

14 **L'integrazione della funzione di prevenzione nella nuova offerta di servizi territoriali**

*di Marianna Cavazza, Mario Del Vecchio, Francesca Lecci,
Luigi Maria Preti e Valeria Rappini¹²*

14.1 **Premesse**

In una prospettiva aziendale il tema dell'integrazione della prevenzione nella nuova offerta di servizi territoriali è strettamente connesso alla particolare collocazione di tale funzione negli assetti istituzionali e organizzativi delle aziende sanitarie. Come evidenziato in un precedente rapporto OASI (Cavazza, Del Vecchio, Preti e Rappini, 2021) nel nostro SSN la funzione di prevenzione, a differenza di quanto accade in altri Paesi Europei (e non solo), è ricondotta all'interno delle stesse aziende deputate all'erogazione dei servizi e, in particolare, ai Dipartimenti di Prevenzione (DP) che rappresentano la proiezione in termini organizzativi della funzione stessa. È da sottolineare che i DP includono nel proprio perimetro, oltre ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), una serie di altre Unità Operative (UO) caratterizzate da attività e funzioni fortemente eterogenee tra loro che vanno dalla medicina veterinaria alla medicina del lavoro e medicina legale dove la componente autoritativa è spesso predominante.

Il permanere nelle aziende di una area, riconducibile ai DP, caratterizzata da una relativa indipendenza e da modalità di funzionamento proprie, si è, pur con alcune esperienze evolutive, sostanzialmente protratta nel tempo. Nella prospettiva della presente ricerca l'attenzione è principalmente rivolta ai SISP afferenti ai DP dove l'integrazione con l'offerta territoriale risulta più urgente,

¹ Il capitolo è frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori. Per quanto riguarda la stesura, il § 14.1 è attribuibile a Mario Del Vecchio, i §§ 14.2 e 14.5 a Luigi Maria Preti, il § 14.4 a Marianna Cavazza e i §§ 14.3 e 14.6 a Valeria Rappini.

² Gli autori desiderano ringraziare per le informazioni fornite (in ordine alfabetico): Massimo Annicchiarico, Walter Bergamaschi, Federica Boschi, Catia Rosanna Borriello, Tiziano Carradori, Romina Cazzaro, Paola Ceccarelli, Stefano De Carolis, Donatina Cilla, Giuseppe Diegoli, Marino Faccini, Fabia Franchi, Gianpiero Mancini, Mauro Marabini, Chiara Reali, Francesca Russo, Francesco Sintoni.

ma anche più naturale. Già nel Rapporto OASI 2015 (Del Vecchio, Prenestini, Rappini, 2015) si segnalava come i SISP/DP nell'ambito di iniziative dirette alla tutela e promozione della salute abbiano, seppur faticosamente, sperimentato interazioni significative con il resto dell'azienda sanitaria, ma anche con gli attori del territorio di riferimento, prendendo atto che approcci «proprietary e autarchici» non avrebbero potuto condurre ai risultati desiderati. Nello stesso tempo la normativa nazionale e quelle regionali hanno continuato a mettere l'accento sulla loro autonomia rispetto al resto dell'organizzazione, indebolendo significativamente la possibilità di intervento aziendale su obiettivi e assetto organizzativo.

In una situazione «bloccata» è intervenuta la pandemia, mostrando come la tradizionale infungibilità tra le diverse componenti professionali potesse essere superata anche attraverso opportune configurazioni e modalità di funzionamento dei servizi. Le modalità di risposta non potevano che superare i precedenti confini organizzativi e le aree di responsabilità consolidate, mettendo in campo un insieme di soluzioni molto variegato, costruite su base del tutto contingente e non sempre in linea con le aspettative. La crisi ha rappresentato, evidentemente, una circostanza eccezionale che ha facilitato l'emergere di tali soluzioni. Rimane aperta la questione di come sfruttare le opportunità aperte dalle esperienze fatte e renderle una base utile e condivisa per il cambiamento che dovrebbe nel futuro prossimo modificare radicalmente l'assistenza territoriale.

La riforma avviata con il DM 77/2022 introduce numerose modifiche nell'organizzazione delle aziende con uno spostamento del baricentro verso le attività a livello di territorio. In prospettiva il perimetro della prevenzione non potrà essere esclusivamente confinato a quello attribuito ai DP/SISP nell'attuale assetto. In particolare, emerge con sempre maggiore evidenza la necessità di far convergere nei processi di tutela della salute le competenze e i servizi tipici della sanità pubblica (e, in particolare, dei SISP) con quelli dell'offerta territoriale e della medicina primaria. Da questo punto di vista, l'approccio *population health management* gioca un ruolo significativo (Fattore, Morando e Tozzi, 2018), indicando la necessità di applicare prospettive di popolazione alla pratica clinica, prospettive (saperi di riferimento) di cui, però, i DP/SISP si sentono spesso portatori e interpreti pressoché esclusivi.

Si tratta di un tema ancora poco presente nel dibattito italiano. È quasi paradossale che in ambito internazionale riflessioni più compiute sulla necessità di una maggiore integrazione, almeno per la vasta area della *primary care*, siano venute da contesti nei quali l'assetto di sistema prevede una separazione istituzionale così come avviene in tutti i sistemi *Bismark*, ma anche in un sistema *Beveridge* come quello inglese (Rechel, 2020). L'integrazione istituzionale adottata dal nostro SSN è stata probabilmente ritenuta di per sé sufficiente a garantire un adeguato coordinamento e ha finito per oscurare la necessità di

operare attivamente sugli assetti organizzativi e sul funzionamento in generale al fine di raggiungere gli obiettivi desiderati. Il risultato finale è che l'appartenenza a una medesima istituzione/azienda che dovrebbe in teoria di per sé garantire un'interazione tra la componente dei servizi a domanda collettiva e quelli a domanda individuale, fatica a tradursi in soluzioni organizzative effettive. È, tuttavia, immaginabile che questa fase di ripensamento dei sistemi di offerta territoriale, già aperta come conseguenza dell'impatto della pandemia, passerà anche da una rinnovata riflessione sui temi classici della *public health* e dell'interazione con la *primary care* (Levasque *et al.*, 2013). Lo stesso DM 77 per quanto riguarda il ruolo dei DP nel nuovo modello di assistenza territoriale definisce alcuni elementi centrali che devono trovare spazio anche all'interno delle Case di Comunità (CDC): (i) la valorizzazione dell'epidemiologia e dell'uso di dati epidemiologici, in particolar modo del Profilo di salute ed equità, per la definizione di bisogni e priorità di intervento, la valutazione e la *governance* dei processi (es. medicina di iniziativa); (ii) le azioni di promozione, prevenzione e tutela della salute delle comunità, con particolare riferimento ai programmi del Piano Nazionale e dei Piani Regionali di Prevenzione (PNP e PRP), anche attraverso l'adozione della strategia «One Health» e con particolare attenzione al rapporto salute-ambiente, favorendo una stretta sinergia con le diverse articolazioni delle comunità locali (Distretti), con le agenzie e le istituzioni interessate; (iii) le azioni di *preparedness* e di risposta rapida alle emergenze sanitarie di tipo infettivo (PanFlu); (iv) la profilassi vaccinale; (v) la comunicazione come veicolo di efficacia degli interventi di promozione della salute; (vi) la formazione degli operatori per lo sviluppo delle competenze sulle attività di prevenzione e promozione della salute.

Nella prospettiva di una urgente rottura delle barriere tra servizi a domanda collettiva e quelli a domanda individuale e la necessità di produrre cambiamenti significativi nelle modalità di concreto funzionamento dei servizi di prevenzione, alcuni contributi della letteratura sul tema risultano di particolare interesse. Dai principali lavori di revisione è possibile individuare almeno due aree di riflessione rispetto alle quali orientare la ricerca.

Una prima è quella delle aree di possibile interazione tra *public health* e *primary care* (Shahzad *et al.*, 2019). In questa prospettiva, la prevenzione rappresenta un buon esempio di funzione nella quale entrambi i domini possono utilmente interagire al fine di creare sinergia. Le aree di possibile integrazione possono essere categorizzate in cinque diversi tipi di collaborazione: (i) coordinare i servizi rispetto agli individui; (ii) incorporare le prospettive di popolazione nelle pratiche cliniche, (iii) identificare e affrontare i problemi di salute delle comunità, (iv) rafforzare la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, (v) collaborare nella definizione delle politiche e delle priorità, nella formazione e nella ricerca.

Una seconda area di riflessione attiene i fattori che possono influire sull'in-

tegrazione (Martin-Misener *et al.*, 2012). Le caratteristiche di una collaborazione positiva tra *public health* e *primary care*, nonché i fattori strutturali e di processo che influenzano la collaborazione, possono essere classificati secondo tre determinanti della collaborazione: (i) fattori sistemici che influenzano la collaborazione (quali, per esempio, la convergenza tra politiche e fabbisogni locali, il livello di commitment dei livelli nazionali e regionali); (ii) fattori organizzativi (disponibilità di risorse, competenze e sviluppo di metriche e standard condivisi, ecc.) (iii) fattori relazionali/culturali (quali il livello di comunicazione, le dinamiche sociali e di potere, ecc.).

Considerando l'attuale fase di cambiamento in corso, si ritiene importante affrontare tali tematiche anche in Italia, focalizzando l'attenzione sui SISP/DP delle aziende sanitarie, su come la comunità degli igienisti veda il proprio ruolo e su come le diverse regioni/aziende stiano affrontando il tema. In particolare la ricerca si concentra su alcuni specifici ambiti della prevenzione afferenti ai SISP, ambiti che stanno sperimentando uno spostamento/integrazione verso le attività a livello di territorio e la *primary care*. Per tali ambiti della prevenzione è infatti possibile ipotizzare l'emergere di differenti configurazioni in termini di ruoli, responsabilità e inquadramento all'interno delle aziende e nella nuova offerta di servizi territoriali. Nello specifico il § 14.2. del capitolo presenta obiettivi e metodi di ricerca utilizzati; i §§ 14.3., 14.4. e 14.5 descrivono le principali evidenze emerse; il §14.4 trae le principali considerazioni di sintesi e sviluppa le conclusioni.

14.2 Obiettivi e metodi

L'obiettivo della ricerca è analizzare come le regioni e le aziende stiano progettando (e in alcuni casi già sperimentando) maggiori livelli di coinvolgimento e interazione tra i SISP/DP, responsabili dell'attuazione del LEA «Prevenzione collettiva e sanità pubblica», e il resto delle articolazioni aziendali (in primis cure primarie, distretti e CDC). Lo scopo è descrivere lo stato dell'arte ma soprattutto, considerata la fase di riconfigurazione attualmente in corso, sistematizzare le diverse prospettive, punti di vista e possibili convergenze tra attori.

La ricerca si basa su un'analisi qualitativa condotta tramite interviste semi-strutturate che hanno coinvolto (individualmente e collegialmente) rappresentanti dei livelli regionali e aziendali di tre diversi SSR: Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Si tratta di contesti eterogenei dal punto di vista istituzionale e organizzativo (Bobini, Cinelli, Del Vecchio Longo, 2020) e con differenti specificità in termini di avanzamento temporale e diffusione dei nuovi modelli di offerta (Del Vecchio, Giudice, Mallarini, Preti e Rappini, 2021). L'approccio metodologico è stato scelto per raccogliere una gamma diversificata di esperienze e prospettive sugli approcci e le condizioni di collaborazione. Nelle in-

terviste sono stati coinvolti attori chiave selezionati per il loro ruolo decisionale e la loro esperienza nei rispettivi contesti regionali. Il campione comprende direzioni strategiche regionali e aziendali, direttori di DP, Distretti e altri Dipartimenti e UO responsabili di servizi territoriali e cure primarie delle Regioni Emilia-Romagna e Veneto, della ATS di Milano e delle aziende sanitarie ASST Fatebenefratelli Sacco e AUSL Romagna.

L'analisi è stata integrata tramite raccolta di materiale documentale e preceduta da un primo approfondimento condotto nell'ambito della *Prevention Academy* di SDA Bocconi³ (con una ampia rappresentanza dei SISP di quasi la totalità delle regioni) con l'obiettivo di perimetrare le aree della possibile collaborazione e testare gli schemi di analisi proposti in letteratura e discussi in premessa.

In sintesi, i risultati della ricerca mostrano:

- ▶ quali sono le possibili aree di interazione e collaborazione tra DP/SISP e Distretti/CDC, finora percepite come *borderline* ma sempre più al centro dell'attenzione e delle progettualità di regioni e aziende (§14.3);
- ▶ come la distribuzione di ruoli, funzioni e responsabilità si stia configurando nelle prassi e soprattutto come possa essere progettata (§14.4);
- ▶ le condizioni di integrazione nel contesto aziendale e nella nuova offerta di servizi territoriali (fattori abilitanti e ostacolanti) (§14.5).

14.3 Ambiti di interazione e collaborazione tra SISP/DP e altre articolazioni aziendali

La ricerca ha identificato e analizzato le aree della prevenzione nelle quali le esperienze di collaborazione appaiono, nella considerazione degli intervistati, più promettenti e sono state oggetto (e sono attualmente oggetto) di iniziative volte a rafforzare la collaborazione.

Le maggiori convergenze si registrano per le vaccinazioni e gli screening. In queste aree le sinergie ricercate sono simili. Le esperienze di gestione integrata mostrano l'importanza del coordinamento rispetto ai singoli individui, per garantire una gestione operativa fluida e migliorare i percorsi di accesso soprattutto in certi gruppi di pazienti. Altre esperienze rilevanti di collaborazione sono identificate nella prevenzione delle malattie croniche e nelle modalità di risposta a problematiche specifiche ed emergenti delle comunità che integrano prospettive più ampie di popolazione nelle pratiche cliniche.

³ La Prevention Academy di SDA Bocconi è un percorso di formazione dedicato ai professionisti di igiene e medicina della prevenzione sostenuto dal contributo incondizionato di Sanofi.

14.3.1 Vaccinazioni

L'integrazione tra i SISP, i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS) è un aspetto centrale nella gestione delle campagne vaccinali. Nelle aziende del Veneto, il ruolo del SISP è quello di coordinare le attività vaccinali e gestire i casi complessi, mentre MMG e PLS partecipano sia come erogatori (es. anziani a domicilio o influenza stagionale) sia come facilitatori nell'invio di pazienti fragili o categorie a rischio. L'integrazione avviene attraverso incontri regolari con i rappresentanti dei MMG per definire priorità e modalità operative. L'integrazione informatica con il sistema regionale di anagrafe vaccinale permette ai MMG di accedere ai dati dei propri assistiti e prenotare direttamente gli appuntamenti nei sistemi del SISP. L'esperienza della pandemia ha creato un approccio basato sulla collaborazione anche con la componente ospedaliera, approccio che è stato mantenuto e rafforzato. Gli specialisti ospedalieri supportano il SISP nella promozione delle vaccinazioni tra i pazienti a rischio, diventando «alleati» per la diffusione della prevenzione. L'integrazione è sostenuta da una infrastruttura informativa solida che facilita lo scambio di dati tra i diversi professionisti coinvolti anche attraverso la piattaforma del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Ciò consente un monitoraggio continuo, migliorando l'efficacia delle campagne.

In Lombardia la vaccinazione è considerata l'area più consolidata di collaborazione. Le aziende di Milano (ATS e ASST) puntano sul rafforzamento dell'integrazione tecnologica e anche operativa, con una gestione decentrata dell'erogazione che coinvolge già da tempo gli ospedali e, in prospettiva, i nuovi distretti territoriali e le CDC (Box 14.1).

Anche in Emilia-Romagna la vaccinazione è uno degli ambiti di maggiore integrazione tra ospedale, territorio e Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP). La sinergia è particolarmente evidente nel percorso terapeutico dei pazienti fragili e con patologie croniche, come il diabete o le malattie cardiache. Gli specialisti ospedalieri, insieme ai MMG e al personale delle CDC, collaborano per includere la prevenzione vaccinale nei percorsi di cura, migliorando la copertura e la continuità assistenziale. Il DSP si occupa di monitorare le campagne vaccinali e promuovere il coordinamento tra i diversi attori. Nel caso della AUSL Romagna, in particolare, la gestione delle vaccinazioni contro l'influenza, il papillomavirus (HPV) e le malattie prevenibili da vaccino (es. morbillo e varicella) è stata resa più efficace grazie alla partecipazione attiva di MMG e infermieri di comunità, che promuovono l'adesione e somministrano i vaccini in modo capillare.

14.3.2 Screening

Gli screening rappresentano un ulteriore ambito di integrazione rilevante per gli attori intervistati. In quest'area la collaborazione è considerata cruciale per

Box 14.1 Le vaccinazioni nell'ATS/ASST di Milano

In Lombardia le vaccinazioni rappresentano l'area di integrazione più avanzata e consolidata. Nel nuovo assetto regionale, la gestione delle vaccinazioni è suddivisa tra ATS e ASST.

Ruolo degli attori:

- Il Dipartimento Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) dell'ATS mantiene un ruolo di coordinamento e *governance*. È responsabile delle linee di indirizzo, dell'applicazione uniforme sul territorio del piano di offerta vaccinale in coerenza con gli obiettivi definiti dalla Regione e del monitoraggio dei risultati. Questo permette una gestione centralizzata che garantisce omogeneità nei comportamenti su tutto il territorio di competenza.
- Le ASST, tramite le loro Unità Operative Complesse (UOC) afferenti ai DP funzionali, sono responsabili della pianificazione e dell'erogazione dei vaccini. Nella ASST FBF Sacco le vaccinazioni sono somministrate sia a livello territoriale (nei centri vaccinali e nelle case di comunità) sia ospedaliero, integrando la funzione vaccinale con quella clinica.
- Le ASST, tramite i Dipartimenti di Cure Primarie, governano le vaccinazioni erogate dai MMG e PLS per la popolazione adulta e anche pediatrica e adolescenziale per alcune tipologie di offerta.
- Medici specialisti e reparti ospedalieri: sono coinvolti nel raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale e in alcuni casi partecipano attivamente alle somministrazioni.

Prassi:

- Vaccinazioni negli ospedali: i reparti sono stati coinvolti attivamente nella somministrazione dei vaccini. Ad esempio, nel caso di pazienti cronici, come i dializzati, i reparti specifici (nefrologia) vaccinano direttamente i propri pazienti grazie a una formazione ad hoc fornita dal personale delle UOC.
- Personalizzazione del servizio: le ASST possono adattare le modalità operative secondo le proprie necessità, come inviare personale vaccinale direttamente nei reparti ospedalieri o organizzare campagne di chiamata attiva in ambulatori dedicati.
- Formazione del personale medico: le ASST organizzano sessioni di formazione per i MMG e i PLS sui programmi vaccinali. Questo ha lo scopo di assicurare una piena integrazione delle vaccinazioni nei percorsi di cura.
- Obiettivi comuni: gli obiettivi di copertura vaccinale sono stabiliti e monitorati congiuntamente da ATS e ASST, assicurando che ogni struttura sanitaria concorra al loro raggiungimento.

disegnare interventi mirati e favorire l'accesso ai gruppi di popolazione più a rischio o vulnerabili che potrebbero non rispondere a inviti centralizzati.

Nella Regione Veneto, per esempio, l'integrazione tra DP, MMG e distretti territoriali ha contribuito a migliorare la copertura dello screening per il tumore del colon-retto. Il coinvolgimento diretto dei MMG, in particolare, ha portato a una maggiore adesione delle popolazioni rurali e più fragili. La prospettiva regionale è quella di rafforzare ulteriormente le esperienze di collaborazione anche nella gestione dello screening per il tumore al polmone e nella prevista estensione dello screening mammografico alle fasce di età più giovani.

In Lombardia la prevenzione secondaria, come lo screening oncologico, è percepita come una sfida più complessa. La variabilità territoriale è maggiore, con solo alcune ATS/ASST che mostrano buone prassi di integrazione. Nella considerazione degli attori intervistati la prospettiva è quella di migliorare

l'adesione agli screening attraverso il coinvolgimento delle cure primarie (funzione recentemente trasferita dalle ATS alle ASST) e nelle neo-istituite CDC.

Ulteriori esperienze di integrazione nell'area degli screening sono collegate a forme di collaborazione nei processi di pianificazione locale in termini di equità come avviene nella Regione Emilia-Romagna che ha adottato l'approccio dell'*Health Equity Audit*⁴. Nell'AUSL della Romagna, in particolare, i dati epidemiologici sulle diseguaglianze nell'adesione agli screening per il tumore del colon-retto rilevati nell'ultimo *equity audit* sono stati utilizzati come base per progettare interventi mirati a gruppi specifici. Un esempio di efficace integrazione è l'inserimento degli screening oncologici nei luoghi di lavoro, in collaborazione con i medici competenti e il dipartimento di sicurezza sul lavoro, collaborazione che ha consentito di raggiungere una popolazione solitamente più difficile da coinvolgere. Esistono inoltre esempi di integrazione all'interno delle CDC con gli infermieri di comunità e gli assistenti sanitari dei SISP che si occupano della promozione attiva degli screening soprattutto tra le popolazioni più vulnerabili, realizzando così una prevenzione più inclusiva.

14.3.3 Malattie croniche e P(P)DTA

Ulteriori sinergie derivanti dalla collaborazione possono essere osservate nella gestione e controllo delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) che incorporano prospettive più ampie di popolazione nelle pratiche cliniche, comprese le vaccinazioni e lo screening. Tale raccordo è favorito dalla definizione di Percorsi (Preventivi) Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PPDTA), guidati dalle evidenze e centrati sui pazienti. Nell'esperienza del Veneto, in particolare, si tratta di un ampio spettro di interventi coordinati a differenti livelli, per prevenire l'insorgenza delle patologie come il diabete e l'obesità, evitare le complicanze cliniche, assicurare la presa in carico precoce dei soggetti a rischio, o ancora allo stadio iniziale, al fine di rallentare la progressione della malattia. Nel caso delle patologie legate all'obesità, per esempio, sono previsti percorsi integrati di presa in carico dell'intero nucleo familiare. Il progetto Cardio50 rappresenta un altro esempio virtuoso di integrazione che coinvolge più livelli e attori del sistema sanitario. L'obiettivo è identificare precocemente fattori di rischio cardiovascolare in una fascia d'età strategica per rendere più efficaci gli interventi preventivi (Box 14.2.).

Anche negli altri contesti regionali emergono esperienze di coordinamento nella gestione della cronicità. Nelle aziende milanesi gli specialisti ospedalieri

⁴ L'Health Equity Audit è un processo ciclico che coinvolge politici, amministratori, professionisti, utenti e cittadini per sviluppare azioni di contrasto alle diseguaglianze. È un approccio nato in Inghilterra, promosso per la prima volta all'interno dell'*Independent Inquiry into Inequalities in Health* e attualmente utilizzato in maniera sistematica nel servizio sanitario inglese (<https://www.gov.uk/government/publications/nhs-population-screening-a-health-equity-audit-guide>).

Box 14.2 **L'inserimento della prevenzione nella gestione delle MCNT in Regione Veneto**

La Regione Veneto sta lavorando per aggiungere la componente di prevenzione ai PDTA già esistenti, al fine di fornire un approccio integrato che includa anche la promozione di stili di vita sani. Questa estensione è volta a garantire che i pazienti cronici, come i diabetici o coloro che soffrono di malattie cardiovascolari, ricevano non solo trattamenti clinici, ma anche supporto per migliorare gli stili di vita e ridurre i fattori di rischio correlati.

Ruolo degli attori:

- Dipartimenti di prevenzione (SISP): hanno il compito primario di coordinare le campagne vaccinali e svolgere un ruolo consulenziale per i casi complessi. Svolgono una funzione di regia tecnica e organizzativa nei percorsi di screening, prevenzione cardiovascolare e promozione della salute;
- A livello regionale: la Direzione Programmazione Sanitaria definisce le priorità e gli obiettivi delle campagne regionali di prevenzione, stabilendo linee guida e supervisionando la revisione dei PDTA per garantire che ogni percorso includa la componente preventiva; la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria gestisce le campagne di sensibilizzazione sugli stili di vita sani e promuove i programmi per contrastare la sedentarietà e promuovere una sana alimentazione. Questa direzione coordina anche la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità e progetti come la promozione dell'attività fisica nelle «Palestre della Salute»;
- Le direzioni aziendali e i direttori di distretto sono coinvolti nell'implementazione delle politiche di prevenzione. Essi gestiscono la prioritizzazione delle attività di prevenzione in collaborazione con il SISP/DP e coordinano le interazioni tra ospedale e territorio.
- Azienda Zero: gestisce e coordina i sistemi di rilevazione e monitoraggio delle attività di prevenzione e della gestione dei dati sanitari per i pazienti cronici, nonché della rendicontazione e supervisione dei finanziamenti per programmi specifici.
- MMG e PLS: favoriscono la diagnosi precoce delle patologie croniche e contribuiscono alla presa in carico, collaborano con i SISP per la gestione di vaccinazioni stagionali, screening e campagne di promozione della salute. Essi indirizzano e orientano i pazienti verso le risorse preventive certificate.

Prassi di integrazione:

- Nei nuovi P(P)DTA i SISP/DP collaborano con i MMG e gli specialisti ospedalieri per identificare precocemente i fattori di rischio e agire in maniera proattiva. Il P(P)DTA del diabete include ora un'attenzione specifica alla dieta e all'esercizio fisico per migliorare l'aderenza terapeutica e ridurre le complicanze.
- Le «Palestre della salute» offrono percorsi di esercizio fisico integrati con i percorsi di cura per patologie croniche come diabete e malattie cardiovascolari: MMG, specialisti ospedalieri e laureati in scienze motorie collaborano insieme per promuovere l'esercizio fisico nelle persone a rischio. L'attività fisica adattata viene proposta anche per persone con disabilità o condizioni particolari, come demenza o Alzheimer, integrando specialisti dedicati nei percorsi di prevenzione.
- Supporto alla famiglia: Nel caso di patologie legate all'obesità è prevista la presa in carico dell'intero nucleo familiare, poiché spesso le abitudini scorrette si manifestano a livello familiare. Il SISP coordina interventi educativi e informativi per ridurre il rischio di complicazioni per i membri della famiglia.
- *Cardio50*: l'iniziativa prevede un invito attivo ai cittadini che compiono 50 anni per una valutazione delle loro abitudini di vita, con l'obiettivo di individuare i fattori di rischio cardiovascolari e di fornire indicazioni preventive. Il progetto coinvolge MMG, specialisti ospedalieri (cardiologi, internisti, diabetologi) e altre figure sanitarie come dietisti e infermieri per la gestione e il follow-up. I pazienti che mostrano rischi clinici sono rinviati ai MMG, mentre quelli con abitudini di vita scorrette vengono seguiti in percorsi di prevenzione che coinvolgono i DP e i MMG.

e i medici del territorio collaborano con i DP per fornire una copertura vaccinale personalizzata ai pazienti più fragili (es. dializzati) (Box 14.1). In Emilia-Romagna gli specialisti ospedalieri e i MMG, insieme al DSP, coordinano i servizi per i pazienti affetti da patologie croniche. Ad esempio, il PDTA per il diabete prevede la somministrazione di vaccini (come l'antinfluenzale) e il monitoraggio della salute dei pazienti attraverso visite specialistiche. Anche gli screening sono incorporati nei PDTA dei pazienti cronici.

14.3.4 Stili di vita

L'analisi delle prassi di integrazione mostra la capacità di regioni e aziende di attivarsi anche sul difficile terreno della promozione della salute. In quest'area della prevenzione la condivisione di responsabilità è percepita come più evidente in Veneto e in Emilia-Romagna con iniziative a cavallo tra interventi collettivi e individuali che si stanno progressivamente affermando.

Un primo gruppo di esperienze riguarda l'attività fisica e le iniziative di contrasto alla sedentarietà come, per esempio, nel caso veneto delle «Palestre della salute» integrate con i percorsi di cura per patologie croniche come diabete e malattie cardiovascolari (Box 14.2). Un'iniziativa simile si sta sviluppando anche in Emilia-Romagna con il programma di Attività Fisica Adattata (AFA) per pazienti fragili o a rischio. Nella AUSL Romagna, in particolare, la sperimentazione del tecnico dell'attività motoria nel DSP è un esempio di integrazione innovativa. Questa figura, in collaborazione con altre professioni (es. psicologo), promuove l'attività fisica lavorando attraverso percorsi personalizzati di riabilitazione e prevenzione. Sempre in Emilia-Romagna le CDC e gli infermieri di comunità giocano un ruolo chiave nell'attuazione di programmi di *counseling* motivazionale volti a favorire cambiamenti comportamentali legati agli stili di vita (es. fumo, alimentazione, attività fisica). Il DSP supporta questa iniziativa con competenze metodologiche (Box 14.3).

Le attività di promozione della salute e prevenzione delle malattie sono rinforzate attraverso azioni congiunte tra DP, MMG, specialisti e distretti. Il programma «1000 giorni» della Regione Veneto che prende in carico la mamma e il neonato, per esempio, integra DP, ginecologi, pediatri e altri specialisti con azioni che spaziano dalle vaccinazioni (come il vaccino per la pertosse) alla promozione di stili di vita sani. Sempre in Veneto, in particolare nella AULSS 1 Dolomiti, il DP collabora con i dermatologi e le scuole per promuovere campagne di prevenzione solare (del melanoma), specialmente nelle località montane.

Le esperienze analizzate mostrano inoltre di saper integrare le risorse della comunità per rafforzare la promozione della salute e l'adozione di sani stili di vita.

L'Emilia-Romagna punta a una prevenzione che non si limiti alle strutture sanitarie ma si estenda alla comunità attraverso programmi educativi e campa-

Box 14.3 **La promozione della salute e di sani stili di vita in Regione Emilia-Romagna**

In Emilia-Romagna, l'attenzione è focalizzata principalmente sulla salute pubblica con un interesse specifico verso la prevenzione primaria e la promozione della salute. La principale area di integrazione è legata al cambiamento degli stili di vita che è una delle aree più complesse e cruciali per la prevenzione a lungo termine. Le CDC, insieme agli infermieri di comunità e ai medici di famiglia, sono al centro di questa missione.

Il ruolo degli attori:

- La Regione definisce le politiche regionali di prevenzione (es. Piani Regionali della Prevenzione), supporta la loro attuazione svolgendo una funzione di supervisione e promozione dell'integrazione dei vari livelli di governo. La Regione dedica una parte del bilancio regionale (circa 500.000€ all'anno per azienda sanitaria) agli interventi di prevenzione, definendo le priorità attraverso processi di consultazione con le direzioni aziendali e i DSP;
- Il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) è centrale nella promozione della salute e nella prevenzione. Esso svolge un ruolo di supervisione e consulenza metodologica per gli interventi preventivi. È coinvolto direttamente nelle attività di vigilanza e controllo, ma anche nell'educazione sanitaria e nella promozione della salute; Audit di equità;
- I Distretti sono il fulcro dell'assistenza territoriale. Svolgono un ruolo di «regia» nel garantire che le attività di prevenzione siano integrate nei servizi territoriali e nelle CDC. Sono responsabili per l'integrazione delle competenze di vari attori, incluso il coinvolgimento di enti locali e associazioni di volontariato nelle attività di promozione della salute e prevenzione primaria in collaborazione con i DSP;
- MMG e specialisti ospedalieri collaborano con il DSP per garantire interventi preventivi come le vaccinazioni e la partecipazione agli screening, e integrano la prevenzione nei percorsi di cura per i pazienti cronici;
- Infermieri di comunità e assistenti sanitari operano nelle CDC e giocano un ruolo cruciale nella promozione della salute, attuando interventi di prevenzione primaria (es. counseling per il cambiamento di stili di vita) e partecipando alla gestione di pazienti cronici;
- Tecnici dell'attività motoria e psicologi collaborano per promuovere l'attività fisica adattata e il benessere psicologico, integrando competenze specifiche nella gestione di percorsi preventivi per patologie come obesità e disturbi legati agli stili di vita.

Prassi di integrazione:

- Formazione e ricerca: i SISP partecipano attivamente alla formazione continua del personale sanitario, soprattutto degli IFOC, con programmi di aggiornamento sul counseling motivazionale e la promozione della salute. Inoltre, i dipartimenti sono coinvolti in progetti di ricerca per migliorare le pratiche preventive e sviluppare nuovi modelli di intervento;
- Counseling motivazionale: gli IFOC sono formati per offrire consulenze brevi e mirate per aiutare le persone a modificare stili di vita non salutari. Questo approccio è integrato con le attività di prevenzione primaria già in essere presso le CDC;
- Programmi di prevenzione e attività motoria: la promozione dell'attività fisica è supportata da programmi specifici, con il coinvolgimento di tecnici dell'attività motoria che lavorano con la popolazione generale e con i pazienti affetti da patologie croniche (es. obesità). Questi professionisti valutano le capacità fisiche dei pazienti e li orientano verso percorsi di riabilitazione e prevenzione.
- La sperimentazione del tecnico dell'attività motoria nel DSP rappresenta un'innovazione significativa. Questo professionista collabora con altre figure per promuovere l'attività fisica adattata, con programmi personalizzati per la prevenzione e la gestione di patologie croniche.
- Il programma di formazione sul counseling motivazionale, finanziato dalla Regione, coinvolge medici, infermieri e assistenti sanitari, promuovendo competenze trasversali nella prevenzione delle malattie croniche. Oltre 1.000 professionisti sanitari hanno partecipato a queste attività formative negli ultimi tre anni.

gne di sensibilizzazione, coinvolgendo scuole, enti locali e organizzazioni della società civile. Questo approccio mira a creare una cultura della prevenzione capace di influenzare positivamente gli stili di vita della popolazione. In questa prospettiva, le attività di promozione della salute si stanno sempre più integrando con i servizi territoriali e di cure primarie presenti nelle CDC. L'integrazione tra DSP e i distretti territoriali è sostenuta da una lunga tradizione di collaborazione e dalla diffusione di esperienze di empowerment di comunità nelle Case della Salute (ora CDC). Un esempio rilevante in Veneto è il protocollo d'intesa nato a supporto del PRP 2020-2025 che sancisce la collaborazione tra le diverse direzioni regionali e altri enti esterni per creare ambienti favorevoli alla salute delle persone. *Vivo Bene Map* è la piattaforma nella quale è possibile trovare strutture e servizi per facilitare l'adozione di scelte salutari: l'attività motoria, l'alimentazione sana ed equilibrata, per smettere di fumare, ridurre il consumo di alcol. I MMG possono così indirizzare e orientare i pazienti verso le risorse preventive certificate.

14.3.5 Aree di sviluppo e sintesi

L'integrazione tra SISP/DP, cure primarie e assistenza territoriale sta emergendo come una strategia chiave per rafforzare la prevenzione anche in altri ambiti come, ad esempio:

- ▶ il Piano di contrasto all'antibiotico resistenza (PNcar) è emblematico di come i dati epidemiologici e le prospettive di popolazione possano essere utilizzati per meglio informare la pratica clinica. In Veneto il PNcar rappresenta una priorità strategica della Regione con i DP chiamati a collaborare con i clinici per monitorare l'uso appropriato degli antibiotici, riducendo l'emergenza di resistenze e garantendo una gestione più olistica dei pazienti. Qui gli intervistati evidenziano la necessità di sviluppare protocolli condivisi tra SISP/DP, clinici, farmacologi e laboratori di microbiologia per limitare l'uso inappropriato degli antibiotici e migliorare la sensibilizzazione sia tra i professionisti sanitari che tra i pazienti. Sistemi di monitoraggio e controllo come quelli gestiti da Azienda Zero in Veneto sono essenziali per raccogliere dati sull'uso degli antibiotici e sui risultati delle misure di contenimento dell'antibiotico-resistenza;
- ▶ il Piano di contrasto alle emergenze pandemiche (Pan-flu) è visto in tutte le realtà indagate come un'opportunità per rivedere e rafforzare le capacità organizzative e operative del sistema sanitario. Alcuni attori intervistati evidenziano come le simulazioni, esercitazioni e la formazione pratica abbiano migliorato la preparazione del sistema sanitario. Queste pratiche mettono alla prova le capacità organizzative del sistema, migliorando la prontezza a rispondere rapidamente in situazioni di crisi;

- la prevenzione delle malattie infettive. Sebbene vi sia un ampio riconoscimento da parte degli intervistati della rilevanza della collaborazione si tratta dell'area più debolmente integrata, con barriere organizzative spesso poco permeabili e scarse prassi strutturate di integrazione. Nell'AUSL Romagna il DSP guida le attività di sorveglianza per malattie infettive come la tubercolosi e la legionella, con interventi integrati che coinvolgono le cure primarie, l'ospedale e i servizi territoriali. In casi di emergenza, come nel caso dell'epidemia di *chikungunya* o l'alluvione del 2023, la capacità di coordinamento e intervento rapido ha permesso di evitare la diffusione di malattie infettive attraverso la stretta collaborazione tra DSP e distretti. Non sono state richiamate esperienze in altre aree prioritarie collegate a questo macro-obiettivo del PNP. Stupisce, in particolare, la scarsa diffusione di prassi strutturate di integrazione su alcuni ambiti prioritari di intervento quali, in particolare, le infezioni sessualmente trasmesse (come peraltro rileva una recente *survey* realizzata dalla Società di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica).

Molti attori intervistati – tra i quali le direzioni regionali e strategiche aziendali – hanno riconosciuto che il SISP/DP potrebbe fornire strumenti che possono migliorare la pianificazione delle attività di assistenza primaria (es. medicina d'iniziativa) e l'allineamento con le reali esigenze delle popolazioni di riferimento (es. profilo di salute e equità). Altri hanno notato che la collaborazione con i SISP/DP è stata in grado di migliorare l'assistenza primaria per certi gruppi di pazienti. L'efficacia di tale integrazione può essere innanzitutto ricercata nei miglioramenti nella gestione delle malattie croniche, comprese le vaccinazioni e lo screening. In secondo luogo, sono ipotizzabili miglioramenti nei tassi di immunizzazione e, conseguentemente nel controllo delle malattie trasmissibili. In terzo luogo, sono stati osservati miglioramenti nella prevenzione primaria, nella modifica di stili di vita e comportamenti. Infine, l'integrazione permette di affrontare problemi specifici delle comunità e anche di sviluppare una rete di sorveglianza e intervento rapido in caso di malattie infettive e emergenze sanitarie.

La collaborazione nella definizione delle politiche sanitarie e nella formazione degli operatori è considerata essenziale per sviluppare approcci preventivi più efficaci e diffusi. Le esperienze regionali mostrano un nuovo protagonismo dei DP nel processo di pianificazione e *governance* della prevenzione. In Lombardia i DP sono il perno centrale di una collaborazione tra ATS e ASST nella pianificazione delle campagne vaccinali, partecipando alla definizione degli obiettivi e al monitoraggio dei risultati. Questo modello di *governance* condivisa garantisce una maggiore omogeneità nella gestione delle campagne di prevenzione e nella formazione del personale sanitario. In Veneto, i DP giocano un ruolo centrale nella formazione degli operatori sanitari, promuovendo

Tabella 14.1 **Le 5 tipologie di collaborazione (e sinergie attivate) nelle esperienze**

Aree della prevenzione	Le cinque categorie di collaborazione (e classi di sinergie realizzate)				
	(i) coordinare i servizi rispetto agli individui	(ii) applicare una prospettiva di popolazione alla pratica medica	(iii) identificare e affrontare i problemi di salute delle comunità	(iv) rafforzare la promozione e la tutela della salute	(v) Collaborare nella definizione di politiche e priorità, formazione e ricerca
Vaccinazioni	X	X	X	X	X
Screening	X	X	X	X	X
Malattie croniche	X	X	X	X	X
Stili di vita	X	X	X	X	X
PNCar		X			X
Pan-flu	X		X	X	X
Malattie infettive prioritarie			X	X	

corsi di aggiornamento sulle strategie di prevenzione. Inoltre, la collaborazione con università e istituti di ricerca consente ai DP di partecipare attivamente a progetti volti a migliorare le pratiche di prevenzione su scala regionale. In Emilia-Romagna l'integrazione è promossa attraverso una visione di *governance* condivisa (Box 14.3) che punta a coinvolgere tutti gli attori del sistema sanitario (e non solo) attraverso una logica di rete per affermare il paradigma *One Health*.

In sintesi, le esperienze di integrazione nelle diverse aree della prevenzione possono essere ricondotte in tutte le regioni analizzate alle cinque principali tipologie di collaborazione che seguono la classificazione adattata da Shahzad *et al.* (2019) e richiamata in premessa (Tabella 14.1.). È importante notare che le tipologie di collaborazione attivate (in forma prevalente) nelle esperienze analizzate non si escludono a vicenda e la stessa area di prevenzione può incorporare sinergie riconducibili a più di una tipologia (sempre in termini di prevalenza).

14.4 Riconfigurazione di ruoli, funzioni e responsabilità nei disegni di regioni e aziende

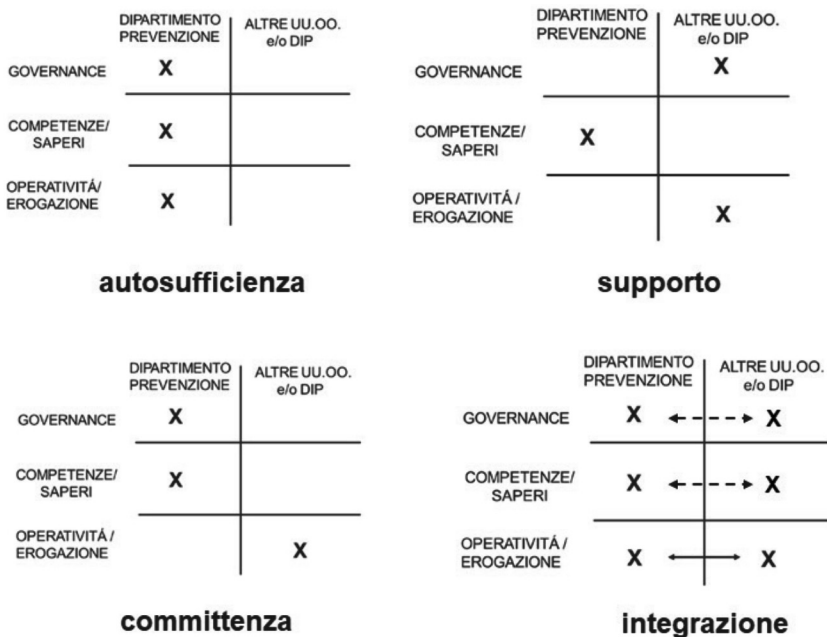
Una seconda parte dei risultati della ricerca riguarda quali funzioni, servizi e prestazioni tra quelle oggetto di indagine siano rimaste formalmente di competenza dei DP/SISP e quali, invece, siano state oggetto (o siano attualmente oggetto) di riposizionamento, anche a seguito di processi di riorganizzazione.

14.4.1 I posizionamenti

Nelle esperienze fin qui analizzate i DP e, al loro interno, i SISP, continuano a mantenere competenze chiave in alcune aree della prevenzione primaria e secondaria, sebbene siano osservabili processi di riconfigurazione e maggiore integrazione. La Figura 14.1. può aiutare a comprendere meglio il senso generale di una evoluzione che in termini idealtipici porta i DP, e i SISP in particolare, a superare tradizionali posizionamenti «autosufficienti», per non dire autarchici, per approdare a rapporti di «collaborazione paritaria» (integrazione), passando da forme «non partitarie» come quelle della committenza e del supporto. Gli idealtipi possono essere visti come i confini rispetto ai quali collocare la grande varietà di esperienze concretamente osservate.

La sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive e la gestione delle emergenze sanitarie rimangono di competenza esclusiva dei SISP/DP che collaborano con i servizi territoriali per prevenire e contenere focolai epidemici (es. tubercolosi, legionella, ecc.). Il SISP mantiene un ruolo centrale anche nella pianificazione e nella supervisione dei programmi di screening oncologico (mammella, cervice uterina, colon-retto) e nella gestione delle campagne vaccinali, sebbene in alcune regioni siano stati parzialmente integrati con altri servizi: si varia da SISP che «commissionano» in toto o in parte l'operatività, ad

Figura 14.1 **Interazione tra SISP/DP e altre articolazioni aziendali nella prevenzione: posizionamenti possibili**



esempio, per gli screening oncologici; per arrivare, infine, a SISP dove invece proprio sull'operatività si ha un'integrazione, ad esempio con le cure primarie e l'ospedale nell'ambito delle vaccinazioni.

Nelle esperienze analizzate, i SISP/DP appaiono sempre meno «autosufficienti» nel rispondere alle sfide emergenti e migliorare la qualità e l'accesso ai servizi a domanda individuale. Ad esempio, le vaccinazioni per popolazioni a rischio e la prevenzione e gestione delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT) vedono una maggiore integrazione con i servizi di medicina generale e specialistica, promuovendo approcci multidisciplinari e collaborativi. Inoltre, la gestione di emergenze sanitarie come le pandemie ha evidenziato la necessità di coordinamento tra le diverse entità del sistema sanitario, rendendo a volte necessaria una ridefinizione delle competenze per affrontare le crisi in modo rapido ed efficace. Altri settori, come la promozione della salute, il cambiamento di stili di vita e la prevenzione nel contesto scolastico o lavorativo, sono sempre più oggetto di gestione congiunta, riflettendo un crescente differenziazione nelle prassi, ma anche una maggiore integrazione orizzontale delle responsabilità. Nelle esperienze osservate si varia da SISP che svolgono un ruolo sostanzialmente di supporto condividendo le proprie competenze con gli altri dipartimenti e articolazioni organizzative delle aziende, ad altri dove si realizza una maggiore integrazione professionale e disciplinare; per arrivare, infine, alle situazioni di *governance* condivisa nella definizione delle politiche e delle priorità con le direzioni strategiche e distrettuali.

14.4.2 La riorganizzazione della funzione

Quanto detto sopra si accompagna, in alcuni casi, a una riprogettazione dei rapporti tra SISP/DP e altre articolazioni territoriali e ospedaliere. Sembrano emergere rispetto al passato disegni deliberati di riorganizzazione della funzione di prevenzione nelle aziende. Due esemplificazioni di processi in corso sono fornite dalle esperienze della Regione Lombardia e dell'AUSL della Romagna.

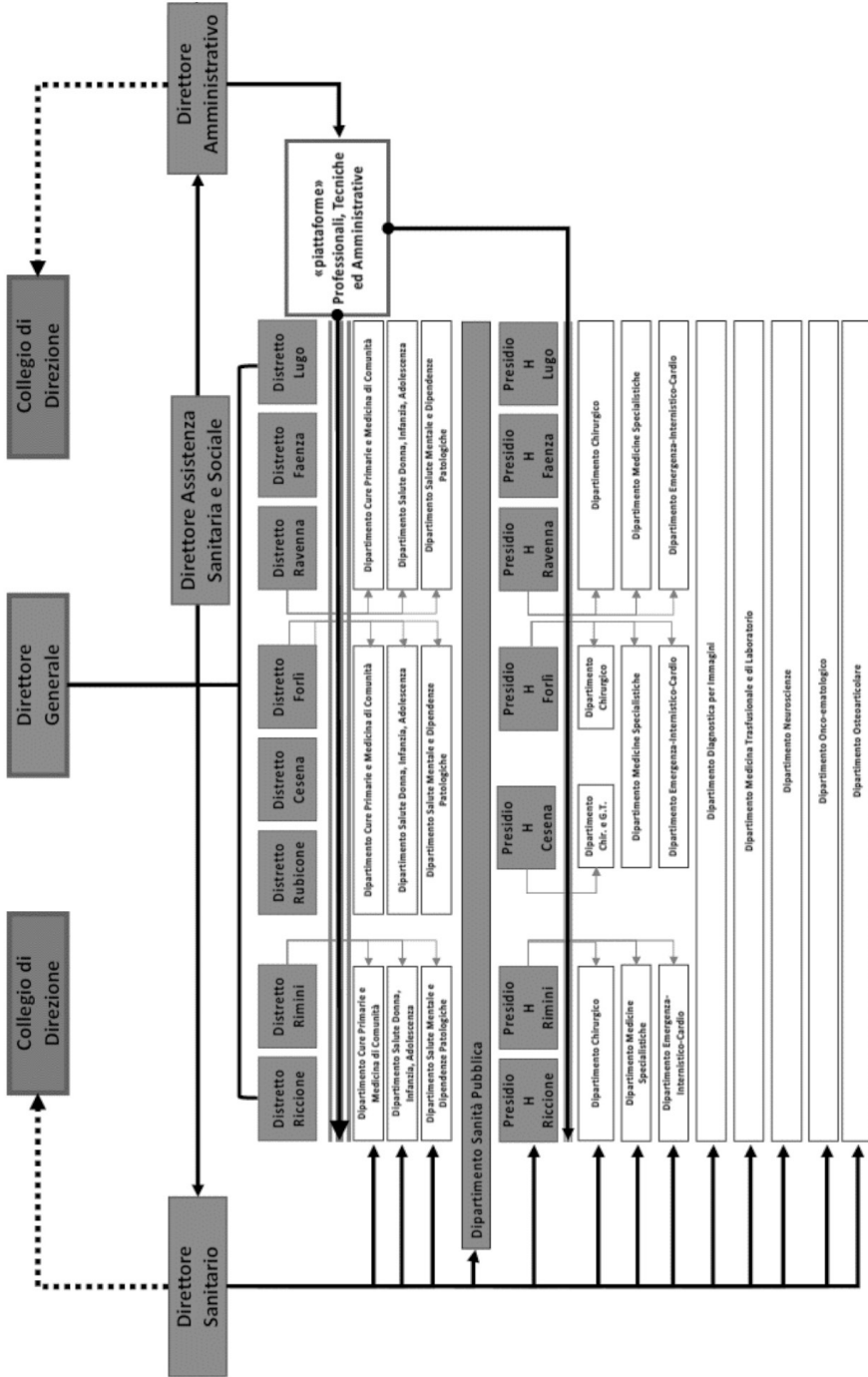
Nel primo caso, l'implementazione della riforma del SSR del 2021 (Legge Regionale n. 22 del 14 dicembre 2021) ha previsto di trasferire le funzioni di prevenzione diretta alle persone dal Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) delle ATS alle ASST insieme alle cure primarie: sono stati quindi costituiti dei dipartimenti funzionali dedicati alla prevenzione all'interno delle ASST, responsabili dell'implementazione operativa dei programmi di prevenzione nell'ambito sia dell'assistenza territoriale che quella ospedaliera (es. vaccinazioni e screening). L'ATS mantiene, invece, un ruolo di supervisione e coordinamento tra i dipartimenti funzionali presenti nelle ASST del proprio bacino di utenza, oltre ad agire da livello intermedio tra queste ultime e la Regione. È da sottolineare che il DIPS dell'ATS continua ad avere in carico le funzioni di vigilanza e controllo finora assegnate dalla normativa (ad es. veterinaria, sicurezza e medi-

cina del lavoro). In una prospettiva di riconfigurazione degli assetti istituzionali e organizzativi, la soluzione implementata dalla Regione Lombardia comporta un significativo spostamento dell'asse della prevenzione diretta alle persone: da un ambito dove a prevalere è la salute della collettività nel suo complesso a uno maggiormente focalizzato sulla prevenzione, diagnosi e cura dei singoli individui.

Se le aziende lombarde, scarsamente dotate per lungo tempo di una rete di assistenza territoriale di prossimità, stanno implementando la cosiddetta riforma Moratti, in Emilia-Romagna la spinta del DM 77/2022 richiede alle aziende di proseguire nel percorso già consolidato di integrazione territoriale. Un caso rappresentativo è fornito dall'AUSL della Romagna, contesto assai particolare data la vastità del bacino di utenza costituito dall'unificazione di tre aziende. Il progetto, che coinvolge quattordici stabilimenti ospedalieri e otto distretti (sui quali insistono oltre 40 CDC), prevede la divisionalizzazione dell'azienda su base geografica e sta portando a valutare anche un possibile riposizionamento della componente dei SISP all'interno dei Dipartimenti di Sanità Pubblica (DSP) (Figura 14.2.). In particolare, si è posta la questione di come dare maggiore enfasi alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie croniche, come richiesto dal DM 77/2022 senza trascurare le funzioni di vigilanza e ispezione. Secondo tale progetto il direttore di distretto dovrebbe assumere funzioni di governo analoghe a quelle della direzione generale per l'ambito territoriale di competenza e con riferimento ai servizi da garantire, direttamente o indirettamente, alla popolazione, ivi inclusi quelli di igiene e sanità pubblica. Si tratta di prevedere la presenza delle competenze e dei profili necessari all'erogazione all'interno delle CDC di servizi di prevenzione e sanità pubblica a domanda individuale quali la profilassi delle malattie infettive, nutrizione e dietetica, i centri anti fumo, gli screening oncologici, la medicina del lavoro e i servizi veterinari oltre alla prevenzione delle patologie croniche. La prospettiva finale di un percorso naturalmente assai complesso e articolato si pone di fronte a due strade: «enucleare» le funzioni di vigilanza e ispezione in una componente che potrebbe arrivare ad essere anche autonoma oppure mantenere la continuità tra queste stesse attività e gli interventi di prevenzione primaria e secondaria all'interno del DSP. Al di là della soluzione finale che verrà individuata, resta l'obiettivo di rendere le attività di promozione della salute e di prevenzione maggiormente congruenti con l'evoluzione delle cure primarie, con l'intento di superare alcune barriere e facilitare la presa in carico di secondo livello e lo sviluppo dei P(P)DTA.

È, infine, da menzionare il caso dell'ASL 3 della Regione Liguria che ha istituito un dipartimento funzionale di educazione a corretti stili di vita e programmi di comunità il cui obiettivo è promuovere stili di vita sani e la prevenzione delle malattie attraverso un approccio multidisciplinare e coordinato, con campagne informative e percorsi diagnostici, per unificare e rendere più efficaci le iniziative di empowerment dei cittadini. La necessità di operare di-

Figura 14.2 Schema di riferimento per la riorganizzazione aziendale della AUSL Romagna



rettamente sul territorio ha comportato la collocazione di questo dipartimento all'interno della direzione sociosanitaria insieme al dipartimento di cure primarie e a quello di salute mentale e dipendenze patologiche, mentre il dipartimento di prevenzione posto sotto la direzione sanitaria mantiene tutte le unità previste dalla normativa (dall'igiene e sanità pubblica, alla medicina e sicurezza e prevenzione sul lavoro, fino alla sanità animale e all'igiene degli alimenti). Dai documenti di organizzazione si evince che il nuovo dipartimento rappresenta il «luogo organizzativo» in cui progettare e attuare interventi che vedono coinvolte le competenze degli igienisti e delle cure primarie oltre che degli specialisti (quali, per esempio i gastroenterologi) per garantire un'effettiva multidisciplinarietà e un'operatività efficace. Si tratta di un'iniziativa avviata recentemente e, come nel caso lombardo e in quello emiliano-romagnolo, le potenzialità e gli sviluppi sono ancora in fieri.

14.5 Condizioni abilitanti e ostacolanti

Nel contesto dell'integrazione tra SISP/DP e le cure primarie, la configurazione istituzionale e organizzativa gioca un ruolo centrale nel favorire una chiara e più efficace suddivisione di ruoli, funzioni e responsabilità, ma da sola non basta per sostenere adeguatamente le iniziative di integrazione. Larga parte del loro successo dipende dal contributo portato dagli operatori coinvolti lungo tutta la catena assistenziale – da MMG e PLS, che operano con un elevato grado di autonomia formale e sostanziale, fino agli specialisti ospedalieri, che, seppur appartenendo alla stessa azienda, rispondono a logiche differenti. Le condizioni a latere degli assetti istituzionali e organizzativi diventano quindi altrettanto rilevanti per la riuscita delle iniziative di integrazione (Tabella 14.2).

Tabella 14.2 **Fattori che influenzano la collaborazione**

Fattori sistemici	<ul style="list-style-type: none"> • Programmazione (es. PNP con metriche e standard definiti) • Quadro legislativo (es. DM 77) • Finanziamenti e risorse dedicate (es. LR 19/2018) • Disponibilità di risorse e competenze professionali • Formazione e sistema di conoscenze <i>evidence-based</i>
Fattori organizzativi	<ul style="list-style-type: none"> • Struttura organizzativa e soluzioni di integrazione • Commitment strategico • Obiettivi comuni • Condivisione di dati e prassi operative (es. PDTA) • Modelli di offerta integrati (es. CDC)
Fattori relazionali/culturali	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Governance</i> condivisa • Chiarezza di ruoli, funzioni e responsabilità • Esperienze di collaborazione consolidate • Orientamento alla prestazione (vs a individui e comunità)

La collaborazione si è verificata più comunemente laddove le iniziative avevano obiettivi comuni. La condivisione di dati e prassi operative rappresentano ulteriori fattori abilitanti. Il coinvolgimento del livello regionale, inclusa la collaborazione con le agenzie presenti (Azienda Zero in Veneto e ATS in Lombardia), e il commitment delle direzioni strategiche, sono anch'essi importanti facilitatori. Per esempio, la funzione di supporto tecnico e monitoraggio di Azienda Zero facilita l'armonizzazione delle prassi di integrazione tra le varie AULSS, sebbene il bilanciamento delle responsabilità con le altre istituzioni sia complesso e necessiti di una costante rinegoziazione.

È il caso, in particolare, dell'organizzazione delle campagne vaccinali. L'organizzazione dei programmi vaccinali e l'esecuzione delle somministrazioni rappresentano attività tradizionalmente ripartite tra attori diversi: da una parte il dipartimento di prevenzione che assume solitamente un chiaro ruolo di *governance* e indirizzo; dall'altra, una varietà di attori impegnati nell'erogazione delle somministrazioni in setting molto diversi, dai centri vaccinali nelle sedi distrettuali (come le CDC), agli ambulatori di MMG e PLS, ai reparti ospedalieri. Una storia a parte è rappresentata dall'organizzazione della prima campagna di vaccinazione anti-Covid-19. In quel caso, in alcuni contesti regionali (ad esempio in Lazio) è infatti prevalso più un orientamento ad affidare il governo della campagna alle funzioni logistiche e operative. È evidente come le motivazioni alla base di questa scelta dipendessero dagli obiettivi assegnati primariamente alla campagna vaccinale, ovvero quello di vaccinare il maggior numero di persone nel minor tempo possibile, dovendo bilanciare gli stringenti vincoli logistici imposti dal vaccino con la necessità di portare la somministrazione a un livello il più possibile prossimo ai cittadini, in particolare i più fragili. È evidente che nei programmi vaccinali l'enfasi sulla velocità è minore, mentre prevalgono obiettivi di efficacia in cui gli aspetti di comunicazione e partecipazione delle popolazioni target, e quindi le competenze più specifiche del dominio di igiene e sanità pubblica, sono decisamente più rilevanti rispetto a quelli di tipo logistico. La specificità dei programmi vaccinali rende quindi agevole una chiara e netta ripartizione dei ruoli tra le competenze igienistiche, specialistiche e di cure primarie. Nel caso delle vaccinazioni, inoltre, l'efficacia delle iniziative di integrazione è facilitata ulteriormente dalla diffusione di piattaforme informative condivise alimentate da tutti gli operatori coinvolti, come il caso ad esempio dell'integrazione tra gestionali dei MMG e l'anagrafe vaccinale, che dà al medico la possibilità di alimentare direttamente la piattaforma e al contempo essere al corrente dello stato vaccinale dei propri assistiti, tramite l'integrazione dell'anagrafe con il FSE.

La visibilità delle informazioni disponibili è l'altro elemento importante del successo delle iniziative di integrazione. Soprattutto nell'ambito della prevenzione primaria, dell'educazione della salute e dell'empowerment individuale e di comunità, la possibilità di orientare le persone attraverso informazioni

coerenti e aggiornate rappresenta un aspetto estremamente rilevante. Ne è un esempio la già citata iniziativa *Vivo Bene MAP* della Regione del Veneto, un portale digitale che permette a cittadini, ma soprattutto operatori, di individuare in modo aggiornato e geolocalizzato le iniziative, attività e strutture di promozione della salute in una determinata area. L'alimentazione della piattaforma rientra tra le competenze dei dipartimenti, che valutano la coerenza delle iniziative proposte dai soggetti organizzatori rispetto alle finalità dello strumento, ma sono gli operatori, in primo luogo i MMG, che ne traggono principalmente beneficio avendo la possibilità di indirizzare gli assistiti verso le attività più idonee e appropriate.

Un ulteriore elemento che favorisce l'integrazione è il quadro legislativo. Un esempio paradigmatico è l'Emilia-Romagna, dove dal 2018 è in vigore la Legge Regionale sulla promozione della salute, del benessere della persona della comunità e prevenzione primaria (LR 19/2018). Oltre a prevedere uno specifico capitolo di spesa per le iniziative coerenti con l'oggetto della legge, la norma prevede l'istituzione del sistema regionale per la prevenzione e la promozione della salute, ovvero l'infrastruttura regionale che mette insieme non soltanto enti locali e aziende sanitarie, ma anche potenzialmente istituzioni scolastiche, universitarie e in generale tutti i soggetti pubblici e privati che svolgono una parte della loro attività sui temi della prevenzione o che sono in grado di contribuire alla pianificazione e implementazione delle azioni. Ai partecipanti alla rete è data la possibilità di promuovere e sottoscrivere a livello locale accordi operativi per la salute di comunità, con lo scopo di definire iniziative e obiettivi comuni. La norma distribuisce i ruoli nella definizione degli interventi tra livello regionale e livello locale. Al livello regionale è attribuita la funzione di programmazione integrata degli interventi, attraverso l'istituzione di un tavolo multisettoriale di coordinamento delle politiche di prevenzione e la definizione della strategia regionale per la promozione della salute e la prevenzione. Attraverso la strategia regionale, la regione stabilisce le priorità le cui modalità di attuazione saranno declinate nel dettaglio dal piano regionale della prevenzione. La norma individua inoltre i soggetti da coinvolgere e valorizzare prioritariamente nella definizione e implementazione degli interventi: i MMG, i PLS e in generale i nuclei di cure primarie e le CDC (ex Case della Salute), il sistema ospedaliero e territoriale, per i quali si prevede l'adozione di scelte organizzative finalizzate a garantire l'efficace collaborazione, le istituzioni scolastiche e universitarie e i luoghi di lavoro. Il testo elenca inoltre una serie di aree e ambiti prioritari di intervento, che comprendono la prevenzione di malattie croniche non trasmissibili (cardiovascolari, diabete, oncologiche), ai sani stili di vita (alimentazione, attività fisica, dipendenze da alcool e sostanze psicotrope), ma pone attenzione anche su temi emergenti (dipendenze legate alle nuove tecnologie, sicurezza dell'infanzia, salute psicofisica, comunicazione sociale). La definizione di un contesto all'interno del quale operare, dotato di

apposite risorse finanziarie, garantisce un supporto strutturale agli interventi integrati di sanità pubblica e un forte incentivo per gli operatori a proporre e sviluppare le iniziative.

Più da un punto di vista programmatico che normativo, un'ulteriore condizione favorevole e abilitante all'integrazione tra servizi di prevenzione e cure primarie risiede nella riforma introdotta dal DM77 in corso di implementazione in tutte le regioni italiane, in particolare per ciò che riguarda la definizione della CDC. La previsione di CDC come spazio deputato a favorire lo sviluppo di un'assistenza di prossimità basata su approcci multidisciplinare, multiprofessionali e multisettoriali, rappresenta una importante finestra di opportunità per innestare logiche e strumenti di prevenzione in luoghi fisici e organizzativi esterni al dipartimento. Incrociando le attività tipicamente svolte dai dipartimenti con, da una parte, l'idea di CDC e, dall'altra, i servizi che tali strutture già prevedono o potrebbero prevedere, esistono molti spazi di integrazione, specialmente nell'ambito dei servizi a domanda individuale, tra cui si possono ricomprendere le attività di promozione della salute (gruppi di mutuo aiuto e cammino, *empowerment* di comunità, iniziative di contrasto ai grandi fattori di rischio di salute), alle attività di profilassi vaccinale, in particolare quelle degli adulti, la promozione di servizi di salute pubblica come gli screening vaccinali, la presa in carico di bisogni specialistici spesso afferenti al mondo della prevenzione, come quelli relativi alla nutrizione (es. obesità), ma anche ad esempio i servizi veterinari orientati agli animali d'affezione. Molti degli esempi citati si sovrappongono con quelli descritti nel paragrafo 14.3; ciò che li rende particolarmente interessanti è l'utilità che lavorare a iniziative di integrazione di questo tipo possa avere anche per l'avanzamento dei lavori sul setting della CDC già particolarmente avanzato in Emilia-Romagna.

Anche le linee programmatiche contenute nei piani nazionali, regionali e settoriali di prevenzione (PnCar, PanFlu, PNC, ecc.) sono stati importanti fattori sistemici nei processi di integrazione osservati fornendo standard e metriche di riferimento. Il ruolo di orientamento volto a sostenere l'interazione organizzativa, funzionale e operativa di tutte le risorse interne ed esterne al sistema sanitario, a partire dal DP, è particolarmente evidente nelle prassi osservate.

La formazione rivolta agli operatori esterni ai dipartimenti emerge anch'essa come una leva strategica per promuovere l'integrazione. La mancanza di una cultura della prevenzione tra molti operatori sanitari costituisce infatti un ostacolo, che può essere superato con iniziative formative promosse dai DP. È indubbio infatti che la diffusione della cultura della prevenzione nelle comunità non può essere una prerogativa esclusiva degli operatori dei DP. La formazione degli operatori, guidata dalle competenze igienistiche, diventa quindi un elemento determinante, in particolare per facilitare la trasmissione dei messaggi dai SISP, responsabile per natura della loro elaborazione, ai cittadini.

Infine, un elemento di ostacolo allo sviluppo di logiche di integrazione deriva dall'eccessiva enfasi sull'attività prestazionale, che resiste sia all'interno del dipartimento, tipicamente per le attività a domanda collettiva, ma ad esempio tra gli operatori di cure primarie (MMG e PLS) e specialistiche. Nel contesto italiano, in cui le competenze sono ancora rigidamente inquadrati in contenitori organizzativi rigidi, l'assenza di flessibilità e orientamento all'innovazione possono rappresentare un vincolo ancora più forte verso iniziative che sempre di più richiedono approccio olistici (es. il paradigma *One Health*).

14.6 Discussione e conclusioni

Le indicazioni che si possono trarre dalle evidenze finora analizzate sono, da una parte, un rafforzamento dei motivi e delle opportunità che spingono verso il cambiamento e, dall'altra, il permanere di rilevanti aree di incertezza sulla direzione da imprimere ai processi di riorganizzazione attualmente in corso.

Con riguardo all'ultimo punto, è opportuno sottolineare che non si tratta di un passaggio scontato. Il presente contributo intende rappresentare solo uno strumento per supportarlo, evidenziando alle direzioni aziendali e regionali la complessità e la necessità di interventi organizzativi che sostengano il cambiamento e sappiano trovare soluzioni flessibili e permeabili ai sempre più frequenti attraversamenti di confine, tra strutture, dipartimenti e distretti.

Con riguardo alle opportunità e le condizioni di un'evoluzione del posizionamento del DP nel contesto aziendale e nella nuova offerta di servizi territoriali, esse risultano abbastanza evidenti nelle prassi osservate. L'integrazione tra i SISP/DP e altre articolazioni aziendali sta portando a nuove sinergie e pratiche di collaborazione, con un impatto positivo sulla prevenzione a livello individuale e collettivo. La sinergia è più evidente nelle campagne vaccinali e negli screening oncologici, dove la collaborazione tra SISP/DP, MMG, specialisti ospedalieri e strutture territoriali ha incrementato la copertura e l'efficacia degli interventi, specialmente per i gruppi di pazienti più fragili o a rischio. L'integrazione promette una crescente sinergia anche nella difficile area del cambiamento degli stili di vita con programmi innovativi che coinvolgono varie figure professionali.

Per descrivere lo stato dell'arte ma soprattutto sistematizzare le diverse prospettive, punti di vista e possibili convergenze tra attori, le esperienze finora analizzate possono essere ricondotte a cinque principali categorie, ciascuna con una funzione specifica nel rafforzamento delle pratiche di prevenzione:

1. migliorare l'assistenza sanitaria coordinando i servizi alla persona (come avviene nel caso di vaccinazioni e screening);

2. incorporare le prospettive di popolazione nelle pratiche cliniche (il PNcar è un buon esempio di come i dati epidemiologici e le prospettive di salute pubblica possano essere utilizzati per informare la pratica clinica, migliorare la qualità e il costo-efficacia delle cure);
3. identificare e affrontare i problemi di salute delle comunità (le campagne di prevenzione del melanoma nelle aree montane del Veneto e il coordinamento in situazioni emergenziali come l'alluvione del 2023 in Romagna sono esempi di sinergie che consentono risposte rapide e mirate ai problemi sanitari della comunità);
4. favorire esperienze di promozione della salute integrate nelle CDC (per esempio, le collaborazioni tra professionisti sanitari e laureati in scienze motorie, come in Veneto e Emilia-Romagna, promuovono sani stili di vita attraverso l'esercizio fisico e ampliano l'accesso della popolazione a programmi di prevenzione e sensibilizzazione, rafforzando l'impatto degli interventi di promozione della salute);
5. infine, nella definizione delle politiche sanitarie e nelle attività di formazione, beneficiare di una stretta collaborazione basata sull'analisi dei dati epidemiologici e sul contributo scientifico dei SISP/DP (in Emilia-Romagna, per esempio, le priorità di prevenzione sono co-progettate con il supporto dei DP, che forniscono dati essenziali per le decisioni strategiche regionali. In tutti i contesti regionali, inoltre, i DP collaborano in attività di ricerca e formazione per migliorare la preparazione dei professionisti della sanità in ambito preventivo).

Le esperienze analizzate evidenziano un percorso di convergenza verso una maggiore integrazione della funzione di prevenzione e dei SISP/DP nelle aziende, sebbene vi siano alcune differenze nelle modalità di attuazione. In Veneto, l'enfasi è su alcuni specifici ambiti della prevenzione che richiedono uno sforzo coordinato tra i vari attori del sistema sanitario regionale per garantire efficacia e sostenibilità. Al contrario, in Lombardia, il sistema decentralizzato ha portato a esperienze più diversificate, ma con un forte focus sull'efficienza operativa e sulla capacità di risposta rapida in situazioni di emergenza. In Emilia-Romagna, l'integrazione è promossa attraverso una visione di *governance* condivisa, che punta a coinvolgere tutte le componenti del sistema secondo un approccio *life course*.

Queste differenze riflettono naturalmente le particolarità istituzionali di ciascuna regione e le differenti condizioni di contesto. Le evidenze analizzate sulle pratiche di integrazione mettono comunque in luce alcuni fattori comuni che insieme a eventuali riconfigurazioni organizzative potranno favorire la loro diffusione e consolidamento. L'espansione delle CDC, il coinvolgimento dei MMG e l'adozione di tecnologie digitali rappresentano le prospettive più promettenti per migliorare l'efficacia dell'integrazione della funzione di prevenzione. Tra i fattori abilitanti rientrano la capacità di strutturare una gover-

nance integrata e nel rafforzare anche la condivisione di dati e prassi operative tra le diverse componenti del sistema sanitario. Superare la resistenza culturale alla collaborazione tra DP e cure primarie, così come tra specialisti e MMG, rimane una sfida comune, ma gli sforzi per incentivare la formazione e la comunicazione interprofessionale stanno portando risultati positivi. Si tratta di azioni che possono realizzarsi a diversi livelli: (i) a livello strutturale con lo sviluppo di CDC e la messa in rete di sistemi informativi; (ii) a livello operativo con la definizione di percorsi, metriche e standard comuni (es. PPDTA); (iii) a livello strategico con l'affermazione di processi di decisione congiunta e il coinvolgimento delle direzioni aziendali e regionali; (iv) infine, a livello più culturale con programmi di formazione e ricerca che promuovano *health literacy* e pratiche sostenute da approcci *evidence based*.

14.7 Bibliografia

- Bobini M., Cinelli G., Del Vecchio M., Longo F. (2020), «Regioni e Aziende: modelli di coordinamento a confronto», in Rapporto OASI 2020 CERGAS (a cura di), Egea, chap. 8, pp.347-378.
- Cavazza M., Del Vecchio M., Preti L., Rappini V. (2021), «Dipartimenti di prevenzione durante la pandemia tra criticità strutturali e l'emergenza», in CERGAS Bocconi (a cura di), Rapporto OASI 2021, Milano, Egea, pp. 603-625.
- Del Vecchio M., Prenestini A. e Rappini V. (2015), «Livelli di integrazione dei dipartimenti di prevenzione», in CERGAS Bocconi (a cura di), Rapporto OASI 2015, Milano, Egea, pp. 441-477.
- Del Vecchio M., Giudice L., Mallarini E., Preti L.M., e Rappini V. (2021), «Case della salute: evoluzione delle configurazioni tra fisico, digitale e ruolo nella rete», in Cergas (a cura di) Rapporto OASI 2021, Milano, Egea, pp. 519-561.
- Fattore G., Morando V. e Tozzi V.D. «Governare la domanda e Population Health Management: Regioni a confronto nell'utilizzo dei database amministrativi e nelle scelte di policy e management» in Cergas (a cura di) Rapporto OASI 2018, Milano, Egea, pp. 649-680.
- Levesque, JF., Breton, M., Senn, N. et al. (2013), «The interaction of public health and primary care: Functional Roles and Organizational Models that Bridge Individual and Population Perspectives», *Public Health Rev* 35(1), 1-27.
- Martin-Misener R. et al. (2012), «Strengthening Primary Health Care through Public Health and Primary Care Collaborations Team. A scoping literature review of collaboration between primary care and public health», *Prim Health Care Res Dev.*, 13(4), pp. 327-346.

Rechel B. (2020) «How to enhance the integration of primary care and public health? Approaches, facilitating factors and policy options», Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; PMID: 32073809.

Shahzad, M., et al. (2019), «A Population-Based Approach to Integrated Healthcare Delivery: A Scoping Review of Clinical Care and Public Health Collaboration», BMC Public Health, 19, Article No. 708.