

**PERCORSO FORMATIVO**

LA GESTIONE E LO SVILUPPO DEI DIPARTIMENTI DI  
PREVENZIONE

**LABORATORIO FORMATIVO**

***EBP***  
***EVIDENCE BASED PREVENTION***

*Anno 2006-2007*

---

*Documento conclusivo*

## INDICE

Premessa.....	pag. 3
Introduzione all'EBP.....	pag. 4
Obiettivi del laboratorio formativo.....	pag. 7
Materiali e metodi .....	pag. 8
Analisi dei dati e dei risultati.....	pag. 9
Proposte tecniche ed organizzative finali.....	pag. 14
Riflessioni finali.....	pag. 17
Allegati	
1 - elenco partecipanti.....	pag. 18
2 - calendario incontri.....	pag. 20
3 - griglia di analisi.....	pag. 22
4 - analisi risultati.....	pag. 24
5 - analisi costi ZT.3 Fano.....	pag. 46

## PREMESSA

In un mondo che cambia, la prevenzione non può che cambiare, ovvero, alla modifica dei determinanti di salute e malattia, devono necessariamente corrispondere modifiche degli interventi di prevenzione ad essi connessi, anzi proprio per la caratteristica "anticipatrice" della prevenzione, questa non può che avvalersi delle scoperte più attuali e del costante monitoraggio epidemiologico che può fornire la guida e la chiave di lettura della realtà e aiutare a individuare le priorità di azione.

Gli interventi di prevenzione e le loro derivazioni legislative che un tempo avevano reale motivo di esistere, al mutare delle condizioni non possono restare dunque inalterati e "intoccabili", così anche i nuovi elementi introdotti, ma devono sottostare ad una continua verifica della loro efficacia, per cercare di mantenere un'equa appropriatezza delle prestazioni sia in senso etico che di allocazione delle risorse.

Per sostenere lo sviluppo e l'innovazione dei Dipartimenti di Prevenzione dell'A.S.U.R. della Regione Marche (nata con L.R. n. 13/03), è stata promossa dalla Direzione Generale dell'ASUR stessa nel 2006 un'attività formativa rivolta ai ruoli gestionali per favorire funzioni di promozione, integrazione, connessione e coordinamento tendente a:

- favorire la presentazione e condivisione delle diverse esperienze realizzate nei 13 Dipartimenti di Prevenzione dell'A.S.U.R.;
- evidenziare nelle diverse esperienze gli elementi di eccellenza e le criticità incontrate;
- definire indirizzi comuni adattabili nei 13 dipartimenti.

Nell'ambito delle proposte formative pervenute dai Direttori dei 13 Dipartimenti di Prevenzione regionali è stato previsto il "Laboratorio EBP" con l'obiettivo specifico di ridefinire le priorità operative del Dipartimento di Prevenzione.

Al laboratorio hanno partecipato 9 Dipartimenti di Prevenzione Regionali sui 13 esistenti (allegato 1), ciascuno con un proprio professionista appartenente a vari servizi dipartimentali.

L'attività si è sviluppata a cavallo tra ottobre 2006 e marzo 2007 attraverso sei incontri di una giornata ciascuno di cui tre condotti dal consulente esterno dello Studio APS, Dott. Marco Brunod, e tre autogestiti (allegato 2) attraverso l'individuazione all'interno del gruppo di lavoro delle coordinatrici, dott.ssa Laura Cassetta e dott.ssa AnnaRita Pelliccioni; inoltre dal secondo incontro c'è stata la presenza del Dr. Daniel Fiacchini tirocinante specializzando dell'Istituto di Igiene dell'Università degli Studi di Ancona Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Il percorso formativo che il gruppo si è dato è stato suddiviso in 5 fasi successive:

- A. condivisione del significato dell'Evidence Based Prevention mediante approfondimento di varia letteratura reperita e rapida discussione di alcune relazioni presentate a recente corso ecm sull'argomento
2. Individuazione delle pratiche operative che non hanno rilevanza scientifica, tenendo conto delle esperienze già esistenti (banca dati nazionale EBP e proposta ministeriale di Ddl per la eliminazione delle pratiche obsolete) in modo da conoscere e comprendere la metodologia EBP che sottende alle scelte di eliminazione/proposizione di alcune attività di prevenzione per applicarla alla realtà locale;
3. valutazione dell'impegno organizzativo, in termini di tempo e risorse impiegate, dedicato alla realizzazione di pratiche operative obsolete nelle strutture sanitarie regionali;
4. sviluppo di proposte per riprogettare l'attività nel rispetto delle leggi esistenti (minimizzare le risorse spese per le pratiche obsolete);
5. sviluppo di ipotesi di introduzione di nuove attività ritenute efficaci secondo il metodo EBP e che potrebbero richiedere la gestione di eventuali resistenze al cambiamento.

Le fasi da 2 a 5 sono state analizzate sia singolarmente, da ogni componente del gruppo all'interno del proprio dipartimento di appartenenza, che collettivamente durante gli incontri che si sono succeduti

## INTRODUZIONE ALL' EBP

L' iniziativa Evidence Based Prevention (EBP) è un movimento di operatori sanitari che cooperano per cambiare la pratica della prevenzione, sforzandosi di migliorarla, al fine di renderla sempre più efficace per la salute della popolazione. Per questo, l'iniziativa EBP intende arricchire la prevenzione di tutti gli interventi per cui (in studi basati su metodologie scientifiche) è stata dimostrata la utilità e l'efficacia, e al contempo intende eliminare, progressivamente, tutte quelle pratiche di prevenzione per cui è stata dimostrata l'inutilità o l'inefficacia. Poichè alcune di tali pratiche sottostanno a leggi dello Stato e/o delle Regioni, l'iniziativa EBP intende proporre modifiche della attuale normativa in punti specifici del campo della prevenzione.

Il fatto che molte risorse umane ed economiche dedicate alla prevenzione siano spese per tematiche oggi irrilevanti, o utilizzando metodiche inefficaci ( solo a titolo di esempio le idoneità sanitarie per gli alimentaristi, le certificazioni per la sana e robusta costituzione ecc. ) fa sì che gli operatori si sentano distanti dai settori più dinamici e vitali della attività e che si diffonda un senso di inutilità rispetto ad azioni prive di impatto sulla salute. In positivo, proprio da queste considerazioni, è nata dall'interno degli operatori stessi un'esigenza di rinnovamento degli obiettivi e dei metodi di lavoro. Il dibattito sulla *Evidence based prevention* (EBP) è nato e si è sviluppato, fortunatamente non solo in Italia, negli anni in cui, in medicina clinica, cresceva il dibattito sull'efficacia degli interventi e il movimento che va sotto il nome di *Evidence Based Medicine*. Idealmente ogni intervento medico dovrebbe essere giustificato da dimostrazioni di efficacia, sotto forma di esperimenti clinici randomizzati. Nel 1999 su iniziativa dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana viene avviata una discussione di livello nazionale che improvvisamente diviene affollata e creativa, a dimostrazione del fatto che l'esigenza di trattare questo tema era matura nel mondo degli operatori: gente della sanità pubblica metteva fortemente in discussione il proprio operato (dall'idoneità sanitarie per gli alimentaristi alle certificazioni) e proponeva di affrontare con nuovi metodi problemi di salute attuali, con l'intento di trasferire forze e risorse su programmi di intervento efficaci. Si affermava l'importanza di lavorare per programmi con obiettivi di salute, superando l'atteggiamento anche psicologico e culturale dell'"obbligo di legge", ed emergeva come tema ricorrente la necessità di fare crescere la valutazione degli effetti dei nostri programmi di intervento al fine di migliorarli. Da allora si sono succeduti due convegni a Firenze in cui si è discusso della necessità di approcci freschi per valutare i programmi rivolti alla comunità: valutare che cosa abbiamo fatto, quanto abbiamo fatto, quanto lo abbiamo fatto bene e soprattutto quale è stato l'effetto sulla salute che abbiamo ottenuto. Negli ultimi anni, altre iniziative sono state avviate: un progetto di valutazione pratica di un intervento normalmente effettuato in medicina del lavoro (le visite per l'avviamento al lavoro di apprendisti e minori), corsi di formazione su EBP, la traduzione e la pubblicazione della *Guide to Community Preventive Services*, o *Community Guide*, progetto a lungo termine a cura di un vasto gruppo di lavoro statunitense, coordinato dal CDC di Atlanta, che raccoglie e valuta le dimostrazioni di efficacia sul campo per vari programmi di salute rivolti alla comunità. E' la testimonianza del fatto che il dibattito nato in Italia sulla prevenzione non rappresenta un episodio isolato e provinciale, ma anzi si colloca in un vasto movimento internazionale, che si sta sviluppando con forte impegno della comunità scientifica e della Sanità pubblica negli Stati Uniti, in Australia, in Canada ed in alcuni Paesi europei.

Nel 1999 infatti, i CDC erano sotto la guida di Jeffrey P. Koplan, un epidemiologo che credeva in un ruolo molto esteso della prevenzione e della promozione della salute che si potrebbe sintetizzare in *gente sana*. *Gente sana* non produce solo salute ma è anche un modo per arginare il pauroso incremento delle spese del sistema sanitario

americano (J.F. Fries, et al. 1993, *The New England Journal of Medicine*, 329 (5):321-325). Sotto la guida di Koplan, i CDC hanno cercato di adattare le metodologie ai principali problemi di salute della comunità: le malattie croniche, guardando alle scienze sociali, al di là dell' "orto epidemiologico". Uno dei frutti più freschi di tali orientamenti è il Framework for Program Evaluation in Public Health, pubblicato su MMWR 1999;48 (No. RR-11), che fornisce al professionista una cornice di concetti per valutare i programmi che porta avanti.

In Italia le Regioni hanno svolto un ruolo fondamentale per lo sviluppo della prevenzione basata su prove di efficacia (EBP). Lo testimonia l'aggiornamento 2006 della banca dati EBP Regioni, che comprende nuovi provvedimenti adottati da Basilicata, Liguria, Sicilia, Umbria, Marche e Toscana.

I provvedimenti più adottati sono quelli che sospendono il rilascio/rinnovo del libretto di idoneità sanitaria per gli alimentaristi e introducono attività di formazione. Da segnalare, in particolare, le delibere con cui la Giunta regionale dell'Umbria recepisce gran parte delle proposte di semplificazione, in materia di Igiene e Sanità Pubblica, contenute nel documento elaborato nel 2006 dal gruppo di lavoro appositamente istituito dal ministro della salute.

Alcuni referenti regionali della banca dati hanno inviato documentazione relativa a provvedimenti adottati negli anni passati, contribuendo così a rendere più completa la raccolta. Nella sezione "programmazione" sono stati inseriti i documenti di valutazione elaborati in Veneto e Lombardia sui risultati gestionali ottenuti dalle leggi regionali che hanno abolito norme inutili: i dati rilevati confermano l'utilità di questi provvedimenti nel liberare risorse per l'avvio di azioni dei Servizi di prevenzione orientate alla progettazione per obiettivi di salute.

La banca dati viene aggiornata con la documentazione inviata dagli operatori regionali finora coinvolti. Per quanto sia a conoscenza, non sono stati finora adottati provvedimenti finalizzati all'EBP solo in Valle d'Aosta e Sardegna.

Valutare le ricadute della legislazione sui servizi nell'ambito dell'*Evidence Based Prevention* (EBP), in particolare rispetto a quanto stanno facendo le Regioni sull'abolizione delle pratiche non efficaci, l'introduzione delle pratiche utili e in generale la programmazione delle attività a sostegno dell'efficacia, è l'obiettivo della banca dati EBP Regioni, un'iniziativa promossa e sostenuta dalle Regioni Veneto ed Emilia Romagna,

Lo strumento consente di individuare e consultare le norme e i documenti prodotti da tutte le Regioni, attraverso un duplice criterio di ricerca: per parole chiave (nel caso non si conosca il documento che deve essere trovato) o per lettura diretta (nel caso invece si ricerchi un documento specifico e conosciuto). Il materiale in archivio comprende sia i documenti ufficiali come le leggi o le delibere di giunta sia tutto il materiale grigio di supporto, come le note o le lettere.

Due i filoni principali di lettura che caratterizzano lo strumento:

- il riordino delle norme (attraverso i criteri di abolizione delle pratiche non efficaci, come per esempio il libretto sanitario, e di introduzione delle pratiche più efficaci, come i progetti di educazione e formazione)
- la programmazione degli interventi a sostegno dell'efficacia, che consente di mettere in luce le modalità con cui le Regioni stanno organizzando gli strumenti più adeguati per promuovere attività efficaci (gruppi di lavoro, linee guida, piani attuativi ecc).

Come sopra detto anche la Regione Marche partecipa alla banca dati nazionale EBP ed ha già inviato la delibera regionale sulla sospensione/rinnovo dei LISA e la delibera regionale sulla formazione per i responsabili del rischio legionella nelle strutture recettive e la delibera riguardante le visite mediche preassuntive per apprendisti e minori.

## OBIETTIVI DEL LABORATORIO FORMATIVO

Oltre agli obiettivi formativi già esplicitati dal Servizio di Formazione Regionale, il gruppo ha individuato ulteriori finalità così di seguito evidenziate.

Obiettivi generali :

- implementare il lavoro in gruppo tra vari territori aziendali e tra varie professionalità dipartimentali per sviluppare la capacità di ascolto e la visione complessiva del funzionamento dell'organizzazione territoriale regionale
- sviluppare e consolidare esperienze di lavoro in rete anche con l'utilizzo di posta elettronica e lavorare in sinergia, acquisendo la consapevolezza della variabilità di partenza dei singoli e dell'organizzazione di appartenenza dei componenti del gruppo
- condividere e implementare la capacità di cooperazione al fine di aumentare i saperi e quindi l'omogeneità lavorativa

A questi sono stati individuati obiettivi specifici del lavoro legati al laboratorio stesso:

- condividere un metodo di lavoro individuando criticità e proponendo soluzioni;
- proporre in tutte le zone dipartimentali una riflessione sulle pratiche obsolete e una valutazione di ciò che è utile metter in atto per azioni di prevenzione efficaci ed efficienti;
- supportare proposte regionali di ridefinizione di priorità e obiettivi e dei conseguenti assetti organizzativi del Dipartimento di Prevenzione;
- proporre di rendere "sistema" la metodologia utilizzata nel corso del Laboratorio EBP per la costruzione di un Laboratorio permanente

Dalle proposte del gruppo è emersa la necessità di conoscere se nella Regione Marche ci siano state o siano in essere, esperienze dipartimentali con metodologia EBP. Per questo motivo è in via di elaborazione un questionario conoscitivo da inviare a tutti i

Servizi dipartimentali regionali, messo a punto nell'ambito del 3° Convegno Nazionale "Lavoro salute sicurezza" svolto al Castello della Rancia di Tolentino (28-29 e 30 marzo 2007).

## MATERIALI E METODI

La metodologia utilizzata è stata quella, come già indicato in premessa, del lavoro di gruppo in parte autogestito sempre con la presenza del tutor (dott.ssa Laura Cassetta) che ha svolto il ruolo di collante del gruppo redigendo i verbali delle singole riunioni e sollecitando alla produzione del materiale proposto dal gruppo. In tre incontri, iniziale, intermedio e finale c'è stata la presenza del Dr. Marco Brunod dello Studio APS come facilitatore dei processi comunicativi tra i partecipanti del gruppo, ribadendo le responsabilità dei singoli come professionisti e come componenti di un gruppo di lavoro, e come supervisore delle attività proposte per l'individuazione di indirizzi comuni da adottare nel laboratorio. I componenti del gruppo hanno portato materiali di attività di formazione EBP già effettuate e/o conosciute sia regionali che extraregionali e come base di confronto sulle attività di prevenzione obsolete si è preso il documento dell'Accordo Stato-Regioni del 2006 già in via di discussione parlamentare come proposta di Ddl nazionale. Da questo documento è stata elaborata una griglia di valutazione (allegato 3) che comprende le più comuni pratiche obsolete, i servizi eroganti tali pratiche, il tempo complessivo impiegato per l'effettuazione della singola pratica e quello totale nonché i professionisti ASUR erogatori delle prestazioni. Tale griglia ha permesso l'elaborazione dei dati sia per singolo Dipartimento, sia aggregati su tutto il territorio regionale, essendo rappresentati nel laboratorio il 70% dei Dipartimenti dell'ASUR.

Inoltre tale strumento conoscitivo, ha permesso anche di verificare le risorse che andrebbero a liberarsi con l'eliminazione di pratiche di comprovata inefficacia e quindi di conseguenza poter riprogettare interventi di provata efficacia da inserire nei piani di attività dei servizi di prevenzione.

## ANALISI DEI DATI E RISULTATI

L'analisi delle pratiche obsolete è stata effettuata da nove Zone Territoriali ( Zone Territoriali 1- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 10- 11) secondo la griglia di valutazione che è stata costruita ad hoc (allegato 3)

In alcuni casi la compilazione non è completa a causa di difficoltà per il reperimento dei dati. Le pratiche considerate sono riportate nel box 1; nella tabella riassuntiva vengono riportate le distribuzioni assolute delle pratiche e dei tempi impiegati per effettuarle per singola ZT.

### Box 1 - Pratiche analizzate

1. Sana e robusta costituzione
2. Idoneità fisica per l'assunzione nel pubblico impiego
3. Idoneità fisica per l'assunzione di insegnanti e altro personale di servizio nelle scuole
4. Idoneità fisica al servizio civile volontario
5. Idoneità per vendita dei generi di monopolio
6. Idoneità fisica a fare il giudice onorario e il giudice di pace
7. Idoneità per i lavoratori extra-comunitari dello spettacolo
8. Certificazione per ottenere sovvenzioni contro cessione del quinto della retribuzione
9. Isolamento di animali per il controllo dell'infezione rabbica
10. Procedure per morso di animale
11. LISA libretto sanitario per alimentaristi
12. Trattamenti antiputrefattivi
13. Certificazioni dello stato delle condizioni igieniche dei carri funebri e dell'autorimessa per carri funebri
14. Certificato di trasporto da Comune a Comune
15. Assistenza alle operazioni di esumazione ed estumulazione
16. Rilascio dei pareri per la costruzione di edicole funerarie e di sepolcri privati
17. Disposizioni in materia di cremazione. Obbligo di verifica della firma del sanitario certificatore
18. Delega ai medici di medicina generale della visita e certificato necroscopico
19. Partecipazione a commissione pubblico spettacolo ed edilizia
20. Partecipazione a commissione per barbiere, parrucchiere ed estetista

Nell'allegato 4 è riportata l'analisi delle singole pratiche con la distribuzione assoluta per Zona Territoriale delle attività espletate e delle ore lavorative impiegate per le stesse.(i dati delle pratiche da 1 a 7 sono stati considerati aggregati, pertanto sono presenti 14 schede).

Inoltre nei box che aprono ogni singolo paragrafo sono stati riportati gli indici di posizione (media, mediana, media ponderata) e dispersione (Deviazione Standard) delle variabili considerate. Sono state prese in considerazione solo le pratiche per le quali almeno 4 ZT avevano compilato il campo relativo nella griglia.

I valori degli indici di posizione (media, mediana, media ponderata) sono quasi sempre molto simili tra loro ma l'indice di dispersione (DS) spesso risulta elevato sia per i tempi che per il numero di pratiche svolte (tale dato potrebbe dipendere dall'applicazione di una metodologia eterogenea nella rilevazione dei dati per la compilazione delle griglie).

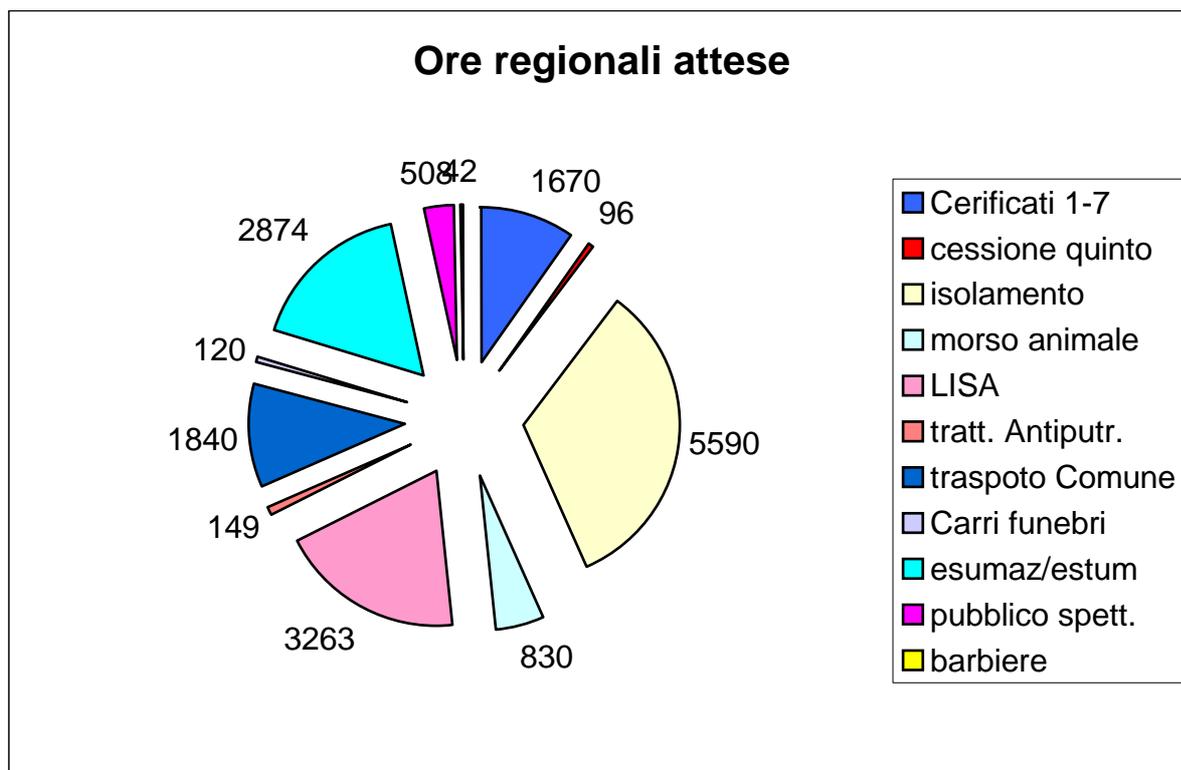
Dall'analisi inoltre emerge che sul territorio regionale esiste una eterogenea organizzazione nella gestione delle pratiche sia per quanto riguarda i servizi che se ne occupano, sia per quanto riguarda gli operatori coinvolti. Inoltre per alcune voci la consistenza (il numero di ZT che hanno risposto alla singola voce) è basso, in alcuni casi inferiore alla metà delle 13 zone.

Tutto ciò permette di valutare ciascuna realtà singolarmente in modo soddisfacente e ottenere indicazioni plausibili per quanto riguarda i dati statistici regionali.

Successivamente si sono stimate le ore regionali attese per l'espletamento delle pratiche obsolete; la stima deriva da una procedura di standardizzazione che quindi tiene conto della popolazione residente in ogni singola zona. Si sono prima calcolate le pratiche attese regionali e sono state moltiplicate per la media ponderata del tempo che occorre per espletare la singola pratica. Ovviamente la stima è più precisa per quelle pratiche che hanno avuto una consistenza alta (es, pratica per LISA, certificazioni dello stato delle condizioni igieniche dei carri funebri, certificato di trasporto da Comune a Comune, assistenza alle operazioni di esumazione estumulazione, partecipazione a commissioni di pubblico spettacolo ed edilizia).

I risultati sono sintetizzati nel Grafico 1

**Grafico 1 - Ore regionali attese per le pratiche analizzate**



Il tempo complessivo stimato per l'espletamento delle pratiche ritenute ormai obsolete è di 16.982 ore lavorative: questo dato sicuramente sottostimato rende comunque l'idea del tempo complessivo che nei Servizi di Prevenzione potrebbe essere dedicato ad altre attività considerate efficaci.

Inoltre, ad esempio, per quanto riguarda la ZT 3 di Fano si è proceduto ad analizzare i costi e le entrate per l'azienda relative alle attività individuate. Per il calcolo dei costi si è calcolato solo quello riguardante il personale coinvolto nello svolgimento della pratica che rappresenta senz'altro il costo più rilevante. I costi medi annui del personale sono stati forniti dal controllo di gestione aziendale; si intendono per 52 settimane lavorative, composte da 36 ore settimanali per il personale non medico e di 38 ore settimanali per il personale medico. (Tabella 1)

**Tabella 1 - Costo medio annuo ed orario del personale sanitario del Dipartimento di Prevenzione della ZT 3**

	<b>COSTO MEDIO ANNUO</b>	<b>COSTO MEDIO ORARIO</b>
<b>MEDICO</b>	71808	75,56
<b>ASS.SAN</b>	27500	30,56
<b>T.d.P.</b>	27500	30,56
<b>AMMIN.</b>	25944	28,8

Complessivamente per l'anno 2005 le entrate per la Zona Territoriale sono state di euro 32.084,22 e le spese per il personale dedicato allo svolgimento delle pratiche risulta essere di euro 55.942,40. La sintesi dell'analisi dei costi è riportata nella Tabella 2 dell' allegato 5.

L'abolizione delle pratiche obsolete porterebbe quindi ad un risparmio per la Zona Territoriale di euro 23.858,18 solo in termini di costo per il personale impiegato.

In conclusione si può affermare che l'abolizione di queste pratiche, ormai riconosciute come obsolete, porterebbe ad un recupero di risorse che, considerata la cronica carenza di personale, consentirebbe di affrontare attività ed azioni di comprovata efficacia preventiva che attualmente o non sono intraprese o vengono affrontate con notevoli difficoltà nonostante rientrino nei piani di prevenzione nazionali e/o regionali.

## Tabella Riassuntiva - Distribuzione assoluta delle pratiche e dei tempi impiegati per espletarle per Zona Territoriale (ZT)

Pratica	ZT1		ZT3		ZT4		ZT5		ZT6		ZT7		ZT8		ZT10		ZT11	
	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T	N	T
Certificati 1-7	750	5250	592	11840	260	7800	253	2530	148	2220	NR	NR	202	NR	435	6525	NR	NR
Cessione quinto	63	1134	10	160	NR	NR	NR	NR	2	64	NR	NR	NR	NR	9	135	NR	NR
Morso animale	165	7425	145	4350	102	6120	66	3960	9	180	238	14280	158	6320	84	2520	178	5340
Isolam. animale	188	14100	100	NR	90	8100	1*	720*	NR	NR	249	74700	115	20700	84	11760	106	25440
LISA	867	19074	790	11850	737	22110	318	4770	282	12690	1739	17390	1064	31920	300	9000	450	6750
Tratt. Antiputref.	0	0	20	300	0	0	NR	NR	9	405	33	1650	16	720	3	180	0	0
Trasporto Comune	462	4620	609	18270	476	2380	492	4920	91	5460	1177	17655	161	805	311	18660	620	18600
Carri funebri	10	500	10	600	15	225	32	1920	4	120	20	2000	20	300	10	600	40	1200
Esumaz/estumaz	327	3270	47	2820	33	1980	304	9120	183	21960	513	NR	470	9400	55	4950	427	25620
Pubblico spett.	40	4800	71	8520	24	7200	53	12720	0	0	80	19200	20	2400	5	900	33	1980
Barbiere	2	120	4	240	0	0	NR	NR	0	0	10	1200	0	0	5	600	0	0

\*: omessa

N = Numero assoluto di pratiche

T= Tempo totale impiegato per il totale delle pratiche

NR= attività non rilevata

O= pratica non svolta

## PROPOSTE TECNICHE ED ORGANIZZATIVE FINALI

La consapevolezza dell'inutilità di alcune pratiche dipartimentali e l'esigenza sentita da molti operatori sanitari di indirizzare i propri sforzi verso obiettivi che possano realmente incidere sulla salute mediante l'utilizzo di metodiche efficaci, ha stimolato i componenti del gruppo ad avanzare le seguenti proposte operative a vari interlocutori della Sanità regionale.

1. Come primo obiettivo si ritiene opportuno, così come è già avvenuto in altre Regioni, che la Regione Marche, al più presto, proceda a **deliberare l'abolizione delle pratiche obsolete** individuate dal documento dell'Accordo Stato - Regioni del 2006.
2. E' inoltre auspicabile che la metodologia adottata nel presente Laboratorio si consolidi nel tempo, mediante la **formalizzazione di un Laboratorio permanente** che permetta il confronto tra le varie realtà dipartimentali e che monitorizzi per lungo tempo le attività dei Dipartimenti di Prevenzione allo scopo di uniformare le pratiche a livello regionale e di migliorarne costantemente la qualità, alla luce della tematica dell'EBP.
3. Le risorse umane ed economiche recuperabili dalle pratiche obsolete consentono di **riorientare l'organizzazione e le attività dei Dipartimenti di Prevenzione** a favore di quei progetti già contenuti nel Piano Nazionale della Prevenzione e ribadite e fatte proprie dal Piano Regionale per la Prevenzione nelle Marche del 2005: i componenti del gruppo ritengono utile individuare le seguenti **priorità** che debbono entrare (ovvero in alcuni casi ritornare) nella programmazione delle attività proprie dei Dipartimenti di Prevenzione e, nell'ambito di ciascuna tematica, intendono proporre **azioni concrete** che i Dipartimenti di Prevenzione possano porre in atto in prima istanza.

*A. Promozione ed Educazione alla Salute, con interventi basati su metodologie sperimentate e di comprovata efficacia come l'EBP indica.*

**Proposta:**

istituire presso i Dipartimenti di Prevenzione una Unità funzionale di "Promozione ed Educazione alla Salute" che sia titolare accreditato per la programmazione, gestione, monitoraggio e valutazione delle attività preventive dipartimentali e che possa costituire un polo di integrazione e di riferimento per le strutture extradipartimentali e gli Enti che attivano interventi di promozione alla salute.

In particolare si ritiene prioritario programmare azioni nei confronti dei seguenti temi di promozione della salute:

***a Sviluppare una "Cultura della Sicurezza" che consenta di prevenire incidenti stradali, domestici e del lavoro.***

***Proposta:***

avviare un processo di formazione, coinvolgimento e stretta collaborazione con le parti sociali, le associazioni di categoria, le associazioni dei lavoratori, le Forze dell'Ordine ecc. per la messa a punto di progetti efficaci, nella convinzione che solo la integrazione tra i tanti *attori* coinvolti possa dare origine ad una valida *rappresentazione*.

***B Implementare piani per la prevenzione delle malattie croniche, in particolare per il diabete e per le malattie cardiovascolari.***

***Proposte:***

- agire sull'alimentazione scorretta come concausa di patologie:  
avviare progetti integrati di lotta all'obesità e ai disordini alimentari, avvalendosi anche dell'istituenda Unità funzionale di "Promozione ed Educazione alla Salute"
  
- attivare con il territorio interventi di incentivazione dell'attività fisica, alla stregua di progetti già sperimentati in altre Regioni italiane e risultati efficaci

***c Attivare metodiche EBP nella lotta alle infezioni alimentari***

***Proposta:***

attivare corsi di formazione obbligatori per gli alimentaristi, tenuti da operatori dei SIAN e dei SIAOA, in sostituzione degli obsoleti libretti sanitari

***B. Sviluppare una competenza ambientale dei servizi dipartimentali, sempre più chiamati ad essere partners tecnici nella valutazione delle "Analisi di rischio" ambientale per la ricaduta delle stesse in termini sanitari ed epidemiologici sulla popolazione***

***Proposta:***

- a. programmare a livello regionale per tutti gli operatori coinvolti un aggiornamento e una formazione ad hoc che, vista la particolare

complessità, non può essere una self-help del singolo, per garantire una uniforme preparazione di base su tali tematiche

b. costituire, mediante adeguata formazione specifica, eccellenze di riferimento regionali particolarmente addestrate sia sulle problematiche chimico-tossicologiche (es. nuove sostanze, impatto sanitario di dosaggi medio-bassi e di esposizioni croniche a lungo termine) sia sulla epidemiologia dei "grandi rischi ambientali", che possano essere di valido supporto agli operatori di tutti i Dipartimenti di Prevenzione

***C. Sviluppare una sorveglianza attiva o semiattiva nei confronti di malattie emergenti o riemergenti in immigrati***

***Proposta:***

sorveglianza semiattiva nei confronti della TBC, avvalendosi di ogni occasione di contatto degli immigrati con il Dipartimento di Prevenzione, (es. richiesta di certificazioni per idoneità alloggi, ricongiungimenti familiari, attività lavorative, vaccinazioni ecc) per proporre un controllo mediante Mantoux a tutti gli immigrati di recente ingresso in Italia e provenienti da zone endemiche.

***D. Migliorare la qualità del servizio offerto all'utenza dai Dipartimenti di Prevenzione***

***Proposta:***

- attuazione di uno "Sportello Unico della Prevenzione" presso i Dipartimenti di Prevenzione delle singole Zone o su Area Vasta al fine di assicurare in modo unitario: l'ascolto delle istanze dell'utenza e la eventuale risoluzione di problematiche richieste, la gestione dei sistemi informativi nell'ambito della rete epidemiologica regionale, l'informazione al cittadino, a gruppi di essi, a professionisti e associazioni di categoria anche integrata con altre macro-strutture sanitarie e con gli Enti locali ed altri partners presenti sul territorio
- l'istituzione nel Dipartimento di Prevenzione di un "Gruppo Permanente di Lavoro NIP (Nuovi Insediamenti Produttivi)" trasversale al Dipartimento, composto da uno o più operatori dei Servizi del Dipartimento per la specifica valutazione dei singoli progetti, l'esame integrato delle pratiche autorizzative comunali (es. nuovi insediamenti produttivi) in modo da formulare un unico

articolato parere e da diminuire il numero degli accessi degli utenti con i seguenti **Compiti** :

- valutazione della documentazione pervenuta in prima istanza
- provvedere alla formulazione di eventuali richieste di integrazione o chiarimenti
- provvedere alle verifiche e ai controlli della documentazione richiesta
- assicurare i rapporti e l'attività informativa con l'utenza (progettisti e titolari di attività ecc.) anche mediante sportello in giorni ed orari dedicati
- partecipazione a conferenze di servizio con enti,organi , amministrazioni locali ai fini delle valutazioni ed espressioni di pareri
- esprimere il parere conclusivo con provvedimento formale
- studio/osservazioni sulla normativa e strumenti di regolazione nella materia di competenza
- concorrere nell'accesso dei documenti amministrativi
- nel caso di procedimenti richiedenti accertamenti diretti, provvede alle verifiche ed ai controlli necessari.

## RIFLESSIONI FINALI

L'elaborazione di un documento finale, oltre che richiesta, ci è sembrata doverosa in quanto, pur con molte difficoltà legate al tempo che ciascun professionista in questo momento ha potuto mettere a disposizione, è testimone di uno sforzo collettivo di superare pregiudizi professionali e localistici, di una volontà di cambiamento accompagnata ad una riqualificazione del proprio operare quotidiano, di una modalità di lavoro discussa, confrontata e condivisa tra gli operatori dei dipartimenti delle Zone Territoriali.

Formalizzare una fatica sia organizzativa che intellettuale è un messaggio per poter valorizzare ciò che è stato pensato dal gruppo. La consapevolezza di aver lavorato insieme e di aver superato criticità è la conferma che tale modalità si può riprodurre, perfezionare e utilizzare nella speranza che non rimanga solo un fiore nel deserto.

Da ciò ne consegue l'auspicio che possa essere formalizzato un Laboratorio permanente che permetta il confronto tra le varie realtà dipartimentali e che monitori per lungo tempo le attività dei Dipartimenti di Prevenzione allo scopo di uniformare le pratiche a livello regionale e di migliorarne costantemente la qualità, alla luce della tematica dell'EBP.



## Elenco partecipanti al laboratorio

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Zona Territoriale</b>
Agostini	Massimo	3 - Fano
Ciccaleni	Gabriela	11- Fermo
Cimini	Daniela	6- Fabriano
Pasqualini	Francesca	5-Jesi
Passatempo	Rosanna	8- Civitanova
Pelliccioni	Anna Rita	1-Pesaro
Pierucci	Paolo	7-Ancona
Ravaglia	Elsa	10- Camerino
Rossini	Rosanna	4-Senigallia



## Calendario incontri

1° incontro	13 ottobre 2006
2^ incontro autogestito	14 novembre 2006
3^ incontro autogestito	15 dicembre 2006
4° incontro	25 gennaio 2007
5^ incontro autogestito	16 febbraio 2007
6° incontro	14 marzo 2007





Allegato 4

## Prime sette pratiche (n°1-7)

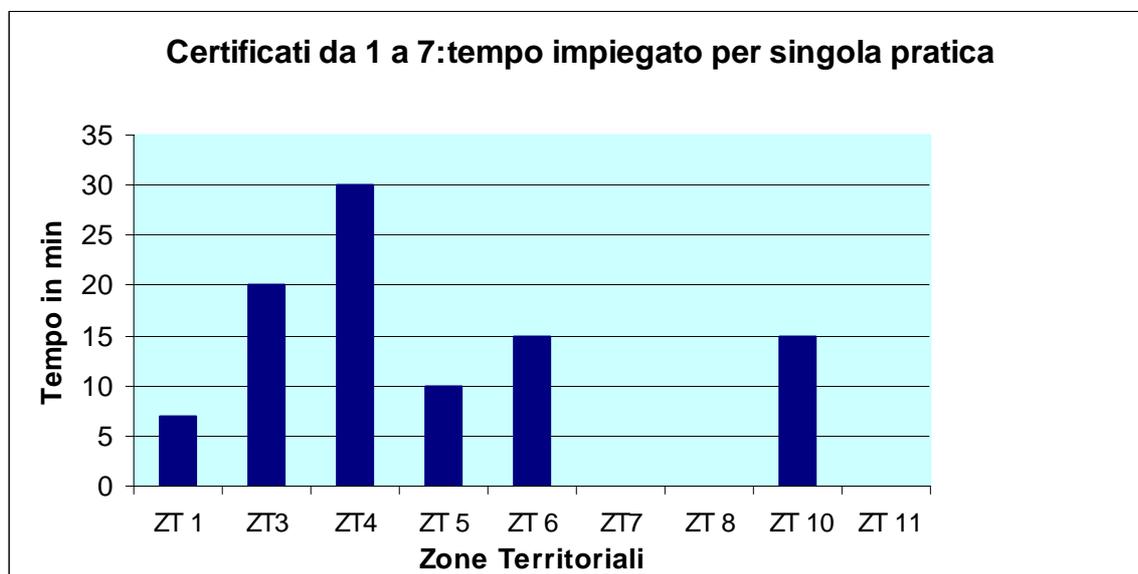
Per quanto riguarda i luoghi dove vengono effettuate le pratiche, i primi sette certificati vengono effettuati dal SISP in 4 ZT, dal distretto in 3 Z.T., mentre in 1 ZT se ne occupa l'U.O. di medicina legale e in 1 ZT vengono svolte come libera professione da un medico del Dip. Territoriale

I soggetti che risultano coinvolti per l'espletamento di queste pratiche sono per la maggior parte del tempo i medici, per una piccola parte gli amministrativi ed in due Z.T. vengono coinvolti anche gli assistenti sanitari. In tutte le ZT queste pratiche sono a pagamento.

### *Tempo impiegato*

<b>Consistenza risposte</b>	<b>6</b>			
Media	16	(Deviazione standard	8)	
Mediana	15			
Media Ponderata	15			
Valore medio eliminando estremi	15	MAX 30		MIN 7

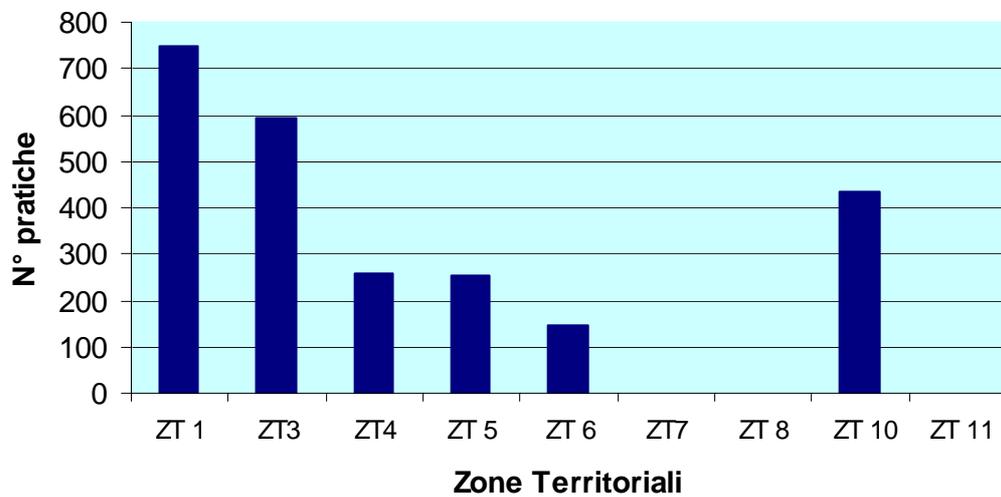
*Tempo espresso in minuti laddove non specificato*



### *Numero di pratiche eseguite*

<b>Consistenza risposte</b>	<b>6</b>			
Media	406	(Deviazione Standard	230)	
Mediana	347			
Valore medio eliminando estremi	385	MAX 750		MIN 148

**Certificati da 1 a 7: N° pratiche eseguite nel 2005**

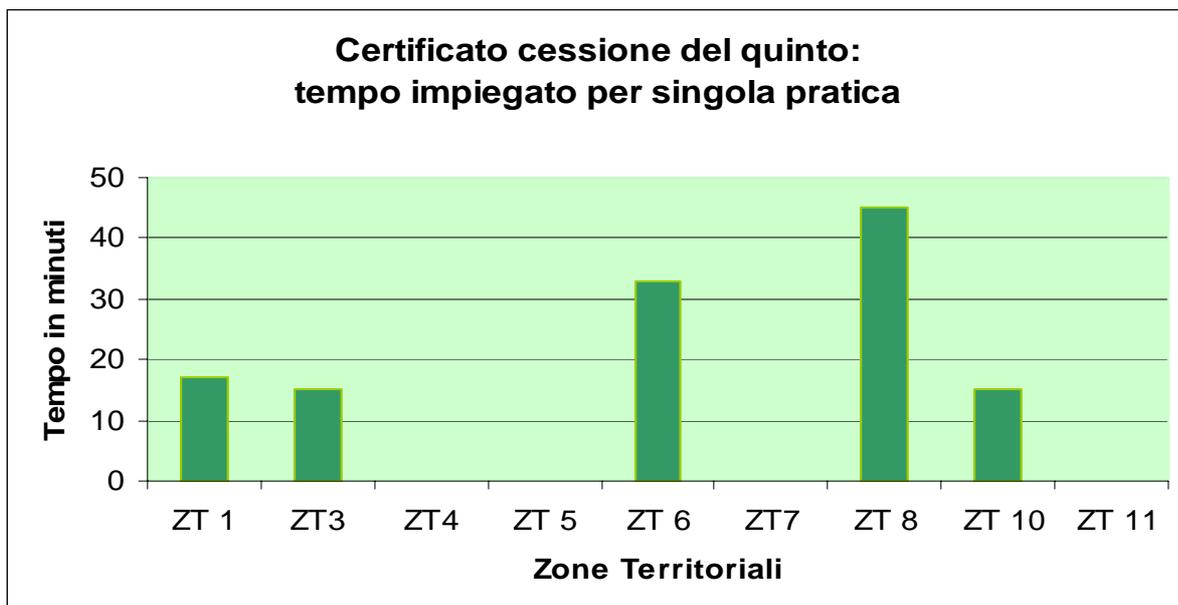


## Certificato per ottenere sovvenzioni contro cessione del quinto della retribuzione (n°8)

La pratica viene effettuata in 2 ZT nel distretto, in 2 ZT rientra nei compiti del SISP e in 1ZT vengono svolte come libera professione da un medico del Dip. Territoriale I soggetti coinvolti per lo svolgimento della pratica sono i medici e per minor tempo gli amministrativi. La pratica è a pagamento.

### *Tempo impiegato:*

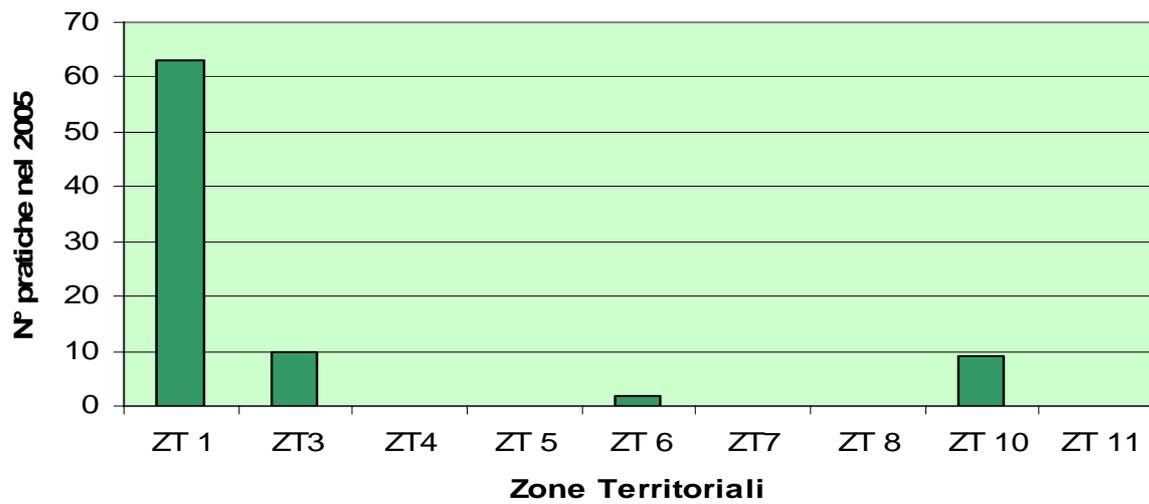
<b>Consistenza risposte</b>	<b>4</b>			
Media	25	(Deviazione standard	13)	
Mediana	17			
Media ponderata	17 minuti			
Valore medio eliminando estremi	22	MAX	45	MIN 15



### *Numero di pratiche eseguite*

<b>Consistenza risposte</b>	<b>4</b>			
Media	21	Deviazione standard	28	
Mediana	10			
Valore medio eliminando estremi	10	MAX	63	MIN 2

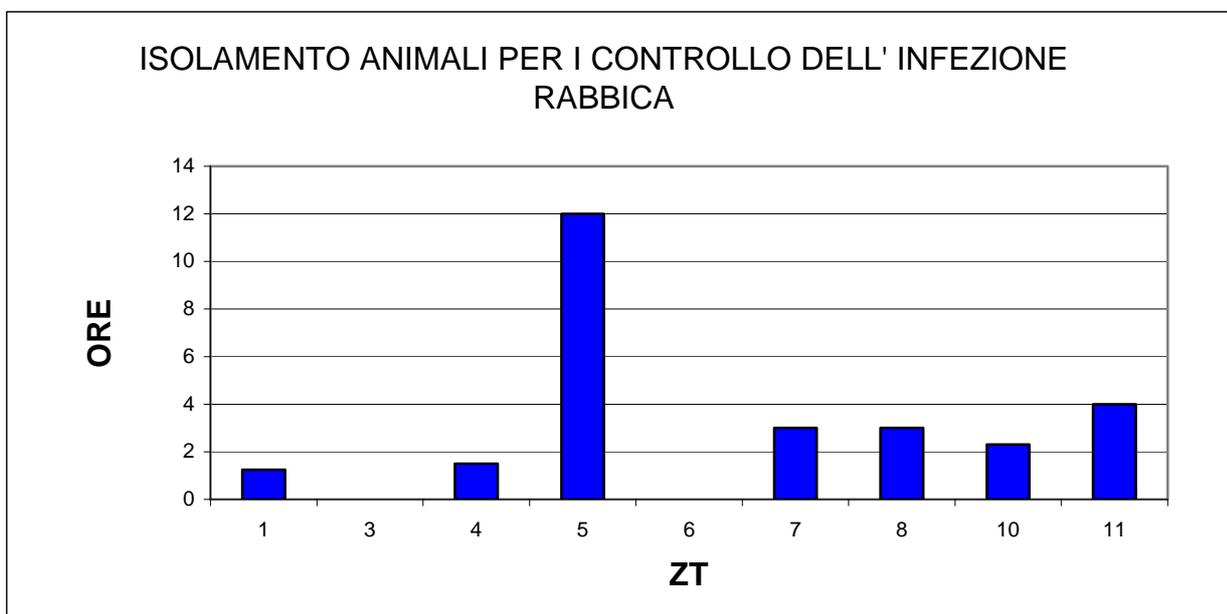
### Cessione del quinto: N° pratiche



## Isolamento animali per il controllo dell'infezione rabbica (n°9)

### Tempo impiegato:

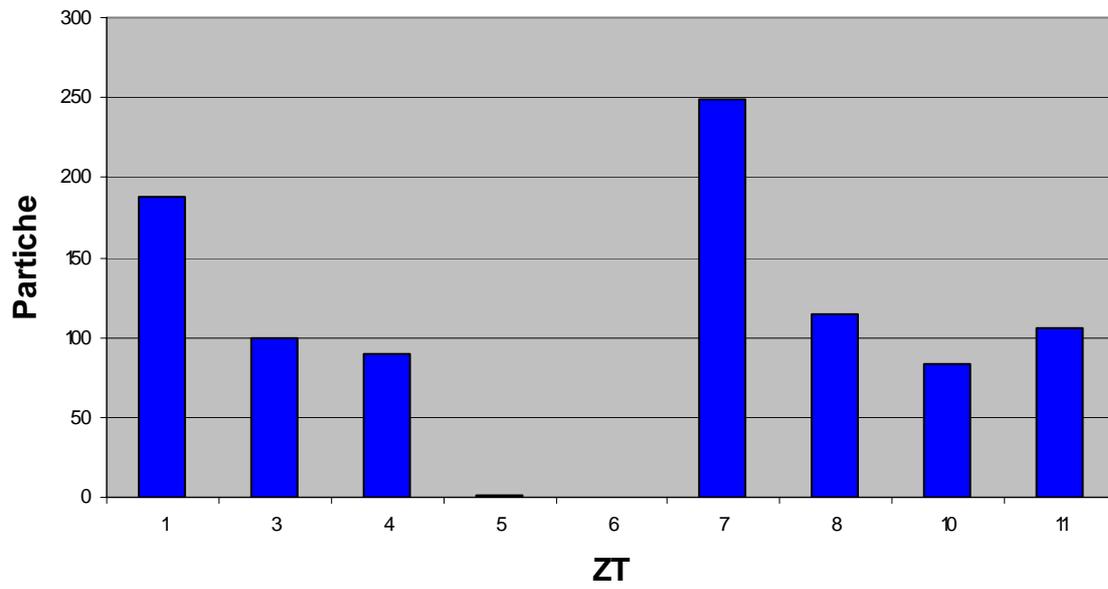
<b>Consistenza risposte</b>	<b>6</b>			
Media	3h	(Deviazione Standard 1.2h)		
Mediana	3h			
Valore medio eliminando estremi	3h	MAX 4h		MIN 1.25h
Media ponderata	3h	ORE Complessive Regionali		5590



### Numero di pratiche eseguite

<b>Consistenza risposte</b>	<b>6</b>			
Media	139	(Deviazione Standard 66)		
Mediana	110			
Valore medio eliminando estremi	125	MAX 249		MIN 84

### PRATICHE PER ISOLAMENTO ANIMALE



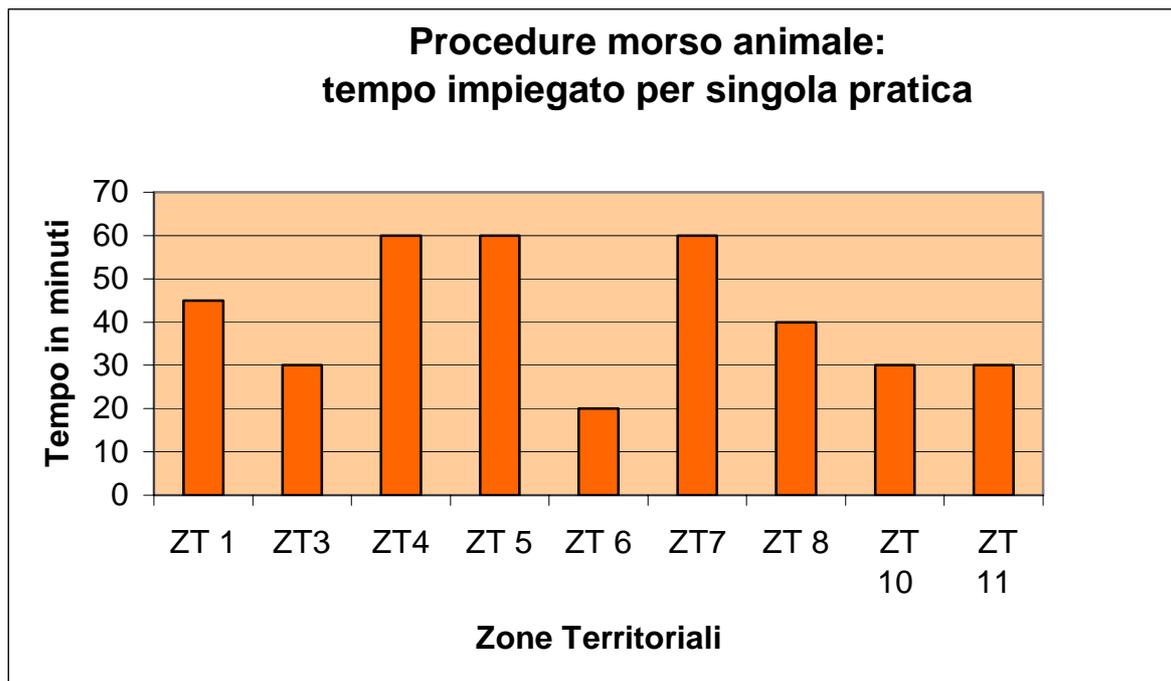
## Procedure per morso di animale (n°10)

Della pratica se ne occupa il SISP in tutte le ZT; in due Zone collabora anche la Sanità animale (Zone 6 e 10).

I soggetti coinvolti sono nella maggior parte delle Zone le assistenti sanitarie; in 4 Z.T. partecipano anche i medici. La pratica non è a pagamento.

### *Tempo impiegato:*

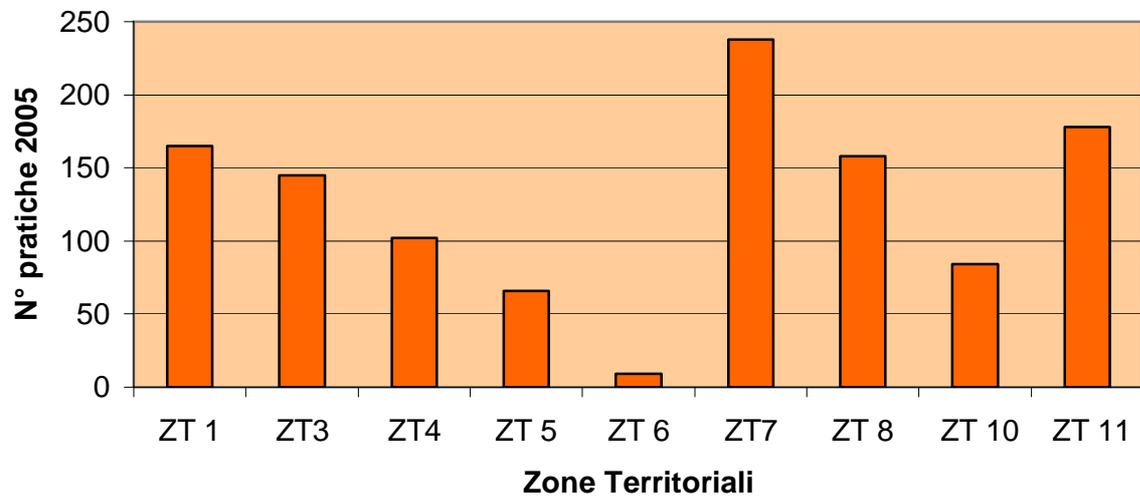
<b>Consistenza risposte</b>	<b>9</b>			
Media	42			(Deviazione Standard 15)
Mediana	40			
Valore medio eliminando estremi	30	MAX	60	MIN 20
Media ponderata	44 minuti			



### *Numero di pratiche eseguite*

<b>Consistenza risposte</b>	<b>9</b>			
Media	127			(Deviazione Standard 69)
Mediana	145			
Valore medio eliminando estremi	128	MAX	238	MIN 9

**Procedure morso animale: N° pratiche 2005**



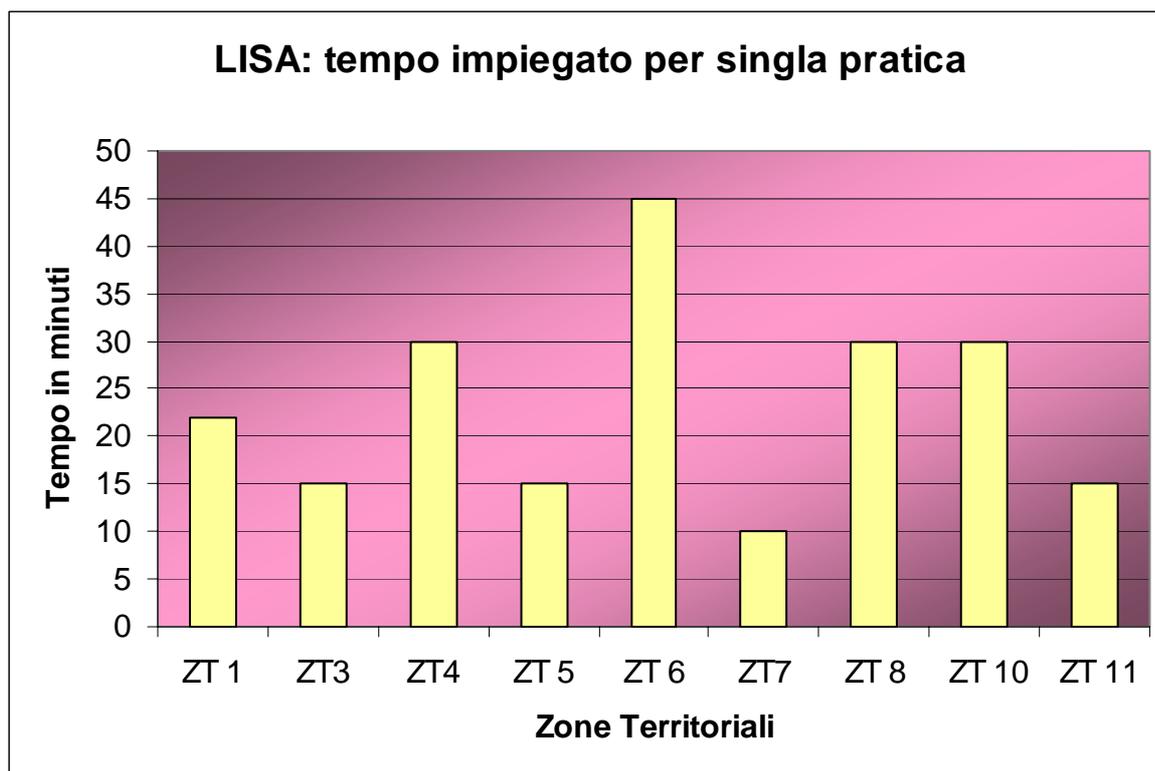
## LISA libretto sanitario per alimentaristi (n°11)

La pratica viene svolta dal SIAN in 5 ZT, in una ZT invece se ne occupa il distretto  
I soggetti coinvolti sono le assistenti sanitarie ed i medici. La pratica è a pagamento.

### *Tempo impiegato:*

#### **Consistenza risposte 8**

Media	24	(Deviazione Standard 11)
Mediana	22	
Valore medio eliminando estremi	23	MAX 45 MIN 15
Media ponderata	21 minuti	

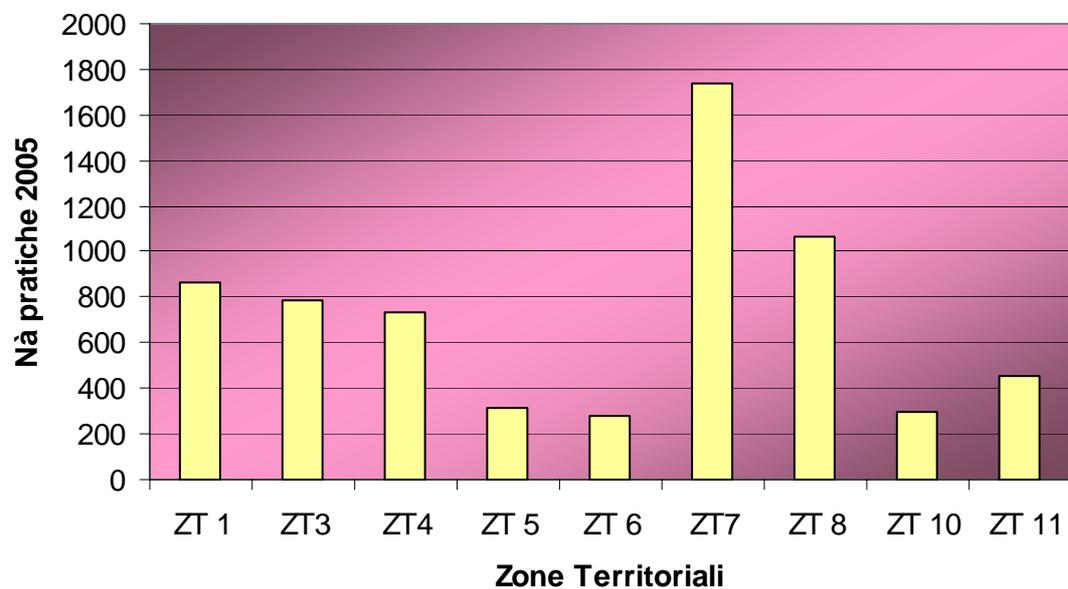


### *Numero di pratiche eseguite*

#### **Consistenza risposte 8**

Media	727	(Deviazione Standard 472)
Mediana	737	
Valore medio eliminando estremi	754	MAX 1739 MIN 282

**LISA:N° pratiche 2005**



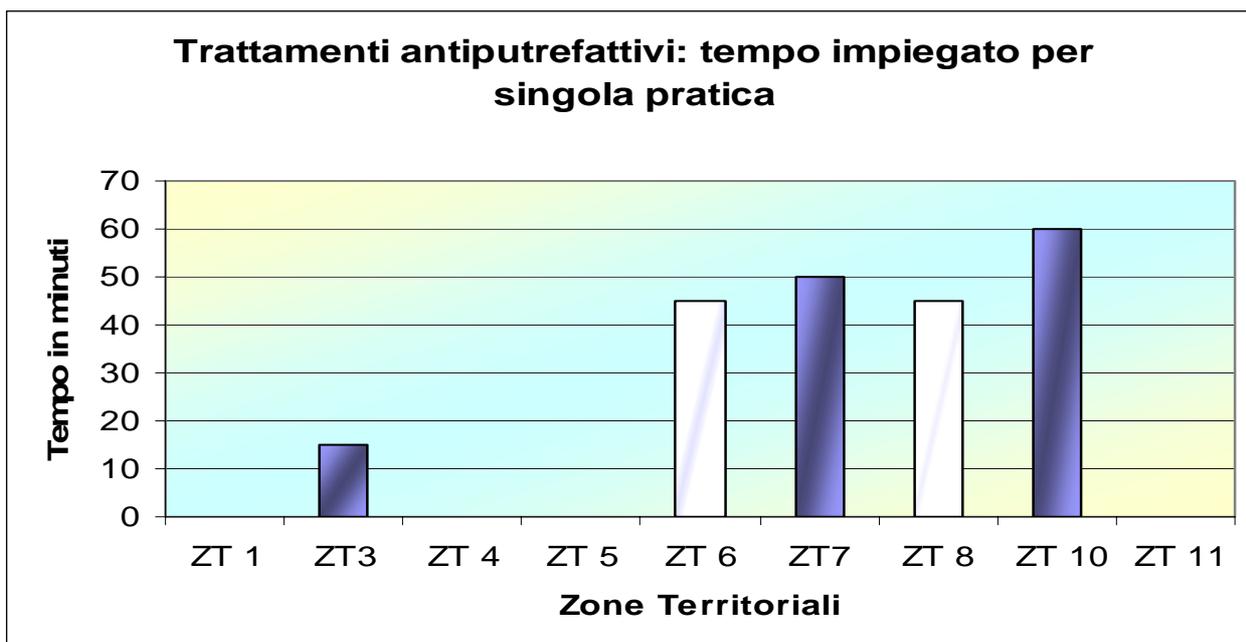
## Trattamenti antiputrefattivi (n°12)

La pratica viene svolta dal SISP in tutte le Z.T. tranne la Zona 11 che non effettua più questa pratica.

I soggetti coinvolti sono i tecnici della prevenzione. La pratica è a pagamento.

### *Tempo impiegato:*

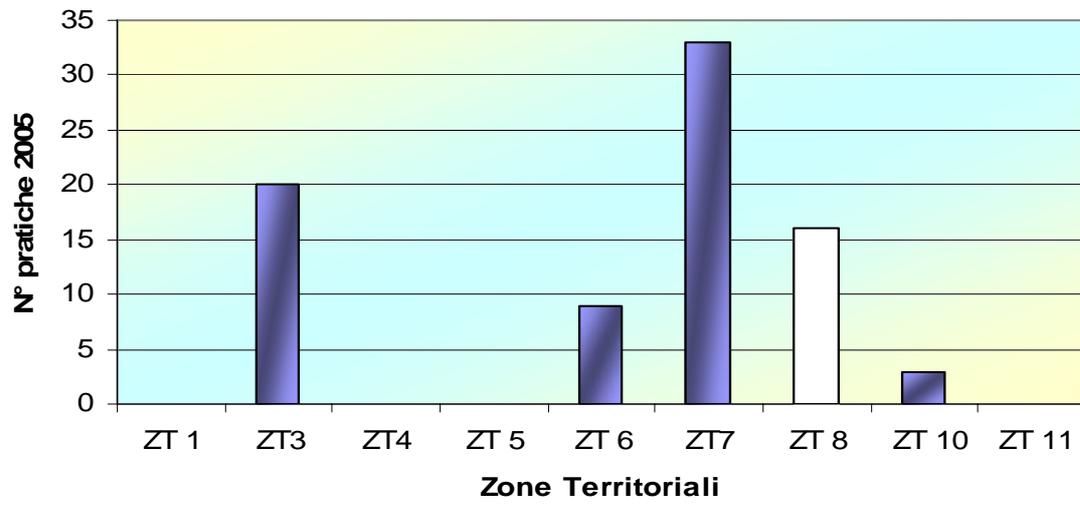
<b>Consistenza risposte</b>	<b>5</b>			
Media	43		(Deviazione Standard 17)	
Mediana	45			
Valore medio eliminando estremi	45		MAX 60	MIN 15
Media ponderata	43 minuti			



### *Numero di pratiche eseguite*

<b>Consistenza risposte</b>	<b>5</b>			
Media	16		(Deviazione Standard 11)	
Mediana	16			
Valore medio eliminando estremi	15		MAX 33	MIN 3

### Trattamenti antiputrefattivi: N° pratiche 2005

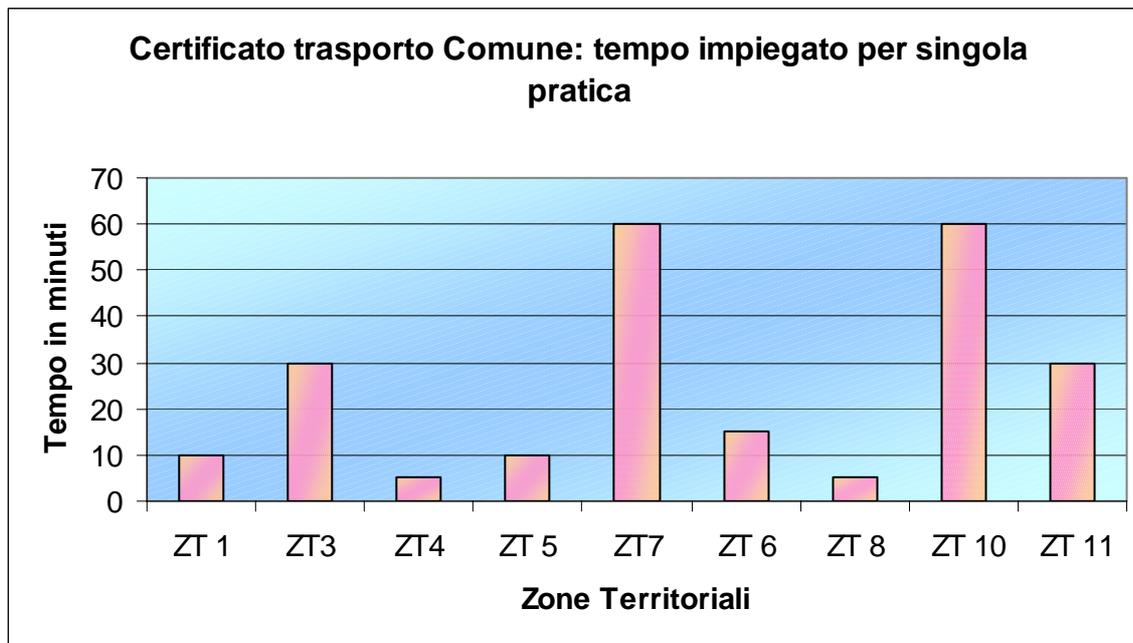


## Certificato di trasporto da Comune a Comune (n° 14)

La pratica è svolta dal SISP tranne che nella ZT1. La pratica è a pagamento, i soggetti coinvolti sono i medici e i tecnici della prevenzione.

### *Tempo impiegato:*

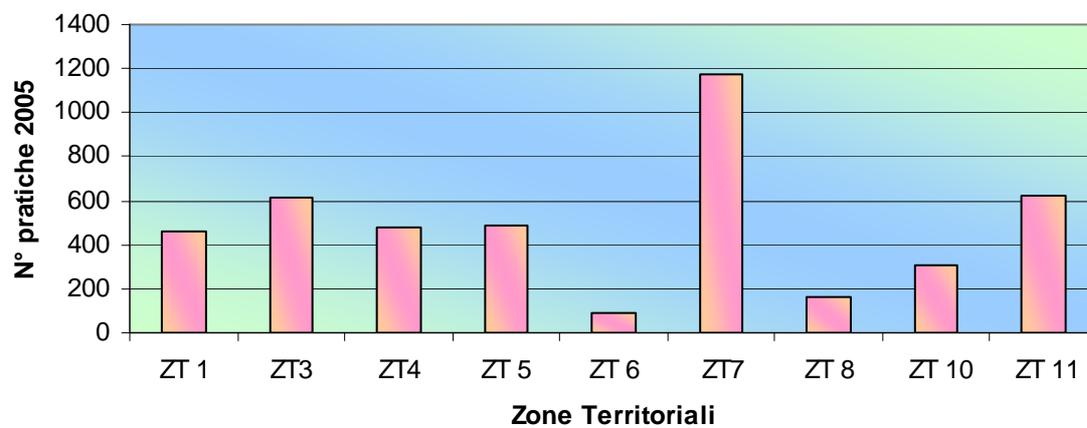
<b>Consistenza risposte</b>	<b>9</b>			
Media	25	(Deviazione Standard 22)		
Mediana	15			
Valore medio eliminando estremi	23	MAX 60		MIN 5
Media ponderata	20			



### *Numero di pratiche eseguite*

Consistenza risposte	9			
Media	489	(Deviazione Standard 317)		
Mediana	476			
Valore medio eliminando estremi	448	MAX 1177		MIN 91

### Certificato trasporto Comune: N° pratiche



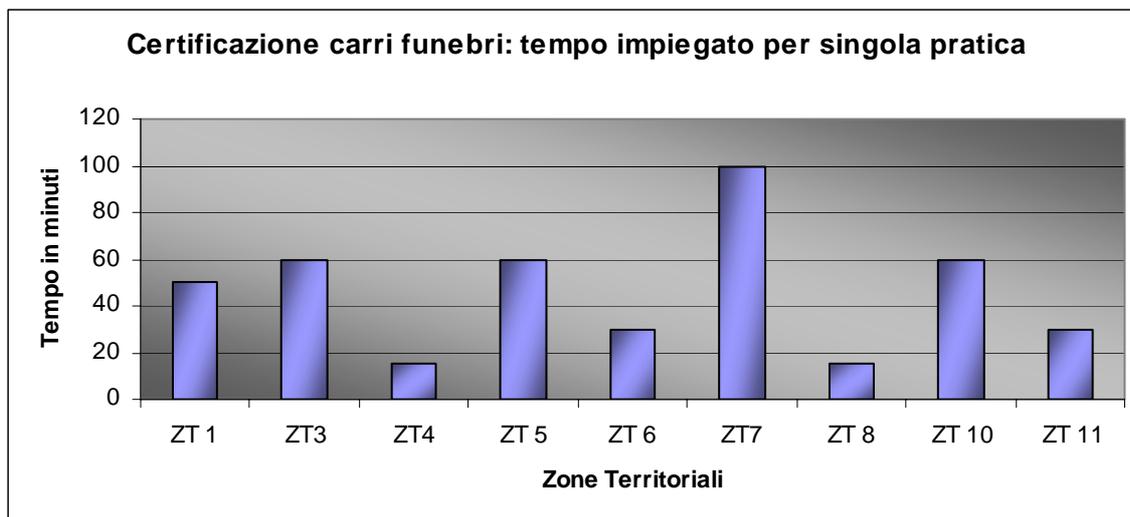
## Certificazione dello stato delle condizioni igieniche dei carri funebri e dell' autorimessa per carri funebri (n° 13)

La pratica è svolta dal SISP tranne che in una zona in cui se ne occupa il SIAN(ZT1)

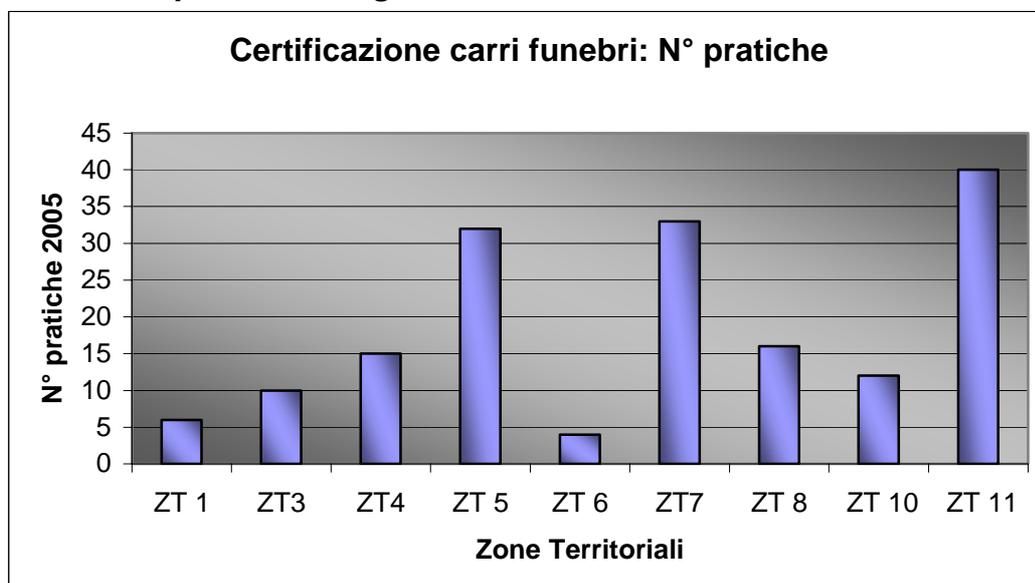
La pratica è a pagamento, sono coinvolti tutte le figure professionali

### Tempo impiegato:

<b>Consistenza risposte</b>	<b>9</b>			
Media	47	(Deviazione Standard 22)		
Mediana	50			
Valore medio eliminando estremi	43		MAX 100	MIN 15
Media ponderata	43			



### Numero di pratiche eseguite:



## Assistenza alle operazioni di esumazione ed estumulazione (n°15)

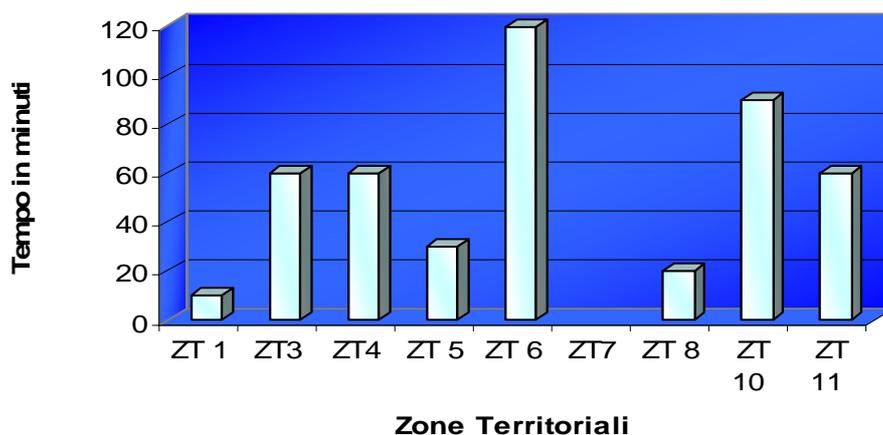
Gli attori coinvolti sono i medici in alcune zone affiancati dai tecnici della prevenzione. La pratica è a pagamento; la pratica viene effettuata dal SISP in tutte le ZT tranne che nella ZT 1.

### *Tempo impiegato:*

#### Consistenza risposte 9

Media	53	Deviazione Standard	35
Mediana	60		
Valore medio eliminando estremi	52	MAX	120 MIN 10
Media ponderata	52		

**Assistenza esumazione/estumulazione:  
tempo impiegato per singola pratica**

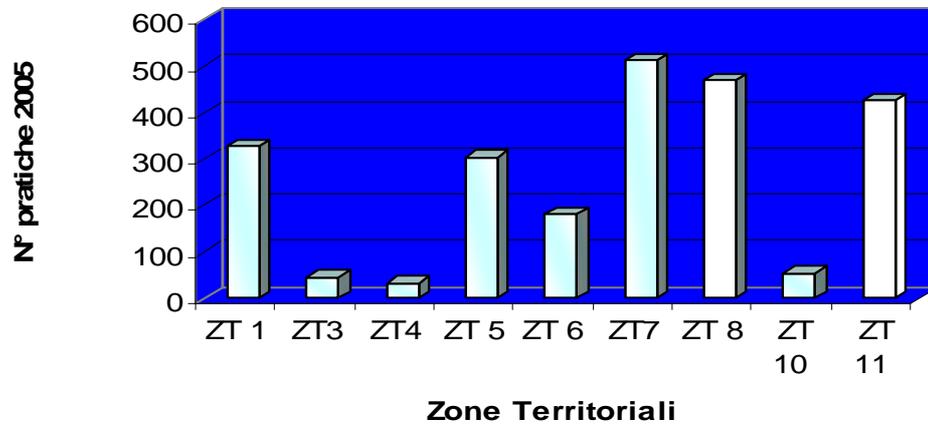


### *Numero di pratiche eseguite:*

#### Consistenza risposte 9

Media	262	(Deviazione Standard	189)
Mediana	304		
Valore medio eliminando estremi	259	MAX	513 MIN 33

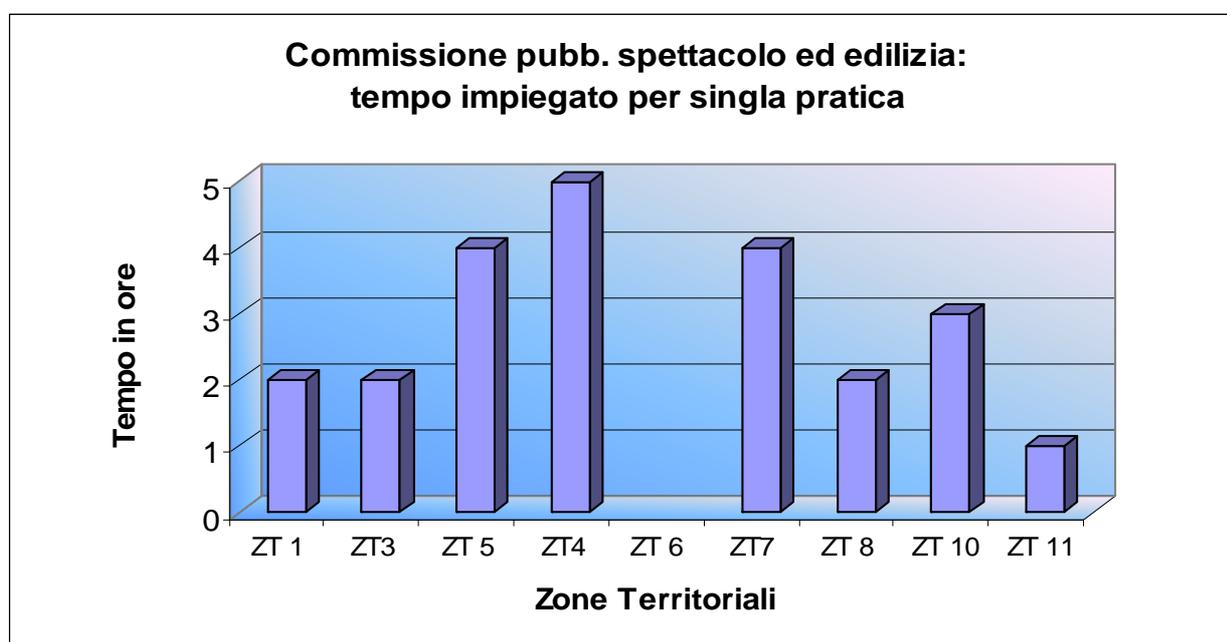
**Assistenza esumazione/estumulazione:  
N° pratiche**



## Partecipazione a commissione pubblico spettacolo ed edilizia (n°19)

### Tempo impiegato:

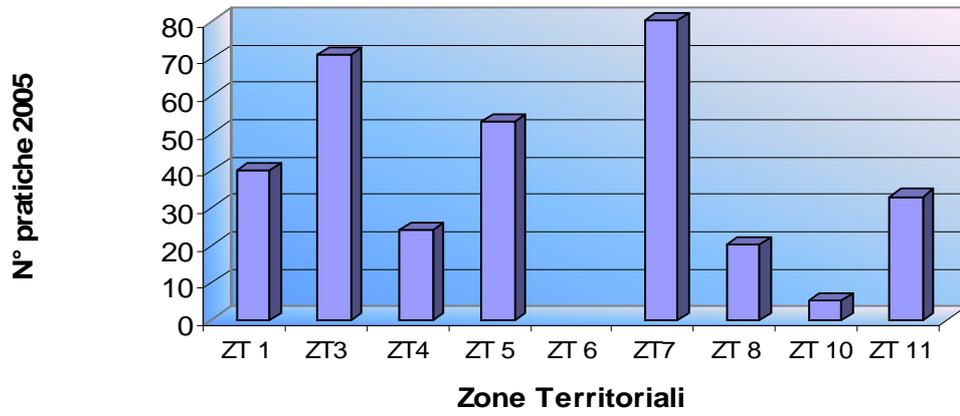
<b>Consistenza risposte</b>	<b>8</b>			
Media	173	(Deviazione Standard 81)		
Mediana	150			
Valore medio eliminando estremi	180		MAX 300	MIN 60
Media ponderata	151			



### Numero di pratiche eseguite:

<b>Consistenza risposte</b>	<b>6</b>			
Media	41	(Deviazione Standard 26)		
Mediana	37			
Valore medio eliminando estremi	40		MAX 80	MIN 5

**Commissione pubb. spettacolo ed edilizia:  
N° pratiche**

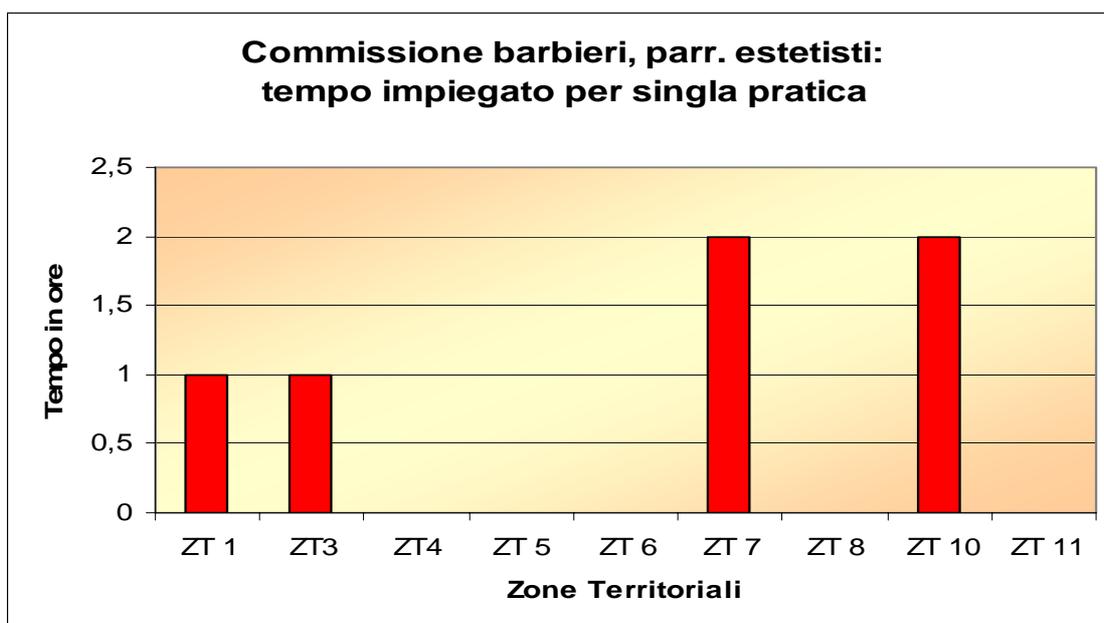


## Partecipazione a commissione per barbiere, parrucchiere ed estetista (n°20)

La pratica viene svolta dal SISP tranne che nelle Zone 8 e 11 che non partecipano alle commissioni. Gli attori coinvolti sono i medici

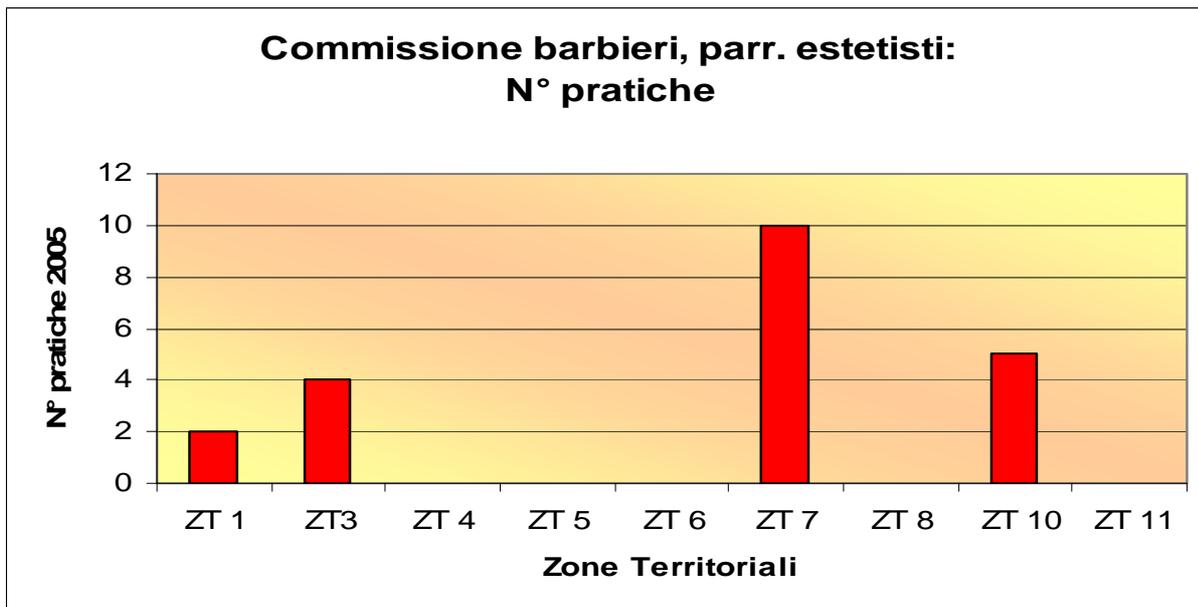
### *Tempo impiegato:*

<b>Consistenza risposte</b>	<b>4</b>			
Media	90		(Deviazione Standard 35)	
Mediana	90			
Valore medio eliminando estremi	90		MAX 120	MIN 60
Media ponderata	46			



**Numero di pratiche eseguite:**

<b>Consistenza risposte</b>	<b>4</b>			
Media	5	(Deviazione Standard 3)		
Mediana	4.5			
Valore medio eliminando estremi	4.5	MAX 10	MIN 2	



Allegato 5

## Analisi dei costi ZT 3

Tabella 2

	COSTI		N°pratiche	Tariffa	ENTRATE
<b>Certificati 1-7</b>	98,6 h amm+98,6h medico	<b>10289,68</b>	592	15,5	<b>9.154,59</b>
<b>Per ottenere sovvenzioni contro cessione del quinto della retribuzione</b>	1,6h medici+0,8h amm	<b>143,94</b>	10	28	<b>280</b>
<b>Isolamento di animali per il controllo dell'infezione rabica</b>	100 h medico	<b>7556</b>	100	0	
<b>Procedure per morso di animale</b>	11,6h medici+60,4h ass.san	<b>2718,5</b>	145	0	
<b>LISA libretto sanitario per alimentaristi</b>	65h medici+131,6 ass. san	<b>8924,8</b>	790	10,33	<b>8160</b>
<b>Trattamenti antiputrefattivi</b>	5h T.d.P.	<b>152,5</b>	20	25,82	<b>516,4</b>
<b>Certificato di trasporto da Comune a Comune al di fuori di 100km</b>	3,5h medici+17,5h T.d.P.	<b>798,21</b>	42	25,82	<b>1.084,44</b>
<b>Certificato di trasporto da Comune a Comune entro 100km</b>	236,5h T.d.P.+47,3h medici	<b>10775,81</b>	567	15,5	<b>8.762,19</b>
<b>Assistenza alle operazioni di esumazione ed estumulazione</b>	47 h medico	<b>3551</b>	47	87,8	<b>4126,6</b>
<b>Partecipazione a commissione pubblico spettacolo ed edilizia</b>	142 h medico	<b>10729,72</b>	71	0	
<b>Partecipazione a commissione per barbieri, parrucchiere ed estetista</b>	4 h medico	<b>302,24</b>	4	0	

**55.942 €**

**32.084 €**