

*Rivista Scientifica*

# *Igiene e Sanità Pubblica*

*fondata nel 1945 da Gaetano Del Vecchio  
già diretta da Gaetano e Vittorio Del Vecchio*



*Custodit vitam qui custodit sanitatem  
Sed prior est sanitas quam sit curatio morbi  
(Flos Medicinae Scholae Salerni)*

---

## **ESTRATTO**

**in formato elettronico autorizzato dagli Autori e dall'Editore**

*Le linee guida per la prevenzione sanitaria e per  
l'organizzazione del Dipartimento di prevenzione delle Asl*

---

*Periodico bimestrale  
Volume LVIII - N. 6 - Novembre / Dicembre 2002  
IgSanPubbl - Issn 0019-1639  
[www.igiene.org](http://www.igiene.org)*

---

## *Igiene e Sanità Pubblica*

---

Direttore Responsabile  
**Augusto Panà**

Direttore Editoriale  
**Armando Muzzi**

Redazione  
Cattedra di Igiene e Medicina Preventiva  
Università di Roma Tor Vergata

Capiredattore  
Giuseppe Cananzi, Elisabetta Franco

Coordinatore  
Natalia Buzzi

Comitato Scientifico  
Giovanni Berlinguer, Antonio Boccia,  
Vittorio Carreri, Gaetano M. Fara,  
Bertram Flehmig, Giuseppe Giammanco,  
Antonino Gullotti, Elio Guzzanti,  
Alessandro Maida, Marck McCarthy,  
Cesare Meloni, Bruno Paccagnella,  
Walter Ricciardi, Gianfranco Tarsitani,  
Giancarlo Vanini

Segreteria di Redazione  
Iolanda Mozzetta, Vito Cerullo

Redazione Sito Internet  
Giulia Zamponi

Traduzioni a cura di  
Henrike Berg, Steffen P. Berg, Ilaria Restifo

Impaginazione e Grafica  
Nebo Ricerche PA, Roma

*Norme editoriali in 3<sup>a</sup> di copertina.*

Hanno collaborato a questo numero  
C. Bertoncello, D. Bova, A. Burgio,  
D. Burrini, L. Dalla Torre,  
A. D'Errico, M. Divizia, D. Donia,  
L. Emberti Gialloreti, G. Guidotti,  
E. Guzzanti, G. Liotta, E. Lupi,  
M.C. Marazzi, V. Marin,  
I. Mastrobuono, A. Muzzi, P. Narciso,  
L. Palombi, A. Panà, B. Perito,  
F. Perno, M.T. Tamburrano,  
S. Vella, C. Zocchetti

---

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA È INDICIZZATA SU MEDLINE E INDEX MEDICUS.

---

### **Garanzia di riservatezza**

Il trattamento dei dati personali che riguardano Autori e Abbonati viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge n. 675 del 1996 sulla Tutela dei dati personali. I dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi l'Autore o l'Abbonato potrà richiedere, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione, scrivendo all'Editore.

---

Igiene e Sanità Pubblica - Periodico bimestrale a carattere scientifico  
Reg. Trib. di Roma n. 4198 del 19.10.1954

Proprietà artistica e letteraria riservata

Realizzato con il contributo dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata  
Accreditato SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

---

*Le linee guida per la prevenzione sanitaria e per  
l'organizzazione del Dipartimento di prevenzione delle Asl*  
**Guidelines for health prevention and their implementation  
within Local Health Prevention Departments**

La Conferenza Stato-Regioni ha recentemente approvato un documento (*Le linee guida per la prevenzione sanitaria e per l'organizzazione del Dipartimento di prevenzione delle Asl*) che merita di essere conosciuto e assimilato <sup>(1)</sup>, non solo per il suo contenuto tecnico assolutamente condivisibile, ma anche perché esprime il punto di vista istituzionale su argomenti che costituiscono la materia nutritiva di questa Rivista.

La Conferenza Stato-Regioni può oggi essere considerata la più autorevole fonte di decisioni in materia sanitaria, e lo sarà sempre più in futuro, stante l'indirizzo politico di decentramento federativo in atto nel nostro Paese. La Conferenza Stato-Regioni venne costituita nel 1983 <sup>(2)</sup> con funzione solo consultiva dello Stato nei confronti delle Regioni. I suoi compiti sono stati una prima volta ampliati, nel 1989 <sup>(3)</sup>, e nuovamente definiti ed ancor più estesi nel 1997 <sup>(4)</sup>, attribuendo ad essa il compito «di garantire la partecipazione delle Regioni a tutti i processi decisionali di loro interesse».

Malgrado le norme organizzative dei servizi sanitari siano di stretta competenza delle Regioni, e malgrado l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione sia stata oggetto di specifica determinazione legislativa <sup>(5)</sup>, si è sentita la necessità di preparare linee guida condivise sia dallo Stato che dalle Regioni. Proprio per salvaguardare l'autonomia organizzativa delle Regioni e consentire un adeguamento alle situazioni locali di questo importante organismo operativo si è fatto ricorso a linee guida e non ad atti più cogenti (ad es. Atto di indirizzo e coordinamento).

Mentre la obbligatorietà della costituzione dei Dipartimenti di Prevenzione in ogni Asl assicura, almeno formalmente <sup>(6)</sup>, il potenziale perseguimento degli obiettivi specifici di queste organizzazioni, il documento è pervaso di osservazioni e suggerimenti in merito alla «organizzazione delle funzioni di prevenzione delle Asl». Dei tanti, si vogliono rimarcare tre temi, tra loro collegati: a) la ricerca, b) la epidemiologia e c) il movimento "evidence-based", i quali, oltre a costituire la posta in giuoco per la sopravvivenza dei DP, sono più vicini alla visione di politica sanitaria della Rivista.

a) Il Documento fa più volte riferimento alla necessità della ricerca in quanto i «nuovi confini della prevenzione accentuano il ruolo della ricerca, sia relativa alla misura dei bisogni che alla valutazione di impatto degli interventi» ed anche perché «la pratica della prevenzione così come delineata, dovrebbe essere considerata con un atteggiamento sperimentale nel senso che tutti i servizi che adatteranno i punti di vista raccomandati, sarebbero da considerarsi oggetto/soggetto di ricerca, adottando gli accorgimenti opportuni per permettere una consuetudine di autovalutazione continua». Questa breve enunciazione rende esplicita la “ricerca epidemiologica partecipata”<sup>(7)</sup> laddove l’attività svolta nei DP diventa sia fonte di nuove conoscenze, valide e generalizzabili, che oggetto di verifica della loro performance. Ai livelli organizzativi più periferici «la ricerca rappresenta lo strumento di lavoro principale per l’identificazione di obiettivi e di priorità. Infatti la definizione degli obiettivi di salute di livello locale deve basarsi sull’analisi dello specifico profilo epidemiologico e di contesto e sulla definizione di espliciti criteri di priorità».

b) Questo uso strumentale della ricerca, finalizzata alla definizione di criteri di priorità assistenziale, «un compito irrinunciabile di un sistema sanitario dotato di risorse limitate», introduce al tema della epidemiologia. «In particolare l’epidemiologia, come funzione sottesa a tutte le fasi del processo illustrato, costituisce insieme alla comunicazione e alla qualità l’elemento più dinamico e utile per ri-orientare culturalmente i Servizi: inoltre essa rappresenta un ponte tra la prevenzione e l’assistenza sanitaria. Per questo motivo l’epidemiologia, più che essere chiamata in modo rituale tra le funzioni dei DP, dovrebbe diventare patrimonio genetico di chi si occupa di prevenzione». Pur senza una esplicita dichiarazione, la “funzione epidemiologica” viene estesa da quella di tipo eziologico<sup>(8)</sup>, di individuazione ed analisi dei fattori di rischio per la salute, ad una riferita alla organizzazione e gestione dei servizi sanitari, uno dei più promettenti campi applicativi della ricerca epidemiologica<sup>(9)</sup>: «si tratta della cultura epidemiologica della quantificazione dei fenomeni di interesse sanitario, strumento essenziale per compiere una corretta analisi dello scenario e dunque per la definizione di priorità di intervento». Questa cultura, pur segnalata da tempo alla attenzione degli operatori di sanità pubblica italiana<sup>(10)</sup>, è fatta finalmente oggetto di riflessione e di formazione, primo ed indispensabile passo per la sua realizzazione. Ad esempio, affermazioni quali «i criteri della frequenza, urgenza e gravità del problema di salute vanno declinati con le conoscenze sulla efficacia degli interventi, al fine di programmare politiche dai risultati misurabili», o «fra le caratteristiche di un buon obiettivo di salute la misurabilità è quella che ne permette la valutazione di processo e di esito oltre che la corretta progettazione operativa», presuppongono una buona conoscenza

della epidemiologia applicata allo studio dei sistemi/servizi sanitari che può prendere il nome di "epidemiologia dei servizi sanitari" <sup>(1)</sup>.

c) Come è stato autorevolmente sostenuto, il movimento "evidence-based", che vuole basare azioni e decisioni su prove di efficacia, sia in termini di prevenzione (evidence-based prevention), che di sanità pubblica (evidence-based Public Health), è figlio della metodologia epidemiologica <sup>(12)</sup>. L'idea di fondo del movimento è stata infatti quella di prendere decisioni sanitarie sulla base dei risultati di una serie di osservazioni su un gran numero di soggetti (etimologicamente "epi-demio-logiche"), possibilmente di tipo simile a quelle sperimentali. Anche se «la linea di riflessione sulla prevenzione efficace (evidence-based prevention) sta attraversando, con un certo ritardo rispetto a ciò che si verifica in altri Paesi, tutta la comunità professionale degli operatori di prevenzione (...) questa riflessione sta sfociando da un lato nella stesura di una lista di attività dei DP che presentano evidenze di comprovata inefficacia (e per le quali si aspetta una iniziativa di abrogazione), e dall'altro nell'individuazione di attività preventive ancora insufficientemente praticate, sebbene possiedano un bagaglio di prove di efficacia che ne consiglia l'adozione». D'ora in avanti si vuole determinare, mediante prove di efficacia teorica e pratica, quanto gli interventi preventivi forniti alla popolazione ed anche ai singoli soggetti siano in grado di garantire dei buoni risultati (misure di "outcomes") e quali siano i processi operativi che possono essere associati ai predetti buoni risultati (misure di "process").

Ne deriva che la ricerca, la epidemiologia e il movimento "evidence-based", stanno modificando l'intera «cultura della Sanità pubblica, cioè il corpo dottrinale su cui poggiano i processi e gli interventi della prevenzione» attraverso «la riformulazione delle basi teoriche delle pratiche sanitarie» e mediante «la diffusione di questa cultura capillarmente a tutti i livelli in cui vengono definite politiche di prevenzione».

Augusto Panà, Armando Muzzi

### Note

<sup>(1)</sup> Data la sua rilevanza il documento viene pubblicato integralmente, come nota di documentazione, in coda a questo stesso numero della Rivista.

<sup>(2)</sup> Dpcm 12 ottobre 1983, Istituzione della Conferenza Stato-Regioni (GU n. 300 del 2 novembre 1983). Soppresso il Consiglio sanitario nazionale, che ha funzionato per oltre un decennio, quasi tutte le decisioni tecnico-politiche in campo sanitario (sotto forma di pareri, intese ed accordi) sono raggiunte nell'ambito della Conferenza, decisioni che assumono valenza su

scala nazionale in quanto le Regioni si impegnano a realizzare quanto concordato in quella sede. Il Consiglio sanitario nazionale era stato costituito all'atto della istituzione del Servizio sanitario nazionale (art. 8 della legge 833/1978) con «funzioni di consulenza e di proposta nei confronti del governo per la determinazione delle linee generali della politica sanitaria nazionale e per l'elaborazione e l'attuazione del Piano sanitario nazionale». Del Consiglio facevano parte gli Assessori alla Sanità di tutte le Regioni.

- <sup>(3)</sup> D.Lgs. 16 dicembre.1989, n. 418 concernente *Riordinamento delle funzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano e degli organismi a composizione mista Stato-Regioni in attuazione dell'art. 12 comma 7 della legge 23 agosto 1988, n. 400* (GU n. 1 del 2 gennaio 1990).
- <sup>(4)</sup> D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281 concernente *Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle Regioni, delle Province e dei Comuni, con la Conferenza Stato-Città ed Autonomie Locali* (GU n. 202 del 30 agosto 1997).
- <sup>(5)</sup> Art. 7-quater, D. lgs. 19.6.1999 n. 229.
- <sup>(6)</sup> Nell'ottobre 2000, il 92,8% delle Asl aveva formalmente istituito il Dipartimento di Prevenzione anche se «alcuni indicatori segnalano però la distanza ancora esistente tra il livello raggiunto dal processo formale di istituzione e quello dell'effettiva attivazione degli strumenti operativi e gestionali» (dalla Relazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario, in ASI n. 41 del 12 ottobre 2000 e n. 13 del 29 marzo 2001).
- <sup>(7)</sup> Cfr. Muzzi A. *L'epidemiologia dei servizi sanitari: orientata alla ricerca ed orientata alla pratica professionale*. Ig.San.Publ. 2000, 56:201-212.
- <sup>(8)</sup> «È la stessa società che richiede alla prevenzione di cimentarsi con responsabilità nuove, di fronte a rischi nuovi, pur senza abbassare la guardia nei confronti dei rischi tradizionali. L'identificazione di questi rischi, la valutazione del loro impatto sulla salute e la gestione delle iniziative di prevenzione efficaci e praticabili sono le responsabilità nuove che i DP devono saper assumere»
- <sup>(9)</sup> Basta citare l'inserimento della epidemiologia ai fini della valutazione dei servizi prestati e delle specializzazioni possedute per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e per l'accesso all'incarico dirigenziale di struttura complessa nonché considerare l'elenco delle discipline equipollenti ed affini che accompagnano il provvedimento (Decreto Ministero della Salute 31 luglio 2002 concernente *Modifica e integrazione delle tabelle dei servizi e delle discipline equipollenti e delle tabelle delle discipline affini*, in GU n. 208 del 5 settembre 2002).
- <sup>(10)</sup> Muzzi A: *L'epidemiologia dei servizi sanitari*. Ann. Ig. 1994, n. 6, 383-398.
- <sup>(11)</sup> A partire dall'Anno accademico 1992-93, e per ulteriori 10 anni consecutivi, si è tenuto, presso la Cattedra di Igiene e Medicina preventiva dell'Università di Roma Tor Vergata, un *Master in Epidemiologia dei Servizi sanitari* che ha formato numerosi igienisti alla teoria e pratica di questa disciplina.
- <sup>(12)</sup> AA. vari in *Atti del seminario "possibilità e limiti di una assistenza sanitaria sostenuta da prove scientifiche (Evidence-based Health care)"*. Ig.San:Publ. 2000, 56:181-212; Ig.San:Publ. 2000, 56: 349-364.

---

## Note di Documentazione

### ***Conferenza Stato-Regioni: Linee guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali***

*Repertorio Atti n. 1493 del 25 luglio 2002 (testo integrale)*

### ***State-Regional Conference: Local Health Authorities and Prevention Departments. Guidelines and actions.***

*Proceedings of the convention: n. 1493 of 25<sup>th</sup> July 2002 (full text)*

### ***Conférence Etat-Régions: Les Collectivités Sanitaires Locales et les Départements de Prévention. Lignes directrices et mesures.***

*Actes du congrès: n. 1493 du 25 Juillet 2002 (texte intégral)*

### ***Staat - Länder - Konferenz: Richtlinien zur Gesundheitsvorsorge und zur Tätigkeit der Vorsorge -Abteilung der örtlichen Gesundheitsbehörden***

*Repertorio Atti n. 1493 vom 25 Juli 2002 (Integraler Text)*

#### **Premessa**

L'organizzazione delle funzioni di prevenzione delle Asl soffre di alcune limitazioni ben evidenziate dalla Relazione sullo stato di attuazione dei Dipartimenti di Prevenzione (DP), derivata da un'indagine recentemente svolta nell'ambito della Commissione Parlamentare d'Inchiesta sul sistema sanitario. In essa sono indicati in particolare: ritardi nella istituzione dei Dipartimenti; assenza di reale integrazione tra professionalità; scarso investimento di risorse; scarsa integrazione con gli altri servizi sanitari, soprattutto con quelli territoriali; confusione di ruolo con i servizi dell'Arpa per la prevenzione ambientale; carenze nella formazione e nella qualità professionale del lavoro, con ricadute sul grado di motivazione dei professionisti.

Frequentemente poi nei DP i carichi di lavoro sono vincolati a compiti di polizia giudiziaria o simili e ciò ostacola la programmazione delle attività di prevenzione per obiettivi. Succede così che situazioni di grave rischio per la salute e degne di un intervento prioritario non vengano adeguatamente studiate e documentate

per dare la precedenza ad attività di minor respiro. In questo modo si crea un circolo vizioso in cui un servizio, oberato da adempimenti dall'impatto sulla salute perlomeno dubbio, non potrà documentare la distribuzione dei problemi del suo territorio ad un livello di evidenza tale da consentire interventi mirati di prevenzione, i cui benefici potrebbero essere rilevanti e misurabili.

I DP continuano così ad organizzarsi intorno a compiti e pratiche la cui efficacia ed appropriatezza non sempre sono provate, o possono non essere più attuali e, comunque, non vengono periodicamente sottoposte a verifica. D'altra parte è la stessa società che richiede alla prevenzione di cimentarsi con responsabilità nuove, di fronte a rischi nuovi, pur senza abbassare la guardia nei confronti di rischi tradizionali. L'identificazione di questi rischi, la valutazione del loro impatto sulla salute e la gestione delle iniziative di prevenzione efficaci e praticabili sono le responsabilità nuove che i DP devono saper assumere ad integrazione di quanto previsto dagli adempimenti di legge e in collaborazione con tutti i soggetti della prevenzione (cittadini, imprese, forze sociali, altre istituzioni).

Per far fronte a queste nuove responsabilità occorre imparare a lavorare per obiettivi e progetti: questo è il solo contesto che garantisce che le intenzionalità dei diversi soggetti della prevenzione possano esprimersi, confrontarsi, tradursi in consenso intorno a decisioni, svilupparsi in azioni e finalmente prestarsi a valutazioni di risultato, di qualità, di costo.

Questo documento, rispettoso della autonomia delle Regioni per quanto attiene la programmazione sanitaria, risponde all'esigenza di fornire linee guida per la definizione di obiettivi comuni di salute e delle procedure di valutazione e promozione del loro perseguimento alla luce dei livelli essenziali di assistenza. In esso si possono riconoscere tre sezioni distinte:

- nella *prima sezione* vengono trattati gli obiettivi di salute della prevenzione (obiettivi di salute che possono essere raggiunti tramite interventi di prevenzione) che, fissati nell'ambito di leggi nazionali e del Piano sanitario nazionale, o identificati nei Piani sanitari regionali, viene raccomandato alle Regioni di fare propri; a questo proposito il documento si propone di descrivere le modalità per definire questi obiettivi e di suggerire il percorso attraverso cui garantire che in ogni ambito geografico essi si traducano in scelte programmatiche ed operative, verificabili nei processi e nei risultati;
- la *seconda sezione* ha caratteristiche di linee di indirizzo del "buon operare" secondo criteri di integrazione che possono essere assicurati solo da un'ottica

di lavoro per obiettivi, dal momento che l'organizzazione dei Servizi del DP ricade nell'autonomia delle singole Regioni;

- nella *terza sezione* si suggeriscono i processi in grado di assicurare che i livelli minimi di prevenzione vengano distribuiti equamente su tutto il territorio nazionale (livelli essenziali di prevenzione); infatti la ricerca di un corretto equilibrio tra l'autonomia regionale nella organizzazione dei servizi e la massimizzazione dell'efficienza complessiva permette la riduzione del rischio di sperequazioni, oggi evidenti; da qui la necessità di definire il ruolo delle Regioni e delle Amministrazioni nel prevenire tali rischi.

Un documento di indirizzo sulla prevenzione deve trarre oggi le sue radici dalla definizione di Sanità pubblica data dall'OMS nel 1996 <sup>(1)</sup>. Questo è l'insieme degli "sforzi organizzati dalla società per sviluppare politiche per la salute pubblica, la prevenzione delle malattie, la promozione della salute e per favorire l'equità sociale nell'ambito di uno sviluppo sostenibile". Poiché questa definizione riassume tutti gli elementi caratterizzanti del moderno concetto di Sanità pubblica, risulta utile analizzarla più nel dettaglio: prevenzione viene qui intesa non solo come insieme di attività volta a prevenire l'insorgenza della malattia, ma anche ad arrestare l'evoluzione e a ridurre le conseguenze una volta che essa si è instaurata <sup>(2)</sup>. Sotto questo profilo il termine prevenzione va dunque interpretato in stretta connessione con almeno altri due termini della definizione: promozione della salute ed equità sociale.

Promuovere la salute significa conferire alle popolazioni i mezzi per assicurare il maggior controllo sul proprio livello di salute e di migliorarlo <sup>(3)</sup> attraverso attività che in parte attengono al sistema sanitario e in parte ad altri settori della società: le attività di prevenzione costituiscono dunque un sottoinsieme del più ampio insieme della promozione della salute e devono allora essere il risultato del coordinamento di diversi attori, sia interni al sistema sanitario che esterni ad esso, al fine di contribuire allo sviluppo di politiche in grado di incrementare i livelli di salute della comunità.

L'equità sociale non è solo un principio che, insieme al rispetto della dignità umana, alla tutela del soggetto debole e alla solidarietà, costituisce la piattaforma etica del nostro sistema sanitario <sup>(4)</sup>, ma anche un valido strumento di programmazione. Essa può essere rappresentata come uguale accesso alle cure a parità di bisogno, uguale utilizzazione dei servizi a parità di bisogno ed uguale qualità del servizio per tutti. Essa rappresenta anche, un criterio di efficienza allocativa: i gruppi sociali svantaggiati in quanto a salute rappresentano infatti

“sacche di prevenibilità” su cui è più efficiente agire, con gli strumenti opportuni ed efficaci per guadagnare salute.

Un ultimo elemento da tenere in considerazione è quello dello *sviluppo sostenibile*: la consapevolezza di dover operare con risorse sempre più limitate introduce nella logica della programmazione sanitaria i concetti di priorità, di efficacia e di efficienza produttiva ed allocativa. Sotto questo tema si può collocare la linea di riflessione sulla prevenzione efficace (*Evidence-based prevention*) che sta attraversando, con un certo ritardo rispetto a ciò che si verifica in altri Paesi, tutta la comunità professionale degli operatori di prevenzione. Questa riflessione sta sfociando da un lato nella stesura di una lista di attività dei DP che, ancor oggi normate da leggi e regolamenti nazionali, presentano evidenze di comprovata inefficacia e per le quali si aspetta una iniziativa di abrogazione, dall'altro nell'individuazione di attività preventive ancora sufficientemente praticate, sebbene possiedano un bagaglio di prove di efficacia che ne consiglia l'adozione.

Il documento, infine, adotta il punto di vista di chi deve beneficiare della prevenzione e non di chi fa prevenzione. Pertanto ogni potenziale fonte di conflitto di competenze, come quella tra politiche del lavoro e politiche sanitarie o quella tra politiche ambientali e politiche sanitarie, viene risolto alla luce dell'interesse del cittadino utente. Il principio da cui parte il documento è che ogni Regione, attraverso un sistema di intese, nella propria autonomia, individui la distribuzione delle responsabilità che meglio si adatta alla storia locale e alle risorse disponibili, per assicurare che gli obiettivi di prevenzione essenziali vengano perseguiti.

### **1. La definizione degli obiettivi di salute della prevenzione**

I DP si trovano a perseguire due tipologie diverse di obiettivi: quelli nazionali e quelli rispondenti a priorità epidemiologiche locali.

Gli obiettivi di prevenzione di livello nazionale sono definiti sulla base di profili epidemiologici comuni a tutte le realtà territoriali o sulla base di considerazioni di gravità generale; fanno riferimento ai diritti fondamentali del cittadino che lo Stato ha il dovere di tutelare, anche in contrasto con gli interessi particolari. Si tratta quindi di obiettivi dei quali lo Stato deve garantire i livelli essenziali di assistenza, ai quali si raccomanda di vincolare una parte dei trasferimenti della quota capitolata.

Gli obiettivi di livello nazionale sono definiti dai Piani sanitari nazionali oppure sono previsti da normative di legge: essi sono riconducibili, oltre che ad analisi

del profilo epidemiologico della nazione anche ai documenti, indicazioni, raccomandazioni internazionali nonché alla letteratura scientifica.

Ogni Regione, all'interno del proprio Piano sanitario regionale oppure in documenti di analoga valenza programmatica, nel rispetto degli obiettivi previsti dal Psn, individua gli eventuali nuovi obiettivi relativi al contesto regionale. Lo strumento dell'accordo e dell'intesa di programma rappresenta il momento istituzionale di messa in opera della progettazione relativa agli obiettivi fissati.

L'opportunità di ridefinire operativamente obiettivi generali e di definire nuovi obiettivi è propria di tutti i livelli della gestione della salute; tali obiettivi potrebbero essere definiti da ogni singola Asl e anche dai singoli servizi e rappresentare la base su cui negoziare eventuali modificazioni del budget. Gli obiettivi fissati a livelli più periferici rispetto alla regione hanno il pregio di essere negoziati dagli attori diretti della prevenzione e quindi di esaltare la valenza di collaborazione e intesa con attori non sanitari (per esempio i sindaci dei comuni interessati) con cui concordare la progettazione attuativa. In questi livelli la ricerca rappresenta lo strumento di lavoro principale per l'identificazione di obiettivi e di priorità. Infatti la definizione degli obiettivi di salute di livello locale deve basarsi sull'analisi dello specifico profilo epidemiologico e di contesto e sulla definizione di espliciti criteri di priorità.

La definizione di espliciti criteri di priorità è un compito irrinunciabile di un sistema sanitario dotato di risorse limitate. I criteri della frequenza, urgenza e gravità del problema di salute vanno declinati con le conoscenze sulla efficacia degli interventi, al fine di programmare politiche dai risultati misurabili. Altro criterio essenziale è quello della esemplarità tenendo anche conto dell'importanza della mediazione fra le istanze scientifiche, politiche e sociali rappresentate queste ultime dalla pressione dei media e delle associazioni di cittadini. L'applicazione di criteri espliciti di priorità rende più efficace la comunicazione delle politiche a tutti i livelli di governo della salute, e più accettabili eventuali rinunce ad azioni ritenute dalla comunità importanti.

Nella definizione degli obiettivi di salute della prevenzione viene raccomandata l'adozione di specifiche *check-list* come quella che segue:

- quali sono le condizioni e gli eventi che vengono giudicati dalla comunità meritevoli di azioni atte a prevenirli?
- Come si quantificano? E con quali indicatori?
- Quale popolazione è a rischio?

- Quali sono i più importanti determinanti?
- Esistono interventi specifici di provata efficacia?
- Quale valenza esemplare (per il sistema, per i servizi, per i cittadini) hanno questi interventi?
- Quale coinvolgimento del cittadino come soggetto attivo e propositivo?

Fra le caratteristiche di un buon obiettivo di salute la misurabilità è quella che ne permette la valutazione di processo e di esito oltre che la corretta progettazione operativa. Viene qui raccomandato che gli obiettivi siano dotati fin dalla loro stesura dell'indicazione dell'impatto sulla salute che si vuole raggiungere e quindi dell'indicatore di esito che si potrà usare per la valutazione del loro raggiungimento. Si raccomanda di porre attenzione affinché l'indicatore di esito venga definito per quanto possibile come indicatore di salute e non come proxy dello stesso, per lo più associato all'erogazione di prestazioni. Ciò permette di valutare il suo raggiungimento in termini di guadagno di salute, seppure non nell'immediato, ma comunque verificabile nel tempo.

Inoltre, poiché il Psn pone l'equità come punto qualificante delle politiche di salute, ogni definizione di politiche di prevenzione dovrebbe prevedere oltre alla valutazione dell'impatto sulla salute anche la misura dell'impatto sulle differenze sociali. Tale valutazione si dovrà esprimere ai diversi livelli di identificazione degli obiettori è anche nella declinazione operativa degli obiettivi stessi.

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

La definizione di obiettivi di salute per la prevenzione deve essere in primo luogo collegata alla definizione della responsabilità del raggiungimento dell'obiettivo stesso: si assiste oggi a situazioni in cui la responsabilità è identificata dalla normativa o è legata a specifici mansionari o ancora deriva dalla tradizionale attribuzione ad alcuni servizi di aree di intervento specifiche. In questa situazione, obiettivi nuovi oppure obiettivi complessi oppure obiettivi a forte valenza di integrazione tra servizi possono rimanere sulla carta in assenza di una precisa identificazione di responsabilità.

L'assunzione di responsabilità può avvenire a differenti livelli:

- *Promozione*: si intende la responsabilità di mettere in atto le opportune iniziative necessarie a identificare specifici attori che progettino e attuino gli interventi senza che il soggetto responsabilizzato intervenga in queste fasi (livello

di garanzia). Questa appare oggi come il livello minimo di responsabilità del DP rispetto agli obiettivi di salute.

- *Promozione e collaborazione*: oltre al livello precedente, la responsabilità investe anche la partecipazione alla fase progettuale e di coordinamento delle iniziative (livello di garanzia collaborativa). Questo appare il livello di responsabilità proprio del DP per la maggior parte delle attività di promozione educazione alla salute che trovano protagonisti operatori presenti in altri livelli assistenziali.
- *Promozione, collaborazione e azione*: oltre al livello precedente, l'assunzione della responsabilità è anche relativa all'esecuzione di specifiche azioni all'interno del progetto (livello di garanzia attiva). Questo livello caratterizza molte delle attività del DP (sistemi di vigilanza, ispezione, controllo; controllo dei rischi alimentari; eccetera).

## 2. Il Dipartimento di Prevenzione

La prevenzione è oggi considerata una attività complessa che richiede strategie capaci di coinvolgere professionalità diverse in azioni a largo raggio quali, ad esempio, le campagne di promozione della salute. Infatti, la moderna definizione di Sanità Pubblica pone l'accento sulle capacità di organizzare gli sforzi della società sulla base di obiettivi condivisi e diversificati quali, ad esempio, quelli della modifica degli stili di vita, del miglioramento dell'ambiente per non parlare dei fattori malattia emergenti quali quelli sociali e quelli direttamente legati al concetto di equità. Questi nuovi confini della prevenzione accentuano il ruolo della ricerca, sia relativa alla misura dei bisogni che alla valutazione di impatto degli interventi, assume all'interno dei servizi di prevenzione.

Se i DP devono rispondere ad un mandato così ambizioso devono operare secondo moderne metodologie di lavoro: fra queste, quella che viene oggi riconosciuta più efficace è il lavoro per obiettivi. Il suo significato è quello di riunire gruppi multidimensionali (multidisciplinari, multiprofessionali, multisettoriali) che siano in grado di definire gli obiettivi tenendo conto dei problemi di salute prioritari; inoltre i gruppi dovranno occuparsi della progettazione di interventi basati sulle prove di efficacia i cui esiti di salute siano misurabili. Questo richiede che i DP siano in grado di dotarsi di una organizzazione flessibile, a geometria variabile, capace di riunire intorno ad obiettivi complessi professionalità diverse, anche esterne al Ssn. Questo approccio necessita di un bagaglio metodologico che affonda le sue radici nella cultura della Sanità Pubblica, cioè nel corpus dottrinale su cui poggiano i processi e gli interventi della prevenzione. In questa

cultura possono essere riconosciuti alcuni elementi caratterizzanti:

- *Valutazione dei bisogni e identificazione del rischio (risk assessment)*: queste metodologie che hanno ormai raggiunto un livello di maturazione tale da essere assimilate a discipline, rappresentano le basi di qualunque pratica di progettazione per obiettivi. Si tratta della cultura epidemiologica della quantificazione dei fenomeni di interesse sanitario, strumento essenziale per compiere una corretta analisi dello scenario e dunque per la definizione di priorità di intervento. L'affermarsi di queste metodologie, cui si è assistito nel corso degli anni, permette oggi stime della salute, che è presupposto indispensabile per il superamento dell'organizzazione dei servizi sulla base della pratica degli adempimenti "per compiti".
- *Sanità Pubblica basata sulle prove di efficacia (Evidence-based public health)*: la comunità scientifica internazionale, dall'inizio degli anni novanta, è impegnata nella riformulazione delle basi teoriche delle pratiche sanitarie. Queste, tradizionalmente definite sulla base della logica eziopatogenetica, hanno dimostrato la loro fragilità e sono oggi ritenute soltanto un completamento alla logica delle prove di efficacia. Questa nuova cultura, che sta oggi mobilitando il meglio della comunità dei professionisti, sta già portando, nel campo della prevenzione, alla stesura di una lista di pratiche delle quali siano presenti in letteratura scientifica solide prove di inefficacia, per promuovere una iniziativa volta alla loro abolizione. La diffusione di questa cultura capillarmente a tutti i livelli in cui vengono definite politiche di prevenzione è condizione non solo per lo sfoltimento delle pratiche rituali dei DP attraverso l'eliminazione di quelle inefficaci ma, anche, auspicabilmente, per l'aumento di quelle efficaci.
- *Analisi sistemica*: la necessità di organizzare gli sforzi della società richiede da parte dei professionisti della prevenzione, la capacità di utilizzare gli strumenti propri dell'approccio sistemico (analisi organizzativa, analisi per processi e re-ingegnerizzazione, ecc.). Tale capacità va sviluppata nei diversi ambiti di lavoro, dal servizio o unità operativa, alla comunità, senza soluzione di continuità. Nel primo ambito tali strumenti consentono ai professionisti della prevenzione di riprogettare i servizi che, alla luce della *Evidence-based public health*, si tradurrà in miglioramenti dell'efficacia e dell'efficienza produttiva. Nell'altro ambito (la comunità) l'approccio sistemico dovrebbe condurre ad una integrazione del DP con gli altri livelli di assistenza e favorire il coinvolgimento degli altri soggetti della sussidiarietà orizzontale (volontariato, terzo settore, organizzazioni cittadini e utenti, mondo della formazione, settori produttivi, istituzioni locali), aumentando le probabilità di successo.

- *Comunicazione*: è oggi una funzione critica anche per i DP; deve contribuire alle analisi della percezione del rischio e quindi alla gestione dei rapporti con il pubblico in situazioni di rischio ambientale, al fine di produrre una corretta informazione attraverso i canali di maggiore diffusione. Una efficace comunicazione con i cittadini deve essere di supporto agli interventi di promozione della salute aiutando ad indurre i cambiamenti auspicati. Deve rappresentare lo strumento per la condivisione dei criteri di priorità degli interventi, a tutti i livelli della concertazione (tecnica, istituzionali e di comunità) indispensabile per rapporti improntati alla trasparenza, ma anche per incrementare le possibilità di perseguimento degli obiettivi individuati. In quest'ottica la comunicazione assolve alle importanti funzioni di marketing sociale e di sviluppo del senso di affiliazione nel cittadino, contribuendo ad aumentare la credibilità del DP.
- *Assicurazione di qualità (quality assurance)*: da un lato deve promuovere la valutazione critica e continua dei processi e degli esiti dei progetti e in generale del lavoro dei servizi, dall'altro, deve predisporre culturalmente i professionisti alla verifica continua della coerenza e appropriatezza delle loro attività e degli interventi effettuati, rispetto agli obiettivi di prevenzione identificati. Il tutto al fine di innescare, insieme ad un atteggiamento critico e costruttivo, meccanismi di revisione e miglioramento continuo della qualità professionale, della qualità tecnologica e della qualità relazionata.

La pratica della prevenzione così come delineata in queste pagine, dovrebbe essere considerata con un atteggiamento sperimentale nel senso che tutti i servizi che adotteranno i punti di vista raccomandati, sarebbero da considerarsi oggetto/ soggetto di ricerca, adottando gli accorgimenti opportuni per permettere una consuetudine di autovalutazione continua.

Il lavoro per obiettivi - con le sue caratteristiche di "buon operare" - è al tempo stesso espressione e strumento di integrazione; inoltre questa modalità di lavoro rappresenta un continuo stimolo a sviluppare le abilità di ricerca del DP, e ad applicarle in progetti che mirino alla valutazione del rischio, alle analisi di contesto della popolazione e alla valutazione dell'impatto delle politiche sanitarie e di altri interventi, anche se non sanitari, sulla salute della comunità e sulle disuguaglianze nella salute stessa.

L'assetto organizzativo del DP, come definito nelle sue linee essenziali dal d.lgs 229/1999, prevede tre aree dipartimentali (Sanità pubblica, Tutela della salute negli ambienti di lavoro e Sanità pubblica veterinaria) e Servizi. L'articolazione dei servizi

se interpretata in modo rigido come separazione o, addirittura, con esasperata rivendicazione di specificità settoriale, rappresenta uno degli ostacoli più seri all'adozione diffusa di una progettazione per obiettivi. Tale situazione sembra caratterizzare la maggior parte del DP come emerge sia dalla Relazione sullo stato sanitario del Paese che dall'indagine parlamentare dell'ottobre 2000. D'altra parte proprio le stesse fonti richiamano la necessità che le Regioni provvedano, nella loro autonomia, al completamento delle strutture organizzative del DP.

La chiave di volta per la soluzione ai problemi di integrazione risiede nelle modalità di lavoro ed in una più adeguata formazione degli operatori. Si propone pertanto un processo che identifica per il DP il ruolo da svolgere nella definizione del profilo epidemiologico nella scelta delle priorità, nell'individuazione degli interventi efficaci, nella loro progettazione, esecuzione e valutazione.

Per lo svolgimento del suo ruolo il DP necessita di una adeguata formazione degli operatori ed una interiorizzazione, da parte dei servizi, della cultura della prevenzione e degli elementi e strumenti precedentemente ricordati. In particolare l'epidemiologia, come funzione sottesa a tutte e fasi del processo illustrato, costituisce insieme alla comunicazione e alla qualità l'elemento più dinamico e utile per ri-orientare culturalmente i Servizi e inoltre rappresenta un ponte tra la prevenzione e l'assistenza sanitaria. Per questo motivo l'epidemiologia, più che essere chiamata in modo rituale tra le funzioni del DP, dovrebbe diventare patrimonio genetico di chi si occupa di prevenzione.

### **3. Assicurazione dei livelli essenziali di prevenzione - Ruolo delle Regioni**

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

- uguali a quelli del Piano sanitario nazionale;
- uguali a quelli del Piano sanitario nazionale ma con standard migliorativi rispetto al guadagno di riserva di salute;
- nuovi rispetto al Piano sanitario nazionale e rispondenti a specifici profili epidemiologici locali.

È inoltre importante sottolineare che la declinazione operativa degli obiettivi passi attraverso alcune modalità che possono essere riassunte in:

- definizione di progetti obiettivi o piani per la prevenzione specifici nell'ambito della programmazione regionale di breve (annuale) o medio (triennale) periodo.
- Inserimento di tale progetti e piani o di singoli obiettivi di prevenzione nelle apposite intese di programma o accordi tra la Regione e le aziende.
- Inclusione degli obiettivi specifici nell'ambito del sistema di valutazione dei Direttori Generali.
- Costituzione di centri regionali di documentazione di *Evidence-Based Public Health* (EBPH).
- Creazione di indicatori specifici regionali di valutazione del raggiungimento degli obiettivi di salute.
- Progettazione di interventi di formazione continua per gli operatori regionali della prevenzione sulla base della individuazione degli specifici bisogni formative, avvalendosi anche delle Società scientifiche interessate, dell'Università, dell'ISS e dell'ISPESL.

È inoltre da sottolineare il ruolo che le Regioni svolgeranno attraverso l'accreditamento istituzionale dei servizi. A questo proposito è necessario ricordare che il Dpr 14 gennaio 1997, che ha approvato i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie, non ha previsto alcun requisito per il DP.

La maggior parte delle Regioni che hanno successivamente prodotto documenti e deliberato leggi in tema di accreditamento regionale seguendo le indicazioni del Dpr, non hanno a loro volta contemplato requisiti specifici per il DP.

Sembra pertanto opportuno suggerire che le Regioni introducano un sistema di accreditamento del DP che garantisca la qualità del servizio da questo erogato e che, nel pieno rispetto dei modelli organizzativi prescelti, stimolino l'integrazione, nell'ottica del lavoro per obiettivi, tra il DP e le altre strutture territoriali. Un altro elemento essenziale al mantenimento dei livelli minimi di prevenzione è il *finanziamento* a proposito del quale si ritiene importante mantenere l'identificazione al livello minimo del 5%.

#### **Bibliografia**

- <sup>(1)</sup> World Health Organization. *New challenges for public health - Report of an interregional meeting*. Geneve, 1996. WHO.
- <sup>(2)</sup> World Health Organization. *Health Promotion Glossary*. Geneve, 1998. WHO.
- <sup>(3)</sup> *Carta di Ottawa*. Canada, 17-21 novembre 1986.
- <sup>(4)</sup> Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. *Un patto di solidarietà per la salute*. Roma, 1998.



---

## *Norme editoriali e modalità di abbonamento*

---

La collaborazione è aperta a tutti e gli articoli firmati impegnano esclusivamente la responsabilità degli *Autori*. La *Direzione* si riserva in ogni caso l'accettazione dei lavori. La *proprietà letteraria ed artistica* di quanto pubblicato è riservata alla *Rivista*. È autorizzata la riproduzione anche parziale di quanto pubblicato su *Igiene e Sanità Pubblica* purché ne sia citata la fonte.

I lavori, apolitici ed inediti, debbono essere inviati a *Igiene e Sanità Pubblica* alternativamente presso:

- *Cattedra di Igiene e Medicina Preventiva - Fac. di Medicina e Chirurgia - Università Tor Vergata*  
Via di Tor Vergata, 135 - 00173 Roma - tel. 0672596804 - fax 062025285 - e-mail [pana@uniroma2.it](mailto:pana@uniroma2.it)
- *Nebo Sas Editore*

Via Candia, 101 - 00192 Roma - tel. 0639751674 - fax 0639746586 - e-mail [redazione@igiene.org](mailto:redazione@igiene.org)  
specificando quale sia il *referente* fra gli *Autori* citati nel lavoro con indicazione completa del recapito (qualifica, istituto / ente di appartenenza, indirizzo, telefono, fax, e-mail).

I lavori degli abbonati godono della precedenza nella pubblicazione. Lavori molto estesi potranno essere pubblicati come supplemento monografico alla Rivista, previo accordi con la Direzione. Gli articoli dovranno pervenire alla *Redazione di Igiene e Sanità Pubblica* su supporto cartaceo e magnetico (*floppy disk*) o per *e-mail*, utilizzando un formato di tipo diffuso (*ambiente Windows*). Gli eventuali *grafici* e le *figure* dovranno in ogni caso essere accompagnati dai *dati grezzi* necessari per la loro realizzazione. Il materiale inviato, anche se non pubblicato, non verrà restituito. Per ciascun articolo dovranno essere indicate fino ad un massimo di *tre parole-chiave* in italiano e in inglese.

Il *riassunto* non deve superare i 500 caratteri e deve essere redatto in italiano, francese, inglese e tedesco, utilizzando un linguaggio conciso, evitando le abbreviazioni ed usando la terza persona. In conformità a raccomandazione dell'Unesco è desiderabile che il riassunto-sommario sia posto all'inizio del lavoro e contenga, nell'ordine, lo scopo delle indagini che ne formano l'oggetto, le osservazioni eseguite, le conclusioni tratte, nonché, se possibile, i punti essenziali di ogni teoria, apparecchio o tecnica avente carattere di novità. Gli *Autori* sono pregati di rivedere accuratamente il riassunto-sommario, eliminando parole non strettamente necessarie, chiarendo eventuali punti oscuri e facendo particolare attenzione alla terminologia scientifica, ai nomi propri, ai dati numerici ed alle formule chimiche e matematiche.

Gli *Autori* saranno informati tempestivamente delle eventuali spese relative a tabelle, tavole, figure, disegni, clichés, aggiunte alle bozze ed estratti, in modo da autorizzarle preventivamente. Il numero degli estratti che si desidera ricevere deve essere comunicato con l'invio del materiale.

*Con la richiesta di pubblicazione gli Autori si impegnano ad osservare le presenti Norme Editoriali.*

*Costo dell'abbonamento per l'anno 2002*

Italia: Enti e Aziende 65 euro, Privati 40 euro, Specializzandi in Medicina, Iscritti SItI e MESS 30 euro.

Esteri: 75 euro.

Il *versamento* va effettuato sul c/c postale 79128005 intestato a Nebo sas - Roma.

Inviare all'Editore per lettera o fax comunicazione dell'avvenuto versamento per dare corso all'invio della Rivista.

Per ogni controversia è competente il Foro di Roma. L'Amministrazione non risponde di eventuali disguidi postali. I reclami devono pervenire subito dopo l'arrivo del fascicolo successivo al disguidato. Il costo del fascicolo arretrato è doppio di quello di copertina; per annata arretrata il costo è pari al canone di abbonamento ordinario dell'anno cui si riferisce, maggiorato del 50%.

**Editoriale****A. Panà, A. Muzzi**

- Le linee guida per la prevenzione sanitaria e per l'organizzazione del Dipartimento di prevenzione delle Asl ..... 389

**Note di Politica Sanitaria****E. Guzzanti, I. Mastrobuono, D. Bova**

- Gli anziani e la non autosufficienza: una sfida sanitaria, sociale e finanziaria ..... 393

**Parte Scientifica e Pratica****C. Zocchetti**

- Tra maschi e femmine chi consuma più risorse sanitarie? ..... 401

**A. Burgio, A. D'Errico, M.T. Tamburrano**

- Il sistema ospedaliero del Servizio Sanitario Nazionale: efficienza e appropriatezza a livello regionale ..... 413

**M.C. Marazzi, L. Palombi, L. Emberti Gialloreti, G. Guidotti,****G. Liotta, F. Perno, S. Vella, P. Narciso**

- Primi risultati del Programma DREAM (Drug Resources Enhancement against AIDS in Mozambique) in Mozambico ..... 431

**Note di Approfondimento****V. Marin, L. Dalla Torre, C. Bertonecello**

- La popolazione carceraria: aspetti normativi ed epidemiologici ed analisi della letteratura ..... 441

**D. Donia, M. Divizia, A. Panà, D. Burrini, E. Lupi, B. Perito**

- Applicazione dei parametri obbligatori ed accessori nel controllo di acque di diversa origine ..... 455

**Note di Documentazione****Conferenza Stato-Regioni:**

- Linee guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali  
Repertorio Atti n. 1493 del 25 luglio 2002 (testo integrale) ..... 467

- Indice generale per Sezioni e Rubriche - Vol. LVIII* ..... 478