



**Fondazione Smith Kline**

Questa pubblicazione, curata dalla Fondazione Smith Kline,  
è una presentazione del

**RAPPORTO PREVENZIONE 2015**  
Nuovi strumenti per una prevenzione efficace

dedicata al  
48° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene,  
Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Milano, 14-17 ottobre 2015



RAPPORTO PREVENZIONE 2015

Nuovi strumenti per una prevenzione efficace

a cura di

Maurizio Bassi, Francesco Calamo-Specchia,  
Fabrizio Faggiano, Anna Lisa Nicelli,  
Walter Ricciardi, Carlo Signorelli,  
Roberta Siliquini, Massimo Valsecchi

*Il Volume sarà disponibile  
a partire dal Novembre 2015*

FrancoAngeli

La Fondazione Smith Kline ringrazia la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIIP) e i suoi Gruppi di Lavoro per il costante supporto scientifico.

## INDICE DEL VOLUME

Prefazione, di *Carlo Signorelli*

### **Osservatorio Italiano Prevenzione: uno strumento per la programmazione**

1. L'Osservatorio Italiano Prevenzione (Oip) 2015: storia, risultati, prospettive, di *Francesco Calamo-Specchia, Anna Lisa Nicelli e Massimo Valsecchi*

### **Dalle buone pratiche agli Ipest: un nuovo strumento per la prevenzione efficace**

1. Una riflessione sulle “Buone Pratiche per la Prevenzione” in Italia, di *Fabrizio Faggiano, Silvia Caristia, Alessandro Coppo, Elena Coffano e gli allievi del primo corso della scuola Aspp*
2. Un repertorio di interventi di prevenzione efficaci, sostenibili e trasferibili (Ipest): materiali e metodi, di *Silvia Caristia e Fabrizio Faggiano*
3. Un Ipest per la prevenzione dell'obesità e la promozione della dieta sana: la tassazione delle bevande zuccherate, di *Silvia Cardetti e Davide Servetti*

4. Un Ipest per la prevenzione del tabagismo: la tassazione dei prodotti del tabacco, di *Silvano Gallus e Alessandra Lugo*
5. Un Ipest per la prevenzione del fumo di tabacco: gli interventi sul packaging o di pictorial warning, di *Giuseppe Gorini*
6. Un Ipest per la prevenzione delle malattie infettive prevenibili con le vaccinazioni: i sistemi di chiamata attiva/promemoria, di *Antonio Ferro e Massimiliano Colucci*
7. Un Ipest per ridurre le diseguaglianze di salute: un intervento per incrementare le coperture vaccinali in gruppi di popolazione difficili da raggiungere, di *Mara Baldissera, Giuseppina Napoletano, Massimiliana Della Camera, Fabrizio Abrescia e Massimo Valsecchi*
8. Un Ipest per promuovere l'autonomia e la mobilità attiva sul percorso casa scuola: il Pedibus, di *Susanna Morgante, Leonardo Speri, Laura Valenari e Massimo Valsecchi*

## PREFAZIONE

di Carlo Signorelli<sup>1</sup>

Il *Rapporto Prevenzione 2015* rappresenta la quinta edizione di questa esperienza culturale, scientifica ed editoriale, iniziativa svolta in collaborazione con la SItI che, ormai come da tradizione, si suddivide in una prima parte dedicata ad un aggiornamento delle attività dell'Osservatorio Italiano della Prevenzione (Oip) che si configura sempre più come un centro di monitoraggio stabile delle attività di prevenzione in Italia, e una seconda parte che quest'anno approfondisce il tema delle "buone pratiche in prevenzione" a partire dalla definizione di un modello per identificarle, validarle e diffonderle.

Parte dal 2010 l'avventura, che la Fondazione Smith Kline (Fsk) e la Società Italiana di Igiene (SItI) hanno intrapreso nella costruzione di un *Osservatorio Italiano sulla Prevenzione* (Oip) che più recentemente ha visto l'apporto di SNOB e della componente veterinaria, rappresentata dalla SIMeVeP, al fine di rendere più comprensive le attività di prevenzione.

Una sfida che è stata ritenuta necessaria perché un'analisi preliminare degli interventi preventivi dei diversi territori regionali sembravano confliggere con la necessaria omogeneità del Ssn nel suo complesso, disegnando così un nuovo possibile scenario di particolarismi e diseguaglianze.

In questo contesto culturale, 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;

---

<sup>1</sup> *Presidente della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI).*

- 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 Dipartimenti 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 Dipartimento, ma soprattutto di «che cosa sarebbe auspicabile che fosse e che facesse»; portando in tal modo un contributo al *disegno di una ipotesi di Dipartimento 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 Dipartimenti*, nei termini di un loro miglioramento e rafforzamento sia organizzativo che “politico” ed istituzionale, finalizzazione ampiamente partecipata da parte degli operatori dei Dipartimenti italiani – attraverso l'utilizzo di strumenti di valutazione qualitativa e di rilevazione quantitativa di tutte le attività di prevenzione svolte nel Ssn.

Rimandiamo alla lettura del *Rapporto* per entrare nel merito dei vari aspetti della rilevazione 2015 ma vorremmo sottolineare un aspetto che ci sembra particolarmente importante.

Vorremmo sottolineare la mancanza 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, per quanto riguarda i Dipartimenti, 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 Dipartimenti un forte stimolo al loro miglioramento.

Una delle sfide che l'Oip propone e certamente una *sfida*

*comunicativa* che affronti la carenza di iniziative che portino l'esigenza e i vantaggi della prevenzione all'attenzione della collettività e dei decisori. Occorrerebbe dunque anzitutto far sapere ancor meglio che i Dipartimenti esistono, cosa fanno, cosa ottengono; quali sono i loro bisogni, quali le loro potenzialità, come si inseriscono nel sistema meritatorio di protezione della salute su cui si fonda l'esistenza stessa di una società civile.

Occorrerebbe insomma un complessivo rilancio – sia d'immagine, sia culturale, sia politico – della prevenzione; cui forse i risultati e le attività dell'Oip possono fornire un contributo anche attraverso la realizzazione di un *documento di consenso* su tali temi e, a partire dal 2016, arrivare a costruire il prossimo Rapporto Prevenzione. E ciò anche in coerenza con il Piano Nazionale di Prevenzione vigente che, pur lasciando autonomia alle Regioni nel definire le proprie rispettive organizzazioni, investe il Dipartimento di Prevenzione nel ruolo di regia sia delle funzioni di erogazione diretta delle prestazioni sia di governance degli interventi non erogati direttamente costruendo e sviluppando una rete di collegamento tra i diversi stakeholders.

La seconda parte del *Rapporto* è dedicata a definire il concetto di “buona pratica di prevenzione” attraverso una analisi metodologica e attraverso alcune riflessioni che portano a proporre l'Ipest (Interventi Preventivi Efficaci, Sostenibili e Trasferibili) come modello possibile di intervento di prevenzione sostenuto da solide prove di efficacia, considerato trasferibile nel contesto italiano e sostenibile nel tempo.

Il *Rapporto Prevenzione 2015. Nuovi strumenti per una prevenzione efficace* richiama nel titolo l'idea che la Fondazione Smith Kline e il suo Board Prevenzione abbia fatto il tentativo di suggerire alcuni “strumenti” utili a proporre la “Prevenzione” come leva indispensabile per la tutela della salute dei cittadini e finalizzati alla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale: universalistico, pubblico e solidale.

La sezione del *Rapporto* si chiama appunto “Dalle buone pratiche agli Ipest: un nuovo strumento per la prevenzione efficace” e contiene una serie di Ipest costruiti attraverso il

metodo proposto e basato su alcuni criteri precisi.

1. *Efficacia*: il criterio “filtro” riguarda interventi la cui efficacia sia stata provata da studi rigorosi, secondo i criteri della EBM. L'evidenza di efficacia è la condizione *sine qua non* dell'intervento. L'efficacia può essere stata valutata attraverso studi sperimentali o studi osservazionali ed ecologici, qualora lo studio sperimentale non sia applicabile. A partire dai fattori di rischio prioritari definiti dal Piano Nazionale di Prevenzione 2014-18, è stata elaborata una lista preliminare di azioni di prevenzione per le quali vi fossero interventi efficaci: la copertura vaccinale della popolazione, la promozione della dieta corretta, la lotta alla sedentarietà e al fumo di tabacco, e la riduzione delle disuguaglianze di salute.
2. *Sostenibilità*: interventi per i quali è stata ipotizzata la sostenibilità economica, ambientale e sociale nel tempo attraverso l'evidenza scientifica, ma anche l'esperienza degli esperti. La definizione operativa di sostenibilità non è stata così rigorosa come quella di efficacia e si è quindi basata su valutazioni costo-efficacia e costo-benefici derivanti anche da altri contesti, su valutazioni di impatto ambientale e, soprattutto, sociale. Essendo la documentazione scientifica in merito raramente disponibile, la sostenibilità è stata il più delle volte ipotizzata in modo indiretto sulla base delle evidenze disponibili, oppure, più spesso, sulla base della esperienza dell'autore della descrizione.
3. *Trasferibilità*: interventi per i quali è prevedibile la replicazione dell'effetto se trasferiti nel contesto italiano. In mancanza di definizioni operative nella letteratura scientifica, questa valutazione è di nuovo avvenuta in modo indiretto sulla base delle evidenze disponibili e dell'esperienza derivante dall'implementazione di interventi simili, alcuni dei quali applicati in Italia.

Accanto a questo, gli Autori dei vari contributi allegano un “manuale d'uso” che consenta, agli operatori che vorranno collocare nelle loro specifiche realtà queste esperienze, una corretta ed efficace trasferibilità.

Al fine di testare l'adattabilità del metodo, sono state quindi selezionate sei pratiche molto diverse tra di loro. Il metodo sembra adattarsi bene a tutte e sembra tenere conto del diverso grado di complessità.

Ricapitolando, nel volume si potranno trovare e prendere in considerazione le seguenti proposte, tenendo conto che l'esperimento prevede che questi Ipest siano messi alla prova, per valutare l'utilità del repertorio e la sua reale applicabilità. Nel sito [www.fsk.it](http://www.fsk.it) si potrà trovare uno spazio per commenti, critiche e anche per la proposta di nuovi Ipest da valutare per il prossimo Rapporto Prevenzione.

Le esperienze pubblicate nel volume sono così dedicate ai seguenti temi:

- Tassazione delle bevande zuccherate.
- Interventi di regolamentazione del packaging dei prodotti del tabacco.
- Sistemi di chiamata attiva e promemoria per le vaccinazioni (RR).
- Intervento di comunità per incrementare le coperture vaccinali in popolazioni difficilmente raggiungibili: il caso delle comunità Rom e Sinte di Verona.
- Il Pedibus.

Un Ipest è quindi un singolo intervento di prevenzione sostenuto da solide prove di efficacia, considerato trasferibile nel contesto italiano e sostenibile nel tempo. L'uso dell'Ipest deve avvenire all'interno di un processo di programmazione di qualità, che includa analisi dei bisogni e del contesto, coinvolgimento della comunità, valutazione delle risorse, disseminazione e valutazione (di processo e dei risultati).

La SItI ringrazia la Fondazione Smith Kline per la realizzazione del Rapporto Prevenzione 2015, il Board Prevenzione che ha discusso e approvato il Piano editoriale dell'opera, i Curatori e gli Autori dei vari contributi che hanno consentito la pubblicazione di uno strumento che riteniamo possa fare da punto di riferimento per quanti – operatori, programmatori, decisori e cittadini – operano con passione, professionalità e sensibilità all'interno del Servizio Sanitario Nazionale e segnatamente nel campo della prevenzione.



L'OSSERVATORIO ITALIANO  
PREVENZIONE (OIP) 2015:  
STORIA, RISULTATI, PROSPETTIVE

Francesco Calamo-Specchia<sup>1</sup>, Anna Lisa Nicelli<sup>2</sup>,  
Massimo Valsecchi<sup>3</sup>

1.  
**Un osservatorio per la prevenzione**

Nel novembre del 2010, lanciata dalla Fondazione Smith Kline (Fsk) e tempestivamente raccolta dalla Società Italiana di Igiene (SIItI), ha preso il via un'esperienza di costruzione – ampiamente partecipata da parte degli operatori dei Dipartimenti italiani – 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)*.

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 necessità 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*, l'Oip ha individuato tre fondamentali obiettivi strategici:

---

<sup>1</sup> Professore associato di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

<sup>2</sup> Vicepresidente e segretario generale della Fondazione Smith Kline

<sup>3</sup> Dipartimento di Prevenzione, Verona

- 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 Dipartimenti 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 Dipartimento, ma soprattutto di «che cosa sarebbe auspicabile che fosse e che facesse»; portando in tal modo un contributo al *disegno di una ipotesi di Dipartimento 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 Dipartimenti*, nei termini di un loro miglioramento e rafforzamento sia organizzativo che “politico” ed istituzionale.

2.

## 2010: 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 anche e 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<sup>4</sup>:

- *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 Dipartimenti in tre incontri interregionali – Bologna, Roma, Bari – nel 2010);
- *stimolo al confronto e all'integrazione tra gli operatori* perchè fornissero a griglie e questionario risposte unitarie e prodotte collegialmente (sul modello di una “*consensus conference*” dipartimentale diffusa);
- *stimolo alla soggettività autovalutativa degli operatori* (fino a 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 un'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 Dipartimenti alle dotazioni di risorse strumentali di quest'ultimo, ecc.), e nel prevedere *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.);
- *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* (Dipartimenti, 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 Dipartimenti, perché è evidente come gli

---

<sup>4</sup> Lagravinese, D., Calamo-Specchia, F. [2010], *Costruzione dell'osservatorio*, in (a cura di Boccia A. et al.): *Rapporto prevenzione 2010 – La formazione alla prevenzione*, Bologna, Il Mulino

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.

#### 2011-2014: i primi risultati e la messa a punto del sistema

Sulla scorta delle risultanze delle prime tornate di rilevazione attivate dall'Oip nel 2011-2012, cui hanno partecipato complessivamente 65 Dipartimenti (ossia il 40% degli allora 161 Dipartimenti italiani), e in cui sono stati utilizzati un questionario di valutazione e cinque griglie di rilevazione, e per preparare al meglio l'obiettivo di un incremento di copertura di tutto il territorio nazionale e di un ulteriore miglioramento della qualità dei dati, nel 2013-14 l'Oip ha effettuato una messa a punto ulteriore dei tempi e delle metodiche di lavoro, che ha portato al *ripensamento della periodicità delle rilevazioni e alla riorganizzazione e snellimento complessivo degli strumenti di indagine*<sup>5</sup>.

Si è quindi deciso che i dati *oggettivi e quantitativi* circa l'organizzazione e l'attività dei Dipartimenti, raccolti nel 2011-2012 con cadenza annuale, vengano rilevati a partire dal 2015 con *cadenza biennale*, e si articolino intorno a una *griglia di rilevazione snellita*; mentre la somministrazione del *questionario di valutazione soggettiva*, semplificato anch'esso, si è stabilito assuma una *cadenza quadriennale*, che consenta di mantenere una tribuna di grande ascolto potenziale aperta sulla voce degli operatori, e possa costituire, con cadenze sufficientemente ampie, un importante appuntamento per una verifica nazionale del “comune sentire” diffuso nei Servizi.

È stato anche attivato un sito Internet dell'Oip

---

<sup>5</sup> Calamo-Specchia, F., Nicelli A. L., Valsecchi M. [2013], Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip): verso una copertura completa del territorio nazionale, in (a cura di Cislaghi C. et al.): *Rapporto prevenzione 2013 – L'economia della prevenzione*, Bologna, Il Mulino

([www.osservaprevenzione.it](http://www.osservaprevenzione.it)), che ha consentito l'importantissima novità dell'introduzione della *modalità informatica nella raccolta dei risultati* delle indagini, che garantisce maggiore completezza, controllabilità e affidabilità dei dati.

Dalle *griglie di rilevazione* sono state eliminate quelle dedicate ai flussi informativi Asl, alle leggi regionali sulla prevenzione, alle risorse finanziarie del Dipartimento – che si erano mostrate di compilazione indaginosa, ed avevano prodotto risultati di non grande interesse; e sono state accorpate e semplificate quelle dedicate alle risorse strumentali e strutturali. Le rilevazioni quantitative, riorganizzate dunque in una unica *griglia informatica*, ne sono risultate riarticolate in cinque sezioni (precedute da una parte iniziale dedicata alla raccolta di notizie sul compilatore – fig.1), comprendenti complessivamente 24 domande:

1. analisi degli assetti organizzativi del Dipartimento (10 domande – fig.2, fig.3)
2. analisi delle risorse del Dipartimento (3 domande – fig.4)
3. analisi delle attività di epidemiologia della Asl (5 domande – fig.5)
4. analisi delle attività vaccinali (5 domande – fig.6)
5. analisi di tutte le attività preventive del Dipartimento e della Asl (1 domanda – fig.7)

Dal *questionario di valutazione soggettiva* è stata invece eliminata per intero la parte II, e condensate la I e III parte attraverso un sostanziale dimezzamento delle domande (tab. 1).

Infine, oltre a migliorare i propri strumenti di indagine, nel 2013-14 l'Oip ha messo in campo sia un *rinnovato impegno da parte dei suoi primi attivatori*, Fsk e Siti, sia una collaborazione crescente con le Società scientifiche e professionali della sanità pubblica italiana, acquisendo 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 gli igienisti nei Dipartimenti italiani.

4.

## Le rilevazioni del 2015

L'obiettivo operativo principale del lavoro condotto quest'anno dall'Oip è stato giungere ad ottenere *risultati da almeno il 50% dei Dipartimenti italiani*, al fine di avvicinarsi sempre più ad una piena rappresentatività statistica e "politica" del mondo (o dei mondi) della prevenzione italiana; e di preparare così una propria auspicabile generalizzazione e stabilizzazione, proponendosi ai decisori istituzionali come strumento – certo ancora modulabile e perfezionabile – ma già con un suo ampio e significativo radicamento e una sua sicura affidabilità.

Alla tornata di rilevazioni dell'Oip del 2015 hanno partecipato 91 Dipartimenti, pari al 62% del totale dei 147 Dipartimenti attivi al momento della rilevazione.

La risposta dei Direttori dei Dipartimenti alla richiesta di dati operata dall'Oip è stata generalmente molto positiva; su 147 referenti, tutti contattati via mail e successivamente via telefono, solo 7 si sono mostrati "a priori" non collaborativi, mentre 13 hanno fornito una risposta interlocutoria cui non hanno dato seguito; per gli altri 36 il mancato invio delle risposte, pur dopo ripetute dichiarazioni di interesse, va ascritto principalmente a mancanza di tempo (specie per sopravvenute emergenze operative) o a difficoltà nel reperire alcuni dati. Il risultato però di 91 Dipartimenti rispondenti sembra particolarmente lusinghiero, e testimonia dell'attenzione suscitata dall'Oip, oltre che della personale disponibilità e sensibilità dei Colleghi che hanno permesso di conseguirlo (e ai quali tutti va ancora un ringraziamento molto sentito). Confermando la tendenza all'aumento già riscontrata nel 2011 (23 Dipartimenti partecipanti a fronte dei 3 inizialmente previsti) e nel 2012 (60 Dipartimenti partecipanti), quest'anno il numero dei Dipartimenti rispondenti all'indagine dell'Oip è aumentato del 50% in numero assoluto (una volta e mezza i Dipartimenti che avevano partecipato nel 2012) e del 65% in percentuale (una volta e due terzi in più della percentuale dei partecipanti del 2012, in relazione anche

alla contrazione nel numero dei Dipartimenti).

Dei Dipartimenti che hanno partecipato alle rilevazioni di quest'anno, 40 erano già tra i partecipanti alle rilevazioni precedenti, mentre 51 hanno partecipato alle rilevazioni per la prima volta quest'anno. Tra i partecipanti del 2011-2012, quest'anno 24 Dipartimenti non hanno partecipato alle rilevazioni (ma solo 17 non hanno effettivamente inviato dati, mentre 7 non sono più attivi in quanto tali, perché accorpati).

Le Regioni coperte con la presenza di almeno un Dipartimento erano 12 nel 2011, 19 nel 2012, e sono tutte e 20 quest'anno. In 16 Regioni hanno partecipato alle rilevazioni la metà e oltre dei Dipartimenti; in Sardegna sono mancati 2 Dipartimenti a raggiungere tale livello, e in Lazio, Liguria e Lombardia solo uno (fig. 8).

Sommando il numero dei residenti nel territorio dei 91 Dipartimenti partecipanti complessivamente all'Oip nel 2015, si arriva ad oltre 34 milioni di cittadini, ossia il 57% dei 60,8 milioni di cittadini italiani.

Questi dati possono dunque costituire una base sufficientemente rappresentativa per un ulteriore sviluppo e per una eventuale istituzionalizzazione delle attività dell'Oip su tutto il territorio nazionale.

## 5.

### **Gli sviluppi del'Oip: la sfida della comunicazione e del consenso**

La presentazione completa dei risultati delle rilevazioni di quest'anno e le valutazioni di merito connesse sono contenute nel Rapporto prevenzione 2015; ma intanto, in una preliminare valutazione "metodologica", pare di poter dire che si confermi comunque anche quest'anno l'utilità del lavoro dell'Oip.

A livello di Ssn, persiste infatti la mancanza 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.

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 Dipartimenti 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 generate e 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 degli stanziamenti 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 Dipartimenti e prevenzione, analogo a quello per cui quando si pensa alla terapia viene immediatamente in mente a tutti l'ospedale.

Occorrerebbe dunque anzitutto far sapere ancor meglio che i Dipartimenti 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 forte sistema di conoscenza – e di sua comunicazione – che non lasci spazio all'impressione fallace 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.

Occorrerebbe insomma un complessivo rilancio – sia d'immagine, sia culturale, sia politico – della prevenzione; cui forse i risultati e le attività dell'Oip possono fornire un contributo.

Potrebbe dunque essere opportuno per il prossimo anno approntare un *documento di consenso* su tali temi, lavorando insieme ai Direttori e agli operatori di Dipartimento che si sono mostrati più interessati e più sensibili alle tematiche dell'Oip; e proporlo al variegato universo operativo, accademico, associativo della prevenzione italiana nel prossimo rapporto Prevenzione 2016.

Tale documento potrebbe essere via via accompagnato:

- da un impegno con Veterinari e Medici del lavoro per una riconfigurazione della griglia di rilevazione, da rendere sempre più aperta alla rilevazione dei mondi extra-igienistici della prevenzione;
- dai risultati delle valutazioni del 2017, che saranno insieme quantitative (auspicabilmente effettuate con la griglia rinnovata) e qualitative, e che dunque daranno nelle risposte al questionario (le cui domande potrebbero essere ancora migliorate ed integrate tramite una consultazione on-line degli operatori) ulteriori elementi di conoscenza degli atteggiamenti e delle opinioni degli operatori dipartimentali;
- dalla raccolta di buone pratiche, che da quest'anno procede in parallelo alle attività di rilevazione Oip.

Operando in tal modo, sembrerebbe potersi configurare un sistema completo di conoscenza e di proposta sulla prevenzione italiana, realizzato attraverso un' ampia consultazione di tutte le sue componenti, che per tale sua natura potrebbe proporsi come una presenza difficilmente eludibile alla attenzione e alle scelte dei decisori istituzionali e politici.

Fig. 1

Dati personali del responsabile della compilazione della griglia

- Dipartimento di prevenzione di
- Regione  
Scegliere solo una delle seguenti voci
- Nome e Cognome
- Profilo professionale (titolo di studio/specializzazione)
- Servizio o altra articolazione organizzativa dipartimentale di appartenenza
- Ruolo ricoperto nel Dipartimento
- Telefono cellulare
- Posta elettronica

**Chi è il compilatore**

Fig. 2

**Sezione 1 - ANALISI DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI DEL DIPARTIMENTO**

**1) Quali sono**  
**Domanda obbligatoria. Si prega di completare tutti i campi.**  
 In questo campo possono essere inseriti solo numeri:  
 Ambito territoriale del Dipartimento (kmq)   
 Popolazione servita dal Dipartimento   
 Numero di Comuni serviti dal Dipartimento

**2) Quali sono**  
**Domanda obbligatoria. Si prega di completare tutti i campi.**  
**Profilo professionale e specializzazione del Direttore del Dipartimento:**   
**Età anagrafica del Direttore del Dipartimento (anni)**

**3) Da quanto tempo sono in carica. (inserire il dato in anni e mesi)**  
**Domanda obbligatoria. Si prega di completare tutti i campi.**

	Anni
L'attuale Direttore del Dipartimento	<input type="text"/>
L'attuale Direttore generale ASL	<input type="text"/>

**4) Come ritenute approssimativamente l'età media degli operatori del Dipartimento?**  
**Sciegliere solo una delle seguenti voci**  
**Domanda obbligatoria.**  
 sotto i 30 anni  
 tra 30 e 40 anni  
 tra 40 e 50 anni  
 oltre i 50 anni

**5) Come ritenute approssimativamente la percentuale degli operatori non stabili (assunti a termine, a contratto, ecc.) sul totale degli operatori del Dipartimento?**  
**Sciegliere solo una delle seguenti voci**  
**Domanda obbligatoria.**  
 meno del 1%  
 tra 1% e 5%  
 tra 5% e 10%  
 più del 10%

**Com'è il Dipartimento**

**Chi è il Direttore**

**Da quando lo è**

**Età operatori**

**Stabilizzazione operatori**

Fig. 3

**11) Nella vostra Asl l'unità di epidemiologia...**  
**Sciegliere solo una delle seguenti voci**  
**Domanda obbligatoria.**  
 Se lo sceglie "altre", specificare nel campo testo di accompagnamento la scelta fatta...  
 è assente  
 è in staff al Dipartimento  
 è in staff alla Direzione Generale  
 altre:

**12) Nel vostro dipartimento una certificazione / accreditamento regionale...**  
**Sciegliere solo una delle seguenti voci**  
**Domanda obbligatoria.**  
 Se lo sceglie "il presente solo per alcune articolazioni organizzative (specificare)", specificare nel campo testo di accompagnamento la scelta fatta...  
 è presente per tutto il Dipartimento  
 è assente per tutto il Dipartimento  
 è presente solo per alcune articolazioni organizzative (specificare):

**13) Nel vostro dipartimento un sistema per la gestione della qualità...**  
**Sciegliere solo una delle seguenti voci**  
**Domanda obbligatoria.**  
 Se lo sceglie "il presente solo per alcune articolazioni organizzative (specificare)", specificare nel campo testo di accompagnamento la scelta fatta...  
 è presente per tutto il Dipartimento  
 è assente per tutto il Dipartimento  
 è presente solo per alcune articolazioni organizzative (specificare):

**14) Tra le attività del vostro Dipartimento vi sono quanti... ?**  
**Domanda obbligatoria. Si prega di completare tutti i campi.**

	0	1	3-5	6 o più
progetti sostenuti da finanziamenti di Regione o NDR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
progetti sostenuti da finanziamenti ISTITUZIONALI (sistema alla Regione-ASL)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
progetti sostenuti da finanziamenti COMMERCIALI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
progetti sostenuti sia da finanziamenti ISTITUZIONALI che da finanziamenti COMMERCIALI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**15) Inserire un organigramma del vostro Dipartimento che individui le unità ATTUALMENTE OPERATIVE**  
 Selezionare al massimo 3 file per l'upload  
 Caricamento di file

**Unità di epidemiologia**

**Certificazioni/ accreditamento**

**Controllo di qualità**

**Numero e natura dei progetti attivi**

**Organigramma**





**Tabella 1 Questionario di valutazione (indagine quadriennale)**

Come giudicate ognuno di questi aspetti del Dipartimento	l'adattabilità ai progetti regionali
	i rapporti con l'assessorato regionale (autonomia decisionale)
	il contributo alla definizione degli obiettivi regionali
	i rapporti con la dirigenza ASL (autonomia decisionale)
	il contributo alla definizione degli obiettivi aziendali
	i rapporti con i medici di medicina generale e con i pediatri di base
	i rapporti con l'unità di epidemiologia (se presente)
	i rapporti con l'ospedale
	i rapporti con il distretto
	la qualità della comunicazione (verso le altre articolazioni ASL, verso referenti istituzionali diversi extra-ASL, verso la popolazione generale, ritorni comunicativi verso il Dipartimento)
	la corrispondenza tra le vocazioni degli operatori e la loro reale allocazione in ruoli e attività
	la capacità di promuovere l'equità sociale con i propri interventi
l'attuazione degli obiettivi dell'impegno OMS "Salute in tutte le politiche" nel proprio territorio	
Indicate, per ognuna delle aree del Dipartimento, gli argomenti per cui è più necessario aggiornamento	
Indicate punti forti e punti deboli del Dipartimento	
Aggiungete, se volete, considerazioni e commenti	
Domanda riservata al compilatore del questionario	come ha fornito le risposte al questionario soggettivo? (interpretando da solo il "comune sentire" dei Colleghi del Dipartimento, o dopo una consultazione di alcuni colleghi più interessati, o di alcuni o di tutti i responsabili dei servizi e delle aree, o di un gruppo di colleghi dei diversi ruoli e profili professionali)

Fig. 8 Oip – Rilevazioni 2015 – Dipartimenti partecipanti





# DALLE BUONE PRATICHE DI PREVENZIONE AGLI IPEST: UN NUOVO STRUMENTO PER LA PREVENZIONE EFFICACE

di F. Faggiano<sup>1,2</sup> e S. Caristia<sup>1</sup>

1.

## Una riflessione sulle “Buone Pratiche per la Prevenzione” in Italia

La prevenzione delle Malattie Non Trasmissibili (MNT) è una priorità riconosciuta a livello nazionale e internazionale, ma che appare tutt’ora debole da un punto di vista scientifico.

Rispetto ad altri settori della sanità e della prevenzione – si pensi alla stessa attività preventiva delle malattie trasmissibili – non esistono regole né prontuari o raccomandazioni condivise dalla comunità scientifica che guidino alla scelta di interventi di prevenzione appropriati agli obiettivi desiderati. Al contrario, oggi l’attività preventiva delle MNT sembra caratterizzata da interventi che per la maggior parte sono privi di solide basi scientifiche e di prove di efficacia [1]–[4], come emerge dallo studio condotto dal DoRS Piemonte nel 2008 [5]. Eppure le revisioni Cochrane ci informano che, tra quelli valutati, appena un terzo degli interventi risulta essere efficace nel raggiungere gli obiettivi di salute, con un’importante presenza di interventi con effetti iatrogeni [1]–[4].

In questo scenario, il concetto di Buona Pratica (BP) sembra essere potenzialmente utile a guidare l’attività preventiva, e in effetti è oggi molto utilizzato dalla comunità scientifica e dal mondo della prevenzione. Ma cosa è una Buona Pratica? In letteratura scientifica vi è un’ampia varietà di definizioni del concetto, che possono essere ricondotte, con qualche approssimazione, a due ampie posizioni:

- da una parte, vi sono coloro che definiscono la buona pratica all’interno del dominio dell’*evidence-based practice* [6]–[9], classificando le pratiche sulla base delle prove scientifiche di efficacia esistenti e derivanti da studi e valutazioni

---

<sup>1</sup> Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara

<sup>2</sup> CEIMS, Centro di Eccellenza Interdipartimentale in Management Sanitario, Università del Piemonte Orientale, Novara

rigorose – e sperimentali, quando possibile – analizzate nell’ambito dell’Health Technology Assessment (HTA) o dell’elaborazione di linee guida [6], [10];

- dall’altra parte, vi sono coloro che le definiscono all’interno di un *quadro teorico processuale*, di sostegno al lavoro degli operatori e di stimolo alla riflessione critica sul “modo di fare le cose”. Questi studiosi considerano le buone pratiche come quei processi che rispondono a criteri di qualità e che implicano la progettazione, implementazione e valutazione di un intervento preventivo [11], [12]. La bontà della pratica è supportata dunque dalla conoscenza derivante da diverse fonti – ricerca sperimentale, ricerca qualitativa, opinione degli esperti, esperienza; una buona pratica deve tener conto della “polifonia di voci”, opinioni, visioni e rappresentazioni dei problemi di salute e di benessere, affinché possa essere implementata in modo efficace nei diversi contesti.

Certo, emerge anche una posizione intermedia, avanzata dall’OMS [13] e all’interno del Joint Action europeo ChroDis [14], che definisce le buone pratiche come strategie e interventi che dovrebbero essere fondati sulle più recenti prove scientifiche e/o su buone pratiche, oltre che su aspetti come costo-efficacia, accessibilità, adattabilità al contesto culturale, ecc., ma non sembra sufficiente a ridurre la contrapposizione fra le due posizioni principali.

In sintesi, come presentato in fig. 1, l’approccio *evidence-based* definisce la BP come un intervento facilmente identificabile e isolabile – dai confini ben stabiliti – che produce effetti misurabili; al contrario, l’approccio di processo definisce la pratica come quell’insieme di azioni condotte a livello di comunità e relative a tutte le fasi dell’azione preventiva – dalla definizione delle priorità alla scelta, implementazione e valutazione dell’intervento – e che devono rispettare determinati criteri di qualità per poter essere definite come buone.

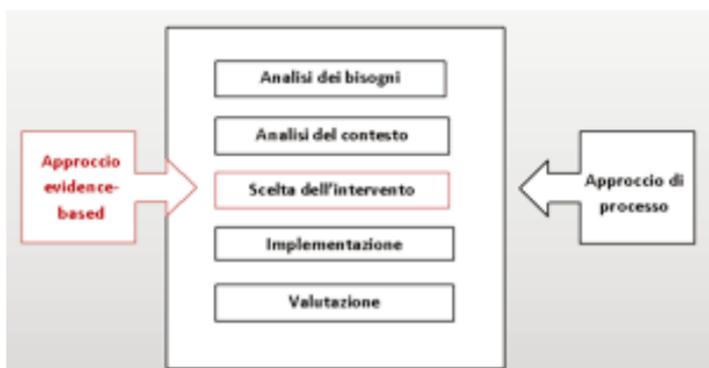


Fig. 1 Approcci e definizioni delle Buone Pratiche in prevenzione a confronto

## 2. Buone pratiche: due approcci complementari ma un problema nominale

È facile comprendere che i due approcci sono complementari ed entrambi fondamentali per lo sviluppo di una scienza preventiva solidamente fondata sulla teoria e su metodi riconosciuti e condivisi nella comunità scientifica. Definire la BP secondo l'approccio *evidence-based* non significa che l'intervento non debba essere preceduto da un'attenta analisi dei bisogni e del contesto e seguito da un'accurata implementazione e valutazione. Le tappe definite dall'approccio di *processo* devono essere sempre presenti quando si fa prevenzione, indipendentemente da cosa si intenda per BP, ma non per questo devono essere parte di questa. Tutti aspetti che riguardano il “metodo corretto di fare prevenzione” anziché il concetto di “buona pratica”. Almeno secondo l'opinione di questi studiosi.

I due approcci sono complementari: un intervento da solo, senza un processo di attivazione della comunità, senza implementazione e monitoraggio dei meccanismi che si attivano, avrà poche possibilità di produrre un impatto rilevabile e rilevante; nello stesso tempo, un processo di qualità, quand'anche ottimale in tutte le sue fasi, non ha probabilità di apportare miglioramenti alla salute se l'intervento – o l'insieme degli interventi – che mette in atto non è efficace.

Tuttavia, l'uso a volte "inflazionato" del termine in letteratura scientifica può generare confusione e mal interpretazione; inoltre, l'accostamento al termine "pratica" dell'aggettivo "buona" o "migliore" conferisce un tono evocativo rimandando a qualcosa di efficace, desiderato e ricercato, anche se in mancanza di prove di efficacia. E questo comporta il rischio che possano essere adottati in prevenzione interventi che, sebbene etichettati come BP, potrebbero essere inefficaci o, peggio, dannosi.

Per questo, proponiamo di sospendere l'uso dell'espressione "Buone Pratiche", e di sostituirla con una nuova espressione, più chiara e precisa: Interventi Preventivi Efficaci, Sostenibili e Trasferibili. Questo produce un pessimo acronimo, Ipest, ma marca la differenza. Ci auguriamo di trovare un nome migliore, che possa rappresentare - anche simbolicamente - quelle azioni mirate, isolabili e valutabili, con obiettivi espliciti di cambiamento di comportamenti a rischio per la salute, per le quali sia stata provata l'efficacia. Azioni che devono essere dotate di adeguate valutazioni, di prove di trasferibilità in contesti d'azione diversi e di sostenibilità (presente e nel tempo) economica, ambientale (o intergenerazionale, ovvero intervenire sull'ambiente senza compromettere le risorse e il patrimonio ambientale presente e futuro) e, infine, sociale (o intra-generazionale, intervenire garantendo un'equa distribuzione delle condizioni di benessere). Quindi, un intervento capace di generare un cambiamento dei comportamenti, della cultura o dell'organizzazione economica, politica e sociale di una società, al fine di soddisfare i bisogni presenti senza compromettere quelli futuri.

### 3.

#### **Un repertorio di Ipest: un esperimento**

Un Ipest è quindi un singolo intervento di prevenzione sostenuto da solide prove di efficacia, considerato trasferibile nel contesto italiano e sostenibile nel tempo. L'uso dell'Ipest deve avvenire all'interno di un processo di programmazione di qualità, che includa analisi dei bisogni e del contesto, coinvolgi-

mento della comunità, valutazione delle risorse, disseminazione e valutazione (di processo e dei risultati). Tuttavia, questo processo, che da un punto di vista generale è sempre lo stesso, non fa parte dell'Ipest.

Nella fase di progettazione dell'azione preventiva è fondamentale l'intero processo, ma anche la scelta dell'intervento. Pertanto, nell'ambito del Rapporto Prevenzione 2015, inauguriamo l'avvio di un repertorio di Ipest, dove l'operatore della prevenzione e il policy maker possano trovare gli interventi efficaci, adatti e sostenibili nella realtà in cui intendono agire. L'uso di Ipest inclusi nel repertorio dovrebbe rispondere contemporaneamente a criteri di efficacia e efficienza della pratica preventiva, accrescendo così la probabilità di successo e riducendo il rischio legato a interventi progettati *ex-novo*.

Si tratta di un'operazione sperimentale. I suoi obiettivi riguardano: I) l'elaborazione di una metodologia di individuazione di Ipest potenziali; II) la definizione di una modalità operativa di presentazione e descrizione dell'Ipest che ne faciliti la "traduzione" nella pratica; III) la costruzione di un repertorio di Ipest ad uso degli operatori della prevenzione.

Un repertorio di interventi di prevenzione efficaci non è di per sé un'innovazione. Esempi di questo tipo se ne trovano all'estero [7], [8], [15], [16], ma anche in Italia, dove il DoRS Piemonte gestisce una banca dati di progetti di prevenzione selezionati sulla base di un insieme di criteri di qualità [17].

L'innovazione riguarda la tipologia delle pratiche incluse, le caratteristiche di trasferibilità e sostenibilità sottolineate dall'acronimo stesso, ma anche il metodo: un repertorio nazionale di interventi selezionati da centri di ricerca con la partecipazione dei professionisti della prevenzione. Infatti, con questo esperimento si vuole raccogliere opinioni e feedback sulla sua utilità e fruibilità da parte dei potenziali utilizzatori (operatori della prevenzione, i decisori della sanità pubblica e la comunità scientifica), per migliorare la selezione e la descrizione degli Ipest stessi.

Ma anche raccogliere candidature a Ipest di interventi utilizzati sul territorio nazionale da presentare nel rapporto del prossimo anno. Per questo sul sito della FSK sarà possibile

lasciare propri commenti, impressioni e suggerimenti, oltre che le candidature a Ipest ([ww.fsk.it](http://www.fsk.it)).

#### 4.

### Metodi

Una volta definito il concetto di Ipest, elaborato nell'ambito dei corsi dell'*Advanced School of Prevention and Health Promotion* dell'Università del Piemonte Orientale e con il contributo critico dei colleghi del Dors Piemonte, sono state condotte una serie di attività: i) selezione di un primo pool di pratiche sulla base della rilevanza per la sanità pubblica italiana e delle prove di efficacia disponibili; ii) elaborazione delle modalità di descrizione degli Ipest; iii) identificazione dei candidati per l'elaborazione della presentazione degli Ipest, sulla base delle loro esperienze e competenze in materia; iv) discussione con i candidati sui potenziali Ipest da presentare; v) stesura della descrizione; vi) revisione finale dei capitoli per standardizzarli.

I potenziali Ipest sono stati individuati sulla base di tre criteri:

1. *Efficacia*: il criterio “filtro” riguarda interventi la cui efficacia sia stata provata da studi rigorosi, secondo i criteri della EBM. L'evidenza di efficacia è la condizione *sine qua non* dell'intervento. L'efficacia può essere stata valutata attraverso studi sperimentali o studi osservazionali ed ecologici, qualora lo studio sperimentale non sia applicabile. A partire dai fattori di rischio prioritari definiti dal Piano Nazionale di Prevenzione 2014-18, è stata elaborata una lista preliminare di azioni di prevenzione per le quali vi fossero interventi efficaci: la copertura vaccinale della popolazione, la promozione della dieta corretta, la lotta alla sedentarietà e al fumo di tabacco, e la riduzione delle diseguaglianze di salute.
2. *Sostenibilità*: interventi per i quali è stata ipotizzata la sostenibilità economica, ambientale e sociale nel tempo attraverso l'evidenza scientifica, ma anche l'esperienza degli esperti. La definizione operativa di sostenibilità non

è stata così rigorosa come quella di efficacia e si è quindi basata su valutazioni costo-efficacia e costo-benefici derivanti anche da altri contesti, su valutazioni di impatto ambientale e, soprattutto, sociale. Essendo la documentazione scientifica in merito raramente disponibile, la sostenibilità è stata il più delle volte ipotizzata in modo indiretto sulla base delle evidenze disponibili, oppure, più spesso, sulla base della esperienza dell'autore della descrizione.

3. *Trasferibilità*: interventi per i quali è prevedibile la replicazione dell'effetto se trasferiti nel contesto italiano. In mancanza di definizioni operative nella letteratura scientifica, questa valutazione è di nuovo avvenuta in modo indiretto sulla base delle evidenze disponibili e dell'esperienza derivante dall'implementazione di interventi simili, alcuni dei quali applicati in Italia.

Infine, gli autori della descrizione dell'Ipest sono stati invitati a elaborare un chiaro, leggibile, sintetico “manuale d'uso” che riportasse quanto necessario al trasferimento dell'intervento.

## 5.

### Gli interventi selezionati

Gli interventi che hanno superato la selezione e che sono stati inclusi in questa prima versione del repertorio sono sei. Si tratta di interventi di varia tipologia, proprio per sperimentare la metodologia di selezionare per diverse tipologie di intervento: dalla tassazione delle bevande zuccherate e del tabacco, a quelli per aumentare la copertura vaccinale o per raggiungere popolazioni svantaggiate, passando per il Pedibus. Di seguito si presentano brevemente gli Ipest selezionati, evidenziando anche gli aspetti più importanti del “manuale d'uso”.

#### 5.1. Tassazione delle bevande zuccherate

La tassazione delle bevande zuccherate è un Ipest per la lotta all'obesità e alle malattie croniche correlate alla dieta alimentare. E' una pratica: i) supportata da una solida letteratura scien-

tifica che mostra una relazione inversa tra prezzo e consumo [18] e peso [19]; ii) è trasferibile nel contesto italiano purché si rifletta sui prezzi al consumo [20]; iii) è sostenibile economicamente grazie ad un aumento del gettito fiscale, purché sia applicata la tassazione in maniera strategica (come ad esempio l'uso strategico e selettivo dell'IVA proporzionale alla concentrazione di zucchero); iv) è sostenibile socialmente se accompagnata da campagne comunicative e programmi educativi e di contrasto all'obesità infantile e nella popolazione adulta e di sostegno al consumo di prodotti salutari.

L'implementazione di questa policy può incontrare alcuni ostacoli che toccano il piano economico, sociale, legislativo. Gli autori che hanno presentato questo Ipest, mostrano, attraverso la letteratura e l'analisi della realtà italiana, come superare barriere quali l'accettabilità sociale e le opposizioni sull'iniquità dell'intervento che colpisce i consumatori meno abbienti, l'impatto regressivo sull'economia e sull'occupazione, la coerenza della tassa con la Costituzione italiana e con il diritto comunitario.

Per implementare questo intervento gli autori propongono nel "manuale d'uso" una serie di attività necessarie ad accrescere la probabilità di efficacia e sostenibilità relative alla fattibilità dell'intervento, la progettazione partecipata, la valutazione e la costruzione della proposta di legge. Inoltre, evidenziano quali risorse infrastrutturali siano necessarie (per la rilevazione dati, la sorveglianza dello stato nutrizionale e la valutazione dell'impatto), quali competenze e professionalità, quali attori coinvolgere nel processo di progettazione e implementazione (associazioni di categoria dell'industria e dei consumatori, medici e pediatri di famiglia, ecc.) e quali messaggi comunicare alla popolazione in supporto alla policy.

## 5.2. La tassazione dei prodotti del tabacco

Per la lotta al tabagismo è stato scelto un intervento che è già parte della normativa italiana, ma in forma molto lieve. Se ne propone una riforma della normativa nazionale, che mira a

promuovere la cessazione e a ridurre l'attrazione verso il fumo delle nuove generazioni. La tassazione del tabacco è un Ipest perché: i) è supportata da una buona evidenza sull'associazione inversa tra pezzi e prevalenza di fumatori per tutte le età e per le classi con basso SES [21]; ii) è trasferibile nel contesto italiano in quanto conforme al diritto comunitario, porterebbe ad un aumento delle entrate fiscali [22], [23] ed è adatto al momento storico che il tabacco sta vivendo nella nostra società, secondo il modello dell'epidemia del tabacco [24]; iii) è una policy costo-efficace; iv) è sostenibile socialmente se accompagnata da un'adeguata campagna informativa sui motivi e sulle destinazioni delle entrate aggiuntive.

Gli ostacoli evidenziati per un'implementazione efficace sono ben documentati e affrontati da agenzie internazionali come l'Oms e la Banca Mondiale, e riguardano i falsi miti ed esagerazioni spesso riportati dall'industria del tabacco per negare la sostenibilità e trasferibilità della policy, nonché la sua efficacia. Tra le barriere presentate per le quali sono stati offerti alcuni suggerimenti per il loro superamento, si ricorda la questione dei trinciati (o sostituti), la necessità di un'azione di pressione e advocacy di contrasto alle pressioni dell'industria del tabacco (vi veda in merito il Manifesto per l'Endgame del tabacco in Italia [25]), la necessità di modificare la struttura della tassazione dei tabacchi per assicurare l'efficacia, e di superare i conflitti di interesse governo – industria del tabacco.

Gli autori hanno proposto un "manuale d'uso" come parte dell'intervento stesso in quanto composto da azioni che legittimano la tassa agli occhi dell'opinione pubblica. Inoltre, sottolineano la necessità di una riforma legislativa che permetta l'implementazione efficace, non solo relativa alla regolamentazione del mercato (attraverso la ristrutturazione della tassazione esistente) ma anche relativa alle possibilità d'azione delle amministrazioni regionali. Affinché questo abbia successo, gli autori di questo Ipest hanno evidenziato anche quali attori dovrebbero entrare in gioco (dal governo alle comunità e famiglie) e alcuni consigli per garantire l'accettabilità sociale e politica della tassa.

### 5.3. Interventi di regolamentazione del packaging dei prodotti del tabacco

Altro intervento individuato per la lotta al tabagismo è la regolamentazione del packaging dei prodotti del tabacco. In questo caso, si tratta di interventi che mirano ad eliminare quegli aspetti del confezionamento che influenzano la scelta di consumo, o a modificarli per scoraggiarlo: scritte, pittogrammi, colore e marca del prodotto. Anche in questo caso l'Italia ha adottato alcune soluzioni, ma resiste ad adottare quelle più efficaci. Gli interventi di packaging sono Ipest perché: i) suscitano emozioni negative associate alla cessazione, aumentano la consapevolezza dei danni e riducono interpretazioni sbagliate sul prodotto e, infine, diminuiscono il fascino promozionale del prodotto [26], [27]; ii) sono trasferibili nel contesto italiano in quanto compatibili con il diritto comunitario ma devono essere accompagnati da una strategia multicomponente di lotta contro il fumo [25]; iii) sono sostenibili economicamente in quanto i costi ricadono sull'industria, purché siano accompagnati da una politica di riconversione dell'economia.

Le possibili obiezioni alla più radicale delle soluzioni proposte, specialmente dall'industria, sono state superate nell'esperienza dei paesi che hanno introdotto il pacchetto generico. Questo intervento infatti non viola i diritti di proprietà intellettuale così come gli accordi commerciali internazionali.

Il "manuale d'uso" di questo Ipest evidenzia tra le attività necessarie la creazione di un tavolo tra governo, industria e gruppi di pressione contro il fumo affinché la progettazione e implementazione dell'intervento sia concertata in modo partecipativo, coinvolgendo i rappresentanti di ogni gruppo di interesse.

### 5.4 Sistemi di chiamata attiva e promemoria per le vaccinazioni (RR)

Per promuovere la copertura vaccinale sono proposti i sistemi di chiamata attiva/promemoria, in cui una soluzione tecnologica viene usata per comunicare messaggi di salute o per sup-

portare un comportamento sano. Il sistema RR è un Ipest perché: i) vi è una buona evidenza scientifica sulla sua efficacia nell'accrescere il tasso vaccinale per bambini e adulti, per tutti i tipi di setting e per diverse vaccinazioni [28], [29]; ii) è trasferibile in Italia purché sia accompagnato da un potenziamento del servizio vaccinale in termini di accessibilità [30]; iii) è sostenibile economicamente utilizzando i piani tariffari con le compagnie di tele-comunicazione già utilizzati dai dipartimenti di prevenzione, contrattandone di nuovi oppure stringendo nuove partnership con aziende informatiche e delle telecomunicazioni.

I limiti principali all'implementazione riguardano aspetti meramente tecnici, per i quali vengono dati suggerimenti utili al loro superamento: la capacità di individuazione automatica della popolazione target, la difficoltà dell'uso di software complessi di gestione del sistema, la capacità infrastrutturale dei servizi vaccinali.

Il "manuale d'uso" offre una dettagliata lista di attività necessarie all'implementazione (creazione di un database, lista contatti, software di gestione automatica, team di gestione del sistema, ecc.), di risorse materiali e infrastrutturali necessarie e identifica le modalità più efficaci ed efficienti per organizzare il sistema e implementare l'intervento (natura del software, del database, come organizzare e gestire i messaggi, ecc.).

#### **5.5. Intervento di comunità per incrementare le coperture vaccinali in popolazioni difficilmente raggiungibili: il caso delle comunità Rom e Sinte di Verona**

L'Ipest proposto ha l'obiettivo di incrementare le coperture vaccinali in gruppi di popolazione difficili da raggiungere al fine di ridurre le disuguaglianze di salute. Si tratta di un Ipest particolare perché utilizza l'esperienza dell'ULSS 20 per definire la trasferibilità, oltre che per definire il "manuale d'uso". Questi interventi sono Ipest perché: i) sono efficaci nell'aumentare il tasso vaccinale in popolazioni emarginate o difficili da raggiungere, quando sono coordinati e implementati in collaborazione tra associazioni comunitarie, autorità locali e servizi vaccinali [31]; ii) sono trasferibili in contesti con disparità di

accesso, per adulti e bambini in contesti urbani e suburbani [32]; iii) sono economicamente onerosi, e pertanto sostenibili in relazione ai contesti con elevate disparità di copertura vaccinale tra gruppi di popolazione [33].

Gli autori, in base alle informazioni disponibili dalla letteratura e all'esperienza maturata nei confronti delle popolazioni Rom e Sinte veronesi, hanno elaborato un "manuale d'uso". Tra le indicazioni del manuale l'importanza della collaborazione tra pubblico e privato sociale, l'uso di mediatori, il raggiungimento del target nel contesto di vita, le modalità per entrare in contatto con il target e la costruzione della fiducia, di sensibilizzazione e informazione e di gestione della pratica vaccinale effettiva.

## 5.6. Il Pedibus

Pedibus è un'iniziativa organizzata e finalizzata alla lotta alla sedentarietà attraverso la promozione del cammino, dell'uso della bicicletta e della mobilità autonoma nell'infanzia e nella pre-adolescenza. In particolare, organizza l'andare e tornare i bambini da scuola a piedi con altri bambini, accompagnati da adulti (i più piccoli) o in modo autonomo (i più grandi). Il Pedibus è un Ipest perché: i) è di efficacia provata da alcuni studi sperimentali che mostrano effetti positivi sull'attività fisica e l'abitudine al cammino, abitudini alimentari, sui parametri psicologici (auto-efficacia e aspettative dei genitori) e sociali, e sulla sicurezza stradale [34], [35]; ii) è adottabile in Italia in contesti urbani o piccoli paesi dove la distanza casa-scuola non è eccessiva (1-3 km); iii) è sostenibile dal punto di vista ambientale perché promuove la mobilità attiva con effetti positivi sulla vivibilità dei contesti urbani, sui livelli d'inquinamento, di traffico e di rumore [36]; iv) è sostenibile dal punto di vista sociale se adeguatamente pubblicizzato, costruito con una buona rete di soggetti differenti e se coinvolge anche la popolazione straniera. Infine, v) è sostenibile economicamente in quanto non richiede ingenti investimenti e risorse materiali e comporta un risparmio di costi sanitari per riduzione di morti premature per sedentarietà/mancanza di attività fisica, per

inquinamento dell'aria e incidentalità stradale [37], [38].

Per la sua implementazione gli autori sottolineano la necessità di superare gli ostacoli urbanistici, legati alla carenza di personale e le barriere che potrebbero accrescere le disuguaglianze di salute, attraverso consigli per il coinvolgimento e la partecipazione della popolazione straniera (in particolare delle famiglie).

Gli autori, in base alla letteratura disponibile e alla loro esperienza maturata implementando questo intervento (ULSS 20 di Verona), propongono un “manuale d'uso” [38] che riporta l'intero processo di implementazione dell'Ipest (dalla costruzione del gruppo inter-istituzionale per l'avvio dell'intervento alla realizzazione dei materiali quali paline e brochure informative, dall'individuazione del percorso e alla pianificazione dell'intervento per l'anno scolastico successivo); le risorse materiali e infrastrutturali necessarie; il capitale umano richiesto per l'attivazione e gli attori da coinvolgere fin dalla progettazione. Infine, offrono indicazioni utili per recuperare il materiale informativo disponibile sull'intervento e su esperienze simili che hanno l'obiettivo di promuovere la mobilità attiva e autonomia di bambini e adolescenti.

## 6.

### Qualche commento

Questa sezione del Rapporto Prevenzione 2015 è dedicata ad una riflessione intorno al concetto e uso di Buona Pratica di prevenzione. Ne è risultata la necessità di proporre una nuova definizione e anche un nuovo nome, Ipest, al fine di evitare le ambiguità che le numerose definizioni esistenti hanno prodotto.

È stato poi proposto un metodo per la loro identificazione e per la loro descrizione, e un repertorio per loro archiviazione, che potrà venire rifornito con nuovi interventi selezionati nei prossimi Rapporti Prevenzione.

In modo sperimentale poi il metodo è stato applicato a sei diverse pratiche, identificate come Ipest. L'esperimento prevede che questi Ipest siano messi alla prova, per valutare l'utilità del repertorio e la sua reale applicabilità. Nel sito [www.fsk.it](http://www.fsk.it) viene

allestito uno spazio per commenti, critiche e anche per la proposta di nuovi Ipest da valutare per il prossimo Rapporto Prevenzione.

Al fine di testare l'adattabilità del metodo, sono state selezionate sei pratiche molto diverse tra di loro. Il metodo sembra adattarsi bene a tutte e sembra tenere conto del diverso grado di complessità. Noi teniamo però a valorizzare anche Ipest meno mirate alla pratica della prevenzione, come le policy sulla tassazione delle bevande zuccherate o sul packaging del tabacco; seppur abbiano un target specifico, i policy-maker nazionali, riteniamo che averne evidenziato l'efficacia, la trasferibilità e la sostenibilità, debba sollecitarli a implementarle al più presto, così come debba convincere gli altri stakeholders, in particolare le associazioni scientifiche e professionali, le associazioni di cittadini, e gli operatori della prevenzione tutti, a fare pressioni a questo fine.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] F. Faggiano, D. Concina, R. Molinar, and E. Allara, “La prevenzione primaria di tumori e malattie cardiovascolari: una overview della letteratura scientifica”, *Epidemiol. Prev.*, vol. 38, no. 6 Suppl 2, pp. 19–22, Jan. 2014.
- [2] F. Faggiano, F. Giannotta, and E. Allara, “Strengthening Prevention Science to Ensure Effectiveness of Intervention in Practice: Setting up an International Agenda”, in *Defining Prevention Science*, 2014, pp. 597 – 615.
- [3] F. Faggiano, E. Allara, F. Giannotta, R. Molinar, H. Sumnall, R. Wiers, S. Michie, L. Collins and P. Conrod, “Europe needs a central, transparent, and evidence-based approval process for behavioural prevention interventions.”, *PLoS Med.*, vol. 11, no. 10, p. e1001740, Oct. 2014.

- [4] C. E. Werch and D. M. Owen, "Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs.", *J. Stud.Alcohol*, vol. 63, no. 5, pp. 581–90, Sep. 2002.
- [5] E. Coffano, "Guadagnare salute in adolescenza: Ricognizione delle esperienze di prevenzione e promozione della salute in Italia", 2009. [Online]. Available:[http://www.dors.it/public/ar3601/REPORT\\_progettoAdolescenti.pdf](http://www.dors.it/public/ar3601/REPORT_progettoAdolescenti.pdf). [Accessed: 24-Jul-2015].
- [6] M. Perleth, E. Jakubowski, and R. Busse, "What is 'best practice' in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems", *Health Policy (New York)*, vol. 56, no. 3, pp. 235–250, Jun. 2001.
- [7] R. Cameron, R. Walker, and M. A. Jolin, *International best practices in heart health*. Toronto, Ontario: Ontario Public Health Association, 1998.
- [8] T. B. Sahay, I. Rootman, and F. D. Ashbury, *Review of Nutrition Interventions for Cancer Prevention*. Cancer Care Ontario, 1999.
- [9] Public Health Agency of Canada, "Canadian Best Practice Portal", 2015. [Online]. Available: <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/interventions/about-best-practices/>. [Accessed: 16-Jan-2015].
- [10] EMCDDA, "European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction", *Best practice in drug interventions*, 2015. [Online]. Available: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>. [Accessed: 15-Jan-2015].
- [11] B. Kahan and M. Goodstadt, "The Interactive Domain Model of Best Practices in Health Promotion: Developing and Implementing a Best Practices Approach to Health Promotion", *Health Promot. Pract.*, vol. 2, no. 1, pp. 43–67, Jan. 2001.

- [12] DoRS, “Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute”, *Glossario dei termini di promozione della salute Allegato alla griglia per l’individuazione delle buone pratiche di prevenzione e promozione della salute*, 2015. [Online]. Available: [http://www.dors.it/alleg/bp/201205/GlossarioBP\\_def.pdf](http://www.dors.it/alleg/bp/201205/GlossarioBP_def.pdf). [Accessed: 14-Jan-2015].
- [13] WHO, “Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020”, Geneva, 2013.
- [14] CHRODIS - Addressing Chronic Diseases and Healthy Agency across the Life Cycle, “Joint Action CHRODIS”, 2015. [Online]. Available: <http://www.chrodis.eu/>. [Accessed: 25-May-2015].
- [15] B. Kahan, “IDM Best Practices for health promotion, public health and population health”, 2012. [Online]. Available: <http://www.idmbestpractices.ca/idm.php>. [Accessed: 14-Jan-2015].
- [16] Promozione Salute Svizzera, “Quint-essenz Promozione Salute Svizzera”, *Best-Practice in Gesundheitsförderung und Prävention*, 2012. [Online]. Available: [http://www.quintessenz.ch/it/topics/1279?section\\_id=2](http://www.quintessenz.ch/it/topics/1279?section_id=2). [Accessed: 15-Jan-2015].
- [17] DoRS and RePES, “Pro.Sa. Banca Dati di Progetti e interventi di Prevenzione e Promozione della Salute”, 2014. [Online]. Available: <http://www.retepromozionesalute.it/>. [Accessed: 25-Jun-2015].
- [18] M. L. Niebylski, K. A. Redburn, T. Duhaney, and N. R. Campbell, “Healthy food subsidies and unhealthy food taxation: A systematic review of the evidence.”, *Nutrition*, vol. 31, no. 6, pp. 787–795, Jun. 2015.
- [19] K. D. Brownell, T. Farley, W. C. Willett, B. M. Popkin, F. J. Chaloupka, J. W. Thompson, and D. S. Ludwig, “The

- public health and economic benefits of taxing sugar-sweetened beverages.”, *N. Engl. J. Med.*, vol. 361, no. 16, pp. 1599–605, Oct. 2009.
- [20] L. Pieroni, D. Lanari, and L. Salmasi, “Food prices and overweight patterns in Italy.”, *Eur. J. Health Econ.*, vol. 14, no. 1, pp. 133–51, Feb. 2013.
- [21] WHO, “Raising tax on tobacco. What you need to know”, Geneva, 2014.
- [22] IARC, *IARC Handbooks of Cancer Prevention: Tobacco Control. Volume 14. Effectiveness of Price and Tax Policies for Control of Tobacco*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2011.
- [23] S. Gallus and S. Garattini, “Tabacco: più tasse, meno fumo”, *Sole 24 ore Sanità*, vol. 8–14 Lugli, p. 14, 2014.
- [24] A. D. Lopez, N. E. Collishaw, and T. Piha, “A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries”, *Tob. Control*, vol. 3, no. 3, pp. 242–247, Sep. 1994.
- [25] Aa.Vv., “Tobacco Endgame”, *Manifesto delle società scientifiche di Sanità Pubblica italiane a favore di una strategia di endgame del tabacco in Italia Manifesto del tabacco endgame*, 2014. [Online]. Available: <http://www.tobaccoendgame.it/index.php>. [Accessed: 25-May-2015].
- [26] WHO, “WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation”, Geneva, 2013.
- [27] J. Monárrez-Espino, B. Liu, F. Greiner, S. Bremberg, and R. Galanti, “Systematic Review of the Effect of Pictorial Warnings on Cigarette Packages in Smoking Behavior”, *Am. J. Public Health*, vol. 104, no. 10, pp. e11–e30, 2014.

- [28] P. G. Szilagyi, C. Bordley, J. C. Vann, A. Chelminski, R. M. Kraus, P. A. Margolis, and L. E. Rodewald, “Effect of patient reminder/recall interventions on immunization rates: A review.”, *JAMA*, vol. 284, no. 14, pp. 1820–7, Oct. 2000.
- [29] J. C. Jacobson Vann and P. Szilagyi, “Patient reminder and patient recall systems to improve immunization rates.”, *Cochrane database Syst. Rev.*, no. 3, p. CD003941, Jan. 2005.
- [30] G. Bartolozzi, “Aspetti organizzativi e sociali delle vaccinazioni”, in *Vaccini e vaccinazioni*, G. Bartolozzi, Ed. Milano: Elsevier-Masson, 2013.
- [31] Guide to Community Preventive Services, “Increasing appropriate vaccination: community-based interventions implemented in combination (abbreviated)”, 2014.
- [32] G. Baglio, F. Barbieri, L. Cacciani, C. Certo, A. Crescenzi, E. Forcella, A. Fraioli, F. Gnolfo, S. Geraci, F. Motta, M. Sestieri, M. Sprovieri, and M. E. Trillò, “Salute senza esclusione: campagna per l’accessibilità dei servizi socio-sanitari in favore della popolazione rom e sinta a Roma”, *Quad. Inf. Area*, vol. 5, 2008.
- [33] S. Carr, M. Lhussier, N. Forster, D. Goodall, L. Geddes, M. Pennington, and E. Al., “Outreach programmes for health improvement of Traveller Communities: a synthesis of evidence”, *Public Heal. Res*, vol. 2, no. 3, 2014.
- [34] K. A. Heelan, B. M. Abbey, J. E. Donnelly, M. S. Mayo, and G. J. Welk, “Evaluation of a walking school bus for promoting physical activity in youth.”, *J. Phys. Act. Health*, vol. 6, no. 5, pp. 560–7, Sep. 2009.
- [35] G. Rossi, R. Moretti, M. Pirone, and W. Locatelli, “Lotta alla sedentarietà: a scuola con il Pedibus”, *Epidemiol. Prev.*, vol. 28, no. 6, pp. 346–9, 2004.

- [36] Regione Veneto, *Spazi per camminare – Camminare fa bene alla salute*. Marsilio Editore, 2009.
- [37] WHO, “Unlocking new opportunities: jobs in green and healthy transport”, Geneva, 2014.
- [38] Regione Veneto, *Andiamo a scuola da soli! Percorsi di autonomia e movimento casa - scuola: indicazioni operative*. Regione del Veneto - Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria - Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica, 2015.

