

Maurizio Bassi¹, Francesco Calamo-Specchia²
Domenico Lagravinese³, Anna Lisa Nicelli⁴, Massimo Valsecchi⁵

Dipartimenti di prevenzione: realtà e prospettive

1. Un osservatorio per la prevenzione

Nel novembre del 2010 ha preso il via una esperienza di costruzione - ampiamente partecipata da parte degli operatori dei Dipartimenti di prevenzione (DP) - di strumenti di valutazione qualitativa e di rilevazione quantitativa di tutte le attività di prevenzione svolte nel SSN, che ha condotto all'istituzione di un Osservatorio Italiano sulla Prevenzione (OIP) come centro di monitoraggio stabile sulle attività di prevenzione nel nostro Paese*.

Tale ardua sfida è stata ritenuta necessaria perché le esigenze di specificità organizzativa negli interventi preventivi dei diversi territori regionali sembravano aver generato qualche sordità verso le neces-

¹ Fondazione Smith Kline.

² Professore associato di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, coordinatore operativo OIP.

³ Direttore Dipartimento di prevenzione, Bari, coordinatore scientifico OIP 2010-2012.

⁴ Vicepresidente e Segretario generale Fondazione Smith Kline.

⁵ Dipartimento di prevenzione, Verona, coordinatore scientifico OIP 2013-2015.

* L'iniziativa è stata lanciata dalla Fondazione Smith Kline (Fsk) e tempestivamente raccolta dalla Società italiana di Igiene (SIIt), e poi da Società nazionale degli operatori della prevenzione negli ambienti di lavoro (SNOP) e Società italiana di medicina veterinaria preventiva (SIMEVEP).

"Il presente contributo costituisce un capitolo del "Manuale critico di sanità pubblica", curato da F. Calamo-Specchia per l'editore Maggioli"

sità imprescindibili di omogeneità del SSN nel suo complesso; e perché una certa scotomizzazione del contesto nazionale degli interventi sanitari pareva venire disegnando per il nostro Paese un nuovo scenario di particolarismi e diseguaglianze come quello a suo tempo sanato dalla legge 833.

In un contesto culturale orientato dunque al “rilancio del SSN come promotore del diritto alla salute di tutti i cittadini, che può essere garantito al massimo grado solo rifacendo della prevenzione il centro motore forte e riconosciuto di tutto il sistema sanitario, e della prevenzione primaria il fulcro di tutte le attività preventive”¹, l’OIP ha individuato tre fondamentali obiettivi strategici:

- porsi come possibile localizzazione comune e sintesi per le diverse esperienze geografiche e per le differenti appartenenze professionali, contribuendo con le sue indagini a realizzare un confronto tra le diverse esperienze e i diversi “mondi” della prevenzione italiana;
- attivare sia un sistema di controllo epidemiologico oggettivo per rilevare assetti organizzativi, dotazioni, attività della prevenzione nel nostro Paese, sia un sistema di ascolto e confronto degli orientamenti e atteggiamenti soggettivi dei suoi operatori, sottoponendo ai DP rispettivamente una griglia di rilevazione oggettiva di dati e informazioni, ed un questionario di valutazione e di autovalutazione soggettiva degli operatori;
- arrivare infine, analizzando risposte e pareri forniti dagli operatori delle diverse Regioni italiane, alla definizione di “che cosa è” e di “che cosa fa” il DP, ma soprattutto di “che cosa sarebbe auspicabile che fosse e che facesse”; portando in tal modo un contributo al disegno di una ipotesi di DP forte e condivisa - e tanto più forte quanto più condivisa - che in maniera forte e condivisa possa poi essere proposta ai referenti istituzionali e politici del SSN.

Finalizzazione ultima dell’OIP è dunque favorire un cambiamento dei DP, nei termini di un loro miglioramento e rafforzamento sia organizzativo che “politico” ed istituzionale.

¹ F. Calamo-Specchia, A.L. Nicelli, M. Valsecchi, L’Osservatorio Italiano Prevenzione (dip.) 2015: storia, risultati, prospettive, in (a cura di) M. Bassi et al., Rapporto prevenzione 2015. Nuovi strumenti per una prevenzione efficace, Franco Angeli, Milano, 2015.

2. I criteri ispiratori delle rilevazioni

Per un impegno così “alto”, politico ed articolato, non si trattava dunque tanto o solo di attivare un *benchmarking* di modello aziendalistico; non si trattava cioè tanto o solo di pesare e comparare rigidamente quantità, quanto soprattutto di interrogarsi reciprocamente sulla qualità; riaffermando così anche operativamente la convinzione che la salute-qualità non si possa rappresentare in maniera soddisfacente con dati sulla sola quantità-Servizio.

Per tali fini e in tale ottica la costruzione dell'OIP è stata dunque avviata seguendo alcune direttrici principali:

- partecipazione degli operatori alla costruzione degli strumenti di rilevazione (le griglie di rilevazione e il questionario di valutazione utilizzati dall'OIP derivano dalle sollecitazioni e segnalazioni proposte dagli operatori stessi dei DP in tre incontri inter-regionali - Bologna, Roma, Bari - nel 2010);
- stimolo al confronto e all'integrazione tra gli operatori per fornire a griglie e questionario risposte unitarie e prodotte collegialmente (sul modello di una *consensus* conference diffusa);
- stimolo alla soggettività autovalutativa degli operatori (finora meno esplorata, a differenza della soggettività dei cittadini e degli utenti, analizzata ad es. in programmi nazionali come PASSI, Okkio, ecc.). L'OIP può costituire in tal modo una opportunità per costruire una voce politicamente rilevante di tutti gli operatori italiani della prevenzione;
- originalità nel richiedere rilevazioni quantitative di aspetti mai prima organicamente indagati (dal *turnover* dirigenziale di ASL e DP alle dotazioni di risorse strumentali di quest'ultimo, ecc.), e nel prevedere ampio spazio per le rilevazioni qualitative (dalla qualità delle relazioni istituzionali del DP a quella della comunicazione esterna e interna, dalla accettabilità sociale degli interventi di prevenzione alla equità sociale che essi riescono a promuovere, ecc.);
- completezza nel monitoraggio di tutte le attività preventive di qualsiasi segno e natura (e non solo delle attività principali e più numerabili - vaccinazioni, *screening*, ecc. - perciò stesso più conosciute e più monitorate);

- estensività nel rilevarle, riferendosi a tutti i loro possibili attivatori (DP, ASL o qualsivoglia altro referente istituzionale, sanitario o extrasanitario, pubblico e/o privato) e a tutto il territorio (e non solo alle strette pertinenze operative del DP, perché è evidente come gli interventi di prevenzione non si risolvano tutti al loro interno);
- contestualizzazione nel rilevare le attività preventive, non solo “contandole”, ma seguendole lungo tutto il loro *iter*: rilevando cioè anche le conoscenze epidemiologiche su cui esse si basano (registri, studi *ad hoc*, ecc.), le condizioni organizzative in cui vengono svolte, le modalità della loro valutazione (di risultato, di salute, di gradimento).

3. Primi risultati

Alle tornate di rilevazioni dell'OIP hanno partecipato 23 DP nel 2011, 60 nel 2012, e 91 nel 2015, pari al 62% del totale dei 147 DP attivi al momento della rilevazione (erano il 13% nel 2011 e il 37% nel 2012). Complessivamente, finora hanno contribuito al lavoro dell'OIP 115 diversi DP in totale.

Ogni interpretazione dei risultati dell'OIP va però condotta tenendo ben presente che le medie elaborate rappresentano solo sintesi grezze e non coordinate di dati provenienti da un gruppo eterogeneo di rispondenti - anche se ormai abbastanza numerosi - non selezionati con intenti di rappresentatività statistica ma autoselezionatisi su base volontaria.

3.1. Il DP “medio”

La partecipazione alle rilevazioni dell'OIP 2015 da parte della maggioranza dei DP italiani rende comunque la costruzione di una sorta di “DP medio” - per quanto ancora forzata - una ipotesi di lavoro interessante e credibile.

È ben evidente che seppure si avesse - o quando si avrà - a disposizione l'universo statistico complessivo di tutto il territorio nazionale, i dati medi che potrebbero derivarne non costituirebbero di per sé uno *standard*, ma piuttosto una fotografia dell'esistente. Ma disporre di tale fotografia (o anche della fotografia scattata nel 2015 dall'OIP, già

forse sufficientemente indicativa) sarebbe peraltro utilissimo; in primo luogo perché l'esistente, per quanto possa apparire strano, ancora non pare completamente conosciuto nemmeno negli stessi DP; ed in secondo luogo perché la conoscenza completa e attendibile di tali dati servirebbe sia a fondare un riferimento appunto per la costruzione di *standard*, non tanto rigidi (per rispettare la variabilità e l'autonomia territoriale) quanto almeno di dotazione minima; sia a poter effettuare incroci di efficienza ed efficacia, calcoli di carichi di lavoro, ecc. Insomma, servirebbe a poter rispondere intanto ai classici quesiti sul chi fa che cosa - perché - come - quando - dove - quanto - con quale impiego di risorse - con quali risultati di efficienza, di salute e gradimento; per poter poi organizzare sempre meglio il lavoro, anche in termini di fissazione di parametri, protocolli, linee guida; come peraltro fortemente richiesto nelle rilevazioni qualitative del 2012 dagli operatori stessi.

3.1.1. I dati

Tenendo ben presenti queste considerazioni, si possono comunque fornire alcune indicazioni di "medietà" desunte dalle risposte dei DP partecipanti nel 2015 alle rilevazioni quantitative dell'OIP.

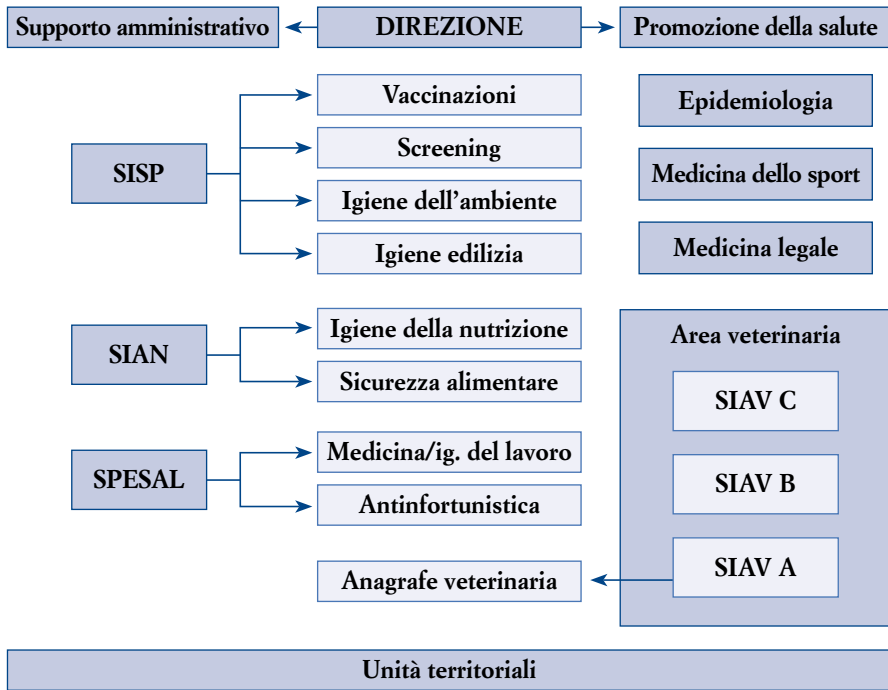
Il DP "medio" è un DP vasto circa 2.200 kmq, con circa 370.000 abitanti e una densità abitativa di 175 abitanti/kmq, e che serve 54 Comuni.

Esso si avvale di 17 strutture edilizie (indicizzabili come una ogni 22.500 abitanti o ogni 10 operatori), occupate prevalentemente da Servizio di igiene e sanità pubblica (SISP) e Servizi veterinari (SV); è dotato di 38 veicoli (indicizzabili in misura di uno ogni 59 kmq), assegnati prevalentemente a Servizi veterinari e Servizi di prevenzione e sicurezze negli ambienti di lavoro (SPESAL); ed ha una rete informatica completa. Non possiede però una certificazione-accreditamento regionale, e un sistema di gestione della qualità è presente solo in alcuni Servizi.

È guidato da un Direttore di sesso maschile, medico igienista, sessantenne, in carica da 7 anni; ed è strutturato in sei Servizi più Direzione, più Unità autonome di Epidemiologia, Medicina dello sport e Medicina legale. I tre Servizi veterinari sono organizzati in un'Area funzionale unitaria (*Figura 1*).

È dotato di 182 operatori (indicizzabili in ragione di uno ogni 2.300 abitanti o ogni 13 kmq), ultracinquantenni, con un rapporto di lavo-

Figura 1 - Organigramma "medio" del DP



ro stabile. Essi sono collocati per un terzo nel SISP e per un quinto nei Servizi veterinari, ed appartengono per tre quarti al ruolo sanitario; nel quale un terzo degli operatori è costituito dai Tdp, e un sesto da assistenti sanitari/infermieri. Nel ruolo tecnico, i laureati sono un quarto del totale.

La ASL in cui è inserito il DP è guidata da un Direttore generale in carica da 3 anni, ha un Recam e una Rss (ma non un Bilancio sociale); partecipa ai programmi PASSI e OKKIO; ha un registro tumori e uno per le malattie professionali. Essa inserisce le risultanze di tutte queste attività epidemiologiche nella programmazione aziendale e regionale.

Nel quadro dei circa 1.000 interventi segnalati dai DP - che colpiscono per la loro eterogeneità, e spaziano dagli studi e dalla sorveglianza epidemiologica alla redazione di progetti e piani d'azione, dalla formazione alla mediazione linguistica, dalle visite mediche e dall'attività ambulatoriale alla fisioterapia riabilitativa e preventiva, ecc. - le attività prevalenti riguardano vaccinazioni, promozione/educazione alla salute e sicurezza

alimentare. Per tali attività il DP indica obiettivi di salute (pur svolgendo poche indagini epidemiologiche pre-intervento) e rileva risultati operativi; mentre ne rileva meno i risultati di salute, e affatto quelli di gradimento. Le vaccinazioni sono effettuate dagli assistenti sanitari, con una copertura intorno al 90%, tranne che per meningococco (80%) papilloma virus (70%) e varicella (55%). Esistono programmi di richiamo vaccinale attivo, ma non per la varicella.

Il DP accede anche a progetti finanziati dalla Regione e - in minor misura - finanziati da finanziatori istituzionali extra-Regione; ma non accede a progetti con finanziatori commerciali.

3.1.2. I nodi di riflessione

Questi risultati mettono in rilievo alcuni nodi di riflessione, i principali dei quali riguardano:

- lo sbilanciamento di genere nelle figure dei Direttori (quasi tutti maschi) e la loro età non giovanile; come pure quella di tutti gli operatori (prevalentemente ultracinquantenni);
- segnali di aumento della quota di operatori con rapporti di lavoro non stabili;
- la mancanza diffusa di certificazione/accreditamento regionale, e di un sistema di gestione della qualità;
- la carenza di progetti con finanziatori esterni o commerciali;
- la carenza di Bilanci sociali nelle ASL di riferimento;
- la scarsità di studi epidemiologici *ad hoc* e di rilevazioni di rischio;
- alcuni livelli non del tutto soddisfacenti nella copertura vaccinale, e nella presenza di programmi di richiamo vaccinale attivo;
- la bassa diffusione delle valutazioni della salute e del gradimento prodotti dagli interventi.

Evidentemente, tali nodi possono essere letti in maniera multivoca. Ad esempio, può non essere del tutto negativa la scarsa presenza di finanziatori commerciali (per i rischi connessi di distorsione nella selezione e progettazione degli interventi); e la valutazione di gradimento ha il massimo valore se viene compiuta senza appiattirsi sulla ricerca di una incongrua *customer satisfaction* aziendalistica, ma operando piuttosto una sorta di “consapevolizzazione dei consumatori” nell’analisi e nella discussione della domanda di salute e di prevenzione e delle risposte operative fornite.

3.2. Il “comune sentire” degli operatori

Ma forse ancor più della rappresentazione “media” degli assetti organizzativi dei DP italiani, può risultare interessante il tentativo di costruire una elementare base per un discorso condiviso sulla soggettività di visione dei diversi DP, desunta dalle risposte al questionario di valutazione qualitativa sottoposto ai DP nel 2012.

Molte delle consapevolezze emerse nelle rilevazioni OIP erano peraltro già presenti in documenti professionali e acquisizioni scientifiche; se dunque una differenza o un valore aggiunto può esser loro conferito dall'OIP, esso sta nel costituirle non come pareri di esperti o delegati, ma come espressione di una larga base di operatori; e nel tentativo di fondare su di esse la costruzione di un consenso che - se raggiunto - conterrebbe in sé il *plus* dell'essersi formato con un itinerario del tutto trasparente di articolazione collettiva lunga e partecipata.

3.2.1. Primo nodo: integrazione

Nelle risposte al questionario di valutazione la forte tensione all'integrazione culturale, operativa e in larga parte umana e relazionale è il primo, il più diffuso e forse il più importante nodo di riflessione critica. Gli operatori affermano la necessità che il DP esista e che sia uno; che comprenda insieme medici e veterinari, igienisti e medici del lavoro - anzi che tragga una delle sue forze dalla loro integrazione; che non perda nessuno dei suoi settori tradizionali di impegno, ma anzi che integri medicina legale e dello sport, epidemiologia e medicina scolastica, ecc.

3.2.2. Secondo nodo: comunicazione

In tale ottica di indispensabilità dell'integrazione, si manifesta nei DP una diffusa consapevolezza della crucialità assoluta della comunicazione, in tutte le sue accezioni: interpersonale tra colleghi e verso utenti, cittadini e portatori d'interesse, con l'associazionismo e il territorio, tra Servizi dipartimentali e con tutte le Unità organizzative ASL, con le istituzioni sanitarie territoriali e nazionali, con Università e agenzie formative, con le diverse articolazioni territoriali e funzionali dello Stato.

Inoltre, viene individuato come un grave limite la mancanza - e come una importante risorsa la presenza - di visibilità e riconoscimento dei DP e dei loro dirigenti (che si costruisce soprattutto con strategie comuni-

cative), e di un clima interno collaborativo (che è evidentemente frutto di una buona comunicazione interna).

Peraltro, accanto alle più tradizionali attività di vigilanza e controllo, sembra manifestarsi con grande evidenza nei DP la presenza diffusa di interventi di promozione della salute di varia natura ed argomento, ma che condividono con la formazione, l'educazione alla salute, il *counselling*, l'informazione ai cittadini, l'essere basati sullo strumento comunicazione; e che attraversano trasversalmente la più gran parte delle aree, fino ad evidenziarsi come il metodo di prevenzione non medica più usato, e più fortemente segnalato come punto qualificante delle attività.

3.2.3. Terzo nodo: organizzazione

In opposizione alla tendenza, tuttora persistente, a sottovalutare l'importanza della configurazione organizzativa del DP rispetto al conseguimento sostanziale di risultati operativi purchessia, da chiunque e comunque prodotti, gli operatori dei DP sottolineano con forza come gli uni rimangano nonostante tutto in larga misura funzione dell'altra.

Essi segnalano come gravi ostacoli al lavoro alcuni assetti organizzativi non accettabili; quali ad esempio la carenza di linee guida e di chiari e stabili riferimenti tecnici e amministrativi, e la mancanza di una pianificazione delle attività, che lasciano spazio ad una burocratizzazione autoreferenziale degli interventi; l'ovvio disorientamento proveniente da un *turnover* nella dirigenza gestionale e politica delle ASL vorticoso più ancora che accelerato; la frammentazione degli interventi tra diversi referenti e la confusione delle competenze fino a franchi conflitti (da riferirsi anche alla mancata integrazione) e la mancanza di uno sguardo chiaro e unitario sul lavoro; la scarsità di standardizzazioni e protocolli condivisi. Ossia, in una parola, la mancanza di una normazione legislativa e organizzativa di quella integrazione cui sopra si faceva cenno.

3.2.4. Quarto nodo: soggettività autovalutativa

Gli operatori si dichiarano complessivamente fortemente vocati al proprio impegno, fortemente motivati e con buona professionalità; e giudicano gli interventi del DP complessivamente efficaci, efficienti, produttivi in termini di salute; ma non particolarmente promoventi sotto il profilo dell'equità sociale.

La loro sensazione soggettiva segnala peraltro - a fronte di compiti in continuo aumento - la drammatica diminuzione di risorse, economiche (strutturali, per la formazione e per l'informatizzazione) e di personale; cui fa fronte una capacità ed una dedizione degli operatori (e una funzione di guida e stimolo dei dirigenti) da essi stessi vista come una risorsa cruciale.

3.2.5. Punti forti, punti deboli, commenti liberi

Infine, tra le più significative segnalazioni inserite dagli operatori nella sezione "punti forti, punti deboli, commenti liberi" del questionario, possono essere ricordati almeno l'auspicio di maggiore integrazione con le pubbliche amministrazioni e i Distretti e gli ospedali, la necessità di garantirsi un contesto di visibilità politica, la denuncia della burocratizzazione e delle sue lungaggini, la necessità di sollecitare la partecipazione e il sostegno dei cittadini e di migliorare la comunicazione, in particolare esterna, e la necessità di incrementare la formazione continua/aggiornamento.

4. Conclusioni: la sfida della comunicazione e del consenso

Il lavoro dell'OIP sembra particolarmente utile, se si considera la mancanza a livello di SSN di una "anagrafe" istituzionale della prevenzione italiana, di modalità di *governance* condivise al suo interno, di modelli organizzativi comuni, di momenti stabili di confronto; tutte carenze che l'OIP cerca di contribuire a sanare. E, nei Dipartimenti, l'OIP contribuisce a far avanzare una conoscenza su se stessi che talora non è completa, e che può essere utile per fondare su di essa una programmazione sempre più precisa delle attività preventive.

Ma, al di là dei suoi risultati conoscitivi, l'OIP vuol permettere, attraverso la rilevazione dell'esistente, la configurazione di un modello di sintesi a livello nazionale di organizzazione dipartimentale; e non di un modello purchessia, ma di un modello che sia dotato piuttosto di alcune irrinunciabili caratteristiche di fondo.

Un modello cioè che sia rispettoso delle diversità locali, ma che con un approccio organizzativo forte e una connotazione normativa chiara ed unitaria rilanci il ruolo nazionale del DP come incarnazione visibile della prevenzione e delle sue esigenze; un DP che con la sua stessa esisten-

za - e verrebbe da dire con la sua stessa denominazione - riaffermi la centralità e la crucialità della prevenzione nel sistema sanitario, come fortemente voluto nel nostro Paese fin dall'istituzione del SSN, e come oggi fortemente richiesto dagli operatori.

Un DP chiaramente orientato, e che chiaramente orienti; all'interno del quale non si risolva, ovviamente, tutto il panorama degli interventi preventivi possibili, che richiedono modernamente la discesa in campo dei referenti più diversi e delle professionalità più eterogenee; ma che di tale panorama abbia la responsabilità sia di disegnare la mappa, sia - per seguitare nella metafora - di orizzontare al suo interno i viaggiatori.

Un DP che valga a non lasciare la prevenzione solo come funzione residua o occasionale assoluta - come rilevato in una indagine dell'ISS nel 2013 - dalle più varie strutture, sanitarie e non - dalle Università della terza età e del tempo disponibile ai Comuni, Enti locali e Municipi; dalle Associazioni di volontariato alle Unità operative ospedaliere; dagli OER alle istituzioni scolastiche, e via dicendo - per le quali essa costituisca una ricaduta quasi accessoria di altre attività statutariamente fondanti; ma un DP che viceversa delle attività di queste ed altre strutture sappia stimolare, coordinare e finalizzare le valenze preventive.

Quello dell'OIP non è un lavoro sperimentale che tenda a convalidare o disconfermare delle tesi, quanto una descrizione di uno stato di fatto; non è un lavoro accademico di ricerca pura, quanto piuttosto il tentativo di fondare sulla conoscenza della realtà dei DP un forte stimolo al loro miglioramento.

Al di là dunque di ogni possibile valutazione "da ricercatori" sui suoi risultati, lo sforzo dell'OIP si mostrerà davvero produttivo se tali valutazioni potranno essere condivise nella misura più ampia possibile da tutto il mondo della prevenzione italiana, e se su di esse si riusciranno a fondare delle conclusioni, altrettanto condivise, in termini di proposte operative.

Per far questo, occorrerebbe dunque impegnarsi nel massimo sforzo di diffusione dei risultati (anche per garantire un doveroso ritorno dei dati ai loro produttori): la sfida che sta ora davanti all'OIP sembra dunque in primo luogo una sfida comunicativa; ed è una sfida che l'OIP condivide con tutta la prevenzione italiana.

Ad esempio, una delle radici della scarsità della spesa 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 che portino l’esigenza e i vantaggi della prevenzione all’attenzione della collettività e dei decisori; e che riescano inoltre a determinare un corto circuito virtuoso tra DP e prevenzione, analogo a quello per cui quando si pensa alla terapia viene in mente a tutti l’ospedale.

Occorrerebbe dunque anzitutto far sapere che i DP esistono, cosa fanno, cosa ottengono; quali sono i loro bisogni, quali le loro potenzialità, come si inseriscono nel sistema meritorio di protezione della salute su cui si fonda l’esistenza stessa di una società civile.

Occorrerebbe fornire elementi certi cui indicizzare il loro finanziamento (*standard* di dotazioni di personale, di strumenti, di strutture; indicatori di attività e di complessità; indicatori di risultato, ecc.).

Occorrerebbe costruire un sistema di conoscenza - e di sua comunicazione - che non lasci spazio all’impressione che i DP possano essere del tutto autoreferenziali, che possano andare avanti sostanzialmente senza sapere nulla di sé né degli altri DP, che possano lavorare per inerzia o per emergenze subentranti, senza programmazione né valutazione.

Occorrerebbe insomma un complessivo rilancio - sia d’immagine, sia culturale, sia politico - della prevenzione; cui i risultati e le attività dell’OIP potrebbero fornire un importante contributo.