisce da un lato di "fissare (pochi) obiettivi comuni a Stato e Regioni e lasciare al-

la programmazione inserita nei vari contesti regionali la definizione delle popolazioni target e la gestione delle azioni funzionali al raggiungimento di tali obiettivi”, e dall’altro lato valorizza ulteriormente il ruolo della valutazione sia dell’impatto della prevenzione a livello centrale, regionale e locale, sia di verifica dell’adempimento Lea.

In conformità a una vision improntata alla “prevenzione, promozione e tutela della salute”, e a una duplice strategia, di comunità e sull’individuo, i macro-obiettivi oggetto del Pnp 2014-2018 sono:

- la riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili (malattie cardiovascolari, tumori, patologie respiratorie croniche e diabete) che, anche secondo il rapporto Health 2020 costituiscono, a livello mondiale, il principale problema di sanità pubblica;
- la prevenzione delle conseguenze dei disturbi neurosensoriali (ipoacusia e sordità, ipovisione e cecità);
- la promozione del benessere mentale di bambini, adolescenti e giovani;
- la prevenzione di dipendenze da sostanze (droghe, psicofarmaci, alcol, tabacco) cui si affiancano anche nuove dipendenze “sine substantia” (web, sesso compulsivo, gioco d’azzardo patologico);
- la prevenzione degli incidenti stradali e della gravità degli esiti (sicurezza stradale);
- la prevenzione degli incidenti domestici, riguardanti tanto la sicurezza delle abitazioni quanto l’esposizione ad agenti chimici (avvelenamenti e intossicazioni);
- la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali (soprattutto patologie osteo-artro-muscolo-scheletriche), alle quali, secondo dati Ilo 2013, sono da imputare il maggior numero di morti legate al lavoro (80%);
- la riduzione dell’esposizione alle sostanze nocive presenti nell’aria, nell’acqua, nel suolo o negli alimenti (inquinamento ambientale e inquinamento atmosferico urbano);
- la riduzione della frequenza delle malattie infettive tramite le vaccinazioni e i relativi piani programmatici tra Stato e Regioni (Piano nazionale prevenzione vaccinale, ecc.);
- il rafforzamento delle attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

È noto come i Livelli Essenziali di Assistenza (Lea), anche nella ridefinizione e aggiornamento ad opera del Dpcm del 12 gennaio 2017, si articolino in tre livelli, assistenza ospedaliera, assistenza distrettuale e “prevenzione collettiva e sanità pubblica”: in questo livello dunque (ad esclusione di interventi di prevenzione individuale o prestazioni di interesse privato dell’assistito), sono incluse le attività e le prestazioni volte a tutelare la

salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro o correlati agli stili di vita, secondo sette aree di intervento:

- a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
- c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- d) salute animale e igiene urbana veterinaria;
- e) sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori;
- f) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale (espressamente introdotti nel nuovo decreto);
- g) attività medico legali per finalità pubbliche.

Una specifica considerazione va a “Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale”, espressamente introdotti dal nuovo Decreto. Sin dal 2007 il Ministero della Salute ha infatti promosso il programma “Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari” finalizzato alla promozione di stili di vita in grado di contrastare, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche e far guadagnare anni di vita in salute ai cittadini. Particolare attenzione nel programma è dedicata agli stili di vita per l’età pediatrica, tramite la collaborazione in primo luogo con il Ministero dell’Istruzione (Miur) – ma non solo – in relazione ai quattro principali fattori di rischio modificabili: alimentazione, attività fisica, fumo e alcol, secondo un approccio intersettoriale e trasversale, volto alla promozione di interventi lungo tutto il corso della vita (“life-course approach”).

Come sottolineato anche nell’ultimo Rapporto Crea<sup>20</sup>, infatti, sono questi i fattori di rischio che, legati a comportamenti non salutari adottati già nell’infanzia e nell’adolescenza, vanno ad aggiungersi ai determinanti socio-economici, culturali, politici e ambientali che fanno sì che oggi vada attribuita alle malattie cronico-degenerative (cancro, diabete, malattie polmonari e cardiache) la causa del 70% dei decessi a livello globale<sup>21</sup>.

20. C. Giordani, *Prevenzione: spesa, stili di vita, vaccinazioni e screening. Il posizionamento dell’Italia in Europa*, in 14° Rapporto Sanità, *Misunderstandings*, a cura di Federico Spandonaro, Daniela d’Angela, Cristina Giordani, Barbara Polistena, Crea Sanità 2018.

21. In particolare, il Rapporto Crea evidenzia i dati riportati in Who (2018), *Key facts* 1 giugno 2018, rilevando che il numero maggiore di morti è causato da malattie cardiovascolari (17,9 milioni ogni anno); tumori (9,0 milioni), malattie respiratorie (3,9 milioni) e diabete (1,6 milioni), e che l’85% di questi decessi avviene in Paesi a basso-medio reddito.

Il programma è in linea con le più recenti raccomandazioni della Oms in merito, quali ad esempio le *Recommendations on Physical Activity for Health*, che suggeriscono per gli adolescenti almeno 60 minuti al giorno di attività moderata-vigorosa, o il *Global Action Plan on Physical Activity 2018-2030*. D'altronde, secondo dati del *Global Health Observatory* della Oms nel 2010 l'Italia presentava, fra i 15 Paesi europei analizzati, la percentuale maggiore di adolescenti in età scolare la cui pratica di attività fisica era considerata insufficiente (Rapporto Crea).

Si pensi anche, ad esempio, sempre secondo dati riportati nel Rapporto Crea, che se "l'eccesso ponderale nel 2016 a livello globale ha messo a rischio la vita di 1,9 miliardi di adulti, di cui oltre 650 milioni sono obesi (39,0% degli uomini e 40,0% delle donne)", a questi sono da affiancarsi, in sovrappeso o obesi, 41 milioni di bambini di età inferiore ai 5 anni e oltre 340 milioni di bambini e adolescenti di età compresa tra 5 e 19 anni, con una prevalenza che è passata dal 4,0% nel 1975 a poco più del 18,0% nel 2016, secondo stime del Oms.

Se da una parte è confortante il fatto che l'Italia risulti, tra 21 Paesi Ocse analizzati, quello in cui si registrano sia il tasso minore di eccesso ponderale (45,1%), sostanzialmente stabile rispetto al 2006, sia la quota più bassa di obesità tra gli adulti di 15 anni e più (9,8%), nonché uno dei tre soli Paesi in cui il dato risulta in diminuzione nell'ultimo decennio, tuttavia gli stessi dati, aggiornati da Oms, indicano una quota ben più elevata e comunque preoccupante, pari al 23%, nonostante la permanenza dell'Italia in una buona posizione (quinta) in Europa<sup>22</sup>.

Viceversa, per quanto riguarda i bambini, sia maschi che femmine, si registrano in Italia quote fra le più elevate in Europa, sia per eccesso ponderale, che obesità e sovrappeso<sup>23</sup>. Altrettanto preoccupante risulterebbe la situazione per gli adolescenti, in particolare alla luce dei dati Oms recenti, in cui si registra un tasso di obesità del 10% che fa dell'Italia il quarto Paese in Europa con prevalenza più alta, con un gradiente sfavorevole per le Regioni meridionali (sia per adulti che bambini).

Sempre con riferimento ai dati riportati nel Rapporto Crea, l'Italia è invece il secondo Paese con la quota minore di alcol consumato dalle persone di 15 anni e più (2016), in diminuzione nell'ultimo decennio, con una quota di consumatori a maggior rischio nelle Regioni settentrionali. Intermedia invece rispetto all'Europa la posizione dei fumatori.

22. Oecd (2017), *Obesity update 2017*, Who (2018), *Noncommunicable diseases country profiles 2018*, settembre 2018, dati citati ed elaborati in Rapporto Crea, cit.

23. Who (2018), *Childhood Obesity Surveillance Initiative (Così), Highlights 2015-17*, citato in Rapporto Crea, cit.

Quanto all'attività di prevenzione delle malattie trasmissibili, soprattutto di rilevanza epidemica, essa trova lo strumento di contrasto per eccellenza nelle vaccinazioni, il cui monitoraggio – di concerto tra Stato e Regioni – è affidato al Piano nazionale di prevenzione vaccinale. Ormai da due anni, con l'entrata in vigore del decreto-legge n. 73 del 2017 (convertito in legge n. 119 del 2017) è stato significativamente ampliato (fino a dieci) il numero di vaccinazioni pediatriche inserite nei Lea da somministrare obbligatoriamente, nell'ottica di far fronte al calo al di sotto della soglia del 95% – che garantisce la c.d. “immunità di gregge” – per le principali malattie infettive a carattere diffusivo dell'infanzia.

Secondo dati del 2018 del Ministero della Salute il provvedimento ha generato un aumento delle coperture per la maggior parte delle vaccinazioni, rimanendo tuttavia al di sotto dell'obiettivo del 95% la vaccinazione contro morbillo-parotite-rosolia. Tali dati saranno successivamente integrati e resi più puntuali grazie all'apporto dell'Anagrafe nazionale vaccinale, attivata nell'aprile 2019<sup>24</sup>.

Dal punto di vista della spesa per prevenzione, il Rapporto Crea conferma come si tratti di una variabile fortemente legata al reddito medio dei Paesi: con riferimento all'Italia (dati 2016) è da rilevarsi come sia uno dei pochi Paesi europei ad aver conseguito nell'ultimo decennio un aumento di più di 1 punto percentuale dell'incidenza della spesa pubblica per programmi di prevenzione, mentre, con una spesa sanitaria pubblica corrente per la prevenzione pari al 4,7%, il Paese risulti secondo solo al Regno Unito (5,1%). E tuttavia, in termini di spesa pro-capite, il rapporto rileva un valore appena inferiore alla media europea (87,4 euro dell'Italia rispetto a 88,2 euro EU), collocandosi ottava fra i Paesi europei.

Inoltre, dalla lettura nel rapporto Crea dei dati Agenas 2015 (ultimi disponibili) delle risorse del Fondo sanitario nazionale destinate al finanziamento dei tre livelli di assistenza, risulta un disallineamento per la prevenzione (assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro) che ha ricevuto il 4,18% anziché il 5% previsto (a vantaggio dell'assistenza distrettuale).

Vero è che il problema della prevenzione, in termini di ricadute sanitarie, economiche e sociali, si riflette anche, inevitabilmente, sulla sostenibilità effettiva del sistema sanitario nazionale (in termini di costi diretti o indiretti derivanti dalle malattie), rendendo imprescindibile l'impegno al prosieguo e allo sviluppo ulteriore di strategie di prevenzione improntate al principio introdotto da Who della salute in tutti gli ambiti (“health in all policies”) nonché a quello di garantire equità secondo quanto stabilito nel programma d'azione dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile.

24. [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it), coperture vaccinali nel 2018.

Tab. 2 - Sintesi della posizione dell'Italia nella classifica dei Paesi europei per diversi indicatori in tema di prevenzione, Rapporto Sanità 2018, Crea

Indicatore	Unità misura	Anno	Fonte	Valore Italia	Media valori (n. Paesi osservati)	Paese (valore massimo)	Paese (valore minimo)
Obesità persone 15+	%	2016 (o più vicino)	Oecd	9,8	16,6 (23)	Ungheria (21,2)	Italia (9,8)
Spesa programmi di prevenzione in % della spesa pubblica corrente	%	2016	Oecd	4,7	2,8 (23)	Regno Unito (5,1)	Slovacchia (0,7)
Consumo di alcol persone 15+	Litri pro-capite	2016 (o più vicino)	Oecd	7,1	10,0 (23)	Lituania (13,2)	Grecia (6,5)
Obesità adulti 18+	%	2016	Who	23,0	25,3 (28)	Malta (31,0)	Danimarca (21,0)
Spesa pro-capite per programmi di prevenzione	€	2016	Oecd	87,4	61,0 (23)	Regno Unito (145,2)	Slovacchia (5,9)
Persone 15+ che fumano giornalmente	%	2016 (o più vicino)	Oecd	20,0	20,0 (23)	Grecia (27,3)	Svezia (10,9)
Donne 50-69 anni che hanno effettuato mammografia in programma organizzato screening	%	2016 (o più vicino)	Oecd	60,0	59,7 (17)	Finlandia (82,2)	Lettonia (27,4)
Eccesso ponderale (sovrappeso+obesità) ragazzi di 15 anni	%	2013-2014	Oecd	15,5	14,5 (23)	Grecia (21,5)	Danimarca (9,5)
Anziani 65+ vaccinati contro influenza stagionale*	%	2016 (o più vicino)	Oecd	49,9	36,2 (23)	Regno Unito (70,5)	Estonia (2,8)
Bambini a 1 anno vaccinati con 3 dosi DTP	%	2017	Oecd	94,0	95,7 (19)	Grecia, Ungheria e Lussemburgo (99,0)	Finlandia (89,0)
Adulti 18+ che praticano attività fisica insufficiente	%	2010	Who	35,9	27,3 (28)	Malta (45,2)	Estonia (15,2)
Obesità adolescenti 10-19 anni	%	2016	Who	10,0	8,0 (28)	Malta e Grecia (12,0)	Estonia (5,0)
Obesità bambini maschi 6-9 anni	%	2015-2017	Who	21,0	13,5 (23)	Italia e Cipro (21,0)	Danimarca (5,0)
Adolescenti 11-17 anni che svolgono attività fisica insufficiente	%	2010	Who	91,8	81,1 (27)	Italia (91,8)	Irlanda (71,6)

Tab. 2 - segue

- Peggiora della media EU (\* oppure migliore della media EU ma senza raggiungere il valore minimo raccomandato, come nel caso delle vaccinazioni over 65).
- Simile alla media o con scostamento minimo.
- Migliore della media EU.

(La "media valori" è intesa come media dei valori di tutti i Paesi presi in esame per ciascun indicatore).

Fonte: elaborazione su dati Oecd e Who, anni vari – © Crea Sanità.

## Bibliografia di riferimento

- Ardigò A., *Società e salute*, FrancoAngeli, Milano, 1997.
- Biggeri L., "Benessere, qualità della vita e felicità: il contributo della Statistica ufficiale", *L'Arco di Giano*, n. 70/2011, Istituto per l'analisi sociale, Ed. Iniziative sanitarie.
- Boarini R., Johansson A., Mira d'Ercole A., *Alternative Measures of well-being*, Oecd, 2006.
- Censis, *La domanda di salute negli anni '90. Comportamenti e valori di pazienti italiani*, FrancoAngeli, Milano, 1998.
- Collicelli C., *Benessere e tutela. Vincoli economici, derive culturali e nodi politici*, FrancoAngeli, Milano, 1998.
- Collicelli C., *Il cittadino e il futuro del Ssn*, in N. Falcitelli, M. Trabucchi, F. Vanara (a cura di), *Rapporto Sanità 2002*, Fondazione SmithKline, il Mulino, Bologna, 2002.
- Collicelli C., *Salute come processo sociale. Transizione sanitaria e ricerca sociologica*, FrancoAngeli, Milano, 2011.
- Collicelli C., Maietta F., Viola M.G., *Sanità e salute nel 150° d'Italia: una lettura sociologica delle lunghe derive*, Farmafactoring, 2011.
- Collicelli C., Gentile M., *Sanità e benessere dei cittadini in tempo di crisi*, in *Fondazione SmithKline, Sistema sanitario e sviluppo del Paese: alcune specificità in tempo di crisi*, il Mulino, Bologna, 2013.
- Dasgupta P., Mäler K.-G., *Net National Product, Wealth, and Social Well-Being*, Environment and Development Economics, 2000.
- Dasgupta P., *Measuring the Wealth of Nations*, Annual Review of Resource Economics, 2014.
- Delhey J., Kroll C., *A Happiness Test for the New Measures of National Well-Being: How much Better than GDP are they?*, WZB, Berlin, 2012.
- Delors J., *Les indicateurs sociaux*, Sedeis, Paris, 1971.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *Quality of Life in Europe*, 2003.
- Giordani C., *Prevenzione: spesa, stili di vita, vaccinazioni e screening. Il posizionamento dell'Italia in Europa*, in 14° Rapporto Sanità, *Misunderstandings*, a cura di Federico Spandonaro, Daniela d'Angela, Cristina Giordani, Barbara Polistena, Crea Sanità 2018.

- Hamilton K., Clemens M., *Genuine Savings Rates in Developing Countries*, The World Bank Economic Review, 1999.
- Illich I., *Nemesi medica*, Mondadori, Milano, 1976.
- International Institute for Sustainable Development (Iisd), *Comprehensive Wealth In Canada – Measuring What Matters In The Long Run*, December 2016.
- Istat, BES, *Benessere equo e sostenibile in Italia*, edizioni varie.
- Marino M. (Servizio Sovranazionale di Epidemiologia Asl TO3) e Gilardi L. (Dors), *Capitale sociale e salute: cosa dice la letteratura*, [www.dors.it/page.php?idarticolo=2018](http://www.dors.it/page.php?idarticolo=2018).
- Mbpe-Ispe, *Prima valutazione dei bisogni e dei progetti di impieghi sociali dei sistemi metropolitani nel decennio 1970-1980*, Atel, Roma, 1975.
- Noll H.H., “The Stiglitz-Sen-Fitoussi-Report: Old wine in New Skins? Views from a Social indicators Perspective”, *Social Indicators Res*, 102: 111-116, 2011.
- Oecd, *Obesity update*, 2017.
- Porter M., Olmsted Teisberg E., *Redefining Health Care, Creating Value-based Competition on results*, Harvard Business School Press, Boston, 2006.
- Raworth K., *L'economia della ciambella*, Edizioni ambiente, Milano, 2017.
- Rocco L., Suhrcke M., *Is social capital good for health? A European perspective* (Ufficio europeo Oms), 2012.
- Siegler V., Measuring Social Capital, *Office for National Statistics*, 18 July 2014.
- Spandonaro F., d'Angela D., Giordani C., Polistena B. (a cura di), 14° Rapporto Sanità, *Misunderstandings*, Crea Sanità, 2018.
- Who, *Childhood Obesity Surveillance Initiative (Cosi) Highlights 2015-17*, 2018.
- Who, *Noncommunicable diseases country profiles*, 2018.

### *3. Ambiente e salute: quali indicatori per un modello di gestione integrata*

di *Michele Conversano\**, *Francesco Desiante\*\**, *Antonio Ferro\*\*\**

#### **1. Introduzione**

La relazione tra l'individuo e i fattori ambientali che lo circondano rappresenta una tematica complessa e di grande attualità, che può influenzare direttamente o indirettamente lo stato di salute della popolazione. Diversi studi scientifici hanno dimostrato che l'ambiente ha un ruolo importante nella genesi di differenti patologie e che gli interventi sui fattori ambientali possono portare ad ingenti guadagni di salute. La qualità dell'ambiente fisico in cui si vive, dunque, può essere definita a pieno titolo come uno dei determinanti di salute essenziali per la persona, che troppo spesso incide negativamente a causa della presenza di contaminanti chimici e fisici di origine antropica.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) ha effettivamente inquadrato il problema dell'inquinamento in termini sanitari, individuando quello atmosferico come il più importante fattore di rischio di origine ambientale per la salute umana, perché direttamente responsabile della morte di circa 3 milioni di persone ogni anno e correlato come concausa nel determinare 1 decesso ogni 9 a livello globale<sup>1</sup>. Riferendosi alle matrici suolo e acqua, invece, solo in Europa è stata stimata la presenza di circa 342.000 siti contaminati, per i quali le attività produttive e la gestione dei rifiuti di origine industriale rappresentano le sorgenti prioritarie di una contaminazione<sup>2</sup>, che in alcuni casi può coinvolgere e compromettere la sicurezza

\* Direttore Dipartimento di Prevenzione Asl di Taranto.

\*\* Dirigente medico Dipartimento di Prevenzione Asl di Taranto.

\*\*\* Direttore Dipartimento di Prevenzione Apss Trento.

1. Who, *Ambient air pollution: a global assessment of exposure and burden of disease*, 2016.

2. van Liedekerke M., Prokop G., Rabl-Berger S., Kibblewhite M., Louwagie G., *Progress in the Management of Contaminated Sites in Europe*. Report EUR 26376, Joint Research Centre, Luxembourg, 2014.

della catena alimentare. Un discorso a parte, invece, deve essere fatto per gli effetti indiretti dell'inquinamento, come ad esempio per le emissioni di gas serra, responsabili del cambiamento climatico in atto e delle sue conseguenze catastrofiche, contro le quali si cerca da tempo un rimedio nell'ambito della Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici (Unfccc).

In questi ultimi anni è molto cresciuta la consapevolezza e l'attenzione rivolta ai problemi ambientali e in particolar modo alla loro interazione con la salute umana. Questa nuova sensibilità sta causando, sempre più spesso, conflitti sul territorio legati alla scarsa considerazione che la salute ha avuto nelle valutazioni di carattere ambientale e alla gestione non ottimale della comunicazione adottata in tali processi. Senza contare che l'iniqua distribuzione del rischio ambientale, su cui solitamente agisce un intreccio di sfavorevoli contingenze socio-economiche, culturali e sanitarie, alimenta le disuguaglianze di salute e le cronicità, in un fenomeno di "environmental injustice" che è spesso causa di un'inflazione delle tensioni sociali.

Non vi sono dubbi, quindi, che il contenimento dell'esposizione all'inquinamento ambientale della popolazione e la valutazione dei suoi effetti nocivi sulla salute siano le grandi sfide a cui il settore di sanità pubblica deve dare finalmente risposte concrete e autorevoli, al netto delle notevoli difficoltà registrate in passato in questo contesto. Il referendum abrogativo del 18 aprile del 1993, infatti, ha creato una vera e propria dicotomia in questo settore separando di fatto le competenze di carattere ambientale, affidate dopo una lunga riorganizzazione alle Agenzie Regionali per la Protezione Ambientale (Arpa), da quelle di gestione e tutela della salute, storicamente in carico alle Aziende Sanitarie Locali (Asl). Questo ha creato notevole confusione fra i ruoli assegnati alle diverse figure coinvolte e qualche incertezza fra i rispettivi ambiti di competenza degli Enti preposti al controllo dei monitoraggi ambientali e degli indicatori sanitari, che hanno generato un atteggiamento difensivo, un ritardo nelle corrette pianificazioni di misure efficaci di tutela della collettività e probabilmente un allontanamento degli operatori di sanità pubblica da queste tematiche.

A ciò si aggiunge il fatto che la prevenzione delle malattie di origine ambientale richiede uno sforzo molto complesso, poiché non è per nulla semplice padroneggiare tutti gli elementi da tenere in considerazione per valutare l'impatto diretto e indiretto dei fattori ambientali sullo stato di salute. Le influenze dell'ambiente sulla salute sono spesso il frutto di fattori multidimensionali, la cui comprensione richiede un approccio integrato, metodologie appropriate e competenze specifiche. Il tumultuoso sviluppo scientifico in questo ambito ha prodotto una mole considerevole di nuove conoscenze, che non è stata probabilmente accompagnata da un adeguato sviluppo della formazione per i professionisti sanitari su tutto il territorio nazionale.

In alcuni contesti gravati da storiche situazioni di criticità, come è avvenuto in Puglia per il caso “Ilva”, sono state avviate alcune azioni di politica sanitaria e di collaborazione interdisciplinare con l’obiettivo di agire su più livelli al fine migliorare la salute della popolazione e limitare i danni derivanti da specifiche componenti ambientali, ma sino a poco tempo fa nel nostro Paese è mancato un approccio univoco a cui uniformarsi nella ricerca di una soluzione sistemica. Eppure il Decreto di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) del 2017<sup>3</sup> fa specifico riferimento alla tutela della salute dai fattori di rischio presenti negli ambienti di vita, da attuare mediante una puntuale valutazione di effetto delle esposizioni, attraverso la promozione di progetti/programmi di miglioramento dell’ambiente e di riduzione dell’impatto sulla salute, senza trascurare la corretta comunicazione del rischio.

È dunque necessario intraprendere un percorso nuovo nella gestione del rapporto fra i fattori di rischio ambientale e la salute collettiva, in cui i professionisti di sanità pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione hanno il compito di guidare una transizione ormai inevitabile, appropriandosi di tutti gli strumenti e delle innovazioni che si stanno progressivamente affermando in questo campo.

## **2. La necessità di una gestione integrata ambientale e sanitaria**

Il primo degli strumenti di valutazione del rischio ambientale, ed anche quello più conosciuto da coloro che operano nei contesti di sanità pubblica ai vari livelli, resta sicuramente quello del monitoraggio epidemiologico. Lo stato di salute di una popolazione può essere descritto, infatti, mediante fonti contenenti informazioni sanitarie molteplici e strutturate, che oramai sono entrate nell’uso comune dei rapporti prodotti dalle Aziende Sanitarie.

Quelle più importanti in relazione alla possibile influenza di un’esposizione ambientale sono sicuramente i registri di mortalità, che si alimentano dalle cause di morte indicate nelle schede D4 Istat, le cause di ricovero presenti sulle Sdo (schede di dimissione ospedaliera) e l’incidenza neoplastica elaborata dai registri tumori. Attraverso opportuni indicatori statistici (Shr, Smr, Sir) ricavati dall’elaborazione dei suddetti dati, è possibile rilevare il profilo generale di salute della popolazione e da questo si possono evincere gli effetti a lungo termine dei fattori di rischio presenti sul territorio, inclusi quelli ambientali (osservando ad esempio i dati relativi alle

3. Dpcm 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, pubblicato sulla G.U. n. 65 del 18 marzo 2017.

patologie croniche e ai tumori). Ciò attraverso studi descrittivi di confronto spaziale con le popolazioni di altri territori, di confronto temporale sugli stessi residenti, o mediante studi analitici realizzati “ad hoc” per indagare specificatamente sui possibili fattori causali individuati. È, inoltre, possibile valutare gli effetti a breve termine sulla salute (mortalità generale, patologie respiratorie e cardiovascolari acute, morbosità e mortalità infantile) mediante opportuni disegni di studio epidemiologico.

L'analisi di questi dati, basata sulla valutazione delle variazioni rispetto all'atteso e dei trend temporali secondo la metodologia ormai consolidata dallo studio Sentieri (giunto nel 2019 al quinto rapporto di aggiornamento) ha fatto scuola in tal senso: non è un caso che il rapporto “Contaminated Sites” dell'Oms l'abbia identificata come strumento di ricerca e sorveglianza semplice ed efficace per valutare l'impatto sanitario nei siti contaminati<sup>4</sup>. Questo tipo di attività rappresenta, infatti, la pietra miliare della valutazione di impatto applicata all'inquinamento ambientale e ha posto le basi per la maggior parte degli interventi di tutela adottati nel nostro Paese.

Nonostante queste premesse, è opportuno riconoscere che – soprattutto in contesti critici – un approccio puramente epidemiologico, non corroborato da una valutazione integrata delle diverse fonti inquinanti e delle molteplici vie di esposizione, presenta inevitabilmente dei limiti e deve essere completato da altri elementi. Gli studi epidemiologici cercano di descrivere e quantificare i danni da esposizione, sia acuta che cronica, a diverse sostanze, ma senza la conoscenza e la comprensione delle concentrazioni ambientali, dei livelli di esposizione e dei relativi aspetti tossicologici dei contaminanti presenti è difficile addentrarsi nelle valutazioni di “causa-effetto” e nella definizione di azioni correttive calibrate sulla reale dimensione degli eventi.

Dunque, per giungere alla completa conoscenza dei fenomeni che caratterizzano le dinamiche del rapporto ambivalente fra ambiente e salute in ogni contesto, non si può prescindere dal dato di monitoraggio ambientale ed è necessario, inoltre, disporre di adeguate competenze tossicologiche per processarlo e riportarlo al quadro epidemiologico delineato. È solo tramite il linkage tra il dato di monitoraggio ambientale raccolto e quello di evidenza epidemiologica, al netto di altri indicatori sanitari, demografici, geografici, culturali e sociali, che si può comprendere e valutare lo scenario reale di un territorio.

È poi importante studiare l'effettivo assorbimento in vivo degli inquinanti nella popolazione esposta e comprendere il peso relativo delle diverse vie di esposizione, dirette o indirette, nel determinare il danno ambiente-

4. Who, *World Health Organization. Contaminated sites and health. Report of Two Who Workshops*. Syracuse, Italy, 18 November 2011, Catania, Italy, 21-22 June 2012, Copenhagen, 2013.

correlato. Questo al fine di individuare i target di maggiore suscettibilità fra i residenti e le possibili azioni di contrasto e mitigazione del rischio. Il superamento delle soglie di contaminazione ambientale per alcuni composti dotati anche di notevole pericolosità, infatti, in alcuni casi può risultare di scarso interesse sanitario in assenza di una concreta esposizione che renda direttamente o indirettamente biodisponibili tali inquinanti per gli esseri umani. Sono esposizione ed assorbimento a tramutare un pericolo ambientale in rischio per la popolazione, per questa ragione, in presenza di un quadro di acclarata fragilità ambientale ed ecosistemica, è indispensabile implementare le attività finora descritte con specifici studi di biomonitoraggio e azioni di controllo volte ad accertare la salubrità delle produzioni alimentari destinate al consumo umano.

La complessità delle valutazioni da porre in essere è molto elevata: si impone, dunque, la ricerca di sinergie multidisciplinari e la costituzione di tavoli di cooperazione congiunta inter-istituzionale, in cui comporre e integrare il pannello più ampio di competenze disponibili, per condividere criteri operativi e un percorso comune di analisi. Al centro di questo percorso occorre posizionare la collaborazione fra le Agenzie Regionali per la Protezione Ambientale e le Aziende Sanitarie, ma è a queste ultime che spetta il compito di orientare e rendere funzionali tutte le attività di ricerca al fine di tutelare la salute umana.

L'impianto normativo che disciplina i controlli e i limiti di concentrazione degli inquinanti nelle diverse matrici ambientali, infatti, non garantisce l'assenza di effetto sulla salute umana, contemplando principalmente degli obiettivi di qualità dell'ambiente che spesso non coincidono con quelli sanitari. È questo il caso di alcuni dei parametri individuati per l'aria a livello europeo, recepiti in Italia dal D.Lgs. 155/2010, che nel caso del particolato, ad esempio, eccedono significativamente rispetto ai valori obiettivo individuati dall'Oms e per alcuni metalli dal rilevante profilo tossicologico, come Manganese, Mercurio e Cromo esavalente, non fissano alcun limite. In un quadro così incerto il punto critico per i professionisti di sanità pubblica impegnati sul campo è quello di saper colmare queste lacune, collaborando con gli Enti di controllo ambientale anche attraverso la formulazione di quesiti aggiuntivi e di richieste mirate, indispensabili per la corretta interpretazione e gestione del dato di monitoraggio ambientale finalizzata allo scopo di tutela sanitaria.

In tal senso sarebbe certamente auspicabile potenziare tale cooperazione anche dal punto di vista architettuale, mediante lo sviluppo di strumenti informativi e di analisi digitale utili a supportare la condivisione dei dati sanitari e ambientali, favorendo un approccio univoco alla problematica salute e ambiente. A oggi i flussi informatici disponibili nella maggior parte delle Aziende Sanitarie e delle Arpa in Italia vengono gestiti come flussi

autonomi e slegati dal contesto geografico. Nell'organizzazione attuale degli archivi, infatti, il linkage del pur consistente patrimonio informativo potenzialmente disponibile viene di rado portato a termine, perché macchinoso e troppo complesso dal punto di vista procedurale.

Sarebbe opportuno gestire i flussi (ad esempio tutti quelli elencati nella proposta illustrata in tab. 1) in un unico database e incrociarli in relazione ai diversi ambiti geografici e ai sottogruppi di popolazione, sul modello di quanto già fatto con i dati sanitari – per gestire l'utilizzo e la distribuzione delle risorse – dal sistema Acg in alcune Regioni e PA. Questo permetterebbe di istituzionalizzare la produzione di report periodici a fronte delle richieste

*Tab. 1 - Proposta di un set di dati socio sanitari e ambientali da inserire in un sistema informativo unico di gestione integrata*

<i>Flussi di dati sanitari (archivi storici quinquennali o decennali)</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schede di dimissione ospedaliera Sdo e mobilità passiva</li> <li>• Specialistica ambulatoriale attiva e passiva</li> <li>• Accessi in Pronto Soccorso</li> <li>• Farmaceutica Territoriale attività e passiva</li> <li>• Somministrazione diretta farmaci mobilità passiva</li> <li>• Farmaceutica distribuzione diretta e per conto</li> <li>• Cure domiciliari Adi</li> <li>• Uvmd valutazioni multidimensionali</li> <li>• Esenzioni</li> <li>• Assistenza Residenziale Far</li> <li>• Hospice</li> <li>• Malattie Rare</li> <li>• Cure Termali</li> <li>• Ospedali di Comunità Odc</li> <li>• Unità Riabilitative Territoriali Urt</li> <li>• Psichiatria Territoriale</li> <li>• Riabilitazione ex art. 26</li> <li>• Anagrafe Sanitaria</li> <li>• Vaccinazioni</li> <li>• Mortalità</li> </ul>
<i>Flussi di dati ambientali: modellistica di dispersione/distribuzione</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rete di monitoraggio dell'aria (centraline fisse e mobili Arpa)</li> <li>• Repertorio delle emissioni</li> <li>• Acque</li> <li>• Pollini</li> </ul>
<i>Flussi di dati socio economici</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dati per sezioni di censimento Istat</li> <li>• Indice di deprivazione 20011</li> </ul>
<i>Flussi di dati relativi agli insediamenti produttivi</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specifiche informazioni integrative (monitoraggio, scenari predittivi, ecc.) richieste per le principali fonti di pressione e industrie insalubri di 1ª classe</li> </ul>

che pervengono dai territori o dalle comunità locali relativamente a profili di salute generale, patologie specifiche, o anche occasionali alert segnalati, ad esempio, dai medici di medicina generale (Mmg) e dalle associazioni. Un tale modello di studio e analisi delle relazioni salute/ambiente, che chiaramente prevede il supporto analitico dei Servizi Epidemiologici, garantirebbe in chiave preventiva gli strumenti ideali e la possibilità di fornire risposte immediate e dinamiche. Per questa ragione risulta quasi superfluo specificare che, laddove si ribadisce la necessità di una maggiore integrazione fra Asl e Arpa, appare ovvio che le competenze di analisi epidemiologica dei Servizi appena menzionati dovrebbero essere sempre incardinate all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione, ovvero le strutture preposte a intraprendere le azioni necessarie per la tutela della popolazione.

In conclusione c'è un ultimo aspetto su cui è necessario soffermarsi per un approfondimento più ampio, che coinvolge essenzialmente l'area della comunicazione in quest'ambito. Se, infatti, si ravvisa la necessità di pervenire a una nuova gestione multidisciplinare del rischio ambientale-sanitario, appare piuttosto ovvio che questa condivisione debba in qualche modo contemplare il debito informativo nei confronti degli stakeholders politico-istituzionali e della popolazione. In altre parole si può dire che se da una parte è fondamentale prevenire/mitigare con tutti i mezzi e con tutte le professionalità a disposizione il rischio ambientale, dall'altro lato è molto importante ripetere tale sforzo per modulare la percezione e la proiezione di questo rischio nella comunità. Bisogna in sostanza assicurare che le informazioni diffuse dai media siano corrette ed esaustive, al fine di scongiurare dannosi fenomeni di sottovalutazione del pericolo o al contrario di ingiustificato allarme.

È sempre più diffusa anche nel nostro Paese la sindrome Nimby ("Not In My Backyard", ovvero "non nel mio cortile") che descrive una crescente opposizione delle comunità locali nei confronti di opere di interesse pubblico, motivata da timori per la sicurezza dell'ambiente o degli abitanti di un territorio. Molto spesso queste tensioni sono del tutto ingiustificate, ma impediscono o ritardano la realizzazione di opere necessarie, danneggiando paradossalmente il benessere psicologico e socio-economico degli stessi residenti. D'altro canto in alcune realtà la salubrità dell'ambiente e la tutela della salute sono ancora incredibilmente considerati degli aspetti secondari, subordinati a logiche che privilegiano fattori economici o alimentano processi di iniquità sociale.

Diventa quindi fondamentale, anche in questo caso, il ruolo congiunto delle Aziende Sanitarie e delle Agenzie Regionali per la Protezione Ambientale, che devono presidiare in modo univoco la comunicazione istituzionale improntandola su criteri di autorevolezza, chiarezza, responsabilità e compartecipazione. Per evitare ogni possibile fraintendimento o strumentalizzazione, infatti, occorre uniformare e semplificare il messaggio

rivolto ai decisori e al pubblico, senza cadere nella tentazione di perdersi in inutili tecnicismi, o peggio ancora in ambigue posizioni difensive. A tal proposito risulta di capitale importanza coinvolgere al tavolo tutti i portatori di interesse, a partire dagli Enti Locali fino ai cittadini e alle associazioni. In conclusione – è bene precisarlo – come già sperimentato per l’ambito vaccinale, anche in questo specifico campo non si può lasciar spazio alle improvvisazioni, per questa ragione è opportuno coordinare gli sforzi e affidarsi a delle figure preparate e dedicate alla diffusione delle informazioni, anche attraverso i mezzi più innovativi come i social network, che non possono più essere trascurati nel rapporto con il grande pubblico.

### **3. La Valutazione di Impatto Sanitario (Vis) e la nuova sfida dell’Urban Health**

In questa nuova visione di compartecipazione dei processi decisionali con gli stakeholders, orientata alla sintesi delle diverse competenze, l’introduzione della Valutazione di Impatto Sanitario (Vis) rappresenta la naturale evoluzione della pianificazione delle scelte ambientali e sanitarie. Anche se la sua adozione è un’acquisizione relativamente recente, in ambito sanitario sono circa 20 anni che si discute di Vis, a partire dalla Conferenza Oms di *Gothenburg* del 1999<sup>5</sup>, in cui è stata definita come “una combinazione di procedure, metodi e strumenti che consentono di valutare i potenziali e, talvolta, non intenzionali effetti di una politica, un piano, un programma o un progetto sulla salute di una popolazione e la distribuzione di tali effetti all’interno della popolazione esposta, individuando le azioni appropriate per la loro gestione”.

Lo stato di salute di una popolazione è il risultato delle relazioni che intercorrono con l’ambiente sociale, culturale e fisico in cui la popolazione vive. La Vis ha il compito di valutare prospettivamente – ma all’occorrenza anche retrospettivamente – come un intervento sul territorio, sia esso un insediamento industriale o un’installazione di qualunque genere, possa indurre cambiamenti su tutti questi determinanti e conseguentemente produrre un cambiamento nello stato di salute della popolazione esposta. Nel suo complesso si ispira ai principi di trasparenza, etica, eguaglianza, partecipazione, sostenibilità e democrazia, ponendosi un obiettivo molto preciso: valutare l’accettabilità degli interventi sulla base dei potenziali effetti che

5. Who, *World Health Organization. Contaminated sites and health. Report of Two Who Workshops*. Syracuse, Italy, 18 November 2011, Catania, Italy, 21-22 June 2012, Copenhagen, 2013.

questi potranno generare sulla salute delle popolazioni esposte, considerando e integrando tutte le componenti ambientali interessate.

A tale scopo definisce procedure, fonti di dati e metodi analitici da utilizzare per la stima degli effetti attesi, ricercando soluzioni realistiche in funzione della gestione degli stessi e raccomandazioni per la prevenzione di quelli negativi. Il razionale è quello di produrre una base di informazioni sulla popolazione locale, sullo stato di salute e sull'ambiente, attraverso l'elaborazione degli indicatori sanitari e delle misurazioni ambientali, per giungere a scelte consapevoli da parte dei decisori e condivise dalla popolazione.

In Italia il concetto di approccio integrato nelle procedure di valutazione di impatto ambientale sanitario nasce a partire da alcune normative regionali (in Puglia, Lombardia e Marche ad esempio) e dalla L. 231/2012, che ha disposto l'esecuzione di una periodica valutazione *ex-post* del danno sanitario correlato alle attività degli impianti industriali di interesse strategico a livello nazionale presenti sul territorio, con criteri metodologici stabiliti dal Decreto Interministeriale del 24 aprile 2013. Successivamente la L. 221/2015 ha modificato il D.Lgs. 152/2006, introducendo l'obbligatorietà della valutazione di impatto sanitario *ex-ante* per i progetti sottoposti alla valutazione e autorizzazione dell'autorità statale, in conformità alle linee guida adottate con decreto del Ministro della salute ed elaborate dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss). In ultimo il D.Lgs. 104/2017 ha valorizzato ulteriormente il ruolo della Vis in tutte le procedure autorizzative ambientali, individuandola chiaramente come elemento chiave e di uniformità valutativa a livello nazionale.

Probabilmente manca ancora qualche passaggio normativo per giungere a un inquadramento definitivo e univoco di questo strumento nelle procedure di carattere regionale, tuttavia gli sforzi dell'Istituto Superiore per la Protezione e Ricerca Ambientale (Ispra) prima e dell'Iss dopo hanno costruito dei modelli di riferimento molto solidi dal punto di vista tecnico, che hanno posto basi concrete per la sua concreta applicazione<sup>6, 7</sup>. In questi modelli la Vis comprende diversi stadi, che devono essere recepiti in senso integrativo piuttosto che consequenziale. Questi sono essenzialmente:

- screening: fase di valutazione per decidere se una politica, un programma o un progetto possono determinare un impatto rilevante sulla popolazione, da cui deriva la necessità di condurre una Vis;

6. Linee guida per la valutazione integrata di impatto ambientale e sanitario (Viias) nelle procedure di autorizzazione ambientale (Vas, Via, Aia). Ispra, Manuali e Linee Guida 133/2016.

7. Istituto Superiore di Sanità. Linee guida per la valutazione di impatto sanitario. Decreto Legislativo del 16 giugno 2017 n. 104 adottate con Decreto Ministeriale 27 marzo 2019.

- **scoping:** fase in cui viene sviluppato un programma di lavoro, utile alla definizione del territorio da includere, della popolazione da osservare, degli effetti da misurare e del gruppo di lavoro;
- **assessment:** questa fase è il cuore della Vis, in cui si sviluppano la caratterizzazione del rischio e la valutazione degli impatti, attraverso l'integrazione delle informazioni epidemiologiche e tossicologiche disponibili sul territorio e in letteratura;
- **monitoring:** scelta degli obiettivi e degli indicatori da seguire nel tempo per verificare le valutazioni condotte in una sorta di follow-up;
- **reporting:** discussione dei risultati e definizione delle raccomandazioni necessarie per promuovere la salute, comunicazione con stakeholders e comunità locali.

In tutte queste fasi sono possibili diversi approcci, a seconda che si prediliga un'impronta prevalentemente tossicologica o epidemiologica, che dipendono da una serie di scelte molto spesso legate alle peculiarità e alle specifiche esigenze dei contesti presi in esame. Ad ogni buon conto, la Vis pone al centro dei processi decisionali il benessere complessivo degli individui e la sostenibilità degli interventi proposti, con lo scopo di coinvolgere in fase di pianificazione tutti i portatori di interesse e ponderare scelte ampiamente condivise dalla comunità.

Va affrontato, tuttavia, il tema della complessità e dell'inevitabile incertezza delle stime prodotte, che raramente risulteranno inoppugnabilmente conclusive e devono essere comunque correttamente interpretate. Proprio in quest'ottica – è bene specificarlo – la Vis è a pieno titolo uno strumento di sanità pubblica a supporto dei decisori, ma deve essere opportunamente mediata dai tecnici e non può in alcun modo sostituire il processo di scelta politica e di contrattazione sociale; questi fenomeni spesso prendono in considerazione altre logiche che devono essere integrate e non rimpiazzate dai risultati di una Vis, che per loro natura – è doveroso ribadirlo – rappresentano comunque delle valutazioni probabilistiche.

In tema di coinvolgimento degli Amministratori e di orientamento delle scelte politiche è opportuno soffermarsi brevemente su un'altra tematica emergente, che coinvolge anch'essa il rapporto fra salute pubblica e ambiente, focalizzandosi sullo specifico campo di azione del contesto urbano. È l'approccio *urban health*<sup>8</sup>, un modello strategico che integra le azioni di tutela e promozione della salute nella progettazione territoriale, favorendo processi di sviluppo e riqualificazione urbana volti a produrre un impatto positivo sulla qualità della vita e sulla salute della cittadinanza. L'*urban health* è una disciplina che vuole agire sugli spazi cittadini, in cui risiede

8. Capolongo S., Fehr R., “Promozione della salute nei contesti urbani: l'approccio *urban health*”, *Epidemiol Prev*, 2016, 40(3-4): 151-152.

la gran parte della popolazione mondiale, al fine di produrre benessere, la rimozione dei fattori di rischio eliminabili e una riduzione dell'impatto legato alle cronicità.

Si ispira al concetto di “health in all policies” definito dall’Oms, per introdurre finalmente una visione di sanità pubblica nelle politiche di pianificazione degli spazi urbani, che amplia il concetto di prevenzione ambientale oltre il semplice rispetto dell’impianto normativo e coinvolge non solo gli Enti di tutela sanitaria e ambientale, ma ancora una volta tutti gli stakeholders e i policy makers. L’integrazione sociale, la promozione della mobilità attiva, la sicurezza, il comfort visivo, l’aumento dell’accessibilità, sono tutti strumenti che rientrano nel panel dell’urban health; per tale ragione, anche in questo particolare ambito, è necessario incentivare opportune sinergie multidisciplinari, che affianchino, ai professionisti di sanità pubblica, urbanisti, ingegneri, architetti e tutte le figure che possono dare un contributo per la realizzazione delle health cities.

La diffusione di questi nuovi concetti, lo sviluppo di programmi di formazione per l’applicazione di strumenti innovativi, lo sforzo di coordinamento per garantire finalmente uniformità di giudizio e una maggiore equità sul territorio nazionale, sono indubbiamente gli orizzonti che caratterizzano il prossimo futuro dei professionisti di sanità pubblica impegnati nella valutazione del rischio ambientale. Le Aziende Sanitarie devono tornare a recitare un ruolo da protagoniste su questa scena, ponendosi chiari obiettivi di crescita anche in queste aree sperimentali, che possono ampliare notevolmente le possibilità di influenzare i decisori verso scelte consapevoli ed health based.

Oltre a implementare gli sforzi per realizzare gli scenari appena descritti, infine, non bisogna ovviamente trascurare l’importanza dei classici strumenti di prevenzione primaria e secondaria. Tra gli interventi di contrasto delle malattie di origine ambientale, infatti, occorre prevedere un fronte di azione volto ad agire sui comportamenti e sugli stili di vita, così com’è altrettanto importante aumentare la qualità e l’efficacia dell’assistenza sanitaria. Lo scopo è quello di ridurre il burden delle patologie ambiente-correlate nella popolazione esposta, attenuando anche in modo consistente gli effetti di eventuali criticità riscontrate in termini di morbosità e mortalità. A tal proposito, è doveroso ribadire la centralità degli screening oncologici e della promozione della salute, magari all’interno di programmi di prevenzione attiva delle cronicità, com’è avvenuto in Veneto con il “Cardio 50” e in Puglia nell’ambito delle attività del Centro Salute e Ambiente.

## 4. Conclusioni

La tutela della salute dai fattori di rischio di origine ambientale rappresenta una delle attività più difficili da gestire per i professionisti di sanità pubblica. La complessità della tematica, spesso composta da un groviglio di fattori molto variegati, impone la necessità di un approccio integrato, la disponibilità di competenze multidisciplinari e la ricerca di sinergie con gli Enti di controllo ambientale.

I Dipartimenti di Prevenzione hanno il gravoso compito di dare risposte concrete, che si articola su aree di intervento molto diverse tra loro; alcune di esse appartengono al classico panel da sempre utilizzato in sanità pubblica, come l'epidemiologia, altre invece si pongono al di fuori della zona di comfort dell'igienista, a cui oggi è richiesto di interpretare anche il dato di monitoraggio ambientale. Vi è l'esigenza di implementare nuovi strumenti di linkage dei flussi informativi disponibili a supporto delle attività di prevenzione. È necessario, altresì, ricorrere a nuove metodologie di valutazione predittiva come nel caso della Vis, ma al tempo stesso occorre declinare in modo versatile le potenzialità di consolidati percorsi di prevenzione primaria e secondaria. La chiave per affrontare efficacemente tutti questi cambiamenti risiede inevitabilmente nello sviluppo di un programma formativo, che porti al confronto con altre professioni con lo scopo di giungere a una rapida crescita e al coordinamento del processo.

Queste sono, in estrema sintesi, le sfide da raccogliere nei Dipartimenti di Prevenzione per affrontare adeguatamente il tema della sostenibilità nel rapporto fra salute e ambiente. Il contenimento delle fonti inquinanti resta, infatti, una priorità assoluta nel nostro Paese e occorre soddisfare le richieste sempre più esigenti di amministratori e comunità locali. Per tale ragione tutte le attività sinora discusse sono degli obiettivi imprescindibili, in gran parte recepiti anche a livello normativo, da attuare e monitorare con la massima urgenza su tutto il territorio nazionale. In considerazione di ciò dovrebbero essere proposte, a nostro parere, come nuovi indicatori da inserire nelle rilevazioni del sistema Oip, anche allo scopo di stimolare e favorire un necessario cambiamento paradigmatico in questo ambito.

#### *4. Dalla rilevazione Oip ad uno standard minimo di personale per i Dipartimenti di prevenzione*

*di Fausto Francia\*, Enrico Di Rosa\*\*, Antonio Ferro\*\*\*,  
Emanuele Torri°*

In un'epoca fortemente evolutiva in cui la pianificazione è vitale per poter gestire al meglio i bisogni di salute, le istituzioni ed i professionisti sono chiamati ad individuare continuamente e aggiornare strumenti e soluzioni per conciliare la sicurezza e l'efficacia con la sostenibilità degli interventi.

La necessità di valori di medietà di riferimento nasce quindi come supporto alla programmazione del cambiamento per ridurre l'elevata variabilità presente nel Servizio Sanitario Nazionale riguardante la tutela della salute della popolazione e la qualità complessiva dei servizi e delle prestazioni erogate. In tale contesto la stima e la disponibilità di adeguate risorse umane assume una valenza strategica nella riorganizzazione complessiva del servizio sanitario nazionale, indispensabile per assicurare un rinnovato impulso ad attività di prevenzione efficaci e appropriate, che tutte le organizzazioni internazionali riconoscono come uno dei pilastri fondamentali per l'accessibilità, l'equità e la sostenibilità dei moderni sistemi sanitari.

In tale ambito la definizione di standard organizzativi e professionali sulla base di criteri oggettivi, replicabili di sintesi e condivisi a livello nazionale, fra i soggetti istituzionali, professionali e scientifici della sanità pubblica, appare fondamentale. Nel farlo è necessario costruire modelli di analisi basandosi sulle fonti informative esistenti e sui parametri di definizione del fabbisogno disponibili e utilizzabili da tutti i portatori di interesse del servizio sanitario nazionale. L'individuazione di parametri di personale di riferimento per la valutazione del fabbisogno, è da tempo un

\* Direttore sanitario Centro medico-chirurgico DYADEA, Bologna; Past President Siti.

\*\* Direttore Servizio Igiene e sanità pubblica, Asl Roma 1.

\*\*\* Direttore Dipartimento di Prevenzione Apss Trento.

° Dirigente medico, Dipartimento Salute e Politiche Sociali - Provincia autonoma di Trento.

tema particolarmente sentito dagli operatori della sanità pubblica, oltre a costituire uno degli obiettivi di riqualificazione dei modelli organizzativi e della spesa sanitaria richiamati da vari atti di indirizzo della programmazione nazionale. Allo stato attuale non sono disponibili modelli applicabili all'area della prevenzione derivanti da studi sul rapporto fra fabbisogno di prestazioni sanitarie per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e risorse umane da destinare alle attività di "Prevenzione Collettiva e sanità pubblica". Le indicazioni emanate con il Dpcm 8 maggio 2018, contenente le linee di indirizzo per la determinazione dei fabbisogni di personale per gli enti del servizio sanitario nazionale, evidenziano la necessità di individuazione di parametri di riferimento derivanti dall'impiego del patrimonio statistico disponibile, che siano correlati con la domanda espressa dai territori e consentano di effettuare raffronti fra ambiti territoriali e organizzazioni diverse.

Da dieci anni l'Osservatorio Italiano sulla Prevenzione (Oip), sostenuto dalla Fondazione Smith-Kline ed in collaborazione con la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e sanità pubblica, garantisce un'attività di monitoraggio stabile sulle attività di prevenzione in Italia, raccogliendo dati quali-quantitativi sull'organizzazione e sull'attività dei Dipartimenti di Prevenzione (DP). L'attività di rilevazione realizzata dall'Oip è fondamentale sia per la sistematicità dell'indagine sia per l'unicità della sua configurazione che assicura, con elevata copertura e qualità, la disponibilità di dati strutturati attinenti dimensionamento, risorse, assetti organizzativi, configurazioni gestionali e attività di innovazione e miglioramento promosse dai DP (Calamo-Specchia, 2018).

Le indagini dell'Oip hanno visto la crescente partecipazione dei servizi e dei professionisti della sanità pubblica: dal reclutamento iniziale di soli tre Dipartimenti (Bari, Bologna, Roma) su un target di circa 200 potenziali interlocutori, si è arrivati per la rilevazione oggetto dell'analisi in commento (2015) all'adesione di 93 DP su 114 potenziali, coprendo tutto il territorio italiano. Strumenti, specifiche tecniche e procedure adottate, anche grazie alla diretta interlocuzione con gli operatori dei DP direttamente coinvolti nella rilevazione, hanno consentito di ottimizzare l'accuratezza, la completezza e la controllabilità dei dati raccolti, nonché di confronto e restituzione dei dati (Calamo-Specchia, 2018). Questa procedura ha fornito uno stimolo al confronto, all'autovalutazione e all'integrazione fra operatori e apportato un contributo originale di analisi quali-quantitativa anche su aspetti mai organicamente indagati in precedenza. In uno scenario nazionale caratterizzato dalla carenza di una "anagrafe" istituzionale dei Servizi della prevenzione, tra le finalità dell'Oip, fin dalla sua origine, vi è stata quella di fornire plurimi elementi conoscitivi, indicazioni e spunti di miglioramento, anche sotto il profilo del concreto con-

tributo all'impostazione di un sistema di definizione e analisi di modelli organizzativi e standard di personale. L'Oip ha infatti reso disponibili al sistema sanitario dati di medietà basati su una fonte informativa nazionale in grado coprire tutta l'attività del DP (Calamo-Specchia, 2018) e consentito di integrare gli strumenti di monitoraggio e i flussi di raccolta sistematica dei dati e degli indicatori strutturali, economico-gestionali e di attività adottati dai decisori istituzionali delle Aziende Sanitarie, delle Regioni, dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e del Ministero della Salute.

Nella terza tornata di rilevazione dell'Oip, condotta nel 2015, si decise di richiedere ai vari DP anche i dati relativi alle risorse umane presenti l'anno precedente distinte per le quattro discipline cardine della Prevenzione: Igiene e sanità pubblica (Sisp), Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (Sian), Igiene e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (Spesal) e Veterinaria (Vet), nonché informazioni relative alle risorse a servizio esclusivo della direzione di Dipartimento. Per ciascuna attività fu richiesto poi di fornire i dati di personale suddivisi tra dirigenti, tecnici, infermieri/assistenti sanitari, amministrativi, altri operatori tecnico-professionali di supporto. All'indagine specifica risposero 76 DP su 93, che fornivano una copertura della popolazione del territorio nazionale pari a 27.815.189 persone, corrispondente al 47,6% degli abitanti italiani al primo gennaio 2018. Tale livello di copertura, pur non assicurando una totale significatività statistica, consente oggi di disporre di un campione vasto e robusto, seppur composto in maniera casuale (i cui rispondenti si sono auto-selezionati su base volontaristica e non sono stati scelti in base a considerazioni di rappresentatività statistica) e con variabilità ed eterogeneità del pool delle strutture partecipanti, dal quale poter estrapolare informazioni comunque utili ad una verosimile rappresentazione generale applicabile anche al restante numero di DP.

Il numero totale grezzo degli operatori presenti nei DP rispondenti ad Oip nella citata rilevazione è stato di 13.782, con un rapporto operatori/popolazione pari a 1/2.018 abitanti. La distribuzione grezza in percentuale tra le varie discipline degli operatori presenti risultò essere la seguente: Sisp 37,5%, Sian 12%, Spesal 17%, Vet 33,5%. Siccome l'informazione sugli operatori destinati alla mera direzione di DP era stata fornita non suddivisa per disciplina, partendo dal presupposto che ogni disciplina avesse contribuito al pool di operatori destinati alla direzione in funzione della propria numerosità, si è valutato di ridistribuirli secondo le medesime proporzioni e riassegnarli alle varie discipline, in funzione della composizione delle figure professionali tipiche delle varie aree. Ne è stata estrapolata la tabella riportata a seguire.

Tab. 1 - Frequenza assoluta (n) e relativa (%) degli operatori per ciascuna delle quattro discipline (acronimo) nei DP rispondenti ricavato dai dati Oip

Disciplina	Operatori (n)	Operatori (%)
Sisp	5.165	37,5%
Sian	1.638	12%
Spesal	2.353	17%
Veterinari	4.626	33,5%
Totale	13.782	100%

Inoltre analizzando la distribuzione delle varie figure professionali nelle quattro discipline emergeva il quadro riportato nella seguente tabella. Sul punto si precisa che in “altri profili” sono inquadrate quelle figure professionali e tecniche di base presenti in molte delle strutture di prevenzione spesso titolari di funzioni dismesse ed oggi impiegate in varie attività (es. ex-accalappiacani, ex-disinfestatori, commessi, lavavetri di laboratorio).

Tab. 2 - Frequenza relativa (%) di distribuzione delle figure professionali nelle quattro discipline (acronimo) ricavata dai dati Oip

Disciplina	Dirigenti	Tecnici della prevenzione	Assistenti sanitari/ personale infermieristico	Altri profili	Amministrativi	Totale
Sisp	29%	16%	29%	7%	19%	100%
Sian	23%	49%	9%	7%	12%	100%
Spesal	18%	51%	6%	10%	15%	100%
Veterinari	57%	18%	1%	7%	17%	100%

L’analisi della dotazione di personale dei DP rilevata mediante il monitoraggio Oip è stata rapportata a un parametro di fabbisogno standard di risorse da impegnare per il Lea dell’assistenza collettiva istituzionalmente individuato e confermato nel servizio sanitario nazionale. L’importanza strategica della prevenzione e la necessità di adeguati investimenti in questo settore, evidenziata dai Piani Nazionali e Regionali della Prevenzione, si è tradotta, sotto il profilo delle scelte allocative di politica sanitaria, nella previsione del 5% di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale assegnato alle attività del Livello Essenziale di Assistenza (Lea) di “Prevenzio-

ne Collettiva e sanità pubblica” (Patto per la salute per gli anni 2010-2012).

L’assistenza in campo preventivo è notoriamente “labour intensive”, ovvero a elevata intensità di manodopera, dove l’impegno di risorse, come deducibile dalle prestazioni incluse nei Lea della sanità pubblica e appurabile dalla contabilità delle aziende sanitarie locali (Asl) e dai correlati modelli di rilevazione dei costi dei livelli di assistenza, è quasi totalmente destinato alla remunerazione del personale. Altresì, i servizi connessi al Lea dell’assistenza collettiva, per le caratteristiche intrinseche degli stessi, soprattutto in un ambito di attività di vigilanza ed ispezione, che non possono essere delegati per legge a soggetti terzi accreditati e convenzionati con il servizio sanitario nazionale, devono essere gestiti direttamente dalle aziende sanitarie. Considerato che le funzioni di Assistenza Collettiva e sanità pubblica prevedono interventi professionali capillari sul territorio extra-struttura e con un modesto supporto di nuove tecnologie (e comunque non paragonabile a quello di altri livelli di assistenza) finalizzato in particolare alla gestione delle banche dati, ne consegue che il finanziamento di questo livello assistenziale si concretizza essenzialmente nell’acquisizione di risorse umane.

L’ultimo rapporto disponibile sul “Personale del sistema sanitario italiano 2011” prodotto dal Ministero della Salute (Di Cesare, 2013), che annovera sia i dipendenti diretti sia quelli indiretti delle strutture convenzionate, le quali comunque assorbono attività e risorse del livello assistenziale di riferimento, ospedaliero o territoriale, individua in 715.992 gli operatori sanitari impegnati ad assicurare i livelli di assistenza previsti dai Lea. Se nell’ambito di un riequilibrio tra i tre livelli di assistenza, il 5% di questi operatori fossero doverosamente destinati a preservare la salute dei cittadini italiani, ne deriverebbe che 35.799 operatori (1 operatore/1.676 abitanti) dovrebbero essere impiegati nella prevenzione. Oggi facendo una proiezione sui dati rilevati da Oip del rapporto 1 operatore/2.018 abitanti si ricava che il numero totale in Italia degli addetti alla prevenzione è di circa 29.980. Se ne deduce una carenza attuale in termini di riequilibrio dell’esistente di circa 6.000 unità.

Se poi, come dicono moltissimi studi di settore, si decidesse di puntare sulla prevenzione come elemento cardine di ripensamento del sistema sanitario in un’ottica di sanità basata sul valore e di tenuta del Servizio Sanitario Nazionale, di fronte a minacce dirompenti quali l’invecchiamento della popolazione, la cronicità, il governo delle nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche (es. cure antitumorali) o l’antibiotico resistenza, questi numeri andrebbero ulteriormente incrementati. Rammentiamo che il rapporto 2016 di “The European House Ambrosetti”, che tratta con particolare attenzione il valore dell’investimento in prevenzione per il futuro dei servizi sanitari, dimostra che a sostanziale parità di aspettativa di vita, un cittadino italiano trascorre gli ultimi 20,8 anni in cattiva salute, contro gli 8,7 di uno svedese. Avvicinare i parametri italiani a quelli svedesi vorrebbe dire recuperare

risorse da investire nelle nuove frontiere assistenziali e questo può avvenire solo guadagnando salute attraverso efficaci politiche di prevenzione e di empowerment dei cittadini.

A maggiore conferma della rappresentatività dei dati utilizzati nella presente analisi, appare opportuno citare lo studio presentato da Signorelli e colleghi (Signorelli, 2016) di analisi descrittiva del trend della spesa per la prevenzione in Italia, nel quale si dimostra che nel periodo studiato (2006-2013) la spesa per le attività di prevenzione del Servizio Sanitario Nazionale è rimasta costante in rapporto alla spesa sanitaria totale (4,2%), pari a 4,9 miliardi nel 2013. Le elaborazioni dell'Agencia per i Servizi Sanitari Regionali confermano una ripartizione percentuale della spesa sanitaria nazionale tra i macro livelli assistenziali nel 2015 esattamente uguale al 2013 (4,2%) (Di Vivo, 2015). La differenza tra 4,2% e 5% è pari ad una riduzione del 16% delle risorse investite. Per completezza va aggiunto che il dato era risultato inferiore al 5% della programmazione nazionale, con poche eccezioni e molta variabilità regionale, in funzione sia di aspetti organizzativi che all'imputazione dei costi di alcune attività di prevenzione nelle diverse realtà regionali (Signorelli, 2016). Sul punto è interessante aggiungere poi che, paradossalmente, se si prendessero i 29.980 operatori stimati su base nazionale estrapolando i dati Oip (rapporto 1 operatore/2.018 abitanti) e i 35.799 operatori che dovrebbero essere indirizzati alla prevenzione (il 5% di 715.992) si otterrebbe una differenza proprio corrispondente al 16% (per la precisione 16,3%).

Quindi se solo si decidesse di attivare un percorso di riequilibrio del personale complessivamente impiegato per il raggiungimento dei Lea (715.992 operatori), un DP standard, che abbia come mandato la tutela della salute di 500.000 abitanti, dovrebbe disporre di 296 operatori invece dei 248 che mediamente risultano dallo studio, i quali ripartiti secondo le percentuali rilevate da Oip porterebbero alla dotazione organica nei quattro settori tradizionali illustrata nella tabella seguente mantenendo le percentuali di dotazioni storiche.

Se si confronta questo standard (296 operatori/500.000 abitanti) con le risultanze dell'indagine Oip si rileva che l'82% dei Dipartimenti di prevenzione rispondenti si trovava in situazioni di carenza di organico, a fronte del 18% con dotazioni di personale superiori al riferimento.

Ciò conferma questa stima di fabbisogno non è affatto utopica, in quanto queste risorse sono presenti in circa 1/5 delle strutture. Nel contempo per 4/5 rappresenterebbero un passo in avanti decisivo. I casi di supposto eccesso di personale andrebbero analizzati poi singolarmente per verificare l'esistenza di situazioni che richiedano di gestire particolari problematiche sanitarie o che prevedano l'affidamento di ulteriori compiti operativi.

Tab. 3 - Numero assoluto di operatori atteso “per 500.000 abitanti” secondo l’elaborazione in oggetto per ciascuna delle quattro discipline (acronimo): tra parentesi è riportata la dotazione media 2015 ricavata dai dati Oip

Disciplina	Dirigenti	Tecnici della prevenzione	Assistenti sanitari/ personale infermieristico	Altri profili	Amministrativi	Totale
Sisp	32 (27)	18 (15)	32 (27)	8 (7)	21 (17)	111 (93)
Sian	9 (7)	17 (4)	3 (3)	2 (2)	4 (3)	35 (29)
Spesal	10 (8)	26 (21)	3 (3)	5 (4)	7 (6)	51 (42)
Veterinari	57 (48)	18 (15)	1 (1)	7 (6)	16 (14)	99 (84)

Nella rilevazione dell’Oip emergeva inoltre un dimensionamento medio nel 2017 dei Dipartimenti di prevenzione di poco superiore ai 500.000 abitanti (popolosità media di circa 525.000 abitanti), dato che corrispondeva sostanzialmente anche alla popolazione media delle aziende sanitarie documentata a livello nazionale in tale periodo di riferimento pari a 504.912 abitanti (Rapporto Oasi, 2017).

Allo stato attuale il Ministero della Salute riporta l’esistenza di 101 Asl con una popolazione media di 598.851 abitanti (Elenco Aziende sanitarie locali e Strutture di ricovero 2018). Le Asl con più di un milione di abitanti sono 18 con altre 14 che contano tra 700.000 e 1.000.000 di abitanti, mentre quasi la metà del totale ha una popolazione compresa tra 300.000 e 650.000 abitanti. Le cosiddette “Mega Asl” risultano essere quindi aumentate in maniera importante, essendo ora il 30% del totale, tuttavia sono 52 le Asl che hanno una popolazione compresa tra 250.000 e 650.000 abitanti. Quindi pur registrando una tendenza all’incremento delle dimensioni delle aziende e quindi dei DP, il valore di riferimento di 500.000 abitanti avvicina il livello dimensionale delle maggioranza delle Aziende e comunque individua un bacino assistenziale ottimale.

Ugualmente elevato risulta il numero di comuni per Asl, con un valore medio nel 2017 pari a 79, con valori che vanno dai 377 comuni della Azienda Unica per la tutela della Salute della Sardegna, all’unico comune delle Azienda Citta di Torino e delle Asl Roma 1 e Roma 2. Ci sono 29 Asl con più di 100 comuni e 62 Asl con più di 50 comuni. Il numero dei comuni ovviamente si correla al numero degli abitanti: abbiamo infatti una media di 133 comuni per le Asl con più di 1 milione di abitanti, una media 82 per le Asl con abitanti inferiori a 1 milione ma superiori a 700.000, 74 per le Asl con abitanti tra 650.000 e 300.000, che scende a 52 per le Asl con popolazione inferiore a 300.000 abitanti.

La proposta di un DP a fronte di 500.000 abitanti risponde, pertanto,

anche alla necessità di contemperare da un lato una giusta economia di scala ed una dimensione tale alla quale possano corrispondere anche professionalità con competenze iper-specialistiche che in dimensioni inferiori non potrebbero essere utilizzate appieno, con, sull'altro lato, l'indispensabile stretto rapporto con i territori, con le amministrazioni locali, con il mondo dell'impresa e della scuola, con le rappresentanze e le associazioni che vanno tutti coinvolti nelle politiche per la salute. Non di meno, in considerazione di particolari situazioni geografiche e di comunicazione, nonché in ragione di specifici contesti storico-culturali regionali, appare del tutto logico che possano essere previste aziende sanitarie, e di conseguenza i relativi DP, a servizio di popolazioni ridotte rispetto allo standard di riferimento di 500.000 abitanti. Ricordiamo come esempio la Ausl Valle D'Aosta che conta 126.000 abitanti, ma che corrisponde all'intero territorio regionale, con una forte identificazione geografica, culturale e politica. Il parametro di riferimento del bacino di popolazione è dunque giustificato dalla necessità di mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio da servire che ha una propria identità, culturale e socio-economica, imprescindibili nell'azione preventiva.

I mega-dipartimenti, oltre ad allontanare eccessivamente la direzione strategica dall'operatività quotidiana con una caduta verticale nella efficacia di indirizzo, governo e supporto tecnico, non permettono lo scambio continuo di conoscenze e valutazioni che sono la preconditione per una corretta pesatura dei rischi e l'individuazione delle priorità di intervento. Inoltre mentre per le tradizionali strutture sanitarie il movimento assistenziale è centripeto, vale a dire sono i cittadini a raggiungere le strutture sanitarie per avere risposta ai propri bisogni, col presupposto che le attrezzature e le eccellenze assistenziali non sono replicabili per questioni di costi, competenze e funzionamento, in prevenzione invece il movimento è all'opposto: sono gli operatori che vanno sul territorio per fornire le risposte necessarie e in tal modo i riferimenti di bacino troppo estesi diventano dissipativi. Paradigmatica in tal senso appare la vicenda della copertura vaccinale della popolazione. La sanità pubblica da sempre ed in tutti i Paesi del mondo agisce imponendo degli interventi anche coercitivi in caso di possibili rischi per la salute collettiva. La legge sulla obbligatorietà di alcune vaccinazioni per poter accedere alle comunità infantili ne è un esempio: di fronte alla caduta delle percentuali di adesione al di sotto della soglia che garantisce la herd immunity con l'esposizione a rischi indebiti i bambini immunodepressi, gli organismi scientifici del Paese hanno suggerito l'adozione di un provvedimento impositivo. Tutti siamo però consapevoli del fatto che coloro che non si vaccinano andrebbero convinti con il dialogo ed il sostegno delle evidenze scientifiche. Ciò però presuppone la messa in campo di qualificate risorse umane aggiuntive in grado di instaurare un rapporto di empatia con

le famiglie attivando un percorso di crescita sociale e culturale: per farlo vanno investite risorse in tal senso e bisogna che gli operatori rappresentino un riferimento fisicamente presente e riconoscibile nei territori.

Una ulteriore e drammatica conferma della necessità di risorse umane e infrastrutture adeguate per la prevenzione ci viene dall'emergenza Covid-19 (le cui implicazioni per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale sono approfondite in una sezione dedicata del volume) che ha dimostrato ancora una volta quanto interventi di igiene e sanità pubblica garantiti capillarmente sul territorio siano fondamentali per ridurre i contagi e i decessi durante una pandemia.

Medesime valutazioni si possono fare per gli screening per la diagnosi precoce delle neoplasie. Il censimento ufficiale di Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) e Associazione Italiana Registro Tumori (Airtum), in collaborazione con Fondazione Aiom e di Passi (Progressi della Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), Passi d'Argento e della Società Italiana di Anatomia Patologica di Citologia Diagnostica (Siapec-Iap) dimostrano che i primi tre tumori diagnosticati nella popolazione sono quelli alla mammella, al colon-retto ed al polmone. I primi due sono coperti da campagne di diagnosi precoce con inaccettabili diseguglianze tra le varie Regioni italiane, mentre la terza neoplasia sta aumentando in maniera preoccupante nelle donne. Per tutti e tre andrebbero messe in campo azioni di prevenzione primaria sui fattori di rischio, il fumo in particolare per il polmone, e poi di adesione alle campagne di prevenzione secondaria mediante la collaborazione più capillare possibile con gli opinion maker delle varie realtà locali e la sensibilizzazione del personale sanitario impegnato nelle attività clinico-assistenziali. Come è possibile farlo se si allontanano le direzioni dei servizi dai territori, cosa che a lungo andare rappresenterà inevitabilmente un elemento di squilibrio operativo? Appare del tutto ovvio che i luoghi più vicini alle sedi operative dei servizi godranno di maggiori occasioni di dialogo rispetto alle periferie creando diseguglianze inaccettabili. Vanno pertanto individuati una dotazione di risorse umane, una distribuzione ed una configurazione organizzativa coerenti con gli obiettivi di lavoro ambiziosi dei Lea del primo livello assistenziale.

Nel perseguire tale finalità non è più ulteriormente rinviabile una riflessione interna al DP sulla redistribuzione delle varie famiglie professionali nelle diverse discipline al fine di aumentare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse. La tabella 3 distribuisce il personale aggiuntivo in maniera esattamente sovrapponibile a quella rilevata da Oip nel 2015. Si evidenzia da un lato una presenza e una distribuzione delle figure professionali non più rispondente alle attuali esigenze e d'altro lato alla tipologia ed alla complessità degli interventi oggi richiesti ai DP i quali in un futuro pros-

simo non potranno più sottrarsi da una necessaria politica di task shifting alla luce dei livelli di preparazione delle nuove professioni sanitarie laureate che possono acquisire maggiori competenze e responsabilità. A ciò va aggiunto un ripensamento della suddivisione dei compiti assistenziali rispondente ad una domanda impellente di appropriatezza professionale e organizzativa. D'altro canto, non è pensabile richiedere maggiori risorse per la prevenzione, senza dimostrare che queste verranno impiegate al meglio. Anche per il personale amministrativo, importantissimo per molte attività, va attuato un percorso di riorganizzazione e riqualificazione, alla luce della informatizzazione di molti processi, privilegiando l'investimento in nuove figure e competenze che supportino l'attività di promozione della salute quali esperti in comunicazione, sul web e sui social, laureati in scienze motorie, psicologi del lavoro, laureati in scienze agrarie, chimici competenti sul Reach (Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals). Il ruolo che deve giocare oggi il dirigente della prevenzione, ammesso e non concesso che in passato fosse diverso, è quello di portare a sintesi un lavoro multiprofessionale e interdisciplinare, fatto di competenze diverse in maniera da renderlo il migliore possibile in termini di risposta ad un determinato bisogno di salute, assicurando la traduzione operativa ed organizzativa del concetto di "one health". Per questo è essenziale operare utilizzando in modo appropriato le tecnologie sanitarie disponibili in un contesto costantemente oggetto di reingegnerizzazione dei processi, nel quadro di una coerenza organizzativa aziendale che costituisce un fattore di efficacia ed efficienza dell'intervento preventivo. La conoscenza e l'implementazione di Evidence Based Prevention e Evidence Based Public Health è fondamentale nella gestione e valutazione degli interventi.

Nell'analisi proposta il fabbisogno di personale viene stabilito sulla base del parametro di finanziamento espresso dalla programmazione nazionale e viene rapportato alle dimensioni del bacino di utenza della popolazione non pesata; tale criterio è il medesimo utilizzato nel Riparto del Fondo Sanitario Nazionale per il Lea in oggetto (Cislighi, 2011).

Si ritiene dunque che l'ipotesi di lavoro presentata nel documento in oggetto, seppur non esaustiva, possa costituire un metodo oggettivo, semplice, pragmatico, stabilito sulla base delle variabili richiamate e di dati correntemente disponibili, per determinare i livelli di dotazione minima di personale mediante una rappresentazione sintetica che prescinde dalla definizione degli standard di personale relativa ai tempi di ogni singola procedura operativa.

L'identificazione di uno standard (minimo) di riferimento per la dotazione di personale a livello nazionale è finalizzata a concorrere ad attuare un modello organizzativo uniforme e esplicito per tutti i portatori di interesse, che sia rispettoso delle diversità e delle esigenze locali, ma allo stesso tempo fornisca ai decisori politici ed ai manager aziendali dei parametri

di riferimento di dotazione di personale al di sotto dei quali non è possibile mettere in campo una azione equilibrata di presa in carico delle diverse funzioni (prevenzione, diagnosi, cura, e riabilitazione) da assicurare ai cittadini secondo le previsioni della legge istitutiva del Ssn e tanto meno garantire il raggiungimento dei Lea della prevenzione collettiva e della sanità pubblica, nel quadro di una visione condivisa che dia identità e confrontabilità ai sistemi organizzativi della prevenzione.

Questo lavoro ha individuato nei numeri lo standard minimo di personale da assicurare ad un DP che possiamo riassumere in un operatore della prevenzione ogni 1.676 abitanti pari a 596 per un bacino di popolazione di 500.000 abitanti, in linea con gli attuali criteri di ripartizione delle risorse tra i vari livelli assistenziali in uno scenario complessivo non incrementale, ma di corretta suddivisione delle risorse umane esistenti. Quello che viene proposto è naturalmente, come detto, un dato grezzo che non tiene conto delle novità organizzative introdotte nelle varie realtà: appare del tutto ovvio che se una Regione ha valutato di attribuire ad altra articolazione aziendale un compito di prevenzione, questo comporta anche l'assegnazione del personale dedicato. Va poi messa in campo un'ulteriore riflessione, non oggetto peraltro di questo approfondimento, ma di particolare importanza per lo sviluppo dei modelli organizzativi dei DP, relativa alla necessità di un superamento dei confini tra le discipline storiche della prevenzione in un'ottica di inter-professionalità e uso integrato delle risorse, con particolare riferimento alle figure tradizionali dei laureati non medici (biologi, chimici, fisici, ingegneri, statistici) e delle nuove professioni sanitarie.

Per le professioni sanitarie della prevenzione (Tecnici della Prevenzione e Assistenti sanitari), va evidenziato che il necessario e auspicato percorso di crescita nei livelli di autonomia e responsabilità professionali, a volte si traduce in un paradossale dislocamento organizzativo, e a volte anche professionale, delle relative apicalità esterno al Dipartimento di Prevenzione, con il rischio di creare disfunzioni e ritardi nella programmazione delle attività e dei fabbisogni di personale, soprattutto per la gestione delle emergenze specifiche del Dipartimento. Appare del tutto evidente che la linea gerarchica delle varie professionalità del DP va racchiusa all'interno della struttura, tenuto anche conto della qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria ricoperta da numerosi operatori che non può trovare linee di comando non riconducibili alla direzione del DP.

Altresì, è opportuno prevedere un riequilibrio in funzione della complessità dei rischi legati alle filiere produttive locali, all'articolazione dei singoli territori, agli specifici cluster di fragilità. Nel caso poi di scelte politiche che complessivamente tendano a privilegiare in futuro la prevenzione come elemento etico e preconditione di tenuta del Servizio Sanitario Nazionale o in presenza di situazioni specifiche locali di rischio (es. pro-

blematiche di inquinamento ambientale) o carichi lavorativi particolari (es. filiera alimentare ed allevamenti, città turistiche costiere, presenza di percentuali elevate di fasce deboli di popolazione) si devono attivare ulteriori investimenti specifici da valutare di caso in caso, ma sicuramente superiori al valore di metà di dotazione minima di personale individuato.

Va ribadito inoltre che le percentuali di ripartizione tra le varie discipline rappresentano un elemento conoscitivo che emerge dai dati Oip e non una indicazione perentoria alla quale attenersi: esse possono essere riviste in funzione dell'emergenza di particolari necessità locali, fatto salvo il numero complessivo. Il fabbisogno di personale da garantire a livello regionale e negli ambiti territoriali delle aziende sanitarie va infatti calcolato tenuto conto dei valori storici e considerando le indicazioni politiche regionali e gli ulteriori citati fattori di carico e contesto locale (es. estensione e complessità territoriale e orografica, insediamenti produttivi, fattori di rischio sociali e ambientali, flussi turistici e popolazione assistita non residente). Di converso essendo tali proporzioni frutto di un'analisi estesa vanno comunque considerate un riferimento importante.

## Bibliografia di riferimento

- Calamo-Specchia F., Lagravinese D. (2018), *Osservatorio Italiano Prevenzione (Oip): rilevazioni 2017*, in Faggiano F., Bassi M., Conversano M., Francia F., Lagravinese D., Nicelli A.L., Siliquini R., Calamo-Specchia F. (a cura di), *Rapporto Prevenzione 2017. Nuovi strumenti per una prevenzione efficace*, Fondazione Smith Kline, FrancoAngeli, Milano, 2018.
- Cislaghi C., Zocchetti C., “Il finanziamento pro capite regionale: attenti a interpretarlo!”, *Epidemiol Prev*, 2012, 36 (3-4): 221-223.
- Decreto 8 maggio 2018, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione pubblica. Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche. Registrato presso la Corte dei Conti il 9 luglio 2018 – Reg.ne – Succ. 1477 – Pubblicata in Gazzetta Ufficiale – Serie Generale n. 173 del 27 luglio 2018. Disponibile all'indirizzo: [www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/07/27/18A05008/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/07/27/18A05008/sg).
- Di Cesare M., Malgieri A., Il personale del sistema sanitario italiano – Anno 2011. Ministero della Salute – D.G. del Sistema informativo e statistico sanitario e D.G. delle Professioni sanitarie e delle Risorse Umane del Ssn, 2013. Disponibile all'indirizzo: [www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2191](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2191).
- Di Vivo N., Tattoli A. (2016), Aggiornamento “Andamento della spesa sanitaria nelle Regioni 2008-2015”, Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Disponibile all'indirizzo: [www.agenas.it/images/agenas/monitoraggio/spesa\\_sanitaria/monitoraggio\\_spesa/2008\\_2015/andamento\\_spesa\\_2015.pdf](http://www.agenas.it/images/agenas/monitoraggio/spesa_sanitaria/monitoraggio_spesa/2008_2015/andamento_spesa_2015.pdf).
- Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della

- statistica – Ufficio II – Direzione statistica. Elenco Aziende sanitarie locali e Strutture di ricovero. Aggiornamento 24 dicembre 2018. Disponibile all'indirizzo: [www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_8\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&id=13](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_1_1.jsp?lingua=italiano&id=13).
- Furnari A, Gugiatti A., Petracca F., *La struttura e le attività del Ssn*, in Cergas-SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2017*, Egea, Milano, 2018.
- I numeri del cancro in Italia, *Rapporto Aiom-Airtum, 2018*, Intermedia Editore, 2019.
- Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Repertorio n. 243/CSR). GU Serie Generale n. 3, 05.01.2010. Disponibile all'indirizzo: [www.gazzettaufficiale.biz/atti/2010/20100003/09A15603.htm](http://www.gazzettaufficiale.biz/atti/2010/20100003/09A15603.htm).
- Signorelli C., Odone A., Bianco D., Di Vivo N., Bevere F., “La spesa per la prevenzione in Italia (2006-2013): analisi descrittiva, trend regionali e confronti internazionali”, *Epidemiol Prev.*, 2016, Sep-Oct, 40(5): 374-380.
- The European House-Ambrosetti, *Meridiano Sanità. Le Sfide di Oggi per la Sanità di Domani*. Rapporto Meridiano Sanità, 2016. Disponibile all'indirizzo: [www.ambrosetti.eu/ricerche-e-presentazioni/rapporto-meridiano-sanita-2016](http://www.ambrosetti.eu/ricerche-e-presentazioni/rapporto-meridiano-sanita-2016).

## 5. *La standardizzazione della Terminologia Organizzativa*

di *Emanuele Torri\**, *Antonio Ferro\*\**

### 1. Terminologia e gestione della conoscenza

La terminologia è la disciplina che studia sistematicamente i concetti e le loro denominazioni, cioè i termini, in uso nelle lingue specialistiche di una scienza, un settore tecnico, un'attività professionale o un gruppo sociale, con l'obiettivo di descriverne e prescriverne l'uso corretto<sup>1</sup>. Lo sviluppo della terminologia è volto a un ottimale trasferimento del sapere<sup>2</sup>.

L'attività terminologica si connota per le seguenti funzioni di gestione della conoscenza specialistica:

- descrizione sistematica dei termini, cioè delle parole, delle locuzioni, delle espressioni e dei simboli usati in settori ben definiti, in una o più lingue;
- diffusione delle conoscenze tecniche attraverso risorse terminologiche strutturate, quali schede terminologiche, glossari e banche dati;
- definizione di norme sull'uso dei termini ed elaborazione di sezioni terminologiche tecniche relative a domini specifici e approvate dai competenti organismi di normazione.

I molteplici fattori che stimolano lo sviluppo della terminologia comprendono la generazione di nuovi modi di comunicare, l'espressione e diffusione della conoscenza, il soddisfacimento dei bisogni di una rete di relazioni e la standardizzare di prodotti, servizi e tecnologie<sup>3</sup>.

\* Dirigente medico, Dipartimento Salute e Politiche Sociali - Provincia autonoma di Trento.

\*\* Direttore Dipartimento di Prevenzione Apss Trento.

1. Riediger H. (2012), *Cos'è la terminologia e come si fa un glossario*. [www.term-minator.it/corso/doc/mod3\\_termino\\_glossa.pdf](http://www.term-minator.it/corso/doc/mod3_termino_glossa.pdf).

2. Ass.I.Term. Associazione Italiana per la terminologia. [www.assiterm91.it/](http://www.assiterm91.it/).

3. Cabré M.T., *La terminologia tra lessicologia e documentazione: aspetti storici e importanza sociale*. Atti dal seminario *Lessicologia, terminologia e metodi di classificazione*, 6 aprile 2000, Ass.I.Term, Roma. [www.assiterm91.it/](http://www.assiterm91.it/).

## 2. Terminologia tecnica e dimensione organizzativa

La terminologia evolve nel corso del tempo, in relazione alle dinamiche di contesto sociale, culturale, economico, produttivo, tecnologico e scientifico, adattandosi al mutare dei linguaggi, dei dati e delle informazioni alla cui gestione si rapporta la crescita dell'attività terminologica. L'adozione di definizioni e parametri concettuali della conoscenza risponde a esigenze di comprensione ottimale a livello specialistico e fornisce garanzie di chiarezza, univocità, precisione, identità e generalizzabilità dei termini; ciò permette di migliorare l'efficacia e l'efficienza delle relazioni, della comunicazione e della condivisione della conoscenza, favorendo dinamiche di coordinamento, integrazione e omogeneizzazione all'interno delle organizzazioni.

L'acquisizione, definizione, descrizione e diffusione di concetti presuppone un processo strutturato di convergenza e consenso tra i gruppi professionali (e talora anche altri portatori di interesse) che operano in uno stesso dominio o settore, per la gestione delle informazioni e delle conoscenze.

La formalizzazione di una terminologia può dunque rappresentare, unitamente ad altri elementi strutturali e funzionali, uno strumento organizzativo utile a migliorare il coordinamento e la congruenza e coerenza tra esigenze e aspettative tecnico-professionali e modelli e performance organizzative, ovvero a promuovere della standardizzazione di conoscenze, servizi, attività, processi e reti.

## 3. Standardizzazione

Etimologicamente il termine dall'inglese, mutuato dal francese *standard* (il vessillo che i soldati potevano riconoscere da lontano per orientarsi e in cui riconoscevano il senso globale del proprio sforzo), è stato dapprima inteso come *standard* o *insegna* (sin dal 1154) e poi come criterio di eccellenza e livello definito (rispettivamente a partire dal 1536 e dal 1711); per quanto riguarda l'italiano, *standard* col significato di "modello" compare alla fine dell'Ottocento<sup>4</sup>. Oggi *standard* assume il significato di modello, tipo, norma, punto di riferimento cui si devono uniformare, o a cui sono conformi i prodotti e i procedimenti, le attività e le prestazioni di una stessa serie<sup>5</sup>. Interessante è l'accezione data al termine nella linguistica, campo nel quale con *standard* si indica una varietà di lingua assunta dai parlanti come modello anche d'insegnamento "non connotata social-

4. Accademia della Crusca. Online: <https://accademiadellacrusca.it/it/consulenza/etimologia-e-origine-della-parola-standard/154>.

5. Enciclopedia Treccani. [www.treccani.it/vocabolario/standard](http://www.treccani.it/vocabolario/standard).

mente o regionalmente, risultante dalle tendenze alla convergenza operanti in una comunità linguistica”<sup>6</sup>. Si tratta di una definizione che ci avvicina molto all’attuale significato di standard proprio del mondo industriale e tecnologico (es. informatica, telecomunicazioni), che viene utilizzato per indicare specifiche tecniche e parametri di riferimento, anche puramente convenzionali, nonché esprime la ricerca e la tendenza verso l’uniformità e l’omogeneizzazione<sup>7</sup>. Nell’ambito dei sistemi qualità l’espressione standard è utilizzata con diverse accezioni. In alcuni sistemi di certificazione o accreditamento sono chiamati standard i requisiti da rispettare, che comprendono spesso il criterio, la modalità di misurazione ed il livello di performance da raggiungere. Nel mondo delle norme Iso la parola “standard” ed il verbo “standardize” sono presenti nei documenti in lingua inglese non in relazione a criteri o requisiti o livelli di performance, ma a ciò che in italiano viene chiamato “norma” e “normare”<sup>8</sup>. Seppur in carenza di una definizione universale e omnicomprensiva che consenta una interpretazione univoca del significato di standard ne è comunque internazionalmente accettato il valore di unificazione e normalizzazione e interoperabilità, mediante la fissazione e la generalizzazione delle caratteristiche qualitative e di performance di prodotti, processi, sistemi, servizi e procedure di tipo strutturale, tecnico, informativo, operativo o amministrativo.

In sanità gli standard, adottando le definizioni e declinazioni proposte anche dal Ministero della Salute a partire dalla “Carta dei Servizi pubblici sanitari” (Dpcm 19 maggio 1995) sono individuabili come un punto di riferimento per orientare l’azione, rappresentano la direzione, la “rotta” del miglioramento a cui tendere e su cui impegnarsi rispetto a dimensioni e fattori di qualità<sup>9</sup>. Nel glossario dell’International Society for Quality in Health Care per standard si definisce “un livello di performance desiderato e raggiungibile rispetto al quale viene misurata la performance reale” e si aggiunge che gli standard “mettono le organizzazioni sanitarie, grandi e piccole, nelle condizioni di integrare azioni maggiori e minori di miglioramento della sicurezza e della qualità nelle loro operazioni quotidiane”<sup>10</sup>. Il

6. Accademia della Crusca. Online: <https://accademiadellacrusca.it/it/consulenza/etimologia-e-origine-della-parola-standard/154>.

7. Aliprandi S., *Aperti standard! Interoperabilità e formati aperti per l’innovazione tecnologica*, Ledizioni editore, Milano, 2010.

8. Wienand U., Ranocchia D., Apicella A., Baruchello M., Deales A., Gori F., Gottardi G., Louidice M., Orlandini D., Perraro F., “Prima edizione e-book: Le raccomandazioni della Siquas – Vrq sull’Audit Clinico. Che cosa dice la letteratura?”, *Reggio Emilia: Rivista della Società Medica Lazzaro Spallanzani* (numero speciale), 2014.

9. Ministero della Salute. Quaderno della Carta dei servizi pubblici sanitari. Norme e indirizzi di riferimento. [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_602\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_602_allegato.pdf).

10. International Society for Quality in Healthcare – Isqua (2006). Glossary of terms. [www.isqua.org](http://www.isqua.org).

significato corrisponde quindi anche a ciò che in altri sistemi di valutazione esterna viene chiamato “requisito” e può essere espresso in termini di indicatori, quantitativi o qualitativi, di struttura, processo (output) o talora anche di esito (outcome), attinenti alle dimensioni della qualità in sanità riconosciute dai più autorevoli organismi di indirizzo e regolamentazione e gestione di buone pratiche sul tema (Institute of Medicine americano, Organizzazione Mondiale della Sanità, ecc.): sicurezza, accessibilità/tempestività, efficacia, efficienza, equità e centralità dell’utente-paziente.

Gli standard, in generale e anche in sanità, vengono prodotti da organismi pubblici istituzionali titolari dell’attività legislativa e programmatica e valutativa o agenzie/organizzazioni indipendenti con compiti di indirizzo, verifica e monitoraggio sulla qualità. Anche in relazione al soggetto che li propone, sono generalmente individuati standard “de jure” (“per legge”) se derivanti o richiamati da norme (giuridiche, organizzative o tecniche) e atti formali ufficiali di enti preposti alla normazione (che possono determinare un’applicazione cogente o volontaria) e “de facto” (“di fatto”, “in realtà”) se convenzionalmente applicati (o applicabili) nella pratica corrente pur non avendo un riconoscimento di carattere ufficiale<sup>11</sup>.

Accanto ai provvedimenti legislativi, programmatori, alle dichiarazioni di impegni/intenti e alle indicazioni richiamate in documenti tecnici accreditati di applicazione volontaria, una fonte chiave di standard è rappresentata dalle linee guida, intese in senso lato come raccomandazioni, esemplificazioni e interpretazioni che forniscono importanti codifiche delle informazioni e chiavi di lettura terminologica. Le linee guida sono sempre più diffuse a supporto dei processi di standardizzazione, sicuramente di natura tecnico-professionale, ma anche, direttamente o indirettamente, organizzativa.

Le indicazioni contenute nelle linee guida sono definiti con un coinvolgimento di diversi stakeholder (quali decisori, professionisti/esperti di settore, rappresentanti degli utenti, metodologi/sistemisti, produttori di tecnologia...) a seconda di ambito, razionale (di conformità a una determinata richiesta o miglioramento della qualità di un servizio/intervento) e tipo di standard da produrre.

La valenza degli standard, a prescindere dalla modalità, più o meno esplicite e strutturate di definizione, può essere attinente il “come” – caratteristica degli standard tecnici dei sistemi, delle tecnologie e delle persone finalizzati a garantire la “conformità” a un requisito convenzionalmente definito – o il “che cosa” – caratteristica delle linee guida che puntano al miglioramento continuo e all’appropriatezza della pratica tecnico-professionale nel contesto operativo.

11. Standard «de jure» e «de facto». <http://it.wikipedia.org>.

## 4. Linee Guida

In sanità, come noto, le linee guida assumono storicamente un preciso significato formale e sostanziale<sup>12</sup> e una precipua valenza come riferimento per la pratica clinico-assistenziale e la qualità dell'attività professionale, facendo leva sull'utilizzo di metodi rigorosi, trasparenti e riconosciuti a livello internazionale. Le linee guida applicate alle organizzazioni sanitarie sono state definite nella legislazione italiana come un "insieme di indicazioni procedurali suggerite, prodotte attraverso un processo sistematico, finalizzate ad assistere gli operatori a decidere quali siano le modalità assistenziali più adeguate in specifiche circostanze; i requisiti di qualità delle linee guida sono: utilità (aumento dell'efficacia e contenimento dei costi); affidabilità (altri gruppi, a parità di condizioni, dovrebbero pervenire alle stesse conclusioni); applicabilità (si applicano alla popolazione per cui sono – previste); flessibilità (prevedono opportune eccezioni); chiarezza (le indicazioni sono chiare, interpretate in modo univoco da tutti gli operatori che le devono applicare); multidisciplinarietà (vengono considerati diversi possibili aspetti della stessa condizione); aggiornamento (riflettono le conoscenze più recenti)<sup>13</sup>. Consolidata è pure la definizione che attribuisce a linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici lo "scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza"<sup>14</sup>. Tale concettualizzazione rappresenta lo stretto rapporto che deve esistere tra linee guida che definiscono le pratiche di dimostrata efficacia da attuare e programmi e percorsi – preventivi diagnostici terapeutici assistenziali – strumenti di governance per gestire la loro implementazione tenuto conto delle specificità organizzative del contesto.

Rispetto a tali indirizzi centrale è il tema delle linee guida basate non solo sul consenso tra esperti, ma anche sul rigore metodologico scientifico e organizzativo di produzione e costruzione del consenso stesso, attinente sia la verifica della qualità delle fonti di letteratura scientifica considerate che la strutturazione delle procedure con le quali a partire dalle evidenze della letteratura si giunge alla formulazione delle raccomandazioni per la

12. Institute of Medicine, *Clinical practice guidelines we can trust*, National Academies Press, Washington, DC, 2011.

13. DPR 14 gennaio 1997 Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private (GU Serie Generale n. 42 del 20-02-1997 – Suppl. Ordinario n. 37).

14. 19 giugno 1999 Decreto legislativo n. 229 Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.

pratica professionale, avuto riguardo di istanze valoriali, epidemiologiche, tecniche e organizzative connesse alla loro reale implementazione a beneficio dei singoli utenti-pazienti e della popolazione.

La Legge n. 27 del 4 marzo 2017 (“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”), stabilisce che “gli esercenti le professioni sanitarie, nell’esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco”. Tale dispositivo normativo ha rinnovato l’impulso legislativo, culturale, professionale e scientifico alla diffusione delle linee guida per la pratica clinica e assistenziale nel Servizio Sanitario Nazionale.

L’attuale quadro regolamentare italiano prevede che la loro produzione sia conforme agli standard di predisposizione e valutazione della qualità metodologica definiti dal Centro Nazionale per l’Eccellenza Clinica (Cnec) dell’Istituto Superiore di Sanità, punto di riferimento per l’attuazione del nuovo Sistema Nazionale Linee Guida (istituito con il DM 27 febbraio 2018)<sup>15</sup>. Secondo la vigente definizione nazionale adottata dal Cnec le Linee Guida sono uno “strumento di supporto decisionale finalizzato a consentire che, fra opzioni alternative, sia adottata quella che offre un migliore bilancio fra benefici ed effetti indesiderati, tenendo conto della esplicita e sistematica valutazione delle prove disponibili, commisurandola alle circostanze peculiari del caso concreto e condividendola – laddove possibile – con il paziente o i caregiver”.

Il metodo flessibile e pragmatico di produzione e valutazione delle Linee Guida scelta dal Cnec (analogamente alle altre principali organizzazioni internazionali che si occupano di linee guida), basato sul metodo *Grade – Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* – e sugli *Evidence to Decision Framework (EtD)*, presuppone oltre a una valutazione integrata della qualità metodologica delle prove scientifiche disponibili che nel processo di sviluppo delle linee guida, vengono sistematicamente considerati (e valutati) altri aspetti per sviluppare e stabilire la forza di una raccomandazione, comprendenti: priorità della problematica trattata (es. impatto sanitario, variabilità, costi),

15. Iannone P., Coclite D., Napoletano A., Fauci A., Graziano G., Iacorossi L., D’Angelo D., “Un primo bilancio per il Sistema Nazionale Linee Guida”, *Giornale Italiano di Nefrologia*, vol. 3, anno 36, maggio-giugno 2019.

benefici e rischi attesi, valori e preferenze dei pazienti, costo-efficacia, accettabilità, fattibilità ed equità<sup>16</sup>. I criteri in oggetto si applicano per definizione all'ambito clinico e assistenziale, è evidente comunque, nella logica che sottende gli Evidence to Decision Framework, la necessità di produrre le raccomandazioni utili ai processi interpretativi e decisionali di analisi, consenso e giudizio non solo tecnico-professionale, ma anche organizzativo e dunque non solo orientato all'effectiveness, ma anche al valore. Le raccomandazioni contenute nelle linee guida, sono a valenza professionale o professionale-organizzativa in relazione a questi riguardano certamente i professionisti, ma anche i pazienti e i decisori (manager e policy maker) che costituiscono portatori di interesse da coinvolgere sistematicamente nell'elaborazione – sia intesa come produzione ex novo che come adattamento di linee guida già esistenti, per esempio internazionali – e nell'applicazione delle linee guida stesse<sup>17</sup>. Sia per ragioni di metodo che di merito, dunque, le linee guida nel Servizio Sanitario Nazionale, oggi si configurano come la più autorevole fonte di standard applicabili a una disciplina, un ambito scientifico, una comunità professionale, una o più dimensioni di competenza professionale, un'organizzazione sanitaria, un servizio, una procedura o una prestazione. Fondamentale è dunque l'attenzione e il coinvolgimento di istituzioni e aziende sanitarie, dei professionisti e delle società scientifiche nella definizione e adozione di una terminologia robusta e un linguaggio condiviso e coerente tra aspetti professionali e di contesto organizzativo rilevanti per garantire l'effettiva accettazione e adozione di raccomandazioni e relativi standard derivanti dalle linee guida nel contesto italiano. Il percorso di produzione o adattamento (per esempio dal contesto internazionale) delle linee guida è probabilmente quello a maggiore complessità tecnico-scientifica tra i metodi di analisi delle conoscenze esistenti, creazione del consenso e estrapolazione di punti di riferimento per la pratica professionale, le scelte gestionali e policy making. Tuttavia, è destinato a assumere, per le caratteristiche di robustezza di produzione, trasferibilità e applicabilità degli indirizzi estrapolabili in questo modo, crescente rilevanza nel futuro anche sotto il profilo dell'utilizzo a supporto della definizione degli standard organizzativi.

16. Santoro D., Torri E., Rigoni M., Nollo G., Schünemann H.J., Brunori G., *From scientific evidence to clinical recommendations: outlooks and challenges for the SIN (Italian Society of Nephrology)*, *G Ital Nefrol.*, 2019 Sep 24, 36(5), pii: 2019-vol5.

17. Morgano G.P., Amato L., Parmelli E., Moja L., Davoli M., Schünemann H., "Grade Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction", *Recenti Prog Med.*, ottobre 2017, 108(10): 402-24.

## 5. Tipi di standard

A prescindere dalla modalità di produzione, ovvero considerando anche gli standard derivanti da fonti normative, programmatiche o meccanismi di consenso tecnico non necessariamente espliciti o strutturati, come quelli assicurati mediante la produzione o l'adattamento di una linea guida sulla base di metodi scientificamente validati (in particolare il GRADE), le informazioni e gli standard con cui esse sono codificate sono espressi per fornire un livello qualitativo atteso riferito:

- a livelli minimi, ovvero “standard minimi” che indicano una soglia che deve essere rispettata, ovvero un livello (soglia) minimo di performance accettabile;
- alla media, ovvero “standard medi” che indicano il livello di medietà e normalità atteso per un indicatore (verificabili collettivamente sulla base della media dei risultati di un certo periodo); i livelli massimi assicurati a ciascun singolo utente diventano gli standard specifici;
- a livelli ottimali, interposti tra lo “standard medio” e lo “standard ideale” (che descrive il livello che potrebbe essere assicurato in assenza di vincoli, o in condizioni “di ricerca”), che rappresentano il livello di performance a cui tendere (desiderabile) che potrebbe venir ottenuto in normali condizioni di attività/operatività.

Standardizzazione, accountability e reporting rimandano a categorie e valori centrali per l'ottimizzazione della performance delle organizzazioni sanitarie nella misura in cui rispondono a necessità di soddisfacimento di reali e concreti gap informativi e di implementazione (e non di formalizzazione fine a sé stessa o appesantimento teorico o “burocratico”), al fine di creare valore per i portatori di interesse e non di distruggerlo. Il valore generato dal processo di formalizzazione delle definizioni in oggetto dipende dunque in larga misura dalla capacità di valorizzare autonomia, responsabilità e competenze dei professionisti da perseguire anche mediante il consenso rispetto alle istanze poste e alla capacità di discussione e giudizio dei soggetti coinvolti nel percorso nella verifica del rapporto fra rischi e benefici connessi alla standardizzazione.

## 6. Standard in sanità pubblica

In sanità pubblica possono essere potenzialmente vasti i contesti di definizione e applicazione e valutazione degli standard tecnici e organizzativi: dalle procedure di normazione e regolamentazione istituzionale, ai processi di consenso inter-professionale a supporto di processi decisionali informati, alla definizione, certificazione e rendicontazione delle modalità organizza-

tive, amministrative e tecnico-professionali di gestione di attività e erogazione di interventi.

Nel campo della sanità pubblica, in misura maggiore rispetto ad altre discipline mediche e in particolare ad alcune specializzazioni cliniche, i comportamenti degli operatori non si basano solo sulle conoscenze tecnico-scientifiche disponibili (talora limitate e non sempre esplicitamente generalizzabili), ma risentono e sono condizionati (anche in maniera preponderante) da dettati normativi, meccanismi di consenso locale, eterogeneità di configurazione di strutture erogatrici e risorse (professionali, organizzative e tecnologiche), nonché da relazioni con una varietà di portatori di interesse dentro e fuori il sistema sanitario (che a loro volta esprimono valori e preferenze anche divergenti). Il contesto è espressione di una molteplicità di elementi e fattori di tipo socio-economico, geografico, legale, politico, culturale, etico che ne determinano l'adattamento e influenzano invariabilmente la progettazione, l'implementazione e la diffusione e la verifica dell'impatto di politiche e interventi<sup>18</sup>. Il target degli interventi può essere variabile, con interventi realizzabili a livello di singolo individuo, di sistema e di popolazione (con particolare importanza del target preventivo su persone sane), aventi impatto su comportamenti e fattori di rischio, nonché su relazionali, ma anche ai livelli di prevenzione, diagnosi e cura più prettamente clinici degli approcci di policy making, gestione e organizzazione delle attività sanitarie e sociosanitarie. D'altro canto, la misurazione dei risultati è articolata e risente di una molteplicità di domini e fattori diversi da quello di pertinenza primaria, che possono rendere difficile l'attribuzione e la generalizzazione di taluni effetti, dipendenti da setting e contesto esterno. In sanità pubblica tradizionalmente è carente (o comunque non ottimale) e disomogenea la strutturazione e l'applicazione di standard, in particolare organizzativi, accreditati e valutati con metodologia scientifica di benchmark in termini di output di processo e di outcome di salute. In sanità pubblica gli standard definiti sia ufficialmente che convenzionalmente sono destinati ad avere un impatto quali-quantitativamente molto rilevante e tendenzialmente duraturo sul sistema sanitario; necessitano di modelli in grado di prevederne l'implementazione, non sempre correlabili a priori alle evidenze scientifiche disponibili.

Rispetto agli interventi e alle strutture organizzative della sanità pubblica (ma ciò potrebbe valere anche per gli altri ambiti disciplinari della Medicina), si possono individuare e sintetizzare due macrocategorie di standard: a) tecnico-professionali, che derivano dalla conoscenza scientifica

18. Rehfuess E.A., Stratil J.M., Scheel I.B., Portela A., Norris S.L., Baltussen R., "The Who-Integrate evidence to decision framework version 1.0: integrating Who norms and values and a complexity perspective", *BMJ Glob Health*, 2019 01 25, 4 Suppl 1:e000844.

e dall'esperienza professionale, in coerenza con i filoni di sviluppo dell'epidemiologia, dell'Evidence Based Medicine, Evidence Based Prevention e Evidence Based Public Health e, b) organizzativi, che attengono la struttura interna e relative connessioni e livelli di coordinamento, la gestione delle risorse, la regolazione dei processi di lavoro, la funzionalità degli enti e le modalità tecniche e operative del loro agire per perseguire i propri fini e raggiungere gli obiettivi prefissati. L'enunciazione e l'implementazione degli standard rispetto a tali categorie peraltro rende inappropriata la distinzione "burocratica" tra modelli, definizioni e concettualizzazioni attinenti rispettivamente al miglioramento organizzativo e a quello professionale, essendo le due dimensioni costantemente correlate, interagenti e interdipendenti e il processo decisionale richiesto per garantire l'adesione alle performance attese, per definizione unitario, multidimensionale, meta-disciplinare e inter-professionale. In sanità i fattori di complessità, correlati sia al contesto interno che esterno, e i determinanti degli interventi rendono infatti sempre più necessario un approccio alla governance delle organizzazioni complessivo e integrato fra elementi e istanze organizzative e gestionali e tecnico-professionali, preconditione per garantire la capacità di risolvere problemi complessi, la focalizzazione sui risultati, l'apprendimento e la ricerca del miglioramento continuo<sup>19</sup>. Nella governance e nel policy making della sanità odierna imprescindibile è l'adozione di strumenti di gestione della complessità basati sulla leadership diffusa<sup>20</sup>; ciò può plasmare reti di collaborazione organizzativa e condivisione di conoscenze tali da supportare un ecosistema decisionale aperto dinamico, efficace ed equo. Operare un riorientamento dalla produzione di prestazioni alla generazione di valore per la persona (paziente-utente), tema cardine per il futuro dei sistemi sanitari nel contesto nazionale e internazionale, richiede alle organizzazioni sanitarie una trasformazione che non può prescindere dalla sistematica e armonica codifica degli elementi tecnici e organizzativi essenziali che regolano il significato organizzativo dei servizi e pongono le basi per l'effettiva garanzia della qualità (e la capacità di innovazione) delle prestazioni erogate e dell'ottimizzazione del rapporto fra risorse impiegate ed esiti di salute.

Nel processo di standardizzazione, la disponibilità di vocabolari, semantica e protocolli linguistici è fondamentale nel concretizzare l'effettiva

19. Favaretti C., De Pieri P., Fontana F., Guarrera G.M., De Biasi F., Betta A., Baldantoni E., *La governance clinica nell'esperienza dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento*, in Wright J., Hill P., *La governance clinica. Edizione italiana*, Favaretti C., De Pieri P., Fontana F. et al. (a cura di), McGraw-Hill, Milano, 2005.

20. Frisicale E.M., Grossi A., Cacciatore P., Carini E., Leonardo Villani L., Pezzullo A.M., Gentili A., Cabral M., Silenzi A., Favaretti C., Parente P., Ricciardi W., "Il bisogno di leadership nella governance sanitaria e nel policy-making", *Giornale Italiano di Health Technology Assessment and Delivery*, 2019, 12: Suppl. 2.

fruibilità dei modelli di buona pratica, promuovere l'uniformità di procedure, attività e prestazioni e fornire elementi di identità, coerenza e trasferibilità rispetto alla visione, agli approcci e ai modelli proposti per garantire accessibilità, efficacia, efficienza e equità dei servizi, principi e obiettivi irrinunciabili per la sanità pubblica e la Medicina Preventiva.

## **7. Terminologia organizzativa e Prevenzione: scenari, criticità e opportunità**

La terminologia organizzativa è dunque utile per coniugare bisogni, esigenze e aspettative di concettualizzazione e codifica espressi consensualmente dalla comunità dei professionisti con l'individuazione di punti di riferimento tecnicamente validi, accettati e riconoscibili e accettati da tutti i portatori di interesse.

Essenziale è il meccanismo di estrapolazione, consenso e condivisione di conoscenze che sottende la genesi della terminologia e delle sue definizioni, generalmente spettante a conferenze e gruppi di lavoro multidisciplinari che mettano assieme professionisti della sanità pubblica con expertise differenziati e complementari, nonché eventuali altri portatori di interesse, coinvolti nella "validazione" e normalizzazione della terminologia avuto riguardo della complessità del dominio culturale e realizzativo della Prevenzione.

La formulazione di una terminologia tecnica, attestazione prioritaria di cultura professionale e leadership di settore, non va dissociata da codifica e sviluppo degli elementi organizzativi che consentono di dare pratica attuazione alla dimensione tecnico-professionale degli interventi, ovvero sostanziare il complesso di relazioni e inter-dipendenze che connotano la disciplina stessa e il suo rapporto con il contesto di riferimento e i suoi scenari di evoluzione e innovazione. Tali elementi, idealmente, anche in una logica di consenso sulla terminologia organizzativa, oltre che naturalmente a contenuto tecnico-sanitario, dovrebbero essere quanto più possibile basati su "evidenze". Per quanto in campo organizzativo fatti ed informazioni oggettive di implementazione e/o valutazione su cui basare definizioni e conclusioni siano talora carenti, poco generalizzabili o non direttamente (o pubblicamente) disponibili, accanto a elementi pratico-empirici, anche la produzione della terminologia organizzativa, dovrebbe essere quanto più possibile ancorata a dati e fatti oggettivi derivanti da dati osservati e buone pratiche; solo così peraltro può diventare un moltiplicatore di valore. All'oggi ciò non può prescindere da linee di indirizzo di tipo organizzativo per le aziende sanitarie e le macrostrutture della Prevenzione, da improntare su elementi organizzativi fondamentali e approcci atti a creare condizioni organizzative che favoriscano la cultura della qualità, la trasversalità

richiesta per l'implementazione delle migliori pratiche e reti di relazioni e dentro e fuori la struttura sanitaria e strategie di trasparente produzione e condivisione di conoscenza.

La parametrizzazione della terminologia è la premessa per disciplinare la classificazione e l'attribuzione della stessa anche ai fini della valutazione dei risultati prodotti. Definire una terminologia organizzativa richiede un approccio complessivo e una chiara individuazione degli standard applicabili ai diversi livelli del sistema sanitario nel caso specifico attinenti alla macro-struttura del Dipartimento di Prevenzione che, come noto, rappresenta, con Distretto e Ospedale, uno dei tre pilastri del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel Servizio Sanitario Nazionale gli standard, impliciti ed espliciti, richiamano sia principi e riferimenti legislativi e programmatori di carattere generale (es. efficacia, efficienza, equità, accessibilità, appropriatezza, sostenibilità, innovazione) che specifici per la Prevenzione e la sanità pubblica (es. D.Lgs. 502/92 e 229/99, “piani per la prevenzione”), nonché, la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) da cui deriva l'esigibilità pratica del diritto costituzionale alla tutela della salute. I Lea sono espressione dei macro-processi di governo ed erogazione delle attività nel servizio sanitario nazionale in condizioni di sicurezza, efficacia e appropriatezza, a garanzia dell'omogeneità dell'assistenza sanitaria su tutto il territorio nazionale e l'uguaglianza dei cittadini di fronte ai diritti costituzionali.

La tutela dei Lea implica l'adesione delle aziende sanitarie ai livelli organizzativi e qualitativi necessari per un'operatività in condizioni accettabili (standard “minimi”), nonché per il perseguimento dei livelli di performance attesi (standard “medi” o “ottimali”, ulteriori) nel contesto di riferimento, che dipendono da: organigramma e composizione numerica e professionale del personale, competenze, modalità di gestione di processi, approccio alla qualità e interazione con i portatori di interesse. Se ciò vale in termini generali è ancora più importante nello specifico per l'articolazione istituzionalmente proposta alla tutela di tale livello di assistenza che i nuovi Lea<sup>21</sup> e il Piano Nazionale della Prevenzione riconoscono come fondamentale per il Servizio Sanitario Nazionale: il Dipartimento di Prevenzione.

Nella cornice di matrice organizzativa e infrastruttura operativa di base in linea con le (migliori) pratiche di riferimento, un approccio organico alla tassonomia terminologica può consentire di disporre di definizioni caratterizzanti i diversi livelli decisionali e operativi del sistema attinenti assetti organizzativi e tecnologici essenziali, interfacce, procedure e data-

21. Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) (G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017).

set. Gli esempi concreti di cosa significhi la carenza di un approccio terminologico organico per i modelli organizzativi e l'operatività nel campo della Prevenzione, che ricalca peraltro criticità e difformità nell'organizzazione stessa dei servizi sul territorio nazionale, possono essere molteplici e comprendono:

- la varietà, sovente non giustificata dal punto di vista tecnico e organizzativo, nella denominazione dei servizi del Dipartimento di prevenzione stesso come articolazione aziendale, seppure in presenza di una organizzazione dell'attività sostanzialmente sovrapponibile per poter essere efficace, per esempio il servizio per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro (Spsal) che assume denominazioni diverse nelle varie Regioni (Spresal, Spesal, Spisal, Uopsal, ecc.); ciò amplifica la percezione di diffusa disomogeneità e debolezza dei presupposti tecnico-organizzativi che sottendono la configurazione operatività;
- la “creatività” lessicale organizzativa regionale o locale basata su denominazioni e attribuzioni che adottando termini e significati ambigui (quando magari ancora nel linguaggio comune non sono stati metabolizzati pienamente termini già oggetto di riforme relativamente recenti), impropriamente importati dal contesto internazionale o di utilizzo non “validato” dalla comunità professionale nazionale aumentano il rischio di dissonanze relazionali e organizzative, impoverimento della sfera identitaria professionale e possono alimentare le asimmetrie comunicative tra professionisti, all'interno delle organizzazioni, con l'utenza e in generale con tutti i portatori di interesse;
- l'assenza di un “dizionario terminologico nazionale” validato attinente ai “requisiti minimi organizzativi” (es. composizione organica, dimensionamento, interdisciplinarietà, procedure di sicurezza, concreta traduzione del concetto di “one health”) che connotano il funzionamento e l'esercizio dell'attività sul quale innestare modelli organizzativi anche innovativi attenti alla specificità delle situazioni regionali o locali (es. tenuto conto di condizionamenti ambientali, geografici, culturali e socio-economici);
- la disomogeneità e carenza di sistematicità di schede terminologiche, indicatori (e relative verifiche sulla qualità dei dati) e disponibilità di dati amministrativi, organizzativi e tecnici di registrazione a supporto dell'implementazione dei processi (e della trasversalità dell'approccio) e della misurazione di output e outcome, che consentano di coprire in modo affidabile, organico e integrato lo spettro delle attività della prevenzione (es. parametri organizzativi consumo di risorse, esiti di interventi previsti dalla normativa) in aderenza alle risorse tecnico-organizzative necessarie;

- l'assenza di procedure standardizzate nel Servizio Sanitario Nazionale per l'erogazione anche di livelli di assistenza "core", basti pensare per esempio alla seduta vaccinale che pur connotandosi per volumi di attività "industriali" viene erogata in setting e con pratiche talora molto differenziate fra i Dipartimenti e non sempre aderenti agli standard raccomandati dalle linee guida; analoghe situazioni di difformità potrebbero riguardare gli interventi di prevenzione e controllo delle malattie infettive o di prevenzione delle malattie croniche, le modalità di gestione delle attività ispettive, l'invito agli screening per effettuare i controlli, ecc.;
- la non uniformità di lessico specialistico utilizzato per la codifica, l'elaborazione e l'analisi, il confronto e la memorizzazione delle buone pratiche del setting della prevenzione, unitamente alla non adeguata diffusione di strumenti e procedure di certificazione e accreditamento istituzionale e professionale, per i quali una preconditione è anche l'esistenza di un robusto glossario organizzativo;
- la variabilità di approccio e valutazione dell'efficacia di pratiche derivanti da una base di conoscenza meta-disciplinare, basti pensare a un tema come quello della promozione della salute e agli interventi sui corretti stili di vita finalizzati per esempio a migliorare l'attività fisica, ma ciò potrebbe valere per plurimi altri ambiti, quali la valutazione di impatto ambientale, gli interventi di prevenzione della cronicità e fragilità, ecc.

È evidente come l'assenza (o la non adeguata strutturazione e generalizzazione) di una terminologia amplifichi le criticità legate alla frammentazione organizzativa esistente e concorra a ostacolare la capacità di programmi, pratiche e progetti di coniugare il rigore tecnico-scientifico nell'adesione alle migliori pratiche disponibili con la flessibilità decisionale e operativa necessaria nel contesto locale per aderire agli standard di performance e qualità attesi dalla cornice organizzativa dei Lea e promuovere il valore nell'erogazione delle attività. Metodi di elaborazione e contenuti della terminologia sono tanto più credibili, riconoscibili, efficaci e replicabili quanto più vengono prodotti con un apporto di conoscenza esteso, articolato, stabile e aderente ai contesti reali di utilizzo e con il convinto e diffuso sostegno di tutti gli attori del sistema (ovvero in primis gli operatori della Prevenzione). Servono dunque standard terminologici attinenti all'organizzazione, alle procedure e agli indicatori "core" che connotano universalmente i Dipartimenti di Prevenzione da individuare nell'ambito di un percorso organizzativo identitario, integrato e "evidence based" quale presupposto per un loro rilancio a livello nazionale.

Il confronto oggi è con uno scenario nazionale generale caratterizzato da: nuove e complesse sfide demografiche, sociali ed epidemiologiche e sociali, cronica carenza di risorse per rispondere alle domande di tutela

della salute della popolazione, variazione ingiustificata di processi ed esiti e perpetuarsi di erogazione di prestazioni di qualità sub-ottimale. La riforma del Servizio Sanitario Nazionale – e della sua fondamentale macrostruttura della Prevenzione – in un’ottica di creazione di valore e sostenibilità richiede un approccio culturale pragmatico e partecipativo anche al tema della standardizzazione terminologica. Le risorse tassonomiche e linguistiche vanno condivise, uniformate e sviluppate nel contesto in mutevole evoluzione della sanità pubblica e dei suoi schemi di governance. Ai medici e agli altri professionisti sanitari, ai manager e ai policy maker istituzionali, al mondo accademico e alle società scientifiche è richiesto un investimento prioritario nella gestione di conoscenze fondato su un approccio strutturato, trasparente e ragionevole a cultura, metodi e contenuti di esplicitazione della terminologia – definizioni, glossari, sezioni terminologiche di linee guida, anche settoriali, dataset e banche dati – e trasferimento della stessa nell’ecosistema in cui vengono ordinariamente prodotti e gestiti i dati e le informazioni professionalmente e organizzativamente rilevanti per la definizione, la diffusione e l’aggiornamento degli standard di operatività e qualità dei servizi.

A tal fine, per gli igienisti e tutti gli attori della sanità pubblica, è strategico un impegno permanente sulla tema delle linee guida e delle buone pratiche e dei correlati strumenti terminologici, da sostenere anche mediante specifiche azioni di:

- attivazione e collaborazione con professionalità, competenze e risorse per un approccio robusto agli aspetti metodologici e di contenuto tecnico;
- sensibilizzazione, formazione e generazione di nuove reti di collaborazione e gestione di informazioni e conoscenze inter-professionali, in coerenza con modelli e buone pratiche di riferimento per la governance del Servizio Sanitario Nazionale;
- comunicazione anche esterna alla comunità professionale, in particolare verso i cittadini, in coerenza con nuovi percorsi di informazione sui servizi sanitari, partecipazione e co-produzione dei servizi;
- implementazione e sviluppo di tutte le attività in coerenza con intenti, approccio e metodo applicati nel percorso di produzione, adattamento e implementazione delle linee guida nell’ambito del Nuovo Sistema Nazionale Linee Guida che riconosce, tra l’altro, nelle società scientifiche e nelle associazioni tecnico professionali delle professioni sanitarie un attore chiave.

Valorizzare l’applicazione critica di strumenti per gestire le conoscenze e governare i processi decisionali con la partecipazione di tutte le componenti professionali della sanità pubblica è fondamentale per il perseguimento degli obiettivi di ottimizzazione della governance e della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, a servizio dei cittadini-pazienti e della società nella sua globalità.

## *6. I primi 1000 giorni: l'importanza di una prevenzione precoce*

di *Alberto Villani\**

### **1. Introduzione**

Che i primi 1000 giorni rappresentino una importantissima fase dell'esistenza di ogni individuo è ormai ben documentato e acquisito, da anni, nella comunità scientifica, non solo pediatrica. I primi 1000 giorni hanno iniziato, più di recente, a essere argomento meritevole di attenzione anche da parte delle Istituzioni (Ministeri, Iss, Regioni). Per primi 1000 giorni si intendono i 9 mesi di gestazione (270 giorni) e i primi 2 anni di vita (365 giorni + 365 giorni). Il drammatico calo della natalità e la presenza nel nostro Paese di un significativo numero di bambini con necessità assistenziali complesse, rendono indispensabile una riflessione sull'importanza della prevenzione proprio nelle precocissime fasi della vita.

### **2. Denatalità**

Sono ormai anni che in Italia la natalità è in costante, progressivo e vorticoso calo. Nel 2018 i nati in Italia sono stati 439.747 (dati Istat) con una riduzione rispetto all'anno precedente del 4%. Molto probabilmente nel 2019 le nascite sono state ancora meno (sotto 430.000). Le cause che da anni determinano questa tendenza negativa sono numerose, ma nonostante la dimensione preoccupante, non hanno determinato in Italia provvedimenti in grado di modificarne l'andamento, come invece è avvenuto in molti Paesi europei quali la Francia, la Germania, i Paesi scandinavi. Investire nell'incentivare la natalità ha dato eccellenti risultati in particolare quando,

\* Presidente della Società Italiana di Pediatria; Responsabile Unità Operativa Complessa Pediatria Generale e Malattie Infettive, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma.

al sostegno economico, è stata abbinata una valorizzazione della genitorialità. Politiche volte ad accrescere la cultura della maternità e della paternità, con attenzione alla propria salute di genitori, sono un primo solido investimento sul benessere dei futuri cittadini<sup>1</sup>.

### 3. Epigenetica

L'epigenetica è una scienza consolidata che ha consentito di dimostrare la possibilità di modulare il patrimonio genetico di ogni individuo. Fino a pochi anni fa si era convinti che nei cromosomi, che rappresentano circa il 3% del materiale genetico, fosse indelebilmente segnato il percorso di vita di ognuno e si parlava del restante Dna come Dna spazzatura in quanto ritenuto non utile. Nell'ultimo decennio è stato chiaramente dimostrato che anche il Dna non contenuto nei geni è di fondamentale importanza. In maniera molto semplificata è stato dimostrato come proprio il Dna "libero" svolge un ruolo determinante nel modulare l'espressività dei geni e addirittura può modificarne le attività. È una vera rivoluzione che ha dato una forza dirompente alla possibilità di orientare l'azione del Dna nel corso della propria vita, in senso positivo quanto negativo e con effetti che possono perdurare anche nelle successive generazioni. Gli stili di vita, già dalle fasi precoci della vita e addirittura dalla gestazione, segnano il percorso di vita di ognuno. Padre e madre, il loro stato di salute già da prima del momento del concepimento, condizionano quello che sarà lo stato di salute del nascituro. Alimentarsi regolarmente, non fumare, limitare/abolire l'uso di alcolici, non fare uso di sostanze stupefacenti, essere vaccinati, praticare regolarmente attività fisica sono tutti determinati positivi per la salute della progenie. Si è quindi responsabili non solo del proprio stato di salute, ma di quello delle generazioni future<sup>2</sup>.

### 4. La "carestia" olandese

Uno straordinario esempio di quanto sia importante l'alimentazione della gestante deriva dalla ormai copiosa letteratura che fa riferimento a quanto verificatosi in Olanda durante il secondo conflitto mondiale. A distanza di decenni dalla fine della II guerra mondiale, medici ed epide-

1. Report Istat. [www.istat.it](http://www.istat.it).

2. Simeoni U., Armengaud J.B., Siddeek B., Tolsa J.F., "Perinatal Origins of Adult Disease", *Neonatology*, 2018, 113, 393-399.

miologi olandesi hanno valutato lo stato di salute di coloro che erano nati alla fine della guerra, ma come frutto di una gestazione avvenuta nel periodo di maggiori ristrettezze alimentari (400-800 calorie/die). I risultati sono stati sorprendenti nell'evidenziare come, a seconda del periodo della gravidanza, primo o secondo o terzo trimestre, durante il periodo di massima restrizione nutrizionale delle gestanti, in età adulta avanzata si erano manifestate differenti patologie (dall'obesità al diabete, dall'ipertensione alle cardiopatie). L'alimentazione della madre durante la gestazione determina lo stato di salute di un individuo per tutta la vita e fino all'età adulta avanzata<sup>3</sup>.

## 5. Theodosius Dobzhansky

Gli studi di Theodosius Dobzhansky si sono concentrati per anni sulla diversità del quoziente intellettivo (QI) tra persone appartenenti a differenti etnie e/o a differenti classi sociali. Particolarmente interessante il rilievo che anche in gemelli monocoriali, vissuti in condizioni socio-ambientali diverse, nell'età adulta avanzata è stato possibile rilevare differenze nello stato di salute e anche nel QI. Dobzhansky dimostrò oltre mezzo secolo fa ciò che avrebbe trovato conferma e dimostrazione scientifica nell'epigenetica, ovvero nella possibilità dell'ambiente di modulare il patrimonio genetico degli individui. Osservò questo rilevando differenze in soggetti geneticamente identici, i gemelli monocoriali, in cui solo l'ambiente poteva giustificare lo sviluppo nel tempo di fenotipi differenti<sup>4</sup>.

## 6. Ruolo del Pediatra

Il Pediatra è da sempre il medico che deve confrontarsi con un organismo in continua e rapida evoluzione, dalla nascita e fino al raggiungimento dell'età adulta. L'importanza degli stili di vita e della prevenzione hanno costituito oggetto di attenzione nel mondo pediatrico, ma certamente l'epigenetica ha dato forte vigore scientifico al fondamentale ruolo del Pediatra che, negli anni, si sta sempre più caratterizzando come non solo medico dell'età evolutiva, ma come professionista determinante per la salute e la longevità di ogni individuo. La specificità pediatrica non può più essere

3. Roseboom T., de Rooij S., Painter R., "The Dutch famine and its long-term consequences for adult health", *Early Human Development*, 2006, 82, 485-491.

4. Dobzhansky T., *Diversità genetica e uguaglianza umana*, Einaudi Editore, 75 Nuovo Politecnico.

considerata semplicemente la migliore opportunità di salute per l'età evolutiva, ma è la necessaria premessa al benessere e alla longevità di coloro che saranno gli adulti di domani. La prevenzione nell'età evolutiva è quindi l'investimento potenzialmente più fruttuoso in termini di rapporto costo-beneficio ed è la misura più adeguata per poter ambire alla sostenibilità del nostro Sistema Sanitario Nazionale in termini equi e universalistici<sup>5</sup>.

## 7. Considerazioni conclusive

I primi 1.000 giorni ( $270 + 265 + 365 = 1.000$ ) sono un periodo tanto breve, quanto determinate per l'esistenza. Le migliorate condizioni sociali ed economiche, nonché la professionalità degli operatori sanitari in Italia, che hanno caratterizzato la vita nel nostro Paese nell'ultimo secolo si sono concretizzate in alcuni lusinghieri risultati negli indici ritenuti internazionalmente come tra i più importanti per la valutazione della qualità assistenziale offerta alla popolazione di uno Stato: mortalità neonatale (tra le più basse) e longevità (tra le più lunghe al mondo). Mantenere queste eccellenze, ma soprattutto garantire la sostenibilità, sarà possibile investendo nella prevenzione e nella formazione di Pediatri che siano in grado di operare con grande professionalità e duttilità d'impiego in Ospedale e nel Territorio.

5. Villani A., "Dalla crisi alle opportunità: una proposta per la Pediatria in 1000 parole", *Pediatria*, 2018, 1-2, 3.

# Postfazione

di Carla Collicelli, Antonio Ferro, Fausto Francia, Emanuele Torri

## 1. Prevenzione! Sempre più prevenzione

Molte sono le metafore utilizzate per descrivere la pandemia nella quale siamo immersi. Quella della guerra rimanda a sentimenti di odio, al conflitto e all'aggressione, e andrebbe quindi evitata. Una metafora utilizzata anche in precedenti occasioni di crisi è quella della tempesta<sup>1</sup>, che rimanda al dramma delle forze della natura che si scatenano, ma anche alle prospettive di una navigazione coraggiosa e di una ripresa della rotta a tempesta finita o attenuata.

Ancora più appropriato è utilizzare il termine corretto per definire la crisi sanitaria e sociale che stiamo attraversando, che è quello di pandemia, termine con cui da sempre nella storia dell'umanità sono state chiamate le malattie che hanno investito tutta la popolazione mondiale (*pandemos* tutta la popolazione). Malattie di cui si ricorda la drammaticità dai tempi della Peste di Atene nel 400 a.C. (di cui si stima un impatto in termini di morti di 100.000 persone), attraverso la Peste di Giustiniano (500 a.C. e 100 milioni di morti stimati), la Peste nera del 1300 (50 milioni di morti stimati), fino alla Influenza Spagnola del 1918-1919 (con una stima di morti nel mondo di 50 milioni di persone).

Molto più ravvicinate sono risultate le pandemie della seconda metà del secolo scorso (anche grazie allo sviluppo dei mezzi diagnostici): l'Influenza Asiatica del 1957-58 (con 1 milione di morti), l'Influenza di Hong Kong (1968-1970, 1 milione di morti), l'HIV (32 milioni di morti), la SARS (2002-2003, 770 morti), l'Influenza suina (2009-2010, stime tra 150.000 e 600.000 morti), Ebola (2014-2016, 11.300 morti), e ora Covid-19 (alla metà di giugno 2020, circa 450.000 morti accertati).

1. W. Ricciardi (a cura di) (2015), *La tempesta perfetta. Il possibile naufragio del servizio sanitario nazionale: come evitarlo*, Vita e Pensiero, Milano.

Pandemia o tempesta, colpisce il fatto che, immemori di ciò che nel corso della storia la diffusione di molti virus dovrebbe averci insegnato, ci ritroviamo attoniti di fronte alla impreparazione del nostro sistema sanitario, uno dei migliori del mondo, del nostro welfare e dei nostri apparati pubblici. Soprattutto occorre riflettere sulla sanità del territorio e sulla prevenzione, da tre punti di vista.

La pandemia virale che ha investito l'intero pianeta, con conseguenze così drammaticamente superiori ad ogni ragionevole previsione, sta facendo riflettere, e a buona ragione, sulla capacità dei sistemi sanitari di prepararsi adeguatamente alle epidemie e di disporre di strutture di emergenza e terapia intensiva adeguate. Ma nel momento in cui si sta affrontando la cosiddetta seconda fase, quella cioè in cui si riprendono alcune attività sociali e produttive e si gettano le basi per una convivenza probabilmente lunga con i rischi del virus Covid-19, occorre non dimenticare alcuni altri importanti aspetti. Primo fra tutti le trasformazioni del quadro epidemiologico e dei bisogni dei pazienti e delle famiglie; in secondo luogo la disattenzione registratasi fino ad oggi per lo stato di salute del pianeta e delle altre specie animali, di cui quella umana fa parte; ed in terzo luogo, ma non ultimo per importanza, il ruolo della medicina del territorio e della prevenzione.

Per quanto riguarda il primo aspetto, sono noti i lusinghieri risultati raggiunti in Italia in termini di prolungamento della vita (10 anni di vita in più in 40 anni), ma è da tempo che gli esperti parlano di transizione epidemiologica e di aumento delle patologie croniche come una criticità importante da affrontare con maggiore impegno. Per citare solo le sfide più importanti, ci stiamo confrontando con diverse criticità: invecchiamento, cronicità, disabilità, risorse scarse, disuguaglianze, mancanza di coordinamento e di visione strategica nazionale, inefficienza gestionale, stili di vita inadeguati. Su questi aspetti il dibattito tra esperti ed istituzioni è aperto da tempo nel paese, e non mancano segnali positivi in vari contesti territoriali nella direzione dell'aumento delle risorse finanziarie e di personale destinate al territorio ed alle cure domiciliari per far fronte alle patologie croniche ed alle disabilità. Ancora del tutto insufficiente, se non del tutto assente, è invece la consapevolezza rispetto ad alcuni altri importanti elementi di rischio per la salute, che vengono ora a galla in maniera drammatica di fronte alla pandemia del virus Covid-19, ed in particolare rispetto al fatto che le patologie infettive e trasmissibili non costituiscono un rischio solo per i paesi meno sviluppati, con condizioni critiche in termini di igiene e sanità pubblica, in quanto questo virus sta attaccando in maniera velocissima e grave zone e popolazioni ad altissimo livello di sviluppo, economico, sociale e sanitario. Da cui la conseguenza che il fattore, che negli studi internazionali più recenti di epidemiologia e sanità va sotto il nome di "doppio carico di malattia" (*double burden of disease*), e che segnala la crescita rapida e densa

di criticità nell'ambito delle patologie croniche accanto a quelle acute, non è più sufficiente a descrivere le sfide che abbiamo di fronte in tema di salute.

La pandemia ha reso il quadro epidemiologico ben più complesso, un quadro che potremmo definire in maniera sintetica, e riprendendo la formula del doppio carico, come un carico di malattia triplo o quadruplo. Il terzo carico è infatti dato dalla recrudescenza delle patologie da virus, di cui Covid-19 è l'esempio più recente e più grave. Ed un quarto carico è quello delle sfide che si verificano nella sovrapposizione tra patologie infettive, vecchie e nuove, ed altre patologie acute e croniche. Sfide che si presentano in tutta la loro gravità nei decessi da coronavirus delle ultime settimane, nella strage di anziani cui stiamo assistendo e negli intrecci patologici tra virus ed altre malattie che, in alcuni individui appartenenti a fasce di età più giovani, hanno reso il quadro clinico di queste persone molto complesso ed in qualche caso difficile da affrontare.

Ma la pandemia ci ha posto di fronte ad un'altra sfida relativamente inaspettata, di tipo eminentemente culturale: i rischi che derivano dallo stravolgimento degli equilibri naturali del pianeta, e del rapporto tra specie viventi. È il dibattito sul cosiddetto Antropocene, termine poco conosciuto fino a poco tempo fa, benché coniato già nel secolo scorso in ambito biologico e chimico, e che oggi ci appare da non sottovalutare, visto che è ormai evidente che le emergenze virali sono il portato di una riduzione della biodiversità e della distruzione delle aree verdi della Terra.

Uno dei contributi più chiari sul tema è quello della virologa Ilaria Capua, che nel 2019 ha pubblicato un libretto dal titolo *Salute circolare*<sup>2</sup>, con il quale riepiloga la storia del rapporto tra medicina ed ambiente nei secoli e richiama la nostra attenzione sul fatto che l'ambiente non è qualcosa di esterno a noi ma “ci siamo immersi, fa parte di noi”, e che quindi se trattiamo male “il nostro mega sacco amniotico”, se avveleniamo, invadiamo e consideriamo come nostra proprietà esclusiva l'ambiente, non dobbiamo meravigliarci se poi la nostra sopravvivenza viene messa in pericolo.

Ma non sono mancati nel corso degli ultimi anni altri contributi nell'ambito di discipline diverse, che hanno tentato di far capire che la salute è un processo sistemico che include il benessere della natura e del mondo animale. Il riferimento è ad esempio agli studi sociologici del Censis negli anni '80 sulla salute in Italia, nell'ambito dei quali veniva proposto il concetto di “Sistema psico-socio-ambientale” per definire la realtà evolutiva e integrata della salute umana. Il riferimento va anche ad alcuni esperti di etica ambientale e urbana, come Corrado Poli<sup>3</sup>, che indica il pro-

2. I. Capua (2019), *Salute circolare, una rivoluzione necessaria*, Egea editore, Milano.

3. C. Poli (2017), *Politica e natura. L'inganno della sostenibilità*, Proget Edizioni, Padova.

blema ambientale come un problema di importanza bioetica fondamentale da porre all'ordine del giorno per quanto riguarda le politiche urbane, quelle del lavoro, dell'ambiente e del welfare. Ma anche filosofi e sociologi teorici, particolarmente attenti alle strategie complessive dello sviluppo, hanno richiamato l'attenzione, alla fine del secolo scorso e all'inizio di quello attuale, sui rischi per la specie umana della distruzione dell'ambiente fisico, naturale ed animale. Certamente lo ha fatto e continua a farlo Serge Latouche, economista e filosofo, fondatore del Movimento anti utilitarista nelle scienze sociali (Mauss) e sostenitore del principio della decrescita come approccio anti economicistico allo sviluppo. Ma lo stesso Jean Baudrillard, filosofo e sociologo tra i più importanti degli ultimi decenni, nel lontano 1992 scriveva nel suo *L'illusione della fine*<sup>4</sup> che “il peggio non è che siamo sommersi dai rifiuti della concentrazione industriale e urbana bensì che noi stessi siamo trasformati in residuati”. A Baudrillard era chiaro già allora che “la specie umana, mirando all'immortalità virtuale (tecnica) (...) sta perdendo la sua particolare immunità”.

Come tutti questi autori sottolineano, il problema è allora quello di guardare al futuro, di confrontarsi tra discipline diverse e relativi studi e risultati. Tornando alle parole di Ilaria Capua, dobbiamo superare la iper specializzazione e la separazione tra ambiti di studio diversi, come avviene nel Centro da lei diretto in Florida (*One Health Center of Excellence*), che si prefigge proprio lo studio della salute di tutte le specie e dell'ambiente naturale nel suo insieme. E dobbiamo mettere a frutto le enormi possibilità scientifiche e tecniche che la specie umana è stata capace di sviluppare per la salute dell'intero pianeta.

Infine l'aspetto forse più importante, quello della prevenzione. Come hanno scritto i medici dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo il 21 marzo scorso, non abbiamo capito ancora a fondo quanto sia importante la dimensione della comunità in sanità, e non solo per le patologie croniche e le disabilità, come è abbastanza chiaro a tutti, ma anche di fronte ad una crisi pandemica di tipo infettivo, che è anche e soprattutto una crisi umanitaria, che tocca tutta la popolazione e richiede un approccio comunitario di popolazione e di territorio<sup>5</sup>. Per spiegare questo aspetto i medici del Papa Giovanni dicono che la strategia sanitaria centrata sul paziente, sulla base della quale si è lavorato prevalentemente fino ad oggi, deve essere affiancata da una altrettanto decisa strategia centrata sulla comunità e sul territorio. Intendendo per comunità e per territorio una sanità pubblica che comprenda la prevenzione estesa anche e soprattutto ad ambiti non sani-

4. J. Baudrillard (1993), *L'illusione della fine, o lo sciopero degli eventi*, Anabasi.

5. M. Nacoti et al. (2020), *At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation*.

tari e la stretta collaborazione tra settore sociale e settore sanitario. Il che significa anche medicina di iniziativa e monitoraggio a tappeto delle condizioni di salute sul territorio, non solo e non tanto per produrre informazioni e raccomandazioni che calano dall'alto e possono non essere recepite né applicate, quanto soprattutto per produrre azioni ed interventi concreti che facciano fronte ad una situazione critica che non può trovare risposta solo a livello ospedaliero.

Qualcun altro ha ragionevolmente parlato di passaggio da una sanità centrata sulle prestazioni ad una centrata sulla persona, intendendo per persona tutti i cittadini nel loro contesto umano e sociale. Anche l'accesso alle cure specialistiche e intensive dell'Ospedale dovrebbe trovare aggancio, in questa visione, con le funzioni di controllo e di assistenza diffusa sul territorio. Ed è proprio la pandemia che ci affligge che ha reso particolarmente evidente che i rischi, le criticità e la domanda di intervento riguardano tutta la popolazione di un territorio e di un paese, e non solo la punta dell'iceberg costituita dai casi più gravi, che necessitano di ricovero e di terapia intensiva.

Stando alle informazioni ad oggi disponibili, il contagio rapido e drammatico che si è riscontrato in alcune zone della Lombardia sarebbe avvenuto anche o soprattutto in ambito ospedaliero. Se ci fosse stato, quindi, un sistema adeguato di filtro e di assistenza socio-sanitaria sul territorio si sarebbe potuto quanto meno contenere l'impatto del contagio ospedaliero, con tutte le sue conseguenze. E si sarebbe potuto contenere anche le enormi difficoltà riscontrate nelle zone di maggiore impatto della pandemia per quanto riguarda l'assistenza nei confronti dei pazienti non ospedalizzati, con sintomatologia più o meno grave, spesso lasciati soli, a volte seguiti attraverso un monitoraggio a distanza di debole incisività, e spesso con l'unico presidio disponibile costituito da medici di medicina generale lontani e sovraccarichi, e da familiari preoccupati e per lo più inermi. Anche in questo caso se i presidi sanitari territoriali per la prevenzione e le cure primarie fossero stati più adeguatamente preparati e riforniti di personale e strumenti di buon livello, si sarebbero potute forse evitare alcune delle situazioni più critiche, come quelle delle morti a casa in solitudine e senza assistenza, e quelle delle difficoltà psico-sociali, prima ancora che cliniche, di tanti cittadini e di tante famiglie.

## **2. La risposta della sanità pubblica nell'emergenza Covid-19**

Dinanzi a uno scenario pandemico che inevitabilmente condizionerà la vita personale, familiare, culturale, religiosa, sociale, professionale e ricreativa finché non avremo la disponibilità di un vaccino o di una terapia

efficace, rilevanti sono gli insegnamenti che si possono ricavare dalla gestione dell'emergenza Covid-19 per il futuro (e il rilancio) della Prevenzione e della sanità pubblica in Italia.

La sanità pubblica ha svolto sul campo “in silenzio” un'azione sistematica di contenimento della pandemia sui grandi numeri, dimostrando una straordinaria resilienza anche nei momenti più difficili della crisi. Tra le attività che si sono rivelate fondamentali per il contenimento del contagio e per permettere alle strutture ospedaliere di reggere l'impatto del picco epidemico, vanno menzionate in particolare<sup>6</sup>:

- il sostegno all'Autorità sanitaria locale ed il coordinamento con le istituzioni nell'analisi e nella pianificazione dell'emergenza;
- l'attività di informazione e formazione rivolta alla popolazione generale, agli operatori sanitari coinvolti nel processo assistenziale e alle categorie di persone maggiormente vulnerabili;
- la creazione di sistemi di allerta rapidi e la gestione di linee telefoniche e telematiche di supporto alla popolazione;
- la risposta integrata con i team di assistenza primaria per il rilevamento, la segnalazione, la sorveglianza attiva dei casi sospetti e confermati;
- l'effettuazione dei tamponi diagnostici, sia domiciliari sia mediante il sistema drive through, e la creazione di un sistema informativo per la tracciabilità dei test;
- la creazione e la gestione di sistemi di raccolta, analisi, valutazione e diffusione dei dati (es. mediante dashboard), rivolti ai diversi portatori di interesse;
- la fornitura di protocolli operativi sulle norme igieniche preventive.

La sanità pubblica ha esercitato il proprio ruolo strategico mediante un dialogo e un confronto continuo con gli altri servizi sanitari e servizi pubblici preposti alla gestione dell'emergenza e della sicurezza, ma anche con i Sindaci e i molteplici altri attori sociali, formali e informali, del Territorio. Ciò si è rivelato preziosissimo nel garantire la coesione del sistema e la capillarità degli interventi sul campo, anche nei momenti più difficili della “Fase 1” della pandemia Covid-19.

L'efficacia delle azioni messe in campo dalla sanità pubblica a livello locale è stata influenzata dalle risorse (umane, professionali, materiali e strumentali) effettivamente disponibili, dall'assetto preesistente dei servizi sanitari regionali e dal grado di preparedness del sistema nel suo complesso, unitamente alle strategie regionali di contrasto della pandemia (es.

6. E. Torri, L.G. Sbrogiò, E.D. Rosa, S. Cinquetti, F. Francia, A. Ferro, “Italian Public Health Response to the Covid-19 Pandemic: Case Report from the Field, Insights and Challenges for the Department of Prevention”, *Int J Environ Res Public Health*, 2020 May 22;17(10): E3666. Doi: 10.3390/ijerph17103666.

misure di contenimento sul territorio, effettuazione dei tamponi, scelte di rafforzamento dei servizi)<sup>6</sup>. A ciò va aggiunto che nell'elaborazione della risposta alla pandemia da parte dei decisori è emersa la difficoltà, in particolare iniziale, a comprendere che si trattava e si tratta di un problema di salute pubblica e non di una questione di mera assistenza ospedaliera (per quanto essenziale sia stato il potenziamento del sistema dell'emergenza-urgenza e la garanzia di un adeguato numero di posti letto in terapia intensiva), che sarebbe comunque stata saturata, in tempi più o meno rapidi, senza un reale argine territoriale. Tutto ciò purtroppo è avvenuto in coerenza con la politica di tagli drastici alla prevenzione portata avanti nell'ultimo decennio che ha compromesso sia la capacità operativa per fronteggiare un'emergenza di tale portata che le riserve strategiche di tecnologie.

In attesa che la ricerca scientifica consenta di approfondire i fattori che hanno determinato risposte alla pandemia talora molto diverse tra Regioni e Paesi in Italia e in Europa, ciò che si può affermare con una certa sicurezza è che il Covid-19 ha fatto (ri)emergere l'importanza della Sanità del Territorio e di un approccio di sanità pubblica nel supportare le scelte strategiche e l'allocatione delle risorse nel sistema sanitario. Gli interventi di Prevenzione sono fondamentali per la risposta alle epidemie: ciò è stato tragicamente dimostrato nella contingenza della pandemia Covid-19, ma vale anche per tutte le altre emergenze epidemiologiche e minacce alla salute individuale e collettiva, siano esse di natura infettiva, ambientale o basate su fattori di rischio comportamentali.

### **3. Sanità pubblica e “Fase 2” della pandemia Covid-19**

Il ruolo del Territorio e della sanità pubblica è risultato essenziale nel supportare la transizione dalla “Fase 1” (di chiusura e distanziamento sociale forzato e generalizzato) alla “Fase 2”, di progressiva ripresa della vita sociale ed economica del paese in presenza di una significativa diminuzione dei contagi e della capacità di risposta appropriata dei servizi sanitari, sia come efficacia di assistenza ai pazienti che tempestività di intervento nella comunità per sopprimere i nuovi focolai.

La sanità pubblica è stata chiamata ad assumere un ruolo chiave di driver della “Fase 2” garantendo:

- a) il sistema di sorveglianza epidemiologica integrata mediante l'immediata individuazione di eventuali casi emergenti e il derivante contact tracing;
- b) la stesura di protocolli di sicurezza per le varie attività e il supporto alla società civile nella corretta applicazione;

- c) la prevenzione, valutazione e comunicazione dei rischi negli ambienti sanitari, di vita e di lavoro (sicurezza dei pazienti, dei lavoratori e della comunità) con la messa in rete delle competenze tecnico professionali dei diversi servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione;
- d) la realizzazione di interventi di contenimento tempestivi, mirati e efficaci.

Nella “Fase 2” solo una precoce individuazione dell’insorgenza dei nuovi casi da parte dei Servizi di Igiene e sanità pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione per una tempestiva analisi epidemiologica volta a ricercare e isolare i contatti stretti e assicurare l’immediata individuazione delle persone da sottoporre a misure contumaciali (per prevenire l’ulteriore diffusione del virus) e la presa in carico dei malati (quanto più possibile al proprio domicilio) da parte dei Distretti nel sistema dell’Assistenza Primaria con il pieno coinvolgimento della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, nonché delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale, in relazione alle modalità organizzative locali, possono infatti permettere di prevenire e intervenire rapidamente per sopprimere nuovi focolai.

Le politiche di testing e screening in modo da identificare il maggior numero di casi realizzando azioni di isolamento e quarantena e monitoraggio dei contatti stretti (la strategia “test – track – trace”)<sup>7</sup> sono fondamentali per una efficace risposta alla pandemia Covid-19. Ciò richiede professionisti della sanità pubblica (e task force) in possesso di specifiche competenze, procedure di contact tracing standardizzate, elevata capacità di effettuazione di test diagnostici e tecnologie di supporto (quali database e in Italia la App Immuni), ma è l’unico modo per poter evitare il ritorno agli scenari catastrofici del passato. Tutto ciò potrà, peraltro, consentire di mettere a punto sistemi di monitoraggio permanenti applicabili e replicabili con successo anche alla sorveglianza di altre malattie infettive.

Tra gli interventi di competenza della sanità pubblica necessari nelle prossime settimane figurano anche l’attività di informazione e formazione sulle tematiche igienico-sanitarie e la vigilanza sul rispetto delle indicazioni delle misure di prevenzione e protezione da parte della popolazione, quali il distanziamento fisico, le pratiche igienico-sanitarie ambientali (es. sanificazione, areazione) e comportamentali (es. igiene delle mani, igiene respiratoria, stile di vita), l’utilizzo di mascherine e dispositivi di protezione individuale, l’accesso regolato agli ambienti confinati, con particolare riferimento ai luoghi di lavoro e ai pubblici esercizi. La sanità pubblica dovrà assumere un ruolo di *stewardship* nel supportare,

7. [www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus](http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus).

in collaborazione con i diretti interessati, adeguate condizioni di igiene e sicurezza di molte attività e “filiera” in diversi contesti domestici, sociali, economici e ambientali (es. abitazione, trasporti, commercio, scuola e università, ristorazione, industria, artigianato, turismo, uffici, sport, cultura, svago).

I Dipartimenti di Prevenzione dovranno, quindi, intensificare la collaborazione con la Direzione sanitaria delle strutture sanitarie e sociosanitarie per promuovere la sicurezza dei pazienti e con Medico Competente, Rappresentante dei Lavoratori per la Prevenzione e Responsabile del Servizio di Prevenzione e di Protezione per garantire la salute e la sicurezza dei lavoratori delle aziende.

Un cenno particolare merita il tema della vaccinazione antinfluenzale che nel periodo autunno-inverno dovrà essere incrementata in tutta la popolazione ed in particolare nei comparti produttivi e naturalmente nelle categorie a rischio. La vaccinazione sarà fondamentale per poter distinguere tra forme influenzali stagionali e forme dovute a Coronavirus e quindi necessaria per proseguire l'attività lavorativa limitando al massimo l'allerta per i sospetti casi di Covid-19.

Naturalmente, la strategia preventiva che dovrà connotare la odierna fase di “normalizzazione” per prevenire e gestire la crescita epidemica<sup>8</sup> sarà quella del rendere gli screening per SARS-CoV-2 mediante test antigenico o (auspicabilmente) test sierologico un programma organizzato di massa che, probabilmente, si andrà ad aggiungere agli altri programmi organizzati routinariamente offerti dal Servizio Sanitario Nazionale. Ciò comporterà la definizione di priorità, target, round, procedure diagnostiche e di trattamento dei casi (es. misure contumaciali, sorveglianza, cure). Il complesso degli interventi preventivi necessari nella “Fase 2” va calibrato rispetto all'evoluzione dell'epidemia e al rischio contagio da monitorare con particolare rigore sulla base degli indicatori già previsti da Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità per la verifica dell'andamento dell'epidemia<sup>9</sup>.

Il controllo del rischio di trasmissione di Covid-19 deve essere attentamente bilanciato con il rischio per la salute e il benessere socio-economico dei cittadini determinato dalle misure restrittive imposte per contrastare la diffusione dalla pandemia. Essenziali dunque sono anche le misure a garanzia della massima capacità operativa e della resilienza dei servizi sani-

8. G. Recchia, “Tornerà il futuro di una volta? La “nuova normalità” al tempo del Covid-19”, *Tendenze Nuove*, n. 2, 2020: 19-30, Fondazione Smith Kline, Verona. Doi: 10.32032/TENDENZE202003.PDF.

9. Adozione dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 26 aprile 2020 (20A02444) (GU Serie Generale n. 112 del 02-05-2020).

tari a tutela della popolazione e in particolare delle fasce deboli colpite in modo violento da questa crisi, i cui effetti sanitari e sociali emergeranno in tutta la loro drammaticità nei prossimi mesi.

#### **4. Sanità pubblica: tra minacce e opportunità**

L'emergenza Covid-19 ci consegna enormi, e per certi versi senza precedenti, rischi e minacce per il presente e il futuro della Sanità e della Società legati, tra l'altro, alla crisi socio-economica generalizzata, al venir meno per un periodo eccezionalmente prolungato di gran parte dei servizi sanitari e sociosanitari essenziali (con prestazioni che dovranno essere smaltite nel giro di mesi), ai contenziosi sulla gestione dell'emergenza dall'esito ancora incerto, alla difficoltà di "ricomposizione" e necessaria trasformazione dei servizi sanitari, al rischio di concentrazione di risorse e priorità solo sulla ristrutturazione delle strutture ospedaliere e sull'incremento di posti letto e risorse nelle discipline più toccate dall'emergenza o sul ritorno a modelli sanitari ospedale-centrici ormai obsoleti e forieri di possibile amplificazione epidemica.

La speranza invece è che l'attuale fase di cambiamento e discontinuità con il passato, di fronte a quella che è stata probabilmente la più grande crisi del Servizio Sanitario Nazionale dall'atto della sua istituzione, possa aprire anche un'opportunità senza precedenti di vera innovazione del sistema per quanto attiene:

- una nuova e diffusa consapevolezza sulla necessità di difesa del Servizio Sanitario Nazionale, dei suoi valori e della sua missione per la coesione e la sicurezza sociale ed economica del paese;
- un reale e duraturo incremento delle risorse economico-finanziarie assegnate alla Sanità per la ridefinizione del mix di capacità produttiva dei servizi e delle riserve strategiche (es. dispositivi, tecnologie), anche in previsione di ulteriori fasi emergenziali;
- la sistematizzazione di alcune lezioni apprese (es. telemedicina, procedure amministrative semplificate, task force e approccio multi-disciplinare, coinvolgimento pragmatico degli stakeholder);
- un rinnovato impulso alla ricerca e sviluppo nel campo della Prevenzione e delle Tecnologie Sanitarie a essa applicate;
- il rilancio di una nuova visione per la Prevenzione e la sanità pubblica e l'Integrazione Socio-Sanitaria;
- nuove politiche per Salute e Welfare incentrate su logiche di prossimità, territorialità e concreto empowerment del cittadino e della comunità.

Nel breve periodo la revisione delle attuali linee di pianificazione sulla Prevenzione nazionali e regionali dovrà tener conto non solo delle profon-

de trasformazioni rese necessarie dagli interventi connessi alla pandemia Covid-19, ma anche della necessità di consolidamento di interventi oggi ancora più prioritari rispetto al periodo pre-Covid. Basti pensare alle vaccinazioni, ai programmi di prevenzione delle malattie cronico-degenerative, alla sicurezza alimentare o alla salute negli ambienti di vita e di lavoro. Nel farlo, fondamentale è promuovere l'unitarietà dell'approccio agli interventi di promozione della salute, prevenzione e controllo dei fattori di rischio, che non possono prescindere da un importante investimento culturale, sociale, professionale e tecnologico nella comunicazione per la salute e nell'health literacy.

Naturalmente le sfide che abbiamo davanti, rese ancora più impellenti dopo la "tempesta" Covid, richiedono una particolare attenzione alla tutela della funzione di Prevenzione nel Servizio Sanitario Nazionale. Già in condizioni ordinarie i benefici degli investimenti in prevenzione che nei paesi ad elevato reddito sono considerati particolarmente elevati: il ritorno sulla spesa in prevenzione è di 14 a 1<sup>10</sup>. Gli interventi di sanità pubblica a livello nazionale e locale contribuiscono in maniera decisiva al guadagno di salute a lungo termine, migliorano il benessere la qualità della vita e contribuiscono a migliorare la produttività e la crescita economica. Quindi spendere in prevenzione serve a prevenire le malattie e salvare vite, ma offre anche garanzia di un investimento "sicuro", ma al tempo stesso "a alto rendimento".

L'emergenza ha altresì dimostrato come i disinvestimenti e i grandi accorpamenti organizzativi degli ultimi anni abbiano indebolito la capacità di risposta territoriale dei Dipartimenti di Prevenzione, in particolare il sostegno alle autorità sanitarie locali, il collegamento interservizi e come l'allungamento della catena di comando abbia rallentato gli interventi, riducendo l'efficacia. A essi si aggiungono ulteriori elementi negativi come la eterogeneità dell'organizzazione anche all'interno della medesima Regione in spregio ai decreti legislativi nazionali che hanno normato con precisione le caratteristiche funzionali dei Dipartimenti, cosa che ha interferito molto con i necessari collegamenti locali e nazionali e con il benchmarking interregionale. Se possiamo trarre un altro insegnamento da questa emergenza è che la risposta è stata più efficace e proattiva dove l'organizzazione, le qualifiche, le competenze, la capacità operativa e la presenza capillare territoriale dei Dipartimenti di Prevenzione erano coerenti con la normativa nazionale vigente e gli standard minimi di personale.

Allo stato attuale, secondo l'ultimo annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale pubblicato dal Ministero della Salute del personale del

10. R. Masters, E. Anwar, B. Collins, R. Cookson, S. Capewell, "Return on investment of public health interventions: a systematic review", *J Epidemiol Community Health*, 2017, 71(8): 827-834. Doi: 10.1136/jech-2016-208141.1.

Servizio Sanitario Nazionale, nei Dipartimenti di Prevenzione lavorano approssimativamente 9.000 operatori. Secondo quanto previsto dal Decreto del Ministero della Salute del 30 aprile scorso, con il quale si dà inizio alla “Fase 2” dell’emergenza Covid-19, in linea con quanto consigliato dall’European Centre for Disease Prevention and Control, viene previsto un operatore dedicato ogni 10mila abitanti. Risulta pertanto che sono 6.000 gli operatori sanitari e di sanità pubblica, personale amministrativo e, ove possibile, altro personale già presente nell’ambito dei servizi veterinari dei 101 Dipartimenti di Prevenzione delle aziende sanitarie italiane necessari da dedicare a tali attività. Si tratta di una previsione di incremento di risorse umane che dimostra la preveggenza dell’analisi illustrata nella Parte III del presente Volume.

## **5. Decisioni in tempo di emergenza pandemica: tra opportunismo e evidenze scientifiche**

In un’epoca fortemente evolutiva in cui la pianificazione, nazionale e regionale, è vitale per poter gestire al meglio le risorse disponibili, le istituzioni ed i professionisti sono chiamati ad individuare continuamente e aggiornare procedure e strumenti di supporto alle decisioni per conciliare la sicurezza e l’efficacia dell’assistenza collettiva con l’efficienza sostenibilità degli interventi. Qualche riflessione si impone anche sulla complessa gestione dei processi decisionali di sanità pubblica che hanno connotato l’emergenza Covid-19.

In tempo recenti, forse mai come nell’emergenza di sanità pubblica attuale ci siamo trovati e ci troviamo a navigare un contesto connotato da carenza di evidenze e di dati scientifici, incertezza delle analisi sull’epidemia e difficoltà di risposta dei servizi sanitari, e in parallelo una rapidità dell’evoluzione temporale e concatenazione sistemica degli eventi che rende molto difficile valutare e agire con la tempestività espressamente richiesta ai “decisori” da professionisti sanitari, cittadini e altri portatori di interesse del mondo scientifico, mediatico, industriale e della comunità nel suo complesso.

Eppure la comprensione del rapporto fra rischi e benefici degli interventi può fare la differenza tra scelte giuste e sbagliate, tra esiti sfavorevoli o favorevoli per il singolo e/o per la popolazione, tra prevenzione e malattia, tra vita e morte, tra capacità di risposta e collasso del sistema sanitario, tra tutela della salute collettiva e tenuta economico-sociale, tra sanità e società pre e post Covid-19. Sappiamo che già in condizioni ordinarie le decisioni che prendiamo a qualsiasi livello (politico, programmatico, gestionale, professionale, personale) non sono mai totalmente razionali: l’istinto, le

emozioni, le sensibilità diverse, gli interessi contrapposti modulano i processi decisionali. Questo però è ancora più importante quando le decisioni si fanno difficili perché le risorse disponibili (es. umane, infrastrutturali, sanitarie) sono limitate (e quanto di questo oggi ci accorgiamo!).

Siamo consapevoli che per definizione le politiche e le decisioni di sanità pubblica si dimostrano infatti un banco di prova complesso per l'applicazione dei processi decisionali basati sulla conoscenza, probabilmente il più complesso in assoluto in campo sanitario. Le tecnologie sanitarie<sup>11</sup> di prevenzione, siano esse raccomandazioni di igiene pubblica, misure di “distanziamento sociale forzato”, vaccini, test di screening, dispositivi di protezione individuali, modelli previsionali, o altro, hanno tuttavia una evidente difficoltà di valutazione secondo i criteri consolidati dell'evidenza scientifica. È molto più semplice indicare costi e benefici di un trattamento farmacologico o interventistico sulla base di indicatori evidenti e chiari quali ad esempio sopravvivenza ad un anno, remissione della malattia, qualità della vita guadagnata, che documentare, analizzare e comunicare i risultati sul lungo periodo di una campagna vaccinale o sulla prescrizione di sani stili di vita come elemento protettivo della fragilità dell'anziano. Come noto sono infatti questi strumenti che mirano ad intervenire, non sul paziente, per curare una sintomatologia da lui già riconosciuta e che lo rende forzatamente proattivo, ma sul cittadino per prevenire effetti di malattia e sociali che potenzialmente potrebbero non interessarlo direttamente, o che comunque il singolo non percepisce come elemento di interesse diretto. A questo si aggiungono esigenze e pressioni trasversali di ordine sociale, etico, economico e quindi politico di natura e forza superiore a quelli comunque espressi negli altri campi della sanità. In sanità pubblica, la gestione dei processi decisionali richiede ordinariamente una prospettiva di complessità<sup>12</sup>. La complessità e la difficoltà di gestire le decisioni sono naturalmente ancora maggiori in condizioni di emergenza.

Le lacune di conoscenza davanti ad un virus, sconosciuto fino allo scorso dicembre, e alle sue manifestazioni, la evidente impreparazione dei sistemi sanitari occidentali al contenimento di fenomeni pandemici di questa portata, la difficoltà di attuare decisioni con importanti implicazioni economiche e sociali nel breve periodo, hanno determinato e stanno determinan-

11. C. Favaretti, A. Cicchetti, G. Guarrera, M. Marchetti, W. Ricciardi, “Health technology assessment in Italy”, *Int J Technol Assess Health Care*, 2009, 25 Suppl 1: 127-133. Doi: 10.1017/S0266462309090539.

WHO, *2015 Global Survey on Health Technology Assessment by National Authorities, Main Findings*, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2015.

12. A. Portela, Ö. Tunçalp, S.L. Norris, “Taking a complexity perspective when developing public health guidelines”, *Bull World Health Organ.*, 2019, 97(4): 247-247A. Doi: 10.2471/BLT.19.230987.

do non poche difficoltà ai decisori politici di tutto il mondo, con reazioni lente, disomogenee e spesso ondivaghe. In situazioni di emergenza, chi deve decidere è “bombardato” da una miriade di informazioni e sollecitazioni e subisce l’influenza del gioco degli interessi, caratteristica dei sistemi sociali aperti, che in un mondo sempre più social è ancora più evidente e amplificata, anche nelle percezioni degli addetti ai lavori. Tutto questo lo stiamo sperimentando a velocità accelerata in questo primo semestre del 2020.

Come cultori della sanità pubblica e della decisione basata sulle evidenze scientifiche abbiamo oggi l’obbligo di porci alcune domande. Ad esempio, è sufficiente affermare che la scienza era in affanno rispetto a un virus prima sconosciuto e quindi non in grado di dare la necessaria base di conoscenza al decisore politico? Fatta salva la evidente necessità di conoscere l’agente eziologico per strutturare risposte specifiche come terapia mirata e vaccini, dobbiamo però riconoscere che le maggiori difficoltà contingenti sono state riconducibili a carenze “tecnologiche” non di così elevato contenuto scientifico e innovativo. In fondo le dinamiche epidemiologiche sono ben note e non si sono scostate molto da quelle di altre epidemie del passato recente e lontano. Le evidenze disponibili, per quanto limitate, fin dall’inizio del periodo più critico della pandemia erano già in grado di indirizzare le scelte di politica sanitaria<sup>13</sup>. Nel nostro paese, che non è certo stato l’unico, abbiamo sperimentato una mancanza di tecnologie di base, quale respiratori, posti letto di terapia intensiva, reagenti di laboratorio per effettuare i test molecolari e non ultimo presidi preventivi basilari come le mascherine e i dispositivi di protezione individuali. Ciò che evidentemente è venuto a mancare è la tecnologia sanitaria principale, ovvero la capacità di modellizzare e prevenire definendo politiche di sanità di lungo periodo (riconoscendo il valore strategico della Sanità e della filiera anche produttiva ad essa collegata) e non solo di contingentamento della spesa o perseguimento di obiettivi di corto respiro<sup>14</sup>. È questo infatti il punto di incontro più alto tra la scienza medica e la decisione politica.

Zone rosse, strategie di tamponatura, potenziamento dei servizi ospedalieri e domiciliari, mezzi di comunicazione di massa sono solo alcune delle domande di enorme impatto a cui ha dovuto rispondere in pochissimo tempo il decisore politico nelle scorse settimane, mostrando chiaramente la difficoltà di impostare una regia generale, non solo nazionale, ma anche europea e internazionale. Per esempio per diverse settimane abbiamo osservato una indicazione sfuggente sull’opportunità di utilizzo di massa

13. P. Lopalco, “Covid-19: cosa dice oggi l’epidemiologia ai decisori?”, *Epidemiol Prev*, 2020, 44 (1): 8-8. Doi: <https://doi.org/10.19191/EP20.1.P008.026>.

14. G. Nollo, E. Torri, “Ora più che mai l’Agenzia nazionale Hta”, *Panorama della Sanità*, maggio 2020, 5: 66-67.

delle mascherine come strumento aggiuntivo rispetto alle misure di distanziamento sociale e all'igiene delle mani e respiratoria. L'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiarava la mancanza di evidenze scientifiche a supporto dell'uso generalizzato di questo presidio nella popolazione come strumento di prevenzione efficace<sup>15</sup>, da questa affermazione discendeva di fatto una raccomandazione anche nazionale a un non uso delle stesse. Quanto di questa decisione era su base scientifica e quanto su base di opportunità? In un contesto di carenza di un bene, questo va garantito attraverso criteri di priorità, nel nostro caso giustamente agli operatori sanitari, ma forse una minore esitazione nell'usare il principio di precauzione nel raccomandare l'uso delle mascherine a tutta la popolazione<sup>16</sup> avrebbe forse potuto aiutare i governi ad adottare ulteriori misure atte a contenere la diffusione del contagio anche nei contesti comunitari. E ancora, abbiamo legato in misura rilevante le scelte di lockdown ad algoritmi previsionali internazionali, non così accurati e poco in grado di modellizzare il delicato equilibrio esistente tra salute del singolo e benessere della comunità<sup>17</sup>.

Ma davvero abbiamo operato secondo i canoni della massima trasparenza decisionale e della corretta comunicazione? Abbiamo sempre ascoltato gli opinion leader più credibili e veramente esperti nella gestione di una epidemia sul campo? E dov'è a oggi la reattività del sistema europeo di Health Technology Assessment (Hta) per una rivisitazione della domanda di ricerca alla luce delle attuali esigenze? Gli strumenti che ci siamo dati per la valutazione delle tecnologie e della pratica professionale sono evidentemente in crisi davanti a fenomeni così complessi e richiedenti decisioni rapide e dinamiche. Rispetto a questo un report canonico di Hta o una linea guida richiede un'imponente mole di giorni/uomo per la sua elaborazione, evidentemente questo approccio non è adeguato al momento di crisi, forse meglio affidarsi a "freddi" modelli matematici precostituiti o all'"eminence based medicine/public health". Quali possono essere le alternative? In condizioni di crisi la risposta più comune è la sostituzione di questo processo strutturato con il parere del o degli esperti, cosa che di fatto è avvenuta, anche se questo approccio ha evidentemente significativi margini di incertezza, non da ultimo determinato dalla scelta degli esperti

15. T. Greenhalgh, M.B. Schmid, T. Czypionka, D. Bassler, L. Gruer, "Face masks for the public during the covid-19 crisis", *BMJ*, 2020, 369, m1435. Published 2020 Apr 9. Doi:10.1136/bmj.m1435.

16. World Health Organization. Corrigendum - Advice on the use of masks in the context of Covid-19: Interim guidance, 5 June 2020. [www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks](http://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks).

17. D. Greco, "Con il Coronavirus c'è stato un boom di modelli previsionali matematici... quasi sempre sbagliati", *Quotidiano Sanità*, 11 maggio 2020, [www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=85096](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=85096).

con criteri di urgenza e dall'adozione top-down di "protocolli" il cui trasferimento nella pratica sul campo è sempre limitante e limitativo.

Da oltre cinquant'anni è noto che la prevenzione delle malattie si basa su un concetto di "intelligence" che deriva dalla sorveglianza delle malattie, dall'esperienza sulle precedenti epidemie, dalla sistematica raccolta di dati e esperienze<sup>18</sup>. Certo l'"intelligence" include l'incertezza, i rischi, gli effetti collaterali, quindi l'assunzione di pesanti responsabilità. Per questo quanto più ricca è l'intelligence e tanto più le scelte sono appropriate, anche in condizioni critiche. Essenziale, dunque, è rendere espliciti, trasparenti e aperti i modelli su cui si basano le decisioni, coinvolgere quanto più possibile diffusamente gli stakeholder e attingere all'expert evidence nella definizione di indirizzi e procedure<sup>19</sup>.

Molti anni fa a fronte dell'incedere di catastrofi nazionali abbiamo strutturato un meccanismo che oggi riteniamo irrinunciabile quale quello della protezione civile che racchiude un mix di elementi strutturati e di volontariato. Forse mai come nella epidemia Covid-19 abbiamo avuto evidenza della strategicità di una "protezione civile scientifica"<sup>20</sup>, ovvero di rafforzare e dare piena capacità operativa a una rete nazionale, che, sotto l'egida del Ministero della Salute e della Protezione Civile e con il coordinamento scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità, possa dare risposte strutturate, solide e tempestive, a livello nazionale, regionale e locale, alle domande del decisore politico-istituzionale, fondata su una rete dei centri competenza, professionali e accademici, in campo preventivo, epidemiologico, statistico/matematico, informatico-tecnologico, laboratoristico, clinico e sociale. Gli stessi devono essere messi in condizioni di agire di fronte all'emergenza con la dovuta rapidità, flessibilità e capacità di interazione operativa (e non burocratica) con i decisori e i servizi sanitari sul territorio anche recependo e incorporando pragmaticamente intuizioni, proposte e analisi bottom-up e di origine esterna.

Abbiamo bisogno di garantire un punto di incontro permanente tra competenze e strumenti, peraltro tutti derivanti dalla comune matrice epidemiologica dell'"intelligence" applicata alla Prevenzione delle malattie, di valutazione delle tecnologie sanitarie e linee guida applicabili alla pratica professionale, che mutuando ad esempio la metodologia GRADE e

18. D. Greco, "Con il Coronavirus c'è stato un boom di modelli previsionali matematici... quasi sempre sbagliati", *Quotidiano Sanità*, 11 maggio 2020, [www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=85096](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=85096).

19. E. Torri, G. Nollo, "Public Health Decision-Making in the Real World: Four Points to Reshape It After Covid-19" [published online ahead of print, 2020 Apr 21], *Disaster Med Public Health Prep.*, 2020, 1-2. Doi: 10.1017/dmp.2020.108.

20. G. Nollo, E. Torri, "Ora più che mai l'Agenzia nazionale Hta", *Panorama della Sanità*, maggio 2020, 5: 66-67.

gli “Evidence to Decision Framework”<sup>21</sup>, possano consentire di strutturare raccomandazioni e percorsi di applicazione in modo dinamico e trasparente, sulla base delle migliori evidenze disponibili, con un approccio multidimensionale, ma nel contempo con un grado di reattività e concretezza proprio comparabile a quello dell’installazione dell’Ospedale da campo.

Ottimizzare la qualità delle decisioni è un dovere nei confronti dei cittadini-pazienti e di tutti i professionisti e gli stakeholder del Servizio Sanitario Nazionale che, con impegno indefesso e coraggio, oltre a dare prova di straordinaria capacità professionale, umanità e leadership, hanno contribuito, contribuiscono e contribuiranno a gestire la crisi in atto e che necessitano costantemente di strumenti di governo per i processi decisionali basati sulle conoscenze scientifiche e su processi di partecipazione e fiducia reciproca con i policy maker. Assicurare un rinnovato impulso a competenze, modelli e strumenti di supporto alle scelte basati su robuste conoscenze scientifiche che possano sistematicamente garantire attività di prevenzione efficaci e appropriate, aspetto universalmente riconosciuto come uno dei pilastri fondamentali per l’equità e la sostenibilità dei sistemi sanitari e dei modelli di Welfare, è un tassello chiave di rinnovamento del sistema di tutela della salute nel nostro paese.

L’emergenza sanitaria e socio-economica causata dal Covid-19 sta facendo (ri)emergere, forse con una “drammaticità” mai vista prima, l’importanza della Prevenzione non solo come tema a valenza tecnico-sanitaria, ma anche culturale, umana, ambientale e sociale. La crisi del Covid-19 ci costringe a ripensare la società attuale, rendendola più avanzata e calibrata sull’uomo e sulla salute intesa in senso globale. Ciò che oggi serve è una reale implementazione di metodi e strumenti di lettura dei bisogni e approccio sistemico alla tutela della salute individuale e comunitaria che da sempre connotano la strategia dell’Osservatorio Italiano per la Prevenzione. I contributi di analisi e di innovazione dell’Osservatorio in questa delicata fase storica per il nostro paese diventano più che mai attuali. Per questo i sostenitori del Progetto, intendono continuare a mettere a disposizione di tutti i soggetti interessati il bagaglio meta-disciplinare di sapere, competenza, leadership e passione necessario per un autentico e strutturale rilancio della Prevenzione a 360 gradi nella nostra Società.

21. H.J. Schünemann, W. Wiercioch, J. Brozek, I. Etxeandia-Ikobaltzeta, R.A. Mustafa, V. Manja et al., “GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks for adoption, adaptation, and de novo development of trustworthy recommendations: GRADE-ADOLOPMENT”, *J Clin Epidemiol.*, 2017, 81: 101-10.

# Vi aspettiamo su:

**[www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)**

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE  
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,  
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:  
teorie e tecniche

Didattica, scienze  
della formazione

Economia,  
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,  
territorio

Informatica, ingegneria

Scienze

Filosofia, letteratura,  
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,  
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche  
e servizi sociali



**FrancoAngeli**

La passione per le conoscenze

Questo   
LIBRO

 ti è piaciuto?

---

**Comunicaci il tuo giudizio su:**  
[www.francoangeli.it/latuaopinione.asp](http://www.francoangeli.it/latuaopinione.asp)



VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI  
SULLE NOSTRE NOVITÀ  
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



**FrancoAngeli**

La passione per le conoscenze

Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835103868



L'avvento della pandemia di Covid-19 ha ancor più evidenziato l'importanza cruciale della prevenzione e l'insostituibilità dell'intervento pubblico nella difesa della salute di singoli e collettività. È cioè divenuto drammaticamente evidente anche per l'opinione pubblica quanto era da sempre chiaro agli addetti ai lavori: è necessario che ogni Stato possieda un sistema sanitario pubblico in grado di individuare tempestivamente i rischi per la salute dei cittadini, di definire linee di intervento omogenee e di praticarle su tutto il territorio nazionale e per tutte le categorie di cittadini, e di controllarne gli esiti di salute.

In tale quadro, assume ancor più risalto l'iniziativa dell'Osservatorio Italiano sulla Prevenzione (Oip) che colma un vuoto istituzionale nel monitoraggio della Sanità pubblica italiana rilevando, in maniera ampia e approfondita, assetti, dotazioni e attività dei Dipartimenti di prevenzione che costituiscono lo snodo organizzativo cruciale di ogni iniziativa di tutela e promozione della salute.

La prima parte del volume è dedicata a un bilancio delle attività dell'Oip, a dieci anni dalla sua attivazione, e a una ipotesi dei suoi possibili sviluppi; nella seconda parte vengono raccolti come di consueto i risultati delle attività di rilevazione epidemiologica, quest'anno attivate sperimentalmente in Puglia con un protocollo mirato su una dimensione regionale, e con il significativo allargamento alla rilevazione di indicatori di atteggiamenti e benessere sociale. Nella terza parte infine viene presentata una rassegna delle possibili ricadute organizzative derivanti dalle riflessioni dell'Oip: un sistema di analisi del contesto epidemiologico-sociale imperniato sulle attività Oip e un insieme ragionato di indicatori sociali e ambientali su cui articolarlo; standard di personale validi a livello nazionale e una omogeneizzazione delle terminologie in uso nei Dipartimenti delle diverse Regioni, che ponga riparo alla "creatività arbitraria e fantasiosa (in qualche caso la mera rivendicazione di una originalità magari solo lessicale...)" che si denunciava già nel Rapporto 2010; un sistema stabile di prevenzione precoce nei primi cento giorni di vita.

**La Fondazione Smith Kline** è un'istituzione indipendente istituita nel 1979 e riconosciuta Ente Morale senza fini di lucro dal Presidente della Repubblica (D.P.R. 917). Nella sua veste di aggregatore di competenze, esperienze e conoscenze, la Fondazione da sempre si pone come punto di riferimento e incubatore di progettualità per Operatori sanitari, Pazienti e Istituzioni, allo scopo di offrire contributi originali nel complesso panorama della sanità. Dall'inizio degli anni Duemila ha avviato le iniziative nell'area della Prevenzione, riconosciuta essere un imprescindibile pilastro del "sistema salute" italiano. La Fondazione ha poi intrapreso ulteriori progetti per stimolare la ricerca e la sanità del nostro paese lungo un percorso di trasformazione digitale, destinato a rappresentare un profondo cambiamento organizzativo, tecnologico e culturale con importanti implicazioni etiche e sociali.