

## CAPITOLO 6: **BARRIERE E PROSPETTIVE**

Tutto ciò che avete da fare è  
tenervi il vento alle spalle  
Joseph Conrad *La linea d'ombra*

### 6.1 **Barriere alla diffusione della EBP**

Durante questi anni di lavoro del movimento per la EBP, e soprattutto durante le occasioni di confronto con gli operatori, abbiamo via via esplorato i maggiori ostacoli alla piena implementazione dei principi qui esposti.

In primis dobbiamo considerare ostacoli organizzativi. Esiste, ed è palpabile, una generica resistenza al cambiamento, propria di tutte le società organizzate. Nel nostro ambiente, tuttavia, tali resistenze appaiono più serie e più radicate rispetto ai settori privati. In linea con quanto accade tutt'ora a livello internazionale in ambito EBM, esistono difficoltà legate all'uso di tecnologie moderne (uso della lingua inglese e del computer) <sup>1</sup>. Ma accanto a queste generiche resistenze, troviamo anche ostacoli legati allo stile di lavoro. La EBP propone infatti una visione del lavoro degli operatori dei DP per progetti valutabili, mentre il *modus operandi* del nostro settore è legato alla rendicontazione delle prestazioni fornite. Ecco quindi che il salto culturale necessario da fare viene bloccato sul nascere dalla struttura entro la quale i servizi sono inquadrati.

In secondo luogo osserviamo una resistenza che possiamo definire opportunistica o corporativa. L'enorme sforzo di valutazione dell'efficacia di molte branche della medicina clinica (ivi comprese quelle più vicine alla prevenzione) non riesce a coprire tutto lo spettro delle prestazioni offerte. L'obiezione posta è quella di posporre la valutazione nel campo della prevenzione al momento in cui tutta o la maggior parte della medicina curativa sarà stata esaminata.

Ci troviamo di fronte ad obiezioni ideologiche mosse contro la EBP, come in parte veniva accennato in tabella 1.2. Molta parte dei PSP che

vengono correntemente implementati riposano sulla convinzione che, al peggio, non recano danno e che prevenire è una cosa buona di per sé, senza bisogno di valutare quanto è buona.

Occorre innanzitutto stabilire che la prevenzione è un valore assoluto. Geoffrey Rose <sup>2</sup>, in una sua affermazione rimasta celebre, diceva che *"... è meglio essere in buona salute che malato o morto. Questo è l'inizio ed anche la fine del solo argomento valido per la medicina preventiva. Ed è sufficiente."* Un contributo italiano su questo punto fondamentale venne fornito già negli anni 70 da Giulio Maccacaro <sup>3</sup>, che affermava *"la patologia oggi dominante dei paesi sviluppati, nella misura in cui non è più curabile deve essere evitata, onde non l'opzionalità, ma l'assoluta necessità della medicina preventiva"*. Il significato delle parole di Rose e Maccacaro finirono per tradursi, nella lettura di molti operatori sanitari in una sorta di "mandato a prevenire" sempre e comunque. La prevenzione, intesa come complesso degli sforzi del sistema sanitario per migliorare la qualità della vita dei propri cittadini, è una cosa buona *per se*. Un giudizio di merito è invece necessario allorquando i valori della prevenzione si traducono in programmi ed azioni. Questa traduzione pratica, che può assumere modi e forme diversi, necessita di essere valutata.

Sempre sul piano ideologico, assistiamo ad obiezioni circa la valutabilità dei PSP, non perché, come sopra, si sia concettualmente contrari, ma perché si oppone la non misurabilità secondo criteri ottimali. Nel corso di questa tesi abbiamo cercato di dimostrare come si possa arrivare ad un buon grado di giudizio circa l'efficacia dei PSP implementati, e come questa pratica, nel mondo anglosassone, sia di fondamentale importanza per la programmazione dei servizi preventivi. In realtà, neppure in ambito di sperimentazione clinica, la tecnologia dei trial riesce a dare una risposta sempre definitiva a proposito della certezza dell'efficacia di un intervento. Studi di qualità inferiore ai trial e per di più condotti sul campo non hanno la pretesa di essere definitivi, tuttavia ciò non significa che un PSP o un progetto non possa essere valutato.

Da ultimo ci sembra opportuno prendere in considerazione l'apparente contraddizione che sussiste fra EBP e Principio di Precauzione (PP). Nel campo della prevenzione convivono sia PSP adottati in base a solide prove di efficacia circa la loro capacità di diminuire malattie o di migliorare lo stato di salute della popolazione (a solo titolo di esempio si pensi all'obbligatorietà delle cinture di sicurezza) sia programmi adottati sulla base di semplici sospetti circa la capacità di diminuire il carico di malattia (ad esempio le leggi per gli elettrodotti o per limitare la quantità di OGM nei cibi). Ricordiamo che la EBP postula l'opportunità (necessità?) che l'attivazione o il mantenimento

in uso di PSP avvenga sulla base di una disamina delle *prove* di efficacia esistenti, mentre il PP sostiene che azioni di prevenzione debbano essere intraprese nonostante l'assenza di convincenti *prove* di colpevolezza del fattore in questione sulla salute umana o ambientale. La definizione del PP venne data per la prima volta alla Conferenza di Asilomar (1975) sui test di ingegneria genetica. Recita: "la nostra preoccupazione si basa sul giudizio dei rischi potenziali, piuttosto che dimostrati, poiché esistono pochi dati sperimentali disponibili". In altre parole il PP esprime un preciso orientamento a favore della sicurezza in assenza di dati su cui basare eventuali raccomandazioni <sup>4</sup>.

Come risolvere questa contraddizione? Per chiarezza espositiva definiamo, in contrapposizione alle tecnologie non sanitarie (elettrodotti, OGM, ftalati...), come tecnologie sanitarie gli interventi decisi dal sistema sanitario e rivolti al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione (possiamo comprendere in questo gruppo i farmaci, i macchinari sanitari di radiologia, programmi di salute pubblica...). Il bene da valutare differisce grandemente tra i due raggruppamenti. All'interno delle tecnologie sanitarie la valutazione di efficacia segue criteri di EBM/EBP e può essere sottoposta a valutazioni di tipo economico. Le tecnologie non sanitarie, per loro natura, valutano altri indicatori, collegati al funzionamento intrinseco della tecnologia, alla soddisfazione del cliente e al profitto. Tra le motivazioni che stanno alla base dell'impedimento all'introduzione di tecnologie non sanitarie o al loro mantenimento in uso troviamo gli effetti nocivi che queste potrebbero avere sull'ambiente e sulla salute. In questo setting non si prendono decisioni basate sulle *prove*, ma solo su indizi di rischio indebito <sup>14</sup> per la salute della popolazione. L'onere della prova dovrebbe essere infatti a carico di chi introduce queste tecnologie.

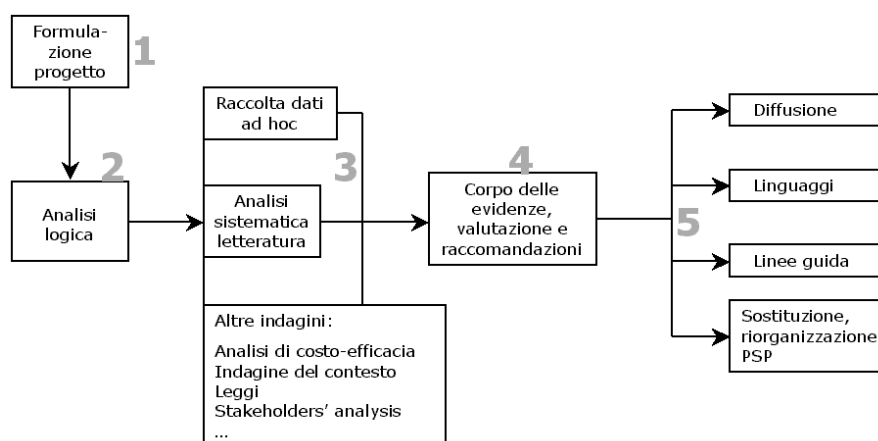
## 6.2 Prospettive

Dall'essere la cugina oscura della EBM, la evidence-based in sanità pubblica si è sviluppata fino ad arrivare ad essere disciplina con un proprio *corpus* di presupposti, un proprio svolgimento logico, proprie metodologie e un proprio campo applicativo. Nel corso di queste pagine abbiamo riferito sul percorso di ricerca delle prove di efficacia in sanità pubblica per quel che riguarda i contributi più significativi dell'arena internazionale e per la nostra esperienza. Abbiamo inoltre cercato di chiarire un possibile modello applicativo alla realtà della sanità pubblica italiana.

La visione e la missione che il gruppo per la EBP elaborò allorché nel 1999 si incontrò per la prima volta era più ambiziosa e più densa di esperienze rispetto al bilancio che è possibile fare a quasi quattro anni di distanza. Ciò nondimeno, le aspettative dell'inizio sono state in molti casi superate, e in molti casi si sono aperte opportunità e contatti, e di fatto nuovi progetti hanno iniziato a svilupparsi. Le linee di produzione per le quali abbiamo lavorato hanno via via cercato di coprire gli ambiti della formazione, della ricerca e della produzione di evidenze.

Gli interventi sopra citati erano già chiari nel 1999 e, se da una parte hanno iniziato a dare frutti, dall'altra hanno anche comportato un impegno non previsto da parte dei ricercatori e degli operatori. In particolare la "presenza culturale" del gruppo EBP, a livello nazionale, regionale e locale è cresciuta lungo i quattro anni attraverso l'organizzazione di convegni <sup>5</sup>, la gestione di una mailing list di discussione per operatori della sanità pubblica <sup>6</sup>, attraverso i più classici canali della pubblicitica <sup>7</sup> e attraverso corsi di formazione. La valutazione delle ripercussioni a medio e lungo termine di queste iniziative è solo all'inizio e pertanto, considerando le iniziative alla stessa stregua di un "trattamento", non ci è possibile esprimere un giudizio sulla efficacia a lungo termine degli interventi.

**Figura 6.1:** tavola riassuntiva degli step analizzati per la valutazione delle prove di efficacia di un PSP.



Per quel che riguarda la metodologia elaborata ci sembra che sia necessario ancora studio, ricerca e prove sul campo in alcuni punti che discuteremo qui di seguito riferendoci alla figura 6.1.

In questa tesi non abbiamo affrontato la fase 1, ossia la formulazione del progetto che viene fatta all'inizio della valutazione del PSP. Come in ogni

buona ricerca, è necessario dedicare tempo per definire il progetto nella sua visione globale e nei dettagli all'inizio del lavoro. Accanto a questa considerazione dovuta, esiste ancora un ambito di incertezza circa il committente della valutazione di efficacia di un PSP e il gruppo che ha competenza e autorevolezza necessaria per affrontare la valutazione. Nella nostra esperienza, infatti, non abbiamo avuto nessuna committenza formale e il lavoro sul campo è stata una libera iniziativa del gruppo di ricerca. Il movimento EBP non è strutturato entro confini formali, e poiché non esiste ancora né a livello regionale né nazionale una struttura che rivesta un ruolo imparziale nella valutazione dell'efficacia dei programmi di sanità pubblica, il problema dell'autorevolezza resta, per ora, aperto.

La fase 2, di analisi logica della coerenza del programma è un punto di forza del nostro lavoro. Similmente a quanto avviene nel campo clinico, a livello istituzionale esiste una discussione sulla creazione di liste di prestazioni e servizi efficaci, non efficaci e di efficacia non conosciuta nell'ambito di quelle offerte dai DP. L'analisi logica trova grande applicazione nella costituzione di queste liste e pur non essendo un processo sempre in grado di dire l'ultima parola è uno strumento obiettivo che aiuta nella fase preliminare di classificazione dei servizi e per prendere decisioni.

La fase 3, da intraprendere solo qualora l'analisi di plausibilità logica abbia dato risultati positivi, è una fase che richiede tempo, risorse e competenze specifiche. In figura abbiamo mantenuto la schematizzazione usata per il progetto SALeM (paragrafo 5.2), per meglio evidenziare criticità e positività della fase stessa. La raccolta di dati *ad hoc*, qualora ritenuta necessaria, ha ovviamente bisogno del sostegno istituzionale più ampio possibile. Ricadiamo quindi nella stessa criticità discussa sopra per la fase 1. In generale soffrono di questa criticità tutte le raccolte di dati e di opinioni che, per loro meccanismi, prevedono alcuni attori riconosciuti autorevoli e competenti (peraltro con criteri difficilmente standardizzabili). L'analisi di letteratura, che di per sé si svolge in un contesto più simile al laboratorio che al campo, ha limiti soprattutto legati ai costi, al tempo, alle figure professionali specializzate e alla disponibilità di materia prima, ossia di pubblicazioni (di qualità) su argomenti di valutazione dell'efficacia di un servizio.

La valutazione del corpo delle evidenze, la fase 4, utilizza nel nostro campo tecnologie ancora giovani, benché testate. A questo proposito la discussione e la ricerca, anche in campo internazionale, è ancora molto vivace ed è quindi una fase che ancora ha molte potenzialità di sviluppo.

Infine, una volta sintetizzati i risultati ed espresse le raccomandazioni, resta da stabilire come utilizzare i dati. La fase 5 nel nostro Paese è ancora

molto carente. In medicina lo sbocco naturale delle ricerche è la diffusione tramite pubblicazioni e convegni. E ciò presenta alcune criticità nella esperienza del movimento EBP. Per la struttura propria del movimento non ci sono collaboratori specificamente dedicati a questo aspetto. Ne deriva che la diffusione dei risultati della ricerca si affida a canali terzi e spesso avviene in tempi lunghi. Inoltre, molto del materiale internazionale disponibile è in lingua inglese e ciò rappresenta un ostacolo per la maggior parte degli operatori della prevenzione. Lo sforzo che è stato compiuto è proprio quello di scavalcare l'ostacolo della lingua attraverso una serie di traduzioni per rendere disponibile i migliori materiali internazionali <sup>8</sup>. La diffusione attraverso riunioni scientifiche resta uno dei successi del movimento EBP. Una nota va aggiunta circa il mezzo di diffusione scelto. Abbiamo infatti privilegiato, non senza sofferenza, la diffusione tramite internet, consapevoli che i bassissimi costi di questa tecnologia erano gli unici adatti alle nostre risorse, ma anche consapevoli del fatto che, ancora, non è una tecnologia facilmente fruibile dalla maggior parte degli operatori italiani. Ancora una volta si torna alla radice del problema della fase 1, ossia la committenza che i progetti (non) hanno ricevuto e quindi le ripercussioni sulla diffusione di metodologia e risultati.

Il linguaggio scelto per comunicare i risultati e le raccomandazioni degli studi è stato differenziato a seconda degli stakeholders con cui desideravamo comunicare. L'abstract di un lavoro scientifico, che ha un linguaggio elitario, può infatti essere *tradotto* anche per altre categorie di stakeholders, e così è stato fatto, privilegiando il linguaggio politico, creando sempre documenti ad hoc per questo gruppo di attori. Ciò è in linea con la missione del gruppo, ossia con la capacità di intervenire a livello di politiche socio-sanitarie con contributi basati su prove di efficacia. Un analogo lavoro di traduzione è in cantiere per rivolgerci più efficacemente anche al gruppo dei cittadini, quali utenti o clienti o consumatori dei nostri servizi e prodotti.

Il corpus normativo alla base del lavoro dei DP è piuttosto rigido, sia nella sua forma attuale sia per i meccanismi che governano qualunque modifica. Crediamo che la valutazione delle prove di efficacia in sanità pubblica debba produrre, non solo ricerca e raccomandazioni ma anche una serie di linee guida che riescano a *regolare* (e non *normare*) in modo efficace e fluido i servizi offerti. Eccoci di fronte ad un salto culturale necessario per la sopravvivenza della sanità pubblica italiana che dovrebbe passare da pratiche *ope legis* (attraverso studi di efficacy, non necessariamente condotti in seno al DP) a studi di effectiveness e alla loro traduzione in linee guida <sup>9</sup> condotti a livello dei DP o di raggruppamenti dei Dipartimenti. Questo è ciò che sta

avvenendo con le *linee guida per la prevenzione sanitaria* <sup>10</sup>, ma crediamo che sia necessario ancora tempo e lavoro per compiere completamente il salto. In questo processo, come abbiamo già discusso nel paragrafo 3.8 non sono coinvolti solo gli operatori sanitari e i ricercatori, ma anche gli attori politici.

Ed infine dobbiamo ancora esplorare le possibilità e i meccanismi, su larga scala, di sostituzione o riorganizzazione dei PSP valutati. Questa azione della filiera si colloca, per quanto sopra esposto, alla fine di tutto il processo. I meccanismi politici e legislativi sono in gran parte al di fuori della portata dei ricercatori e non da ultimo vi sono nodi metodologici da sciogliere. E' infatti diverso, metodologicamente, decidere di dismettere un PSP o una sua parte, in seguito ad una negativa valutazione, oppure introdurre ex novo un PSP. Mentre abbiamo sufficienti strumenti metodologici per riuscire a gestire la prima eventualità (dismissione), siamo invece quasi totalmente dipendenti da fonti estere per quel che riguarda l'introduzione di un nuovo PSP. A tutt'oggi infatti la tecnologia delle metanalisi in prevenzione non appartiene alla rosa delle professionalità espresse dal SSN italiano o da centri di ricerca basati nel nostro Paese.

Stiamo assistendo, negli ultimi mesi, ad alcune interessanti ricadute a livello di *policy*. Nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, la commissione che si occupa di prevenzione ha approvato il documento già citato nel capitolo 2 *Linee guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività del dipartimento di prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali*. Tale documento, pur con tutti i limiti nati dalla necessità di conciliare molteplici interessi, traccia chiaramente la direzione verso una applicazione dei concetti di *evidence*, di forza e di peso delle evidenze per orientare i servizi resi dal DP. L'accordo raggiunto in questa sede istituzionale segna, in qualche modo, una convergenza culturale (e forse anche economica) e ci sono le premesse affinché l'atto in sé non resti né isolato né privo di effetti.

Le singole Regioni e Province autonome stanno lavorando al proprio interno per appoggiare, con gli strumenti delle leggi e dei finanziamenti le "iniziative EBP" <sup>11</sup>. E' difficile raccogliere tutti gli interventi legislativi in linea con i principi EBP che a vari livelli vengono approvati. La tabella 6.2 riportata qui di seguito e le tabelle 6.3 e 6.4, riportate in appendice, riferiscono schematicamente sulla situazione.

L’impatto dei principi EBP sulla produzione di leggi che potremmo definire *user friendly* non è ascrivibile al solo lavoro del movimento EBP. Di certo alla base vi è un mutamento nella cultura di una parte degli operatori che ha fatto sì che il movimento si sia coagulato intorno ad una unica missione e che abbia lavorato, nonostante la povertà di risorse, in un clima spesso fertile.

**Tabella 6.2:** Indagine sulla diffusione di alcune iniziative EBP realizzata da Macini (Regione Emilia Romagna) <sup>12</sup> Le regioni su sfondo grigio sono quelle che hanno risposto al questionario.

Regioni, Prov Aut.	Promozione di azioni	Promozione attività di formazione	Promozione gruppi di lavoro	Promozione liste di efficacia
<b>Abruzzo</b>				
Basilicata				
Bolzano				
Calabria				
<b>Campania</b>			Informali	
<b>ER</b>	Azioni	Si	Informali	
<b>FVG</b>	Azioni		Formali	Si
Lazio				
Liguria				
<b>Lombardia</b>	Azioni e risorse	Si	Formali	Si
<b>Marche</b>	Azioni		Formali	
Molise				
<b>Piemonte</b>	Azioni e risorse	Si	Formali	Si
Puglia				
<b>Sardegna</b>		Si		
Sicilia				
<b>Toscana</b>	Azioni	Si	Formali	Si
Trento				
<b>Umbria</b>	Azioni		Formali	
V. d’Aosta				
<b>Veneto</b>	Azioni	Si	Formali	Si

Come risulta chiaro dalle tabelle 6.2 → 6.4, il movimento EBP inizia a fare breccia solo in alcune regioni, mentre la gran parte non entra nel vivo del dibattito. Richiamando un paragone popolare possiamo dire che gli “indici di sviluppo” tra le regioni che attivamente lavorano ed iniziano ad implementare anche a livello legislativo i principi EBP si stanno allontanando sempre di più da un altro gruppo di regioni che invece appare silenzioso su questo punto. Nell’ambito dell’autonomia delle Regioni, questo dato di fatto non limita le iniziative del gruppo trainante nella ricerca e nell’implementazione, certo è che azioni coordinate da parte di tutto il gruppo della commissione stato-regioni avrebbe ricadute più evidenti, più efficaci e un maggior potere contrattuale. Anche nell’ipotesi della formazione di un gruppo di studio istituzionale sull’argomento, la coesione di tutte le regioni avrebbe esiti più favorevoli. Dal punto di vista degli operatori della sanità pubblica (quindi dal punto di vista degli attori e non meramente da quello dei risultati).



In definitiva, ci sembra che il contributo della metodologia per la valutazione delle prove di efficacia possa essere di grande utilità pratica ad ogni livello organizzativo della prevenzione primaria. Offre l'occasione di aprire un dibattito etico e culturale sull'offerta di servizi alla comunità e offre strumenti concreti per la riorganizzazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione.

## Appendice

**Tabella 6.3:** Iniziative legislative in tema EBP <sup>13</sup>; segue qui una lista di delibere Regionali o delle Prov. Autonome che comportano l'abolizione del Libretto di Idoneità Sanitaria per Alimentaristi (LISA). La ricchezza delle fonti è testimone dell'ampio movimento culturale sull'argomento.

REGIONI E PROVINCE AUTONOME CHE HANNO SOSPESO IL LISA		
Ente	Rif. delibera	Contenuto
<b>Provincia autonoma di Bolzano</b>	Legge Provinciale 13.01.1992	L'art 14 della legge provinciale 1 del 13.01.1992, come modificato dall'art 42 della legge provinciale n° 9 del 11.08.1998, dispone che "in luogo del rinnovo del libretto di idoneità sanitaria previsto dall'art 14 della legge n° 283 del 30.04.1962 [...] il medico igienista [...] valuta [...] le misure adottate nell'ambito dell'autocontrollo del responsabile dell'industria alimentare"
<b>Umbria</b>	Delibera Giunta Regionale n° 758 del 13.07.2000	Dispone "... che le ASL sospendano in via sperimentale per la durata di un anno, a decorrere dal 15.07.2000, le procedure di rinnovo dei libretti di idoneità sanitaria previsti dall'art 14 della legge 283/62 e dal relativo regolamento esecutivo..."
	Delibera Giunta Regionale n° 566 del 30.05.2001	Dispone "... di prorogare di un anno, dal 15.07.2001, la sospensione delle procedure di rinnovo dei libretti di idoneità sanitaria previsti dall'art 14 della legge 283/62 e dal relativo regolamento esecutivo, DPR 327/80 ..."
	Delibera Giunta Regionale n°883 del 3.07.2002	Dispone "... di prorogare di un anno, dal 15.07.2002, la sospensione delle procedure di rinnovo dei libretti di idoneità sanitaria previsti dall'art 14 della legge 283/62 e dal relativo regolamento esecutivo, DPR 327/80..."
<b>Calabria</b>	Delibera Giunta Regionale n° 271 del 27.03.2001	"delibera [...] di disporre che le Aziende Sanitarie Locali sospendano, in via provvisoria e per la durata di tre anni, [...] le procedure di rilascio/rinnovo dei libretti di idoneità sanitaria previsti dall'art 14 della legge 283/62 e dal relativo regolamento esecutivo, DPR 327/80 ..."
<b>Piemonte</b>	Delibera Giunta Regionale n° 42-4511 del 19.11.2001	"delibera di disporre che le A.S.L. sospendano, in analogia a quanto già disposto da altre Regioni, e in via sperimentale, per la durata di due anni, a far data dal 1 gennaio 2002, le procedure di rinnovo/rilascio dei libretti sanitari previsti dall'art 14 della legge 283/62 e dal relativo regolamento esecutivo, DPR 327/80 ..."
<b>Emilia Romagna</b>	Delibera Giunta Regionale n° 11/2003	"Articolo 7 Soppressione dell'obbligo del libretto di idoneità sanitaria: Dalla data di entrata in vigore della presente legge cessa altresì l'obbligo di rinnovo del libretto di idoneità sanitaria per il personale alimentarista in possesso, alla stessa data, di libretto valido." La legge prevede l'obbligo alla formazione del personale "alimentarista" in sostituzione del LISA (art 3), programmi di informazione del grande pubblico (art 4).
<b>Toscana</b>	Legge Regionale 24 Maggio 2003 n° 24	Norme in materia di igiene del personale addetto all'industria alimentare. Art 1, comma 2. Il personale che esercita le attività di cui al comma 1 (Il personale addetto alla preparazione, trasformazione, fabbricazione, confezionamento, deposito, trasporto, distribuzione, manipolazione, vendita o fornitura, compresa la somministrazione, di prodotti alimentari) in Toscana non è tenuto ad acquisire il libretto di idoneità sanitaria previsto dall'articolo 14 della legge 30 aprile 1962, n. 283 e dal relativo regolamento di esecuzione approvato con decreto del Presidente della Repubblica 26 marzo 1980, n. 327 (...) Art 2, comma 1. Al fine di prevenire le malattie trasmissibili con alimenti e garantire la salubrità degli stessi la Regione disciplina, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, le iniziative formative del personale di cui all'articolo...
<b>Lombardia</b>	Legge Regionale 4 Agosto 2003 n° 12 Art. 4	Comma 4. "Il libretto di idoneità sanitaria non può essere richiesto o rilasciato dai servizi della ASL della Regione Lombardia e non costituisce titolo obbligatorio all'esercizio delle attività di produzione, preparazione, somministrazione, deposito, vendita o distribuzione di alimenti."

**Tabella 6.4:** Iniziative legislative in tema EBP <sup>13</sup>: segue una lista di provvedimenti che vanno nella stessa direzione dei principi EBP. Molti dei seguenti provvedimenti sono di tema di igiene degli alimenti.

PROVVEDIMENTI (1/3)			
Regione	Riferimento	Contenuto	A chi si riferisce
<b>Emilia Romagna</b>	Circolare n° 8216 del 4.02.1999 a firma del Resp del Servizio di Igiene Pubblica della ASL di Rimini.	"per le seguenti categorie di lavoratori che non presentano contatto diretto né indiretto con alimenti, non si ravvisa l'obbligatorietà del rilascio/rinnovo del libretto di idoneità sanitaria ... magazzinieri e trasportatori di alimenti confezionati..."	Alimentaristi senza diretto contatto
<b>Friuli Venezia Giulia</b>	Circolare interna n° 03731 del 10.02.1998 a firma del Resp del Dipartimento di Prevenzione della ASS 3 "Alto Friuli".	Afferma la non necessità del libretto di idoneità sanitaria per una serie di categorie, tra queste: "... gli addetti che maneggiano imballaggi contenenti le singole unità di vendita confezionate...", ai sensi della circolare del Ministero della Sanità n° 79/1980	Alimentaristi senza diretto contatto
	Circolare interna n° 26685/DS del 19.06.1997 a firma del responsabile del Dipartimento di Prevenzione della ASS 4 "Medio Friuli".	Stesso contenuto della precedente.	Alimentaristi senza diretto contatto
	Nota n° 24323/8622 del 16.07.2001 a firma dei resp. dei Dipartimenti di prevenzione delle ASS 3 "Alto Friuli", ASS 4 "Medio Friuli" e ASS 5 "Bassa Friulana" diretta alla Regione FVG.	Si chiede la sospensione delle procedure per il rinnovo del Libretto di idoneità sanitaria	Tutti gli Alimentaristi
<b>Lazio</b>	Delibera Giunta Regionale n° 11250 del 29.12.1995.	Elimina gli esami di laboratorio per il rilascio/rinnovo del libretto di idoneità sanitaria. La procedura prevede un colloquio per valutare le specifiche conoscenze dell'interessato in materia di igiene degli alimenti e la visita medica (e la vaccinazione antitifica, poi superata da norma nazionale)	Esami laboratorio
	Lettera circolare dell'Assessore alle Politiche per la Qualità della Vita della Regione Lazio n° 1332 del 5.06.96.	Si dichiara che le procedure della delibera 11250/95 (vedi sopra) non si applicano ad alcune categorie non soggette all'obbligo di libretto di idoneità sanitaria, tra gli altri "... coloro che maneggiano imballaggi e prodotti confezionati, ... nonché gli alimentaristi ... che trattino solo prodotti confezionati".	Alimentaristi senza diretto contatto
	Nota n° 26296 del 13.05.1998 dell'Assessore alle Politiche della Salute del Comune di Roma.	Prevede di "escludere dall'obbligatorietà [del libretto di idoneità sanitaria] gli operatori addetti al trasporto e alla vendita dei prodotti alimentari confezionati".	Alimentaristi senza diretto contatto
<b>Liguria</b>	Delibera Giunta Regionale n° 437 del 10.05.2002.	Sospende l'effettuazione routinaria degli esami di laboratorio sia nel rilascio che nel rinnovo del libretto di idoneità sanitaria.	Esami laboratorio
<b>Umbria</b>	Circolare n° 16106/3556 del 14.07.94 a firma del Resp. Del settore Prevenzione, educazione e medicina legale della ULSS 3 di Perugia.	"inoltre devono ritenersi non soggetti all'obbligo della tessera sanitaria i dipendenti di aziende alimentari non direttamente addetti al ciclo produttivo, quali ... gli addetti ai magazzini che trattano solamente prodotti inscatolati"	Alimentaristi senza diretto contatto

<b>PROVVEDIMENTI (2/3)</b>			
<b>Regione</b>	<b>Riferimento</b>	<b>Contenuto</b>	<b>A chi si riferisce</b>
<b>Lombardia</b>	Legge Regionale 4 Agosto 2003 n° 12 Art. 4	Non sono richiesti o rilasciati dalle aziende ASL della Regione Lombardia i seguenti certificati: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sana e robusta costituzione;</li> <li>2. Idoneità fisica per l'assunzione nel pubblico impiego;</li> <li>3. Idoneità fisica per l'assunzione di insegnanti;</li> <li>4. Idoneità fisica per l'assunzione di minori;</li> <li>5. Idoneità psicofisica per la frequenza di istituti professionali o corsi di formazione professionale;</li> <li>6. Per vendita di monopoli;</li> <li>7. Libretto di idoneità sanitaria per parrucchieri;</li> <li>8. Libretto di idoneità sanitaria per alimentaristi.</li> </ol> <p>L'art. 3 contempla norme in materia di Medicina Scolastica.</p>	
<b>Marche</b>	Documento prot. 1447 del 10.12.2001 del Resp. Del Servizio di Igiene Alimenti e Nutrizione della ASL 13 Ascoli Piceno.	Oggetto: "Nuovo protocollo per il rilascio/rinnovo dei libretti di idoneità sanitaria". Afferma che "...è escluso dal rilascio del libretto di idoneità sanitaria il personale addetto alla commercializzazione e distribuzione degli alimenti, che maneggia esclusivamente le unità confezionate ovvero per il quale non sussista la possibilità di contatto, neppure indiretto, con gli alimenti contenuti nelle confezioni: addetti ai depositi, magazzinieri, trasportatori ed autisti..."	Alimentaristi senza diretto contatto
<b>Piemonte</b>	Circolare n° 6167/48/766 del 11.10.95 dell'Assessore Regionale alla sanità.	Indica "i casi in cui non è giustificato il libretto di idoneità sanitaria..." indicando tra questi "...coloro che maneggiano imballaggi, contenenti le singole unità di vendita confezionate, per i quali non sussiste la possibilità di contatto, neppure indiretto (trasportatori, magazzinieri, tabaccai ecc), vedi la circolare del Ministero della Sanità n°79/1980..."	Alimentaristi senza diretto contatto
<b>Provincia Autonoma di Trento</b>	Delibera Giunta Provinciale n° 12531 del 7.10.94.	"... Non deve essere rilasciato il libretto di idoneità sanitaria ... agli addetti che maneggiano imballaggi, contenenti le singole unità di vendita confezionate (trasportatori, magazzinieri ecc) per i quali non esiste la possibilità di contatto, neppure indiretto, vedi Circolare del ministero della Sanità n°79/1980"	Alimentaristi senza diretto contatto
<b>Toscana</b>	Legge Regionale 24 del 12.05.2003 (BURT 20 del 16.05.2003. Norme in materia di igiene del personale addetto all'industria alimentare.	"... Il personale che esercita le attività di cui al comma 1 [Il personale addetto alla preparazione, trasformazione, fabbricazione, confezionamento, deposito, trasporto, distribuzione, manipolazione, vendita o fornitura, compresa la somministrazione, di prodotti alimentari] in Toscana non è tenuto ad acquisire il libretto di idoneità sanitaria previsto dall'articolo 14 della legge 30 aprile 1962, n. 283 (...) Al fine di prevenire le malattie trasmissibili con alimenti e garantire la salubrità degli stessi la Regione disciplina, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, le iniziative formative del personale di cui all'articolo 1, comma 1, nonché dei responsabili dell'industria alimentare..."	Tutti gli Alimentaristi
<b>Veneto</b>	Circolare del Presidente della Giunta Regionale del Veneto n° 3 del 29.04.97	Chiarisce che "non deve essere rilasciato il Libretto di idoneità sanitaria agli addetti ai depositi, magazzinieri, trasportatori e autisti", esclude inoltre l'effettuazione routinaria degli esami di laboratorio nel rilascio/rinnovo del libretto di idoneità sanitaria per coloro che manipolano prodotti alimentari.	Alimentaristi senza diretto contatto, Esami laboratorio

## Note e bibliografia

1. Forsetlund L, Bradley P, et al. *Randomised controlled trial of a theoretically grounded tailored intervention to diffuse evidence-based public health practice*. BMC Med Educ. 2003 Mar 13;3(1):2
2. Rose G. *Le strategie della medicina preventiva*. Ed Italiana Il pensiero scientifico editore p. 4
3. Giulio Maccacaro *Vera e falsa prevenzione* Sapere, Settembre 1976:2-4 citato in Carnevale F, Baldasseroni A *Storia della sanità pubblica e della prevenzione* Salute e Territorio n 117, 1999 296-304
4. Paolo Vineis, parlando del rapporto fra EBP e PP (*Principio di precauzione ed EBP: una contraddizione solo apparente?*), durante il 3° convegno EBP tenutosi a Verona il 14-15 Aprile 2003 diceva che esistono tre elementi all'interno del PP, ossia:
  - a. possibilità almeno teorica di un danno;
  - b. incertezza scientifica e
  - c. possibilità di azione (o scelta di inazione) precauzionale.Inoltre il PP è giustificato in base a:
  - a. Impossibilità di stabilire una soglia minima di azione per molte sostanze tossiche (ad esempio sostanze cancerogene);
  - b. Lunghi periodi di incubazione (es: BSE e Creutzfeldt-Jacob);
  - c. Incertezze sui meccanismi di azione;
  - d. Effetti su vasta scala legati alla globalizzazione (Chernobyl, BSE)L'intervento completo di Paolo Vineis è consultabile all'indirizzo [http://www.epicentro.iss.it/ebp/ebp\\_present/Vineis\\_file/frame.htm](http://www.epicentro.iss.it/ebp/ebp_present/Vineis_file/frame.htm) [accesso 6.10.2003]
5. A tutt'oggi il gruppo EBP ha organizzato 3 convegni per un totale di circa 800 presenze di operatori della prevenzione, provenienti per i 2/3 dalle regioni del nord Italia. Il primo *La prevenzione basata sulle prove*, Aprile 2000 a Firenze. Il secondo *La prevenzione basata sulle prove di efficacia*, sempre a Firenze nel novembre 2001 [gli atti del secondo convegno sono on line all'indirizzo [www.snop.it](http://www.snop.it) iniziative passate, accesso 23.09.2003]. Il terzo convegno *La prevenzione basata sulle prove di efficacia, esperienze di valutazione in Italia*, nell'Aprile 2003 a Verona [gli atti sono on line all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/ebp/indicie-convegno.htm> [accesso 23.09.2003].
6. La mailing list è pubblica ed è possibile iscriversi dall'indirizzo <http://liste.rete.toscana.it/mailman/listinfo/ebp> [accesso 23.09.2003]. A tutt'oggi conta circa 150 iscritti, provenienti dai settori della prevenzione.
7. Si veda la *Guide to community preventive services - Guida ai servizi preventivi di comunità* Epidemiol Prev 2002; 26 (4) suppl:1-80 pubblicata anche on line all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/ebp/indicie.htm> [accesso 23.09.2003] e la rubrica su Epidemiologia e Prevenzione.
8. Questo sforzo è stato reso possibile grazie alla disponibilità del Laboratorio di Epidemiologia dell'ISS e con l'agenzia ZADIG di Roma
9. **Linee guida:** secondo la definizione della *The community guide* è una raccolta di evidenze rigorosamente riviste sull'effectiveness degli interventi di sanità pubblica e su come somministrare tali interventi alla popolazione
10. *Linee guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività del dipartimento di prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali*. Il documento è accessibile all'indirizzo internet: <http://www.epicentro.iss.it/archivio/9-5-2002/LG-prevenzione.pdf> [accesso 15.09.2003]
11. Il **movimento EBP** è e rimane un movimento culturale di operatori, non è una società scientifica né tanto meno un marchio. In questo capitolo ci riferiamo più volte a "iniziative EBP" usando l'acronimo per comodità e non per indicare la paternità delle iniziative. A questo punto dello scritto risulta ormai chiaro che *EBP* accostato ad un progetto o ad una iniziativa indica la condivisione di alcuni principi e non necessariamente la

riproduzione acritica del percorso che il movimento EBP ha percorso.

12. P Macini, L Salizzato, *Il ruolo delle Regioni per la Evidence Based Prevention, Coordinamento tecnico delle Regioni per la Prevenzione*. 3° convegno EBP La prevenzione basata sulle prove di efficacia, esperienze di valutazione in Italia, Verona, 14-15 Aprile 2003. Le diapositive da cui sono stati sintetizzati i dati si trovano all'indirizzo [http://www.epicentro.iss.it/ebp/ebp\\_present/Macini\\_file/frame.htm](http://www.epicentro.iss.it/ebp/ebp_present/Macini_file/frame.htm) [accesso 24.09.2003]
13. Tutti i riferimenti normativi contenuti nelle figure 6.3 e 6.4 derivano da un documento interno, non pubblicato, prodotto dal dottor Antonio Manti, responsabile della Struttura complessa "Igiene e sanità pubblica", ASL 4 Chiavarese della Regione Liguria. I dati riferiti al 2003 sono stati aggiornati dagli autori
14. **effetti collaterali, rischio indebito:** in letteratura internazionale viene spesso usata la locuzione *by-product*, che significa "a secondary and sometimes unexpected consequence"