Rivista Scientifica

Igiene e Sanità Pubblica

In evidenza in questo numero

Ruolo del Dipartimento di Prevenzione nel favorire la promozione della salute collettiva

Attività lavorativa ed attività fisica: un binomio inscindibile

Il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019: analisi e punto di partenza per i piani regionali

Ig. Sanità Pubbl. 2017; 73:99-106

Editoriale

Ruolo del Dipartimento di Prevenzione nel favorire la promozione della salute collettiva

«C'è chi sostiene che tutto dipende dalle Istituzioni,
e che le buone Istituzioni porteranno l'età dell'oro.
E, dall'altra parte, c'è chi ritiene
che occorra essenzialmente un cambiamento degli animi,
e che, in confronto a ciò, le Istituzioni importino poco.
Non posso accettare nessuna di queste due opinioni.
Le Istituzioni foggiano il carattere
e il carattere trasforma le Istituzioni».

Bertrand Russell "*Una filosofia per il nostro tempo e altri saggi*"
Longanesi ed. Milano 1956.
Del modo d'invecchiare. Ottant'anni, pag 59

Il Dipartimento di Prevenzione (DdP) è una originale «struttura operativa dell'unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita» (D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, art. 7-bis). Originale perché, stante la più nota delle definizioni di Sanità pubblica[1], di fatto concentra in un'unica struttura aziendale "lo sforzo organizzato della società" per prevenire le malattie, prolungare la vita e promuovere la salute dei singoli e della collettività.

Va quindi dato atto all'Istituto superiore di studi sanitari "Giuseppe Cannarella" di aver meritoriamente patrocinato la pubblicazione di un volume, e di aver organizzato un apposito Seminario, dedicati al DdP[2],di cui riportiamo l'intervento di Armando Muzzi.

La presentazione del volume, progettato e coordinato da Gianfranco Carnevali e compilato da più Autori, è stata una stimolante occasione per far conoscere la storia e lo sviluppo futuro della principale struttura tecnico funzionale dell'Azienda Sanitaria Locale di un Servizio Sanitario Nazionale modernamente orientato alla tutela e non al solo recupero della salute collettiva.

I Relatori sono stati chiamati non tanto ad illustrare i contenuti dei 13 capitoli che compongono il volume, compito che viene affidato ai lettori, quanto a riferire le ragioni che hanno spinto, in questo momento e in questa situazione, a redigere un'opera piuttosto singolare nel panorama editoriale italiano: si sottolinea in questo momento di aperta crisi del Servizio sanitario nazionale, e in questa situazione di prevedibile revisione dei suoi modelli organizzativi. Si continua infatti a confondere la gestione della tutela della salute (health management) con la gestione dei servizi sanitari (healthcare management).

È facile immaginare i tanti motivi per cui la Prevenzione deve essere interpretata come una "risorsa strategica del sistema sanitario", al punto da collegarla alla stessa sostenibilità del sistema. Per superare le criticità emerse nella applicazione dei precedenti Piani, e forte delle passate esperienze, il Ministero della Salute ha da poco elaborato e pubblicato il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2014-2018.

Un elemento significativo per realizzare i principi e i contenuti del PNP è quello di puntare sul DdP. Anche se "le attività di prevenzione non sono unicamente appannaggio e responsabilità del DdP ma di tutta l'Azienda, in questo favorendo un approccio multidisciplinare e promuovendo una cultura della prevenzione", non vi è dubbio che queste attività, e le risorse impegnate per svolgerle, debbano essere coordinate e guidate essenzialmente dal DdP. Naturalmente per concretizzare questo gravoso compito si rende necessario un cambiamento di schemi concettuali e modalità operative del DdP, accompagnato da una adeguata preparazione non solo tecnico professionale ma anche etico valoriale degli operatori che ne fanno parte.

I contenuti dell'opera tentano perciò di fornire le argomentazioni per superare l'antica controversia se siano le Istituzioni a modificare i comportamenti o, viceversa, se debba prima cambiare la mentalità dei componenti per trasformare le Istituzioni. Non è infatti casuale aver chiamato a partecipare alla redazione esperti dei contenuti teorici della disciplina coinvolta (Sanità pubblica) e operatori impegnati nella applicazione pratica dei principi presentati.

Anche se per i Relatori è forte la tentazione di esibire il proprio sapere e la propria competenza, ogni sforzo è stato fatto per stralciare e presentare gli argomenti nei quali tutti i presenti possano riconoscere un motivo per arricchire le proprie conoscenze e la necessità di un qualche cambiamento professionale.

In questo momento di aperta crisi del Servizio sanitario nazionale, e in questa situazione di prevedibile ed auspicabile revisione dei suoi modelli organizzativi, sembra quanto mai opportuno aprire un dibattito sul DdP. Si allega quindi la Relazione di Armando Muzzi che può rappresentare una premessa ad ogni proposta di trasformazione del DdP.

Armando Muzzi, Augusto Panà

La cultura di Sanità pubblica

Relazione presentata al Seminario "Promuovere la Prevenzione per la Salute dei Cittadini. Il ruolo dei Dipartimenti". Ministero della Salute. Auditorium "Cosimo Piccinno". Roma, 11 aprile 2017

Il poco definito titolo "Cultura di Sanità pubblica" può essere reso più esplicativo modificandolo in "il Dipartimento di Prevenzione (DdP) e la cultura della salute". Occasione del seminario, organizzato dall'Istituto superiore di studi sanitari "Giuseppe Cannarella", è stata infatti la presentazione di un Volume concernente il DdP. C'è da supporre che le persone presenti rappresentino quindi un uditorio selezionato e ben preparato sull'argomento.
Prima di introdurre il tema "cultura della salute", va osservato che nel nostro sistema sanitario di tutela della salute ma fortemente orientato alla malattia si fa spesso un abuso del termine "salute" fornendo, volontariamente ma più spesso involontariamente, una visione alterata della realtà.
Il Servizio sanitario nazionale (SSN) viene abitualmente denominato "Industria della salute" invece che "Industria del recupero della salute persa". Se si considera la attuale prevalenza delle patologie classificate cronico-degenerative, per definizione inguaribili, l'"Industria della salute" suona ironica e sostanzialmente improduttiva.
Le Aziende sanitarie vengono qualificate "Aziende produttrici di salute" invece che più correttamente "Aziende produttrici di servizi". Si tende a trascurare la ben nota nozione che i servizi sanitari quali determinanti di salute contribuiscono in modesta percentuale alla produzione di salute rispetto ai fattori genetici, alle cause ambientali, ed ai comportamenti e stili di vita non salutari[3].
Nei confronti internazionali il nostro paese risulta, come livello di salute, tra i primi posti nel mondo. Questo primato italiano viene totalmente ma erroneamente attribuito al sistema sanitario e/o ai suoi attori. Come precedentemente detto i servizi sanitari contribuiscono modestamente al livello di salute collettivo.
Si assiste in tutte le Regioni italiane al proliferare di "Case della salute" che ad un più attento esame non sono altro che tradizionali poliambulatori con l'aggiunta di altre funzioni di recupero sociosanitario della salute.
Tutte le Aziende sanitarie si trovano in perenne conflitto di interessi tra finalità imprenditoriali (aumento del proprio mercato) e conservazione e promozione della salute (che tendenzialmente riduce il mercato legato alla malattia).

Lo stesso SSN che si vanta e promette di "dare tutto a tutti" porta a credere nell'immaginario collettivo di essere in grado di possedere al momento opportuno "la pillola magica" per ogni malessere evitando alle persone di ricorrere alle sgradevoli limitazioni imposte da una vita salutare.

Questo stato di cose ha svelato le proprie debolezze a seguito di una pluriennale crisi economico-finanziaria. I Governi di tutti i paesi hanno dovuto constatare che i sistemi sanitari orientati alla malattia consumano crescenti quote di ricchezza che devono essere distolte da altre importanti funzioni statali (Istruzione, Sicurezza, Giustizia, ecc.). Da qui, e non solo per motivi etici, è nato l'interesse per la conservazione e crescita della salute collettiva che, almeno in via teorica, ha la capacità di diminuire la spesa per i Servizi sanitari clinici (la parte più rilevante della spesa sanitaria). Si sono quindi moltiplicati, in sede internazionale, nazionale e locale, i programmi tecnici di tutela della salute e di promozione della salute con lo scopo di dare vita a sistemi sanitari orientati alla salute e di aumentare quantità e qualità di vita dei cittadini.

I programmi escogitati dalle Autorità sanitarie non potevano che puntare a cambiamenti dello status quo. Ovvero cambiamenti a) dei programmi, intesi anche quali norme, regolamenti, istruzioni, ecc.; b) delle strutture: organizzazione, organi e persone; e c) della cultura, cioè dei modelli cognitivi e comportamentali degli individui o dei gruppi. Quest'ultima ovvero la modifica nei valori, nelle attitudini, nelle aspettative, nelle opinioni, nelle capacità e nei comportamenti della gente, in ultima analisi nel loro modo di pensare, è la più efficace ma è stata sempre la più difficile da ottenere. Basti pensare alle difficoltà non ancora superate per "inoculare" una cultura aziendale nell'ambito delle organizzazioni sanitarie, sicuramente più circoscritte delle società umane, malgrado "l'obbligatorietà" di acquisire un certificato di formazione manageriale (art. 3-bis, c. 4, del D.Lgs n. 502/92), requisito necessario per ottenere gli incarichi per la direzione aziendale e di strutture complesse.

Gli auspicati cambiamenti culturali si manifestano con una diffusa "cultura della salute" che deve permeare non solo il sistema sanitario ma l'intera società. Essa si esprime: a. quando l'elevato valore della salute – e il rifiuto per le sue disuguaglianze – permea ed è condiviso da tutti i settori della società, con la convinzione che si può vivere in – ed essere parte – di una società/comunità più sana; b. quando gli individui e le organizzazioni dimostrano la volontà e la capacità di promuovere il benessere individuale e collettivo; c. quando si riesce a creare un ambiente fisico e sociale favorevole alla promozione della salute e a favorire le opportunità per aderire a stili di vita sani; d. quando esiste una comunicazione tra individui/organizzazioni che producono utili informazioni e individui/organizzazioni che le utilizzano[4].

A conferma dell'orientamento alla malattia dei sistemi sanitari ma non della mancanza di una domanda di salute è facile constatare come la maggior parte delle iniziative per

acquistare maggior salute, ma anche benessere, prestanza, bellezza, armonia, serenità, qualità di vita, sia finora totalmente cresciuta, pur muovendo enormi interessi economici, al di fuori dei sistemi sanitari.

La lungimiranza di coloro che hanno a suo tempo compilato la Legge 833/78, tra cui alcuni noti Igienisti (Giovanardi, Seppilli), avevano già affermato che «La formazione di una moderna coscienza sanitaria (leggi "cultura della salute") sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità» è il primo degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale (art. 2). L'attuale insufficienza di una "moderna coscienza sanitaria" nella popolazione chiama in causa la responsabilità dei professionisti di Sanità pubblica che hanno sempre reclamato, e ottenuto, la competenza di fornire un'adeguata educazione sanitaria al cittadino e soprattutto alle comunità. Una carenza ancora più grave se si considera il lungo tempo trascorso invano e tenuto conto, ad esempio, che solo ora gli USA, il paese che non si è ancora dotato di un sistema sanitario nazionale e che ha la spesa sanitaria più elevata al mondo, hanno avvertito la necessità di pubblicare un Rapporto[5] sulla "creazione di una cultura nazionale della salute".

Eppure i DdP, presenti in tutte le Aziende sanitarie locali e capillarmente distribuiti sul territorio nazionale, avevano ricevuto un preciso mandato sia all'atto della loro istituzione[6] e sia nelle loro indicazioni operative[7]. Tenuto conto che si tratta di un coacervo di attività concentrate in una sola struttura aziendale, "ufficialmente" deputata a praticare "l'arte e la scienza" della tutela e promozione della salute collettiva, non vi è dubbio che i DdP dovrebbero più correttamente prendere il nome (e le funzioni) di Dipartimenti di Sanità pubblica[8].

Purtroppo per una serie di ragioni, in primis la diffusa carenza di una cultura di Sanità pubblica (definita il corpus dottrinale su cui poggiano i processi e gli interventi della prevenzione)[9], i DdP hanno svolto prevalentemente, ovvero salvo lodevoli eccezioni, le tradizionali funzioni e attività, sostanzialmente di Igiene ambientale e Prevenzione primaria, che risalgono al secolo scorso[10]. Qualora fosse necessario un segnale della loro progressiva "emarginazione" né la Legge 132/2016 sul Sistema nazionale a rete per la protezione dell'ambiente, né la legge 24/2017 in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, fanno menzione del DdP.

Eppure l'organizzazione multidisciplinare e multiprofessionale del DdP si presta ad essere la più idonea per mantenere "tutti" gli italiani sani e sicuri (prestando attenzione ad eliminare ogni rischio di diseguaglianza ed iniquità)[11]. Si tratta infatti di modernizzare le tradizionali funzioni e attività trovando soluzioni in complicate situazioni che si creano nell'intreccio di temi a carattere sociale, politico, culturale ed economico (ad es. uso del territorio, soluzioni abitative, sistemi di trasporto e così via)[12]. Fenomeni come disordine e

sporcizia ambientale, parchi e marciapiedi non vivibili, ed altre aspettative igieniche locali (determinanti fisici, chimici e biologici) vengono dal pubblico ricondotti alla responsabilità dei DdP (anche se fosse ridotta). Tutto ciò comporta la necessaria presenza nel DdP di un coordinatore e persuasore (leader) dei più diversi soggetti, a volte insoliti, in settori anche esterni al mondo sanitario[13].

Il primo dovere è rendere "visibile" il DdP per acquisire la fiducia della gente. Solo rari episodi epidemici ed eventi disastrosi meritano i titoli dei giornali e richiamano l'attenzione del pubblico sui DdP. Tutti i suoi componenti che hanno occasione di incontrare o parlare con politici, manager, dirigenti, medici di altre specialità mediche, giornalisti e altri opinion maker, devono impegnarsi ad esporre in modo semplice e chiaro quello che fanno i DdP, quale lo scopo e perché è importante. Ad esempio i programmi di prevenzione (vaccinazioni, nutrizione nelle scuole, screening ecc) dovrebbero avere una paternità riconoscibile. Come si è messo in evidenza, non può certamente costituire un brillante futuro dei DdP vivere degli indiscutibili passati successi e conservare solamente le tradizionali attività, anche se aggiornate con moderne applicazioni tecnologiche. Per la convenienza dei governi e per soddisfare la domanda di benessere dei singoli, i tempi sono maturi per porsi alla guida dei molti Movimenti che hanno, ancora disordinatamente, lo scopo statutario di creare una cultura della salute[14].

Armando Muzzi

Note

1 «La scienza e l'arte di prevenire le malattie, prolungare la vita e promuovere la salute per mezzo degli sforzi organizzati della società a ogni livello (nazionale, regionale, locale)» Committee of Enquiry into the Future Requirements of the Public Health Function. Public Health in England. HMSO, London 1998 (Rapporto Acheson)

2 Il volume: AA vari. "I Dipartimenti di Prevenzione. Organizzazione, funzionamento, competenze, criticità e prospettive di evoluzione" a cura di Gianfranco Carnevali. Sce SC editrice, Roma 2017. Il Seminario "Promuovere la Prevenzione per la Salute dei Cittadini. Il ruolo dei Dipartimenti" è stato tenuto l'11 aprile 2017, presso il Ministero della Salute.

3 Secondo la Fonte USA (Centers for disease control and prevention) lo stato di salute delle persone sarebbe condizionato per il 50% dai loro comportamenti e dal loro stile di vita. Molto meno da altri fattori: fattori ambientali (20%), fattori genetici (20%), assistenza sanitaria (10%). Anche se si tratta di una stima che rispecchia l'enfasi che negli USA viene posta nella responsabilità individuale nei confronti della salute e delle malattie, tuttavia rivela un andamento generalizzabile e non fa che accentuare il rilievo della "cultura della salute".

[4] Esiste una vasta letteratura sull'uso delle moderne tecnologie di comunicazione e dei "social media", un compito assegnato ai cosidetti mediatori di conoscenza (knowledge broker) che dovrebbero essere sempre presenti nei DdP (Sensini F. Piccola guida alle professioni del web nella PA. Edizioni Forum PA - Collana Quaderni 2012)

[5] Anita Chandra, Joie D. Acosta, Katherine Grace Carman, Tamara Dubowitz, Laura Leviton, Laurie T. Martin, Carolyn Miller, Christopher Nelson, Tracy Orleans, Margaret Tait, Matthew D. Trujillo, Vivian L. Towe, Douglas Yeung, Alonzo L. Plough. Building a National culture of Health. Background, action framework, measures, and next steps. RAND Corporation e Robert Wood Johnson Foundation ed. 2016 (file:///C:/Documents%20and%20Settings/Utente/Documenti/Downloads/RAND_RR1199%20(1).pdf). Per un'analisi e un commento del Rapporto cfr. Editoriale. Costruire una Cultura della salute e la Sanità pubblica. IgSanPub 2016; 72:

[6] «Il Dipartimento di Prevenzione è struttura operativa dell'unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita» (D.lgs. 229/1999, art. 7-bis).

[7] Conferenza Stato-Regioni: Linee guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali (Repertorio Atti n. 1493 del 25.7.2002). Si «richiede che i DP siano in grado di dotarsi di una organizzazione flessibile, a geometria variabile, capace di riunire intorno ad obiettivi complessi (ad es. diffusione della cultura della salute) professionalità diverse, anche esterne al Ssn. Questo approccio necessita di un bagaglio metodologico che affonda le sue radici nella cultura della Sanità Pubblica, cioè nel corpus dottrinale su cui poggiano i processi e gli interventi della prevenzione»

[8] Questa tesi, che è stata già fatta oggetto di riflessione (cfr. Editoriale. É necessario e auspicabile un cambiamento non solo funzionale ma anche istituzionale dei Dipartimenti di Prevenzione? Ig. Sanità Pubbl. 2011; 67: 3-8), è di fatto contenuta proprio nella definizione di DdP di cui alla nota 5.

[9] Per approfondimento cfr. Editoriale. La cultura di Sanità pubblica e la professione infermieristica. Un'occasione da non perdere. Ig. Sanità Pubbl. 2014; 70: 3-8.

[10] Un esperto di Organizzazione sanitaria come Ivan Cavicchi nella sua recente proposta di "quarta riforma sanitaria" (http://www.quotidianosanita.it/la_quarta_riforma_ebook/quarta_riforma_cavicchi_.pdf) così si esprime: «Alla fine se andiamo a vedere cosa fa oggi un dipartimento di prevenzione ci accorgiamo che dal punto di vista funzionale (mutatis mutandis) non fa molto di più di quello che faceva l'ufficiale sanitario comunale circa un secolo fa (art. 40 Regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265)».

[11] Si invita a leggere gli Atti della X Conferenza nazionale di Sanità pubblica "Il futuro dell'Igiene, della Medicina preventiva e della Sanità pubblica: cambiamenti, priorità, emergenze" tenuta a Pisa dieci anni dalla SItI e a riflettere sugli ostacoli che hanno impedito il cambiamento culturale dei DdP.

[12] L'argomento è propriamente di natura politica ma incoraggia la nascita di una nuova disciplina scientifica: la scienza della salute collettiva (population health science). Una disciplina che riunendo temi di scienza sociale e medica, di demografia, di epidemiologia e di economia riescono ad individuare e quantificare le condizioni che producono salute. Oltre a ciò questa emergente disciplina si propone

di modellare l'organizzazione del lavoro nella sanità pubblica, di chiarire come formulare le ipotesi da testare, e di contribuire a migliorare la comprensione dei determinanti di salute (Keyes K, Galea S. Population Health Science. New York, NY: Oxford University Press 2016).

[13] Sulla leadership nei DdP si consiglia di leggere l'interessante articolo di Horton (Horton R. Offline. Where is public health leadership in England? Lancet 2011; 378: 1060) pubblicato tradotto in Ig. Sanità Pubbl. 2012; 68: 766-767.

[14] Oltre agli storici Movimenti ambientalisti che hanno fornito molto personale alla Politica nazionale e locale, sono innumerevoli le società, associazioni e gruppi che si dedicano a promuovere azioni salutari. Un esempio è il "People's Health Movement" che ha appena pubblicato un manuale ad uso di coloro che hanno il desiderio di impegnarsi, o già lo sono, nella lotta per la salute collettiva intesa nel senso più ampio del termine (https://twha.be/phm-manual).

Ig. Sanità Pubbl. 2017; 73: 107-119

Parte Scientifica e Pratica

La spending review percepita da medici e infermieri. Il caso dell'APSS di Trento

Debora Viviani, Giancarla Carraro**, Giovanni M. Guarrera* **
*Chiara Francesca Dalle Fratte**, Annamaria Guarnier**, Luisa Saiani****

* Università degli Studi di Verona, Dipartimento di Scienze Umane
** Azienda Provinciale per i servizi sanitari di Trento
*** Università degli Studi di Verona, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica

Parole chiave *Spending Review, assistenza infermieristica, assistenza sanitaria, assistenza medica*

Riassunto La necessità di contenimento della spesa nazionale in seguito alla Spending Review, richiede di attuare interventi di riorganizzazione e razionalizzazione.
Nel 2015 si è svolto uno studio esplorativo che ha coinvolto 2020 infermieri e 861 medici dell'APSS di Trento. Lo scopo era descrivere le azioni di contenimento della spesa sanitaria percepite da infermieri e medici, in seguito alla Spending Review. I risultati evidenziano che le misure più percepite riguardano la gestione del personale (tasso turnover del personale, contenimento degli straordinari e cambiamenti nella formazione), misure che però non potranno essere adottate per lungo tempo senza determinare effetti negativi sul clima organizzativo e sulla qualità assistenziale.

Doctors' and nurses' perceptions of the spending review in the autonomous province of Trento (Italy)

Key words *Spending review, health care, nursing, medical care*

Summary The national expenditure limits set by the spending review has required reorganization and streamlining measures. The present study was conducted in 2015, among 2,020 nurses and 861 doctors in the autonomous province of Trento (Italy), to describe their perceptions of the containment measures introduced in healthcare spending, following the spending review. Results show that nurses and doctors were most affected by the measures regarding staff management (staff turnover rate, reducing overtime and changes in training). These measures, however, cannot be adopted for a long period of time without leading to negative effects on organization and quality of care.

Introduzione.

Spending review e impatto della crisi sul SSN

La necessità di un contenimento della spesa sanitaria nazionale, formalizzato con:

1. il Decreto Legge 95/2012 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", che ha determinato tagli alle risorse disponibili per la Sanità per l'anno 2012 pari a 900 milioni di euro a livello nazionale, per l'anno 2013 di 1,8 miliardi di euro e di 2,0 miliardi a decorrere dal 2014;
2. con il Patto per la salute 2014-2016, con il quale lo stato italiano punta a garantire l'equità e l'universalità del sistema e i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), puntando ad assicurare l'unitarietà di un Sistema Sanitario Nazionale;
3. con la più recente Legge di Stabilità 2016 che prevede di tagliare le risorse destinate al Fondo Sanitario Nazionale, richiede di attuare progressivi interventi di riorganizzazione e razionalizzazione e, contestualmente, riorientare i servizi sanitari verso bisogni emergenti come la deospedalizzazione e un maggior sviluppo delle cure intermedie primarie.[1,2,3,4,5,6,7,8]

I professionisti sanitari sono l'ultimo fronte coinvolto in questi processi di razionalizzazione ed è importante rilevare come questi sono percepiti e, soprattutto, come questi professionisti valutano l'impatto di questi interventi sulla qualità dell'assistenza sanitaria.[7,9,10]

Materiali e Metodi

Il contesto: l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) di Trento

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari è l'unico ente giuridico e strumentale che gestisce ospedali e reti territoriali di cure primarie su tutto il territorio della Provincia di Trento.

La contrazione avvenuta negli ultimi anni delle risorse economico-finanziare ha richiesto all'APSS l'adozione di un Piano triennale (2013-2015) contenente strategie e azioni di razionalizzazione della spesa.

A livello organizzativo, il Piano prevede l'aggregazione delle unità operative in aree omogenee, l'adozione di modelli assistenziali per intensità di cura così da ridurre e ottimizzare il numero di personale infermieristico e di supporto.

Per i presidi è stata attuata una revisione dei fabbisogni di materiali ed una riorganizzazione del sistema scorte. È stato previsto il riuso-riciclo degli ausili domiciliari

e una riduzione del ricorso agli acquisti in economia privilegiando acquisti con gara. La spesa sui farmaci è ora controllata attraverso misure di informatizzazione del processo di prescrizione-somministrazione e ordine dei farmaci, incentivando l'utilizzo di farmaci biosimilari e generici, con la revisione del prontuario e la revisione sistematica politerapie. Inoltre, per tutti gli acquisti di beni e servizi sono stati rinegoziati i contratti di fornitura.

Per la spesa del personale sono state attivate le seguenti misure: blocco totale del turnover personale amministrativo, blocco parziale del turnover del personale sanitario e controllo delle ore straordinarie. È ora privilegiata la formazione continua a distanza e sul campo per evitare di ridurre il tempo dedicato all'attività professionale.

L'applicazione di misure di contenimento normalmente espone un'organizzazione ad un potenziale o reale cambiamento che può essere percepito dai lavoratori. A tal proposito è stato realizzato uno studio esplorativo monocentrico che ha coinvolto tutti i Servizi appartenenti all'APPS di Trento, con lo scopo di descrivere le azioni di contenimento della spesa sanitaria percepite da Infermieri e Medici. Lo studio si è svolto nel 2015 e ha coinvolto tutti gli infermieri, i coordinatori infermieristici e i medici dipendenti.

La somministrazione del questionario è avvenuta online, inviando attraverso l'indirizzo di posta elettronica istituzionale il link per accedere e compilare il questionario[11].

Per gli infermieri è stato utilizzato un questionario costruito per un precedente studio[12]. Per adattarlo al gruppo medico è stato sottoposto a 6 medici con la modalità del focus group. Questa procedura ha evidenziato l'esigenza di eliminare 2 item considerati non pertinenti la professione medica:

1. "maggior controllo del consumo appropriato di traversino monouso" (per la "gestione dei presidi medici");
2. "non riconoscimento del tempo dedicato alla consegna a fine turno" (per la "gestione del personale").

Il questionario rivolto agli infermieri era composto da 61 domande (item), mentre quello rivolto ai medici da 59 domande (item). Ogni item rappresentava una azione di contenimento. L'intervistato doveva indicare se percepiva che tale azione fosse stata attivata all'interno dell'APSS. Per quantificare il grado di attuazione percepita dai rispondenti, è stata utilizzata per ciascun quesito una

scala Likert con punteggio da 0 a 4 (1 "non attuata", 2 "scarsamente attuata", 3 "in parte attuata", 4 "attuata" e 0 "non so").

In tabella 1 la struttura del questionario.

Tabella 1 – Struttura del questionario

Area	Num.item		Azioni di contenimento (esempi)
	Infermieri	Medici	
gestione organizzativa	14		riduzione posti letto, accorpamento di Unità Operative diverse, inserimento ticket per prestazioni non urgenti o a bassa complessità, prolungamento periodo di chiusura estivo di alcuni reparti, modifiche offerta assistenziale
gestione dei presidi medici	9	8	riduzione delle giacenze, monitoraggi ordini, sostituzione presidi a condizioni economiche favorevoli e razionalizzazione esami di laboratorio
gestione dei farmaci	7		utilizzo farmaci generici, sostituzione principi attivi, sostituzione farmaci ad alto costo con prodotti analoghi
gestione del personale	11	10	contenimento orario straordinario, razionalizzazione e controllo missioni/rimborsi chilometrici, riduzione e razionalizzazione del budget per la formazione continua
gestione dei servizi di supporto	20		rinegoziazione dei contratti con ditte appaltatrici, gestione complessiva del vitto, contenimento consumo di energia elettrica, contenimento costi di cancelleria, riduzione di lavori o acquisti non urgenti

Alla fine di ogni sezione erano presenti 5 domande a risposta aperta per raccogliere eventuali misure di contenimento della spesa non previste negli item a risposta chiusa.

Il questionario prevedeva una iniziale sezione con variabili socio-demografiche (età anagrafica, anni di lavoro, sede lavorativa[1] e area/ambito lavorativo[2]).

I questionari rivolti agli infermieri prevedevano domande in merito alla posizione lavorativa (infermiere, infermiere pediatrico, ostetrica, coordinatore di reparto-servizio, responsabile di dipartimento, responsabile/referente di area, responsabile/coordinatore di distretto, dirigente e formatore/Coordinatore o altro) e agli anni di esperienza lavorativa.

La fase pilota ha previsto la somministrazione del questionario e lo svolgimento di interviste guidate al fine di valutare la chiarezza delle domande ed evidenziare possibili azioni di contenimento della spesa non menzionate nel questionario. Sono

[1] Distretto, Ospedale, Dipartimento di prevenzione o Tecnostruttura.

[2] Area medico-geriatrica generale e specialistica, area chirurgica generale e specialistica, area oncologica, area riabilitativa/post acuti, area intensiva, area emergenza, area materno infantile, area servizi e poliambulatori servizi day, cure domiciliari e cure palliative, area della prevenzione.

stati coinvolti 3 infermieri dirigenti, 3 coordinatori infermieristici e 2 infermieri dell'Ospedale S. Chiara di Trento.

Parallelamente alla costruzione dei questionari sono stati svolti dei colloqui con i 5 Direttori della Direzione strategica dell'Azienda (APSS) per conoscere le azioni di contenimento della spesa effettivamente attuate nell'ultimo triennio.

Risultati

Campione

Il questionario è stato inviato a 2020 infermieri e a 861 medici. Hanno risposto 651 infermieri (pari al 33%) e 256 medici (30% dei medici).

Il 79.72 % degli infermieri ed il 72.27 % dei medici lavora in ospedale. Un terzo dei rispondenti presta servizio nelle due aree medico-geriatrica generale e specialistica (21.27% infermieri, 32.03% medici) e area chirurgica generale e specialistica (15.67% infermieri, 17.97% medici).

L'età media dei rispondenti è pari a 41.46 anni per gli infermieri e 49.38 anni per i medici. Gli anni di lavoro nella professione sono in media 19.54 anni per gli infermieri e 20.29 anni per i medici.

Nel caso degli infermieri, le posizioni lavorative occupate al momento della compilazione del questionario sono soprattutto infermiere (il 79.6%) e coordinatore di reparto-servizio (9.98%)[3].

Poiché ad ogni item, era possibile assegnare un punteggio da 1 (azione "non attuata") a 4 (azione "attuata"), il questionario poteva restituire valori totali:

- da 61 (nessuna azione attuata) a 244 (tutte le azioni attuate), per il questionario degli infermieri;
- da 59 (nessuna azione attuata) a 236 (tutte le azioni attuate), per il questionario dei medici.

In sintesi in tabella 2, le percezioni di infermieri e medici rispetto alle dimensioni di studio.

[3] Il 3.2% è formato da ostetriche, il 2% da infermieri pediatrici, l'1.4% da formatori/coordinatori, l'1.4% da responsabili/referenti di area, lo 0.8% da dirigenti, lo 0.8% da responsabili/referenti di Area. L'1% circa non ha segnalato la propria posizione lavorativa.

Tabella 2 – Punteggio medio e totale per dimensione

Dimensione	Infermieri	Medici
	Punteggio medio raggiunto/ punteggio totale	Punteggio medio raggiunto/ punteggio totale
Gestione organizzativa	26.1/56	28.4/56
Gestione dei presidi medici*	16.2/36	13.8/32
Gestione dei farmaci	15.7/28	14.2/28
Gestione del personale**	28.7/44	22.9/40
Gestione dei servizi di supporto	35.6/80	28.9/80
Tutte le dimensioni	122.2/244	108.3/236

* Dimensione con numero item diversi (infermieri item 36, medici item 32)
** Dimensione con numero item diversi (infermieri item 11, medici item 10)

3.1 La gestione organizzativa

Nella gestione organizzativa si registra un valore medio di percezione per gli infermieri di 26.1, per i medici di 28.4 su un punteggio massimo totalizzabile di 56.

Le misure di contenimento maggiormente percepite sono:

1. "riduzione del personale", indicata dal 71.9% degli infermieri e dal 69.4% dei medici
2. "l'aumento dell'appropriatezza sulla tipologia dei ricoveri (day hospital)" (53.4% infermieri e 64.4% medici),
3. l'"accorpamento di unità operative e/o soppressione di alcune unità operative", (50.7% infermieri, 62.9% medici).

Gli intervistati dichiarano di non sapere se sono state attivate due specifiche misure: "riduzione di alcune convenzioni con professionisti e/o ospedali esterni" e "concentrazione di funzioni amministrative in un unico settore".

Rispetto ai dati anagrafici, si è riscontrata una debole correlazione positiva con l'età ($r=.114$, $p=.004$ per gli infermieri e $r=.122$, $p=.052$ per i medici) e con gli anni di lavoro ($r=.131$, $p=.001$ per gli infermieri e $r=.153$, $p=.052$ per i medici).

Si percepisce un maggior contenimento nella spesa da parte di chi lavora in ospedale (Viviani et al. 2016) e l'area della prevenzione appare l'ambito nel quale si percepiscono meno le azioni di contenimento[4].

[4] Per gli infermieri ($\mu=22.7$, IC 95% 15.6-29.8), per i medici ($\mu=21.2$, IC 95% 15.1-27.3).

3.2 La gestione dei presidi medici

La percezione di contenimento della spesa nella gestione dei presidi medici è stata mediamente di 16.2 per gli infermieri e di 13.8 per i medici.

In generale, nei questionari emergono le medesime azioni di contenimento:

4. "sostituzione di presidi solitamente in uso, con altri con caratteristiche simili, ma meno costosi", (indicata dall'82.4% degli infermieri, dal 71.2% dei medici);
5. "riduzione delle giacenze dei presidi medici nelle unità operative e/o nei magazzini" (68.7% degli infermieri, dal 56.1% dei medici).

Gli infermieri (49.8%) percepiscono inoltre "il maggior controllo del consumo appropriato di traversine monouso"[5], mentre tra i medici (51.5%) si percepisce la "razionalizzazione degli esami di laboratorio"[6].

Si è riscontrata una debole correlazione positiva con l'età ($r=.112$, $p=.004$ per gli infermieri, $r=.125$, $p=.050$ per i medici), mentre esiste una debole correlazione con gli anni di lavoro nel caso degli infermieri ($r=.138$, $p=.000$).

3.3 La gestione dei farmaci

La percezione di contenimento della spesa nella gestione dei farmaci registra un valore medio di 15.7 per gli infermieri e di 14.2 per i medici.

L'81.4% degli infermieri e il 79.3% dei medici ha percepito l'"aumento dell'utilizzo di farmaci generici".

Sono rilevate, inoltre, la "riduzione delle giacenze dei farmaci nelle unità operative e/o nei magazzini", indicata soprattutto dagli infermieri (73.6%), e la "sostituzione dei principi attivi", percepita soprattutto dai medici (70.6%).

Entrambe le categorie professionali non sanno rispondere se sono stati attuati o meno gli interventi riguardanti la "sospensione della fornitura di farmaci nominali ai degenti che sono già in trattamento con tali farmaci (es. terapia domiciliare)" (49.2% infermieri, 53% medici) e "l'introduzione di azioni di monitoraggio nella gestione dei farmaci" (49% infermieri, 46.1% medici).

[5] Ricordiamo che questo item non è presente nel questionario rivolto ai medici.

[6] Da notare che questa azione è all'ultimo posto tra le misure di contenimento percepite dagli infermieri.

Per gli infermieri si registra una debole correlazione negativa con l'età (r= -.130, p=.002) e con gli anni di lavoro (r=-.124, p=.003), per i medici non appare alcuna correlazione[7].

Come per la dimensione che analizza la gestione organizzativa, l'ospedale è il luogo dove si percepiscono maggiormente le misure di contenimento, sia per gli infermieri, sia per i medici[8].

Per gli infermieri, l'area oncologica (μ=18.6, IC 95% 15.3-21.9) e quella medico-geriatrica (μ=18.2, IC 95% 17.3-19.1) sono gli ambiti dove si registra una maggior percezione, per i medici è, invece, l'area materno-infantile (μ=19.3, IC 95% 17.0-21.6)[9].

3.4 La gestione del personale

La percezione di contenimento della spesa nella gestione delle risorse umane è stata mediamente di 28.7 per gli infermieri e di 22.9 per i medici.

"La riduzione degli straordinari" è l'intervento maggiormente percepito dagli infermieri (85.8%[10]).

Le altre azioni percepite sono la "sostituzione parziale o ritardata del turnover del personale per pensionamento e/o gravidanza", percepita più dai medici (82.6% vs 78.4%) e la "promozione di aggiornamento in modalità online/formazione a distanza" (75.3% infermieri, 71.5% medici.)

Tra gli infermieri, si registra una debole correlazione tra la percezione di contenimento della spesa nella gestione delle risorse umane e l'età (r=.127, p=.001) e gli anni di lavoro nella professione (r=.133, p=.001).

Emergono delle differenze anche rispetto alle sedi lavorative. Variabile che non emerge come significativa per gli infermieri, ma che, nel caso dei medici, evidenzia come le spese di contenimento nella gestione del personale siano percepite soprattutto dai medici del dipartimento di prevenzione (δ=7.2, IC 95% 0.6; 13.8).

[7] I valori sono per l'età (r=.038, p=.553) e per gli anni di lavoro (r=-.010, p=.881).

[8] Per gli infermieri (δ=3.2, IC 95% 1.1-5.3) e per i medici (δ=10.2, IC 95% 5.5-14.9).

[9] In entrambi i casi, l'area di minor percezione è quella di prevenzione (μ=10.3, IC 95% 4.9-15.7 per gli infermieri, μ=4.5, IC 95% 1.2-7.7 per i medici).

[10] Non è indicato dai medici.

3.5 La gestione dei servizi di supporto

La percezione di contenimento della spesa nella gestione dei servizi di supporto è stata mediamente di 35.6 per gli infermieri e di 28.9 per i medici.

Le tre misure di contenimento maggiormente percepite sono:

6. "sostituzione del sistema di invio di informative cartacee (circolari) con modalità informatizzate" (78% infermieri, 69.4% medici);
7. "contenimento utilizzo del materiale di cancelleria" (72.6% infermieri; 60.4% medici);
8. "modifica nella modalità di distribuzione dell'acqua" (67% infermieri; 58.4% medici).

In entrambi i casi, non si è riscontrata alcuna correlazione tra la percezione di contenimento della spesa con l'età ($r=-.023$, $p=.568$ per gli infermieri, $r=-.005$, $p=.938$ nel caso dei medici) e con gli anni di lavoro nella professione ($r=-.031$, $p=.441$ per gli infermieri, $r=-.028$, $p=.667$ per i medici).

Al contrario, esiste una differenza significativa tra le diverse sedi lavorative. Emerge, infatti, una percezione maggiore tra chi lavora in ospedale ($\delta=8.0$, IC 95% 3.1-12.8, per gli infermieri, $\delta=9.1$, IC 95% 0.1-18.1 per i medici).

Discussione e conclusioni

Per far fronte alla crisi economica, la provincia di Trento ha determinato una significativa contrazione delle risorse economico-finanziare con l'adozione di una manovra di bilancio[11] che prevede una razionalizzazione della spesa e una significativa revisione delle spese in conto capitale. Lo studio qui presentato ha permesso di conoscere le percezioni di medici ed infermieri dipendenti presso l'APSS della provincia di Trento rispetto a tali misure di contenimento.

In generale, la percezione delle azioni di riduzione della spesa sono state percepite sia dai medici sia dagli infermieri, anche se con intensità diversa. Ciò dipende molto probabilmente da quanto gli interventi attuati hanno influito sul cambiamento della quotidianità lavorativa degli intervistati. Infatti, l'analisi dei dati evidenzia che quando gli interventi intrapresi non coinvolgono la sfera lavorativa degli intervistati, questi non ne percepiscono l'attuazione.

[11] Delibera n.2679 del 07.12.12.

Tabella 3 – Misure di riduzione e percezione degli operatori

Area intervento	*Misure attuate*	*Misure percepite*
a. organizzativa	Aggregazione delle unità operative in aree omogenee Adozione di modelli assistenziali per intensità di cure per le aree infermieristiche (riduzione del personale infermieristico e di supporto)	Riduzione del personale Aumento dell'appropriatezza della tipologia dei ricoveri (day hospital) Accorpamento unità operative e/o soppressione di alcune unità operative
a. dei presidi	Revisione dei fabbisogni di materiali Riorganizzazione del sistema scorte Riuso-riciclo degli ausili domiciliari Riduzione del ricorso agli acquisti in economia privilegiando acquisti con gare e con economia di scala	Sostituzione dei presidi sanitari in uso con altri simili, ma meno costosi Riduzione delle giacenze Maggior controllo del consumo appropriato di traversine monouso Razionalizzazione degli esami di laboratorio
a. dei farmaci	Misure di informatizzazione nel processo di presentazione - somministrazione e ordine di farmaci Incentivare l'utilizzo di farmaci bio-similari e generici Revisione prontuario e revisione sistematica politerapie	Aumento utilizzo farmaci generici Riduzione delle giacenze dei farmaci nelle unità opertive e/o nei magazzini Sostituzione dei principi attivi
a. personale	Blocco totale del personale amministrativo Blocco parziale del turn over del personale sanitario Privilegiata la formazione continua a distanza e sul campo per evitare di ridurre il tempo dedicato all'attività professionale Maggior controllo delle ore straordinarie	Riduzione degli straordinari Sostituzione parziale o ritardata del turn over del personale per pensionamento e/o gravidanza Promozione di aggiornamenti in modalità online/formazione a distanza
a. beni e servizi	Rinegoziazione dei contratti di fornitura	Contenimento utilizzo materiale cancelleria Distribuzione dell'acqua presso i presidi ospedalieri

Tale ipotesi è confermata anche dal fatto che si registra una significativa variabilità di percezione in relazione alle sedi o ambiti lavorativi di appartenenza degli intervistati. Si pensi, ad esempio, che il dipartimento di prevenzione ha percepito meno le misure di contenimento rispetto i presidi ospedalieri e ciò è dovuto al fatto che il piano di miglioramento attivato nel 2013-2015 prevedeva di ridurre le spese sostenute prevalentemente nelle strutture ospedaliere.

In tabella 3 sono evidenziate sinteticamente, le percezioni degli operatori sanitari (medici e infermieri) in relazione alle misure di riduzione effettivamente attuate dall'APSS di Trento.

Dallo studio condotto emerge che le misure maggiormente percepite sia dai medici sia dagli infermieri riguardano la dimensione della gestione del personale, nella quale rientrano il tasso di turnover del personale, il contenimento degli straordinari e cambiamenti nella formazione.

Se tali misure di contenimento della spesa hanno permesso all'Azienda di recuperare risorse finanziarie in breve tempo, è importante ricordare che non potranno essere adottate per lungo tempo senza determinare effetti negativi sul clima organizzativo, e di conseguenza sulla qualità assistenziale.

Infatti, in primo luogo l'aumento del carico di lavoro e il contenimento delle ore di straordinario potrebbe sviluppare un atteggiamento di sfiducia da parte degli operatori che percepiscono di non svolgere in autonomia e completezza il proprio lavoro, a causa di ritmi troppo sostenuti.

In secondo luogo, misure di contenimento troppo aspre, o percepite come tali, possono compromettere in modo considerevole il clima organizzativo ostacolando la crescita professionale e il miglioramento dei servizi. Un sentimento che potrebbe crescere a causa delle azioni di minor investimento nella formazione, provocando così, nel lungo periodo, effetti negativi anche sulla qualità dell'offerta assistenziale[1,2,3,4,5,6,7].

Se la formazione sul campo da una parte permette di aumentare le competenze spendibili nel proprio contesto lavorativo, dall'altra può determinare, infatti, un calo degli stimoli soprattutto fra il personale esperto che conosce molto bene il proprio contesto lavorativo e che potrebbe sentirsi demotivato nello svolgere formazione continua.

In base a quanto percepito da medici ed infermieri e, soprattutto, da quanto emerge dall'attuazione del piano di miglioramento, anche l'APSS ha intrapreso negli ultimi anni tagli lineari alla spesa, seguendo le direttive della delibera della giunta provinciale e ancor prima del Decreto Legge 95/2012. Se dal punto di vista economico gli interventi intrapresi sono stati efficaci, diventa interessante capire anche l'impatto che hanno avuto sul clima organizzativo e, in particolare, sull'assistenza[2,3,4,7]. In generale, come evidenziato da De Marchi (2013), l'appropriatezza degli interventi o l'uso della tecnologia diventa, infatti, un imperativo per garantire il rispetto dei livelli minimi di assistenza[5,6,9,10].

Diventa, quindi, necessario prevedere fin da ora investimenti in tecnologie nelle infrastrutture e nell'organizzazione dei diversi servizi, così da ottenere risultati a medio e lungo termine sia in chiave economica, sia in termini assistenziali. A tal proposito l'APSS ha intrapreso un programma di miglioramento finalizzato alla riorganizzazione della rete ospedaliera, in particolare dell'ambito chirurgico, al fine di contenere gli sprechi e rendere i servizi in grado di rispondere ai bisogni della popolazione. Quest'ultimo aspetto è di rilevante importanza poiché anche in

Trentino, come nel resto del Paese, sta avvenendo un cambiamento demografico che determina una modifica della domanda assistenziale e richiede una maggiore gestione delle malattie croniche e della disabilità[13,14,15,16].

L'aspetto che il piano di miglioramento non ha previsto, ma che è sicuramente rilevante, è lo sviluppo professionale degli operatori sanitari. L'APSS, come molte altre realtà italiane, non ha attuato nessun investimento per lo sviluppo professionale dei suoi operatori che, in mancanza di nuovi stimoli professionali, potrebbero essere demotivati con il rischio che venga compromessa la qualità assistenziale.

A tal proposito, un limite dello studio è non aver potuto cogliere se e quanto le azioni di contenimento abbiano compromesso la qualità dell'offerta assistenziale, poiché non è stata indagata la percezione dell'impatto della crisi economica sulla pratica infermieristica e medica quotidiana, né sul vissuto del paziente.

Questo, insieme, alla quasi esclusiva presenza di variabili organizzative, non ha permesso di evidenziare la percezione degli operatori sanitari sugli effetti assistenziali provocati dalla generale riduzione di spesa.

Oltre ad indagare gli effetti della crisi economica percepita dagli infermieri e dai medici potrebbe essere, infatti, molto interessante valutare se le manovre di spending review hanno influenzato in qualche maniera gli outcome sensibili alle cure infermieristiche e mediche, argomento attualmente molto dibattuto in letteratura[1,2,3,4,5,6,7,10,12]. Intraprendere monitoraggi periodici sia degli esiti sul paziente sia della validità delle misure di contenimento della spesa potrebbe essere utile per prevedere ed apportare eventuali modifiche al piano di miglioramento garantendo un'offerta assistenziale che continui a rispondere ai bisogni dei cittadini[7,9,10].

Bibliografia

1. Tronconi P.L. (a cura di) (2015), *Prospettive in sanità: criticità economiche, giuridiche ed organizzative*, Maggioli Editore, Rimini
2. Walshe K. E Smith J. (2015), *«Comprehensive spending review and the NHS. Financial crisis is deferred but not averted»*, in British Medical Journal, 351:h6477
3. Aiken L. et al. (2014), *«Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study»*, in Lancet, Vol.383 (9931), pp.1824-1830
4. Remuzzi G. e Maturo A. (2013), *Ci curano o ci curiamo? Il malato tra crisi economica e responsabilità,* FrancoAngeli, Milano

5. de Belvis A.G. et al. (2012), *«The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector»*, in Health Policy, 106, pp.10– 16
6. Nuti S., Vainieri M., Frey M. (2012), *«Healthcare resources and expenditure in financial crisis: scenarios and managerial strategies»*, in The Journal of Maternal – Fetal and Neonatal Medicine, 25(54), pp.48-51
7. Saiani L. et.al., (2011), *«Raccomandazioni e standard italiani per dotazioni infermieristiche ospedaliere sicure: esiti di una consensus conference»*, in Igiene e sanità pubblica, 67 (6), pp. 777-792
8. Armeni P. e Ferrè F. (2012), *La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione*, in Cantù E. (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Egea, Milano
9. De Ioanna P. (2013), *A nostre spese. Crescere di più tagliando meno. La spending review nell'Italia sprecona*, Castelvecchi, Roma
10. Palese A. et al. (2012), *Measures of cost containement, impact of the economical crisis, and the effects perceived in nursing daily practice: an Italian crossover study, in Nursing economics*, 30 (2), pp.86-93
11. Fielding N., Lee R.M. e Blamk G. (2008), Online Research Methods, SAGE
12. Viviani D., Marmo G. Pessagnelli C., Saiani L. (2016), *Con gli occhi degli infermieri. La Spending Review nella salute,* in Autonomie Locali e Servizi Sociali, n.2, pp.357-372
13. Viviani D. (2013), *L'anziano malato cronico. L'assistenza attraverso le parole degli infermieri*, in Rassegna di Servizio Sociale, n.2, pp. 50-65
14. Lonardi C. (2011), *Benessere e malattia: vivere un paradosso e sentirsi bene,* in Secondulfo D. (a cura di), Sociologia del benessere. La religione laica della borghesia, FrancoAngeli, Milano
15. Anonymous (2009), *What is health? The ability to adapt*, «Lancet», 373: 781
16. Carr A.J., Gibson B., Robinson P.G. (2001) *Is quality of life determined by expectations or experience?*, «British Medical Journal»: 1240-1243

Referente

Debora Viviani

Università degli Studi di Verona, Dipartimento di Scienze Umane

debora.viviani@univr.it

Ig. Sanità Pubbl. 2017; 73: 121- 131

Condizione occupazionale e salute percepita in Italia: evidenze da dati longitudinali EU-SILC

Silvia Bacci, Marco Seracini*, Manuela Chiavarini°, Francesco Bartolucci*, Liliana Minelli°*

* Dipartimento di Economia, Università degli Studi di Perugia
° Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Sanità Pubblica, Università degli Studi di Perugia

Parole chiave *Salute percepita, condizione occupazionale, crisi economica, Italia, dati longitudinali*

Riassunto L'obiettivo del presente lavoro è stato quello di indagare la relazione tra condizione lavorativa (lavoro stabile, a tempo determinato, disoccupato, altro) e stato di salute percepito in un campione di italiani. I dati provengono dal panel European Union Statistics on Income and Living Condition (EU-SILC) e riguardano le rilevazioni fatte nel periodo 2009 - 2012. Il campione utilizzato è composto da 4848 individui residenti in Italia, ognuno dotato di un record completo di osservazioni per quattro anni, per un totale di 19392 osservazioni complessive. La relazione causale tra stato di salute percepito/autoriferito e condizione occupazionale è stata testata utilizzando un modello global logit (STATA). I nostri risultati confermano una dipendenza tra condizione occupazionale e stato di salute percepito, oltre che tra stato di salute percepito e condizione economica: fra tutte le condizioni occupazionali la disoccupazione, dipendente da una mancanza effettiva di lavoro e non da inabilità individuale, è la discriminante più significativa (OR =0.828, $p<0.05$); a parità di altri fattori solo il grado di istruzione sembra essere un mediatore per una migliore percezione dello stato di salute dell'individuo.

Employment status and perceived health in Italy: data from the European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) longitudinal study

Key words *Self-perceived health, employment status, economic crisis, Italy, longitudinal data*

Summary The aim of this study was to investigate the relationship between employment status (permanent employment, fixed-term employment, unemployment, other) and perceived health status in a sample of the Italian population. Data was obtained from the European Union Statistics on Income and Living Condition (EU-SILC) study during the period 2009 - 2012. The sample consists of 4,848 individuals, each with a complete record of observations during four years for a total of 19,392 observations. The causal relationship between perceived/self-reported health status and employment status was tested using a global logit model (STATA). Our results confirm a significant association between employment status and perceived health, as well as between perceived health status and economic status. Unemployment that was dependent on an actual lack of work opportunities and not from individual disability was found to be the most significant determinant of perceived health status; a higher educational level produces a better perceived health status.

Introduzione

La recente crisi finanziaria e mondiale, iniziata nel 2007 negli Stati Uniti e diffusa successivamente in Europa, ha procurato, anche in Italia, i suoi effetti negativi riscontrabili nella contrazione del Prodotto interno lordo (Pil), nell'aumento della disoccupazione e nella diminuzione dei redditi e dei consumi. A partire dal 2009 c'è stato un netto calo del Pil (-5,5%), anticipato da una prima flessione nel 2008 (- 1,0%) a cui hanno fatto seguito prima una ripresa nel 2010 (+1,7%) e nel 2011 (+0,6%), poi un netto calo nel 2012 (-2,8%) [(1)]. Parallelamente alla diminuzione del Pil si è osservato un trend negativo in termini di occupazione, registrando un -2,6% della percentuale degli occupati nella Unione Europea (UE) a 28 paesi ed un - 3,5% nella UE a 18 paesi nel quinquennio compreso fra il 2009 ed il 2013. In Italia il numero degli occupati è calato di più del 10% [(2)]. A fronte di questo sensibile calo della condizione occupazionale si sono registrate variazioni della spesa sanitaria con incrementi del +1,13% fra il 2009 e 2010, e del +0,06% fra il 2011 ed il 2012, mentre nel 2011 il budget è rimasto lo stesso di quello relativo al 2010 [(3)].

L'analisi congiunta di questi trend e la loro relazione con lo stato di salute delle popolazioni (lavoratori e in cerca di lavoro, usciti dal lavoro) è documentata dalla presenza di numerosi studi scientifici [(4-7)]. Il lavoro (averlo o no) e l'ambiente di lavoro sono ritenuti determinanti sociali di salute e benessere in generale [(8-9)]; la tipologia del contratto ha la sua influenza, per esempio il lavoro precario si accompagna a maggiore insicurezza lavorativa ed ineguaglianza retributiva, così come il senso di perdita di stabilità lavorativa è associate ad ansietà depressione stress, oltre che ad una maggiore percezione di effetti negative del proprio stato di salute [(10-15)].

Scopo del presente lavoro è stato quello di descrivere la relazione fra condizione lavorativa e stato di salute percepito in Italia durante il periodo di crisi economica compreso fra il 2009 ed il 2012, tenendo conto del fatto che tale relazione può variare per età, per presenza di eventuali patologie croniche e/o di limitazioni nelle capacità di svolgere tutte le attività fisiche richieste nella vita quotidiana, oltre che per altre caratteristiche individuali.

Materiali e metodi

Dati

Il dataset utilizzato è quello ottenuto dal panel EU-SILC (European Union Statistics on Income and Living Conditions) e relativo alle rilevazioni fra il 2009 ed il

2012 [16]. L'EU-SILC è il dataset di riferimento della Comunità Europea per quanto riguarda le statistiche sulla distribuzione dei redditi ed include paesi facenti parte della UE o collocati geograficamente in Europa.

Il campione utilizzato nel presente studio è composto da 4848 individui italiani, ognuno dotato di un record completo di osservazioni per quattro anni, per un totale di 19392 osservazioni complessive. L'uso di dati longitudinali consente di considerare un campione statistico scevro per quanto possibile dalle caratteristiche individuali degli intervistati purchè si escludano caratteristiche individuali che cambiano nel tempo e cheinfluenzano sia lo stato di salute percepito che quello occupazionale (si pensi, ad esempio, a problemi fisici e psicologici legati alle dipendenze da sostanze psicotrope).

La variabile risposta oggetto di interesse (variabile EU-SILC PH010: General Health) denota lo stato di salute percepito ed autovalutato dall'intervistato. Essa presenta 5 possibili categorie di risposta ordinate dal livello minimo "molto cattivo" (modalità 0) al livello massimo "molto buono" (modalità 4).

Riguardo alle variabili esplicative del modello (o covariate), sono state prese in esame il sesso (0=maschio, 1=femmina); il livello di istruzione (codificato secondo l'International Standard Classification of Education - ISCED level attained); lo stato coniugale (0 = coniugato, 1= convivente, 2= single); la condizione occupazionale (raggruppata in 8 categorie di interesse principali: 0 = impiegato full time, 1= impiegato part time, 2= disoccupato, 3= ragazzi, studenti, persone in formazione o con esperienze di lavoro non pagate, 4= in pensione, pre pensionamento o ritirato, 5= permanente-mente inabile o non in grado di lavorare, 6 = impiegato in lavori domestici a tempo pieno, 7 = altro); la capacità (economica) di soddisfare i propri bisogni (rappresenta il livello di difficoltà incontrato dal capo-famiglia nel soddisfare i bisogni familiari, raggruppati in 4 categorie: 0 = con grande o con difficoltà, 1= con qualche difficoltà, 2= abbastanza facilmente, 3= facilmente o molto facilmente); l'età calcolata come differenza fra l'anno dell'intervista) e l'anno di nascita; le malattie croniche (0 = presenza di malattie croniche, 1= assenza di malattie croniche); le limitazioni (variabile che individua soggetti momentaneamente inabili a svolgere attività quotidiane per via di problemi fisici, mentali, malattie o disabilità: 0= fortemente limitato; 1= limitato; 2= nessuna limitazione).

Analisi statistica

Per tenere debitamente conto della struttura longitudinale dei dati, si ricorre ad un

modello di regressione lineare generalizzato con effetti casuali (17-20); è stato usato un modello global logit (o con logit cumulati) con intercetta casuale. Il ricorso alla parametrizzazione global logit consente di generalizzare il modello logit per variabili binarie al caso di variabili ordinali, mentre l'inserimento di un effetto casuale consente di tenere conto del fatto che, in un campione di dati longitudinali, le osservazioni su uno stesso individuo in tempi diversi sono più simili tra loro delle osservazioni di individui diversi, pertanto l'usuale ipotesi di indipendenza tra osservazioni che è alla base dei modelli di regressione standard risulta violata. I parametri del modello sono stimati con il metodo della massimizzazione della log-verosimiglianza usando la quadratura adattiva di Gauss-Hermite.

Risultati

Nella Tabella 1 vengono riportate le frequenze relative di ciascuna modalità delle variabili considerate, separatamente per ciascun anno di intervista.

Circa il 65% degli intervistati afferma di avere uno stato di salute buono o molto buono, mentre soltanto il 10% circa si ritiene in condizioni cattive o pessime. Tuttavia, si osserva una quota man mano crescente di individui che valutano negativamente il proprio stato di salute nel periodo dal 2009 al 2012. In termini di occupazione le categorie numericamente più consistenti sono costituite dai lavoratori full time e dai pensionati e ritirati dal lavoro (in quest'ultima categoria si osserva una lieve diminuzione percentuale nel 2010, spiegabile con l'ipotesi della necessità per alcuni di rientrare nel mondo lavorativo a fronte di sopraggiunte difficoltà economiche). Il numero di disoccupati cresce lievemente nel corso degli anni con una differenza fra prima ed ultima rilevazione del 2.3%, analoga alla percentuale di diminuzione degli studenti e dei lavoratori non retribuiti (1.9%).

Il trend relativo ai dati di istruzione dimostra come gli individui siano orientati ad investire nella propria formazione anche se più del 50% possiede ancora un livello di istruzione elementare o primaria.

Circa il 60% degli intervistati risulta stabilmente coniugato su basi legali mentre circa il 35% è costituito da single. Di minore entità il numero di coloro che convivono senza basi legali.

Al quesito su quale sia la capacità di soddisfare i propri bisogni, quasi il 70% degli intervistati ha sottolineato grandi difficoltà, il che tende da un lato ad evidenziare un impoverimento della popolazione di pari passo con l'evolversi della crisi econo-

Tabella 1 - Dati descrittivi (frequenze relative) (il totale di riferimento è 4848 unità per ciascun anno)

Variabile	Categoria	Anno 2009	Anno 2010	Ann 2011	Ann 2012
Stato di salute percepito					
	Molto buono	0,120	0,116	0,112	0,107
	Buono	0,528	0,552	0,529	0,558
	Medio	0,268	0,260	0,246	0,216
	Cattivo	0,069	0,059	0,087	0,096
	Molto cattivo	0,015	0,012	0,025	0,022
Condizione occupazionale					
	Impiegati full time	0,387	0,387	0,354	0,358
	Impiegati part time	0,058	0,060	0,070	0,061
	Disoccupati	0,059	0,062	0,084	0,082
	In pensione o ritirati	0,249	0,247	0,247	0,280
	Ragazzi, studenti, persone in formazione o con esperienze di lavoro non pagate	0,062	0,058	0,047	0,043
	Permanentemente inabili o non in grado di lavorare	0,011	0,013	0,013	0,011
	Impiegati ai lavori domestici a tempo pieno	0,123	0,133	0,142	0,152
	Altri	0,049	0,037	0,014	0,013
Sesso					
	Maschi	0,469	0,469	0,469	0,469
	Femmine	0,530	0,530	0,530	0,530
Istruzione					
	Istruzione di base, primaria o secondaria	0,519	0,517	0,504	0,503
	Istruzione secondaria superiore	0,367	0,366	0,367	0,365
	Istruzione terziaria o superiore	0,114	0,117	0,128	0,132
Stato coniugale					
	Coniugati	0,617	0,616	0,617	0,616
	Conviventi, senza basi legali	0,034	0,035	0,034	0,033
	Single	0,348	0,348	0,348	0,350
Capacità di soddisfare i propri bisogni					
	Con grande difficoltà o con difficoltà	0,305	0,328	0,334	0,338
	Con qualche difficoltà	0,381	0,387	0,373	0,364
	Abbastanza facilmente	0,220	0,224	0,222	0,231
	Molto facilmente	0,093	0,060	0,070	0,067
Malattie croniche					
	No	0,786	0,788	0,722	0,737
	Si	0,214	0,212	0,278	0,263
Limitazioni					
	No, nessuna limitazione	0,731	0,810	0,719	0,693
	Si , limitati	0,207	0,147	0,212	0,219
	Si , fortemente limitati	0,061	0,044	0,070	0,088
Età					
	Media	49,90	50,90	52,08	52,91
	Std. err.	0,245	0,245	0,245	0,245

mica, dall'altro a far emergere la propensione culturale degli italiani nel valutare la propria condizione economica. Le percentuali relative alle malattie croniche ed alle limitazioni - queste ultime intese come l'incapacità di poter compiere le proprie attività quotidiane - mostrano che circa un 20% del campione si trova in condizioni presumibilmente non adatte a svolgere una regolare attività lavorativa. La presenza di malattie croniche produce limitazioni che sono però dovute anche ad altri fattori temporanei (nel questionario si parla di una durata della limitazione non inferiore ai 6 mesi). L'analisi delle proprie limitazioni rispetto alle attività quotidiane è un parametro di valutazione soggettivo del proprio stato di salute, analogamente allo stato di salute percepito. In tabella 2 si riportano le stime dei parametri del modello: per ogni covariata l'odds ratio (OR), il corrispondente errore standard, il valore della statistica test (z-value) ed il corrispondente p-value, oltre ai limiti (l1 e l2) degli intervalli di confidenza al 95%. Dopo aver controllato per una serie di caratteristiche individuali, tra cui la presenza di malattie croniche e di limitazioni fisiche, caratteristiche oggettivamente riscontrabili negli individui, si è osservato un effetto significativo dello stato occupazionale sullo stato di salute percepito. In particolare, coloro che si trovano nella condizione di disoccupato, inabile a lavorare o in condizioni di lavoro atipiche (p-value<0.05) appaiono significativamente svantaggiati rispetto a coloro che hanno contratti di lavoro a tempo pieno, mentre non sono state osservate differenze significative rispetto ai lavoratori a tempo parziale, ai pensionati ed agli studenti (o ad altre categorie di lavoratori non retribuiti). Un effetto negativo anche se moderatamente significativo (p-value < 0.10) si produce per coloro che svolgono lavori domestici a tempo pieno. Inoltre, le persone più anziane e le donne hanno una percezione peggiore della propria salute rispetto agli individui più giovani o di sesso maschile, sebbene un livello di istruzione più elevato ed una condizione economica di comfort (misurata con riferimento alla capacità di soddisfare i propri bisogni) influenzino positivamente la percezione del proprio stato di salute.

La capacità di soddisfare le proprie necessità, interpretabile come indicatrice del benessere economico del nucleo familiare (e pertanto riferita a questo nel suo complesso), è direttamente proporzionale alla bontà del livello individuale di salute percepito, a prescindere dalla effettiva partecipazione del soggetto alla determinazione del reddito familiare. Questo risultato sottolinea come la contingente necessità economica sia preponderante rispetto alla soddisfazione per il proprio stato occupazionale.

Per quanto riguarda la dipendenza dallo stato coniugale, non è stata osservata

Tabella 2 - Stime degli effetti sullo stato di salute percepito: modello logit ordinale ad effetti casuali

Variabile	Categoria	Odds ratio	St. Error	z-value	p-value	l1	l2
Condizione occupazionale	(ref.: Impiegati full time)						
	Impiegati part time	0,929	0,081	-0,840	0,400	0,783	1,103
	Disoccupati	0,828	0,068	-2,290	0,022	0,704	0,973
	In pensione o ritirati	0,909	0,067	-1,300	0,194	0,787	1,050
	Ragazzi, studenti, persone in formazione o con esperienze di lavoro non pagate	1,015	0,113	0,140	0,893	0,816	1,262
	Permanentemente inabili o non in grado di lavorare	0,325	0,057	-6,450	0,000	0,230	0,457
	Impiegati ai lavori domestici a tempo pieno	0,871	0,066	-1,810	0,071	0,750	1,012
Altri		0,680	0,076	-3,430	0,001	0,546	0,848
Età		0,943	0,002	-26,420	0,000	0,939	0,947
Sesso	(ref.: Maschi)						
	Femmine	0,841	0,043	-3,410	0,001	0,762	0,929
Istruzione	(ref.: Istruzione di base, primaria o secondaria inferiore)						
	Istruzione secondaria superiore	1,381	0,075	5,910	0,000	1,241	1,536
	Istruzione terziaria o superiore	1,811	0,142	7,580	0,000	1,553	2,112
Stato coniugale	(ref.: Coniugati)						
	Conviventi , senza basi legali	0,792	0,098	-1,890	0,059	0,621	1,008
	Single	1,074	0,055	1,380	0,168	0,970	1,188
Capacità di soddisfare i propri bisogni	(ref.: Con grande difficoltà o con difficoltà)						
	Con qualche difficoltà	1,317	0,060	6,080	0,000	1,205	1,439
	Abbastanza facilmente	1,813	0,102	10,620	0,000	1,624	2,023
	Molto facilmente	2,490	0,201	11,320	0,000	2,126	2,916
Malattie croniche	(ref.: Si)						
No		4,276	0,233	26,710	0,000	3,844	4,758
Limitazioni	(ref.: Si, fortemente limitati)						
	Si, limitati	11,190	1,008	26,810	0,000	9,379	13,351
	No, nessuna limitazione	68,542	6,903	41,980	0,000	56,265	83,499
μ_1		-6,082	0,183	-33,310	0,000	-6,440	-5,724
μ_2		-2,804	0,175	-16,040	0,000	-3,147	-2,462
μ_3		0,883	0,174	5,060	0,000	0,541	1,225
μ_4		5,550	0,172	32,260	0,000	5,213	5,888
Variance of ϵ_i		1,359	0,069	1,231			1,501

una differenza significativa fra individui sposati o single mentre si registra uno scostamento di qualche importanza (p-value intorno al 5%) per i conviventi che tendono ad avere uno stato di salute percepito peggiore rispetto alle altre categorie.

Discussione

Molti autori sottolineano l'importanza del lavoro come parte integrante della identità propria dell'individuo, che comporta notevoli benefici quali ad esempio il benessere fisico e mentale, la stima di sé, il rispetto degli altri, l'identità, i contatti interpersonali, lo status e la rispettabilità sociale [21-22]. Il lavoro è probabilmente il fattore principale d'integrazione sociale, e l'associazione insicurezza lavorativa e salute è ben documentata [23, 6].

I nostri risultati confermano una chiara dipendenza tra condizione occupazionale e stato di salute percepito, oltre che tra stato di salute percepito e condizione economica: a parità di altri fattori solo il grado di istruzione sembra essere un mediatore per una migliore percezione dello stato di salute dell'individuo. In generale possiamo dire che la popolazione si adatti meglio a convivere con malattie croniche piuttosto che ad accettare limitazioni seppur temporanee delle proprie attività [24-25]. Fra tutte le condizioni occupazionali la disoccupazione, dipendente da una mancanza effettiva di lavoro e non da inabilità individuali, è la discriminante più significativa per lo stato di salute percepito: il lavoro, così come la disponibilità economico-finanziaria, riveste un importante ruolo di inclusione sociale, fattore che influenza lo stato di salute – percepito ed oggettivo - e la qualità della vita nel corso del tempo, come molti studi hanno messo in evidenza [26-30].

Tra i limiti dello studio, si sottolinea l'implicita assunzione di assenza di endogeneità tra stato di salute percepito e condizione occupazionale. La violazione di tale ipotesi, nota in letteratura come health selection [31], implica l'esistenza di una relazione causale a doppio senso tra stato di salute percepito e condizione occupazionale, nel senso che, sebbene da un lato lo stato di salute percepito sia funzione della condizione occupazionale, dall'altro è la stessa condizione occupazionale ad influenzare lo stato di salute percepito; i lavoratori più sani hanno più probabilità di lavoro stabile rispetto a quelli con problemi di salute (si parla anche di effetto del lavoratore sano, benessere lavoro-correlato, abilità al lavoro) [32]. Per limitare gli effetti negativi in termini di stima dei coefficienti di regressione dovuti a tale fenomeno alcuni autori hanno sottolineato l'opportunità di correlare stato di salute e condizione occupazionale solo in presenza di un campione statistico desunto in concomitanza alla chiusura di una o più aziende, a casi cioè di licenziamenti forzati. In questo modo sarebbero mitigati gli effetti che lo stato di salute percepito produce sulla probabilità di perdere il lavoro [33-35].

Il determinante distale di salute "occupazione" ha un impatto rilevante sulla salute in genere, in quanto fonte di reddito e di identità personale, nonché di inclusione in una rete sociale, come noto da uno dei meccanismi di generazione esplicativa delle disparità sociali in salute [36]. Altro limite dello studio consiste nell'aver circoscritto l'attenzione ai soli individui italiani, così facendo non si è in grado di porre in relazione la condizione degli italiani rispetto agli altri cittadini europei. I due limiti citati saranno oggetto di approfondimento e di analisi in un futuro sviluppo delle nostre ricerche.

Bibliografia

1. EUROSTAT. Conti nazionali e Pil, 2015. http://ec.europa.eu/eurostat/ statistics- explained/images/5/55/National_accounts_YB2015.xlsx .
2. ISTAT. Rapporto annuale, cap.3, 2014.
3. AGENAS. Aggiornamento: Andamento della spesa sanitaria nelle regioni - anno 2014. 2014.
4. Erlinghagen M. *Self-Perceived Job Insecurity and Social Context- A Multi-Level Analysis of 17 European Countries.* Eur Sociol Rev 2008; 24:183-197.
5. Eikemo TA, Bambra C, JudgeK, Ringdal K. *Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe- A multilevel analysis.* Soc Sci & Med 2008;66: 2281-2295.
6. Laszlo KD, Pikhart H, Kopp MS, Bobak M, Pajak A, Malyutina S, Salavecz G, Marmot M. *Job insecurity and health – A study of 16 European countries.* Soc Sci & Med 2010; 70: 867-874.
7. Bambra C, Eikemo T. *Welfare state regimes, unemployment and health a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries.* J Emidemiol Community Health 2009; 63 (2): 92-93.
8. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S *on behalf of the Commission on Social determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity trough action on the social determinants of health.* The Lancet 2008; 371(9650): p1661-1669.
9. Bambra C, Lunau T, Van der Wel KA, Eikemo TA, Dragano N. *Work, health, and welfare: the association between working conditions, welfare states, and self-reported general health in Europe.* Int J Health Serv 2014;44(1):113-36.
10. Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J.*Temporary employment and health: a review.* Int J Epidemiol 2005; 34(3):610-622.
11. Robone S, Jones AM, Rice N. *Contractual conditions, working conditions and their impact on health and well-being.* Eur J Health Econ 2011; 12(5): 429-444.
12. Minelli L, Pigini C, Chiavarini M, Bartolucci F. *Employment status and perceived health condition: longitudinal data from Italy.* BMC Public Health. 2014; 14: 946-958.

13. Beatini P, Bauleo F, Meletti L, Casadei R, Minelli L *Condizione occupazionale e salute percepita.* Sistema Salute 2015; 59(2):234-244.
14. Beatini P, Bauleo F, Casadei R, Minelli L. *Lavoro precario: nuovi modelli di organizzazione del lavoro, nuove forme contrattuali e condizione di salute dei lavoratori.* Sistema Salute 2015; 59(4):578-602.
15. Pirani E, Salvini S. *Is temporary employment damaging to health? A longitudinal study on Italian workers.* Soc Sci & Med. 2015; 124: 121-31.
16. European Union Statistics on Income and Living Conditions (065, L-2012), 2012.
17. Snijders TAB, Bosker RJ. Multilevel analysis - *An introduction to basic and advanced multilevel modeling*. London etc: Sage, 2012.
18. Diggle PJ, Heagerty P, Liang KY, Zeger SL. *Analysis of Longitudinal Data,* 2nd Edition, Oxford University Press, 2002.
19. Verbeke G, Molenberghs G. *Linear Mixed Models for Longitudinal Data,* Springer, 2000.
20. Davidian M, Giltinan DM. *Nonlinear Models for Repeated Measurement Data*, Chapman and Hall/CRC Press, 1995.
21. Ferrie JE. *Le conseguenze sulla salute della precarietà del lavoro. In: Quaderni della salute pubblica, lavoro precario e salute, gli effetti della precarietà del posto di lavoro sulla salute e benessere in un'attenta analisi dell'OMS* (Ufficio regionale per l'Europa), 2000.
22. Ferrie JE., Shipley MJ, Stansfield SA, Davey Smith G, Marmot M. *Future uncertainty and socioeconomic inequalities.* Soc Sci & Med 2003; 57:637- 646.
23. Ferrie, JE, Shipley MJ, Newman K., Stansfeld SA, & Marmot M. *Self- reported job insecurity and health in the Whitehall II study: potential explanations of the relationship.* Soc Sci & Med 2005; 60:1593–1602.
24. Arrow JO. *Estimating the influence of health as a risk factor on unemployment: a survival analysis of employment durations for workers surveyed in the German Socio-economic panel (1984-1990).* Soc Sci & Med 1996; 42 (12): 1651-1659.
25. Schuring M, Burdof L, Kunst A, Mackenbach J. *The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European countries.* J Epidemiol Community Health 2007; 61 (7): 597-604.
26. Kompier M, Ybema JF, Janssen J, taris T. Employment contracts: *Cross-sectional and Longitudinal relations with Quality of working life, health and well-being.* J Occup Health 2009; 51: 193-203.
27. Marmot M. *Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010.* London: The Marmot Review; 2010.
28. Wagenaar AF, Kompier MA, Houtman IL, van den Bossche SN, Taris TW. *Employment contracts and health selection: unhealthy employees out and healthy employees in?* J Occup Environ Med. 2012; 54(10):1192-1200.
29. Wagenaar AF, Kompier MA, Houtman IL, van den Bossche SN, Taris TW. *Impact of employment contract changes on workers' quality of working life, job insecurity, health and work-related attitudes.* J Occup Health 2012; 54(6):441-451.
30. Huijts T, Reeves A, McKee M, Stuckler D. *The impacts of job loss and job recovery on self-rated health: testing the mediating role of financial strain and income.* Eur J Public Health 2015; 25(5):801-806.

31. Toge AG, Blekesaune M. *Unemployment transitions and self-rated health in Europe: A longitudinal analysis of EU-SILC from 2008 to 2011*. Soc Sci & Med 2015; 143: 171-178.
32. Reeves A, Karanikolos M, Mackenbach J, McKee M, Stuckler D. *Do employment protection policies reduce the relative disadvantage in the labour market experienced by unhealthy people? A natural experiment created by the Great Recession in Europe*. Soc Sci & Med 2014; 121:98-108.
33. Morris J, Cook D. *A critical review of the effect of factory closures on health*. Br J Ind Med 1991; 48 (1): 1-8.
34. Jin RL, Shah CP, Svoboda TJ. *The impact of unemployment on health: a review of the evidence*. CMAJ 1995; 153 (5): 529-541.
35. Schmitz H. *Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health*. Labour Econ 2011; 18 (1): 71-78.
36. F. Diderichsen, T. Evans, M. Whitehead. The Social Basis of Disparities in Health. In Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. Oxford University Press; 2001.

Referente
Liliana Minelli
Dipartimento di Medicina Sperimentale-Sezione di Sanità Pubblica
Università degli Studi di Perugia
P.le Severi, 1 – Sant'Andrea delle Fratte, 06132 Perugia (PG)
e-mail: liliana.minelli@unipg.it

Igiene e Sanità Pubblica

Igiene e Sanità Pubblica

"Igiene e Sanità Pubblica" è una delle più autorevoli riviste italiane del settore, fondata nel 1945 dal Prof. Gaetano Del Vecchio, Medico Provinciale di Roma, che la diresse insieme al fratello il Prof. Vittorio Del Vecchio, già Direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università "La Sapienza" di Roma. Il fondatore stesso volle che gli succedesse nella direzione della rivista il Prof. Augusto Panà, Ordinario di Igiene dell'Università di Roma "Tor Vergata", che con lui aveva iniziato la sua carriera di Igienista.

La rivista in questi anni ha assunto una primaria importanza a livello nazionale ed ha ottenuto riconoscimenti per la qualità di alcuni rilevanti contenuti di sanità pubblica, tra cui l'organizzazione sanitaria e l'ambiente. Da due anni, ha avuto un importante riconoscimento dalla Commissone specifica dell'American Libray che le ha attribuito uno score tra 3,5 e 3,8 corrispondente a "very good" inserendola ufficialmente nel circuito delle riviste indicizzate su Medline e su Index Medicus. La rivista inoltre è accreditata dalla SItI.

SCEDITRICE

SOTTOSCRIZIONE DELL'ABBONAMENTO ANNUALE A IGIENE E SANITÀ PUBBLICA (Rivista Bimestrale)

☐ Abbonamento Ordinario (Enti, Aziende)	€ 75,00
☐ Abbonamento Personale (Individuale)	€ 60,00
☐ Abbonamento Socio SItI	€ 55,00
☐ Abbonamento Estero	€ 100,00
☐ Articolo elettronico (estratto)	€ 25,00

_____

Indicare il numero della rivista, l'anno ed il numero di pagina

☐ Volume singolo €12,00 + ☐ *€ 3,00 a copia per spedizione ordinaria*
☐ *€ 10,00 a copia per spedizione con corriere espresso, consegna garantita entro 24/48 ore*

N° volume_____ quantità _____

N° volume_____ quantità _____

IMPORTO ORDINE € _____

Nome _____ Cognome _____

Ente _____ Servizio _____

Indirizzo _____ CAP. _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ E-mail _____

Il pagamento anticipato, intestato a SCE SC EDITRICE Società Cooperativa può essere effettuato mediante:

BONIFICO BANCARIO SU INTESA SANPAOLO - IBAN IT14 A030 6903 2141 0000 0008 901 (si allega fotocopia)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003. Si informa che i dati personali forniti ai fini della presente iscrizione saranno trattati, con modalità cartacee ed informatizzate, per le finalità istituzionali dell'ente. I dati forniti non verranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione. Il titolare del trattamento dei dati è SCE SC Editrice Società Coperativa che ha sede in Roma, Via Giunio Bazzoni, 1. In relazione al predetto trattamento, è possibile rivolgersi a SCE SC Editrice Società Coperativa per esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del d.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003. Qualora non desideri ricevere ulteriori comunicazioni sulle nostre iniziative editoriali, La preghiamo di barrare la casella qui accanto ☐

Data _____ Firma _____

Compilare la cedola in ogni sua parte e inviarla a:

COORDINAMENTO EDITORIALE E SERVIZIO ABBONAMENTI

SCE SC Editrice Società Cooperativa Tel./Fax 0659290256 • abbonamenti@sceditrice.it

VI PREGHIAMO DI COMPILARE LA PRESENTE SCHEDA ANAGRAFICA IN OGNI PARTE PER UN SERVIZIO MIGLIORE

Ig. Sanità Pubbl. 2017; 73: 133- 140

Infezioni correlate all'assistenza. Rischio di ulteriori movimenti del paziente e del suo costo per le aziende sanitarie italiane

*Ricerca condotta da MindMetre a cura di Paul Lindsell**

* Managing Director of Thoughtspark Agency

Parole chiave *Infezioni correlate all'assistenza, spostamenti del paziente, contenzioso medico-legale, management ospedaliero*

Riassunto Le infezioni correlate all'assistenza sono un'ostacolo contro gli sforzi volti a garantire la sicurezza delle cure. Questa ricerca valuta la consapevolezza del popolo italiano riguardo le ICA, esplora la loro propensione nello sporgere denuncia in caso di contrazione di tale infezione e valuta le distanze che sarebbero disposti a viaggiare per sottoporsi a cure in un ospedale con valori di ICA ridotti. Inoltre, l'inchiesta sottolinea la severita' del problema per il management ospedaliero.

Healthcare associated infections: patient mobility in Italy and costs for Italian healthcare organizations

Key words *Healthcare associated infections, Patient Mobility, Clinical Negligence, Hospital Management*

Summary Healthcare-associated infections (HCI) are an obstacle to assuring safe hospital treatments. This study evaluates awareness of HCIs among the Italian population, readiness to file a complaint against the hospital in the event of an HCI, and the distance patients would be willing to travel to be treated in hospitals with lower HCI rates. Furthermore, the report highlights the importance of this issue in the context of hospital management.

Introduzione

Con l'implementazione, nel 1995, di finanziamenti mirati alle attività sanitarie, il Ministero della Salute italiano si è prefisso di accrescere l'efficienza delle spese ospedaliere. Con l'attribuzione di fondi basata sul numero di procedure eseguite e sul volume di pazienti trattati, sia il Servizio Sanitario Nazionale (SSN)i che le autorità sanitarie regionali, hanno voluto garantire un finanziamento più equo e appropriato all'assistenza dispensata ai pazienti a livello nazionale. Di conseguenza, le aziende sanitarie sono ora maggiormente in grado di soddisfare le esigenze della popolazione servita, di ridurre i famigerati tempi di attesa ottimizzando il flusso di pazienti e, in alcuni casi, di accrescere la loro attività o ampliarla ad altre aree di servizio. Benché un modello di 'Activity-Based Funding' razionalizzi i costi e i bilanci ospedalieri, costringe anche le aziende sanitarie a mantenere elevato il volume di attività durante le visite dei pazienti, i ricoveri ospedalieri e le procedure eseguite. Dal momento che la mobilità dei pazienti è una realtà frequente in Italia, alcune aziende sanitarie potrebbero vedere il loro volume di attività e di finanziamenti colpito da una cattiva reputazione dovuta a una specializzazione clinica o a un ambiente considerati scadenti in termini di sicurezza o qualità delle cure.

Questa ricerca svolta da MindMetre ha come oggetto le infezioni correlate all'assistenza medica (ICA), un ostacolo pressante che agisce contro gli sforzi volti a garantire la qualità e sicurezza delle cure. Inoltre, valuta la consapevolezza del popolo italiano sulle ICA, esplora la propensione dei cittadini italiani nello sporgere denuncia nel momento in cui contrasse un infezione dovuta a questo specifico caso di malasanita' e le distanze che sono disposti a viaggiare per usufruire dei servizi di un ospedale alternativo, qualora il loro fornitore locale goda di una scarsa reputazione in campo di riduzione delle ICA. I risultati sono inequivocabili e definitivi: il 91% dei cittadini dichiara che, se venisse a conoscenza del fallimento nella riduzione delle ICA del proprio ospedale locale, insisterebbe per essere trasferito in un ospedale con un punteggio più alto. L'89% sarebbe disposto a viaggiare 30 km per essere curato in un ospedale più sicuro, mentre il 96% ha affermato che adirebbe vie legali in caso di contrazione di una ICA dovuta ad atti di negligenza dell'ospedale o a livelli scadenti di igiene o cura.

La ricerca sollecita le aziende sanitarie italiane a prendere iniziative di riduzione delle ICA più seriamente, per evitare che i pazienti scelgano di sottoporsi alle cure di ospedali di reputazione migliore e che di conseguenza i finanziamenti aumentino rispetto al numero di pazienti.

Tassi di infezione – Nuovi contendenti

Nel 2013, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) ha rivelato un riscontro delle ICA in Italia del 6,3%ii, ovvero superiore al 5,7%, percentuale del riscontro medio in Europa in un dato giornoiii. Il tasso sembra essere rimasto quasi invariabilmente immutato sin dal 2004, quando un sondaggio nazionale sulle ICA ha evidenziato una prevalenza del 6,7%iv.

Questa relativa immobilità nei tassi delle ICA nell'arco di oltre un decennio potrebbe essere scossa dalla crescente minaccia delle ICA in continua evoluzione. Il rapporto dell'ECDC ha svelato che le unità di terapia intensiva dell'Italia mostravano tassi di prevalenza particolarmente elevati per le infezioni più comuni, quali il comune Staphylococcus aureus resistente alla meticillina o MRSA (oltre il 60%), l'Enterococcus species (40-50%), l'E. coli, lo Pseudomonas aeruginosa e il Clostridium difficilev. Inoltre, nell'ultimo quinquennio, sono emersi anche nuovi tipi di infezioni, alcuni resistenti non solo agli antibiotici già in uso, ma anche ad altri di quelli più recentivi.

La prevenzione delle ICA fa parte del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 del Ministero della Salute, che prevede, tra i tanti obiettivi, misure volte alla diminuzione dell'uso di antibiotici e al rafforzamento dei programmi di igiene nelle aziende sanitarievii.

In luce alla complessità delle nuove tipologie di infezioni che emergono e si manifestano durante il ricovero ospedaliero, si rivela necessario adottare un insieme più ampio di iniziative (e misure di prevenzione) mirate al contrastare le ICA. Tale necessità è sottolineata da una dichiarazione, risalente a gennaio 2015, di una deputata del Parlamento europeo, secondo la quale è richiesta una "azione urgente" per risolvere le attuali problematiche associate alla gestione delle infezioni dovute all'assistenza sanitaria che colpiscono l'8-12% dei pazienti ricoverati in ospedali europeiviii.

Il tasso di successo ottenuto finora in merito alla riduzione di specifici 'superbatteri' (MRSA e C. difficile) dimostra che gli interventi possono effettivamente agire a favore del calo dei tassi di infezione. A tal proposito, vale la pena reiterare i metodi chiave che hanno dimostrato la loro efficacia nella riduzione delle ICA e che sono stati consigliati dall'ECDC nel suo rapporto di sorveglianzaix:

- Igiene delle mani, con acqua e sapone o gel alcolici
- Uso di indumenti protettivi, ad es., occhiali o guanti monouso

- Pulizia accurata e regolare degli impianti e delle apparecchiature
- Identificazione e isolamento rapidi dei pazienti affetti da infezioni resistenti agli antibiotici o agli antimicrobici per evitare una diffusione di più ampio respiro
- 'Antimicrobial stewardship' o un uso più appropriato ed efficace degli antibiotici, ad esempio utilizzando solo gli antibiotici più efficaci nella quantità giusta e solo quando medicalmente necessari

L'igiene delle mani è già stata segnalata nel Piano Nazionale di Prevenzione come obiettivo primario nella gestione delle ICA: il rapporto dell'ECDC rivela che l'Italia ha uno dei livelli più bassi di utilizzo di disinfettanti alcolici di tutta Europa, a soli 10 litri per 1000 giornate di degenza, rispetto a una media di 18,7 litri per il resto d'Europax.

Identificazione delle infezioni e uso corretto degli antibiotici

L'uso corretto degli antibiotici è un aspetto importante della prevenzione delle ICA e il Ministero della Salute ha dichiarato di voler conformarsi alle raccomandazioni dell'ECDC, in particolare in merito ai programmi di formazione e supporto che suggeriscono agli operatori sanitari un 'uso più razionale e prudente degli antibiotici'xi. In altre parole, gli assistenti sanitari dovrebbero prescrivere antibiotici solo se assolutamente necessari. Tale aspetto è particolarmente pertinente per l'Italia, uno dei cinque Paesi a più alto consumo di antibiotici dell'Europa. L'ECDC ha scoperto, infatti, che negli ospedali italiani, a un minimo di 40-45% dei pazienti veniva somministrato almeno un agente antimicrobico, contrariamente alla maggioranza di quelli dell'Europa occidentale, dove la percentuale d'uso degli antimicrobici rimaneva inferiore al 35%xii.

La terapia antibiotica risulta valida anche nella lotta contro nuove forme di ICA, poiché una rapida identificazione dell'antibiotico di resistenza di un ceppo può ridurre il numero di tentativi di identificazione e l'uso non appropriato degli antibiotici nel trattamento di pazienti pericolosamente infetti. Nonostante cio', potrebbe comunque risultare necessario applicare la tecnologia e le tecniche di screening e identificazione rapida dell'antibiotico più appropriato a una gamma più ampia di potenziali infezioni, se si considera il rialzo segnalato dall'ECDC in infezioni diverse da MRSA o C. difficilexiii.

In termini di identificazione delle infezioni, l'esperienza maturata con il calo dei tassi di MRSA ha mostrato che uno screening attivo e sistematico dei pazienti al momento

del ricovero si è rivelato estremamente efficace. Individuare i soggetti infetti e trattarli rapidamente con l'antibiotico più adatto, isolati dai pazienti non infetti, è chiaramente una strategia chiave per la riduzione delle ICA. Oltre alle raccomandazioni standard per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza, si fa sempre più uso di uno screening rapido per l'identificazione dell'MRSA e di altre infezioni associate, come l'MSSA. Tuttavia, i programmi di screening non prendono ancora in considerazione le ICA emergenti, molte delle quali presentano resistenza agli antibiotici.

Riduzione delle ICA – Qual'è il livello di priorità? – Quali effetti finanziari incidono sulle unità di terapia intensiva?

Nonostante le autorità sanitarie regionali si ritrovino ad affrontare limitazioni di bilancio ed andare incontro a svariate priorità, è utile acquisire una prospettiva generale per comprendere, in questo caso, che importanza ha la riduzione delle ICA per i contribuenti rispetto ad altri urgenti requisiti sanitari. La ricerca più recente di MindMetre ha aiutato a meglio definire il contesto della riduzione delle ICA.

La ricerca ha infatti riscontrato, che il 95% dei cittadini italiani ritiene l'eradicazione della totalita' delle ICA una delle cinque principali priorità del sistema sanitario nazionale. Nel confronto con altre priorità sanitarie percepite, l'eradicazione assume più importanza di una "migliore condivisione delle informazioni sui pazienti" per l'81% dei partecipanti alla ricerca. Il 76% ha dichiarato che dovrebbe avere precedenza sull'"aumento del rapporto infermieri-pazienti", il 72% la preferisce alla "riduzione dei tempi di attesa" e il 70% alla "riduzione dei costi sanitari nazionali", mentre il 63% lo considera che era più rilevante della "ricerca di nuove cure e trattamenti".

Tuttavia, dal punto di vista dei dirigenti sanitari, le motivazioni commerciali devono essere sufficientemente valide per giustificare un'enfasi più accentuata sulla riduzione delle ICA rispetto ad altre priorità di spesa. La nostra ricerca ha evidenziato che il 91% dei cittadini italiani ritiene che, se venisse a conoscenza della scarsa prestazione del proprio ospedale in campo di riduzione delle ICA, insisterebbe che il proprio medico lo trasferisse in un ospedale con un punteggio più alto.

Che distanza sono disposti a percorrere? In un Paese in cui la mobilità dei pazienti è una realtà ormai affermata da tempo, alle domande sulla distanza che sarebbero disposti a percorrere per evitare problemi di infezioni correlate all'assistenza, i rispondenti hanno affermato quanto segue:

- L'89% sarebbe disposto a viaggiare 30 chilometri per essere curato in un ospedale

che vanta una reputazione di riduzione delle ICA migliore del proprio ospedale locale
- Il 60% sarebbe disposto a viaggiare 80 chilometri per essere curato in un ospedale che vanta una reputazione di riduzione delle ICA migliore del proprio ospedale locale
- Il 36% sarebbe disposto a viaggiare 160 chilometri per essere curato in un ospedale che vanta una reputazione di riduzione delle ICA migliore del proprio ospedale locale

Oggigiorno, il pubblico è in grado di prendere decisioni precise sul posto migliore in cui ricevere assistenza, grazie ai recenti sviluppi della ormai più diffusa pubblicazione di statistiche sulla performance degli ospedali in materia di sicurezza, come, ad esempio, il Piano Nazionale Esiti (PNE) sviluppato dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, una piattaforma online che fornisce informazioni ai pazientixiv. Queste statistiche potrebbero consentire alle aziende sanitarie di ottenere risultati positivi nella riduzione delle ICA, di attirare di conseguenza più pazienti (e relativi fondi), favorendo dunque l'ampliamento delle loro attività e capacità. Dall'altro lato, aziende con performances piu' deboli assisterebbero con ogni probabilità alla migrazione di un maggior numero di pazienti verso un altro ospedale di reputazione più alta. L'impatto di una diffusa diserzione dei pazienti dal fornitore sanitario locale potrebbe danneggiare seriamente il modello economico dell'ospedale in questione.

Inoltre, questa ricerca rivela che un incredibile 96% di cittadini italiani non esiterebbe ad adire a vie legali e portare un ospedale in tribunale se contraesse un'infezione grave durante un trattamento e fosse convinto che sia attribuibile agli scarsi livelli di igiene e/o cura della struttura. I procedimenti giudiziari possono avere un effetto dannoso sulla reputazione di un ospedale e tale danno spingerebbe probabilmente i pazienti a farsi curare altrove. In un sistema di finanziamenti mirati alle attività dove i fondi seguono i pazienti, l'impatto economico del danno reputazionale potrebbe essere piuttosto grave per un ospedale.

Conclusioni

Questi risultati dimostrano che le preoccupazioni sulle ICA rappresentano un fattore importante nella scelta della struttura di trattamento da parte dei pazienti. In presenza di un uso di agenti antimicrobici più alto della media e di elevati tassi di prevalenza delle ICA, l'attenzione dei dirigenti sanitari italiani dovrebbe essere rivolta verso il finanziamento della riduzione di tali infezioni. La riduzione delle ICA, infatti, come mostra la ricerca, è una questione pressante e se ignorata (o non considerata

seriamente) ha il potenziale di incidere negativamente sulle finanze di un ospedale.

I disavanzi di bilancio che affliggono la maggior parte delle autorità sanitarie regionali spingeranno maggiormente le singole aziende sanitarie a lavorare all'insegna della competitività e dell'efficienza dei costi. Ciò include la riorganizzazione delle loro procedure e degli ambienti numeri ridotti di pazienti, con conseguente rischio finanziario, oltre al rischio a cui sottopongono i loro pazienti quando non si impegnano a sradicare le infezioni il più rapidamente possibile.di cura di modo che corrispondano alle esigenze della popolazione servita, ma siano anche allettanti per i pazienti dal punto di vista qualitativo e della sicurezza.

Come si evince da questa ricerca, le aziende sanitarie dovranno assicurarsi sempre più di mantenere i loro livelli di attività e finanziamento dedicandosi maggiormente alla riduzione delle ICA. Adesso, i pazienti hanno accesso a maggiori informazioni e possono scegliere di essere curati nelle strutture più sicure (anche quelle relativamente distanti dalla loro residenza, come dimostrato da questo rapporto). Le aziende sanitarie che non riconoscono l'urgente bisogno di intensificare i loro sforzi di riduzione delle ICA assisteranno sicuramente a a numeri ridotti di pazienti, con conseguente rischio finanziario, oltre al rischio a cui sottopongono i loro pazienti quando non si impegnano a sradicare le infezioni il più rapidamente possibile.

Bibliografia

[ii] Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie. Indagine di prevalenza puntuale sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antimicrobici nei reparti ospedalieri europei di terapia intensiva. Stoccolma: ECDC; 2013, p. 6 http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf

[iii] ECDC, Rapporto di sorveglianza. Riepilogo: Indagine di prevalenza puntuale sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antimicrobici negli ospedali europei. 2011–2012, Stoccolma, Luglio 2013, p. 2 http:/www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/point-prevalence-survey/Documents/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS-summary.pdf

[iv] Gaetano Privitera, *Epidemiologia delle IO in Italia(Prevalenza di infezioni nosocomiali in ospedali italiani: Indagine multicentrica ripetuta durante il periodo 2002-2004)*, Verona, 2004http://www.sitiabruzzomolise.it/Atti_di_Convegni/prevalenza_infezioni_nosocomiali/prevalenza_2005_06.htm

[v] ECDC, *Rapporto di sorveglianza. Riepilogo: Indagine di prevalenza puntuale sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antimicrobici negli ospedali europei.* 2011–2012, Stoccolma, Luglio 2013, p. 3 http:/www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/point-prevalence-survey/Documents/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS-summary.pdf

[vi] Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie. Batteri produttori di carbapenemasi in Europa: risultati provvisori del progetto EuSCAPE (Indagine europea sugli enterobatteri produttori di carbapenemasi). Stoccolma: ECDC; 2013, p. 2 http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-carbapenemase-producing-bacteria-europe.pdf

[vii] Ministero della Salute, Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018, p. 64 http://www.ccm-network.it/imgs/C_27_MAIN_page_919_listaFile_List11_itemName_1_file.pdf

[viii] Karin Kadenbach, *Sicurezza dei pazienti 'sotto-riconosciuta' nell'Ue, The Parliament Magazine,* 7 gennaio 2015 https://www.theparliamentmagazine.eu/articles/opinion/patient-safety-under-recognised-eu

[ix] ECDC, Rapporto di sorveglianza. Riepilogo: *Indagine di prevalenza puntuale sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antimicrobici negli ospedali europei. 2011–2012*, Stoccolma, Luglio 2013, p. 4 http:/www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/point-prevalence-survey/Documents/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS-summary.pdf

[x] Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie. Indagine di prevalenza puntuale sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antimicrobici nei reparti ospedalieri europei di terapia intensiva. Stoccolma: ECDC; 2013., p. 32 http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf

[xi] ECDC, Rapporto di sorveglianza. *Riepilogo: Indagine di prevalenza puntuale sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antimicrobici negli ospedali europei. 2011–2012,* Stoccolma, Luglio 2013, p. 4 http:/www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/point-prevalence-survey/Documents/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS-summary.pdf

[xii] Idem

[xiii] Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie. Batteri produttori di carbapenemasi in Europa: risultati provvisori del progetto EuSCAPE (Indagine europea sugli enterobatteri produttori di carbapenemasi). Stoccolma: ECDC; 2013, p. 2 http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/antimicrobial-resistance-carbapenemase-producing-bacteria-europe.pdf

[xiv] http://95.110.213.190/PNEed13/

Metodologia di ricerca

Nella primavera del 2015, facendo ricorso a questionari online o con intervista diretta, MindMetre ha condotto un'indagine su un campione rappresentativo nazionale composto da 1.078 cittadini italiani (età, genere, regione, classe sociale). Margine di errore: +/- 3%.

Cenni su MindMetre

MindMetre, parte del Lindsell Marketing Group, è una società di ricerche di mercato leader in ambito business e consumer. Svolge indagini su tendenze in svariati campi e settori, sin dalla fine degli anni '90, tra cui salute e medicina, finanza, amministrazione centrale e locale e tecnologia Internet. I programmi di ricerca vengono condotti regolarmente a livello globale e abbracciano territori diversi, dalle Americhe all'Estremo Oriente. In ambito sanitario, MindMetre è particolarmente nota per la sua serie di survey sui finanziamenti sanitari, che ha preso piede agli inizi degli anni 2000. Tutte le attività di ricerca di MindMetre tutelano pienamente la privacy e la riservatezza dei rispondenti. Per ulteriori informazioni, visitare: www.mindmetreresearch.com

Referente

iosetta@thoughtsparkangency.com

Ig. Sanità Pubbl. 2017; 73: 141-158

Diseguaglianze di salute orale in Italia: quale ruolo per gli odontoiatri?

Elena Spina

Parole chiave *Odontoiatri, salute orale, diseguaglianze, crisi economica*

Riassunto La salute orale della popolazione sembra essere un tema poco discusso a livello scientifico sia per la scarsità di dati disponibili, sia per la mancata attenzione politica al tema. In realtà, tuttavia, si tratta di un settore che presenta forti disuguaglianze nell'accesso e nel ricorso alle cure, soprattutto a seguito della crisi economica che ha colpito la maggior parte dei paesi europei e con particolare forza l'Italia. Per comprendere quale fosse l'impatto delle le variabili organizzative connesse alle modalità di offerta dei servizi odontoiatrici sulle diseguaglianze, nel 2013 è stata avviata una ricerca empirica che ha coinvolto i rappresentanti della professione odontoiatrica all'interno dei 105 ordini provinciali presenti in Italia, facendo ricorso a tecniche di ricerca quali-quantitative. I risultati sembrano restituirci l'immagine di una categoria professionale che sta attraversando un periodo di forte difficoltà e le criticità, che si presentano su più fronti, non possono essere ricondotte esclusivamente alla crisi economica iniziata nel 2008. Il problema appare strutturale e richiede l'avvio di un processo di cambiamento che deve coinvolgere, da un lato, i cittadini e gli organi di governo e, dall'altro, questi ultimi e la professione odontoiatrica.

Inequalities in oral health in Italy: what role for dentists?

Key words *Dentists, oral health, inequalities, economic crisis*

Summary Due to the lack of both available data and political attention, the oral health of the popula-tion seems to be neglected at a scientific level. Actually, however, the dental sector shows strong ine-qualities in access, especially because of the economic crisis that hit most European countries, particularly Italy. In order to understand the impact of the organizational variables related to the supply of dental services on the inequalities, an empirical research was carried out in 2013, involving representatives of the dental profession within the 105 Italian provincial orders of physicians and dentists. Both qualitative and quantitative methodological tools have been used. The main results seem to give us back the image of a profession that is going through a very difficult period; problems, which occur on multiple levels, cannot be attributed solely to the economic crisis that started in 2008. Problems appear structural and require a process of change that has to involve, on the one hand, citizens and government institutions and, on the other, the latter and the dental profession.

Premessa

La salute orale della popolazione sembra essere un tema poco discusso a livello scientifico. Va infatti osservato come vi sia, almeno in Europa, una scarsità di dati disponibili per la mancanza, in molti paesi, di attendibili sistemi di monitoraggio [1]. Tuttavia, come suggeriscono Benzian e colleghi [2] vi sarebbe, anche, una mancata attenzione politica al tema. Tale negligenza sarebbe documentata da una serie di fattori tra i quali l'esclusione della salute orale da molti sistemi di Primary Health Care oltre che uno scarso interesse per questa problematica nell'analisi delle politiche sanitarie e nel contesto dei modelli emergenti di assicurazione socio-sanitaria. Nonostante ciò, negli ultimi anni è cresciuto l'interesse verso le disuguaglianze nell'accesso e nel ricorso alle cure dentali, soprattutto a seguito della crisi economica che ha colpito la maggior parte dei paesi europei e con particolare forza l'Italia. Qui, nonostante l'ISTAT [3] abbia di recente rivolto maggiore attenzione ai dati sul ricorso alle cure dentali, mancano ricerche sociologiche specifiche tanto in termini di analisi della domanda che dell'offerta di servizi odontoiatrici. Se si escludono le indagini effettuate dalle associazioni di categoria [4], solo negli ultimi anni la riflessione scientifica si è indirizzata verso questo settore [5]. È all'interno di questo nuovo interesse, dunque, che si colloca il presente contributo che mira a considerare se e come le modalità organizzative e gli atteggiamenti degli odontoiatri in Italia possano spiegare il mancato ricorso di una parte cre-scente degli italiani alle cure dentali. Per rispondere a questa domanda il Centro di Ricerca e Servizio sull'Integrazione Socio-Sanitaria (CRISS) dell'Università Politecniche delle Marche ha condotto, nel 2013, una ricerca empirica che ha coinvolto i rappresentanti degli odontoiatri inseriti all'interno degli ordini provinciali dei medici e degli odontoiatri. Nelle pagine seguenti, dopo aver considerato il dibattito sulle diseguaglianze di salute in Italia e in Europa, si presenteranno i risulti di tale indagine.

1. Un settore ad alta diseguaglianza sociale

Fino alla metà degli anni Duemila la salute dentale presenta, in Italia, livelli peggiori rispetto ad altri paesi europei, nonostante i progressi registrati nella seconda parte del Novecento. Nel 2004, a fronte di un trend positivo che ha caratterizzato i trenta anni precedenti, l'incidenza di denti cariati, persi o otturati risulta più alta di quella riscontrata in Germania o nel Regno Unito [4, 1].

Sempre nel 2004, secondo l'ISTAT [6], sarebbero state effettuate 3,7 milioni di

visite odontoiatriche (6,4 ogni 100 persone) delle quali il 49,4 % da parte di soggetti con alti livelli di istruzione e il 26,4 % da parte di individui con licenza elementare o con minori livelli di formazione. Ancor più marcate risultavano le differenze territoriali: il 47% dei residenti nel Nord del paese contro il 29,9% dei residenti nel meridione. Da questo punto di vista si confermava per l'Italia quanto dimostrato a livello internazionale sul fatto che il minor livello di salute orale e il minore impatto della prevenzione risultavano prevalenti nei gruppi sociali più deprivati [7, 8], nei bambini in età prescolare e nei figli di famiglie di livello socio-economico basso [9] oltre che tra differenti aree geografiche [10] e tra generazioni [11, 12, 13].

A distanza di 10 anni, questa situazione risulta per certi versi peggiorata [3]. Nel 2013, a livello nazionale, migliora complessivamente la salute dei denti rispetto al 2005 poiché la quota di persone di 14 anni e più che conservano tutti i propri denti naturali passa dal 37,8% al 41,4%, mentre coloro che hanno perso tutti i denti naturali si riducono dal 12,0% al 10,8%. Tuttavia, la quota di popolazione che, durante l'anno, si è rivolta al dentista o all'ortodontista è pari al 37,9% rispetto al 39,3% del 2005. Risulta, inoltre, in aumento (dal 24,0% al 29,2%) la percentuale di coloro che hanno dilazionato le visite su un arco temporale più lungo, da 1 a 3 anni [3], mentre si riduce il numero di trattamenti effettuati: le persone che si sono sottoposte ad un solo tipo di trattamento nell'anno sono il 70,7% (49,3% nel 2005). Nel 2013, il 12% delle persone di 14 anni e più ha rinunciato, nei 12 mesi precedenti, a una visita odontoiatrica o a trattamenti per motivi economici. Sul totale di chi rinuncia alle visite, i motivi economici incidono per l'85,2%. Diminuisce, conseguentemente, il ricorso ai dentisti che esercitano la libera professione (la percentuale passa dal 34,7% nel 2005 al 32,3%), mentre rimane molto contenuta la quota coperta dal settore pubblico o convenzionato (pari al 5%) stabile rispetto al 2005 [3]. La rinuncia alle cure dentali riguarderebbe molti paesi europei (Tab.1) e, in particolare, quelli mediterranei (Grecia, Portogallo e Italia) dove una quota consistente della popolazione, specie quella con redditi bassi, denuncia tale circostanza [14].

Tornando all'analisi del nostro paese, lo svantaggio del Mezzogiorno appare piuttosto evidente: solo il 27,7% della popolazione di 3 anni e più ha fatto ricorso alle cure odontoiatriche (rispetto alla media nazionale del 37,9%), inoltre è più alta la quota di chi rinuncia per motivi economici (14,5% rispetto al 12,0% osservato a livello nazionale). Anche per le visite per prevenzione o per la pulizia dei denti professionale, la quota di persone rilevata nel Meridione (16,1%) è la metà di quella

Tabella 1 - Rinuncia alle cure perché troppo care, troppo lontane o con eccessivi tempi di attesa, per livelli di reddito, anno 2013

	Reddito più basso	Reddito più alto	Media nazionale
Slovenia	1,5	0,3	0,7
Netherlands	2,8	0,4	1,1
Austria	3,3	0,4	1,4
Luxembourg	4,9	0,2	1,6
Czech Republic	2,8	0,7	1,7
Germany	4,3	0,5	2
Slovak Republic	4,2	1,3	2,3
United Kingdom	3,7	1	2,9
Belgium	8,3	0,4	3
Hungary	10	0,7	4,2
Denmark	10,7	0,4	4,3
Lithuania	8,8	1,6	4,3
Finland	6,3	3,1	4,6
Switzerland	9,8	0,9	4,8
Poland	7,9	2,8	5
OECD(24)	9,6	1,6	5,1
Sweden	11,8	1,2	5,1
France	10,9	2,2	5,5
Norway	13,1	1,7	5,5
Ireland	6,5	2,8	5,8
Spain	15,1	1,8	7,5
Estonia	16,2	1,4	8,3
Greece	15,1	1,9	8,7
Italy	19,2	2,9	10
Iceland	17,8	5	11,1
Portugal	23,7	3,5	14,3
Latvia	35,8	4,2	18,9
OECD(24)	9,6	1,6	5,1

Fonte OECD 2015.

del Nord (30,7%), mentre è doppia rispetto al Nord la percentuale di coloro che non sono mai stati da un dentista (12,1% contro 6,2%) [3].

Per tutti gli indicatori permangono inoltre le diseguaglianze sociali. Il ricorso al dentista nell'anno 2013 supera il 50% tra le persone con titolo di studio alto e scende al 27,6% tra chi ha conseguito al massimo la licenza media. Le persone anziane senza alcun dente naturale sono il 17,9% tra coloro che hanno almeno la laurea e il 41,6% tra quanti hanno un basso titolo di studio. Si riduce dal 39,4% del 2005 al 34,0% del 2013 la quota di bambini (3-14 anni) che non sono mai stati dal dentista, percentuale che scende, tuttavia, al 32,2% per quelli con almeno un genitore laureato e sale al 41,5% se i genitori hanno al massimo la licenza media. Tra i bambini stranieri tale quota raggiunge il 46,3% [3].

Di nuovo, dunque, la situazione rilevata in Italia trova corrispondenza nella cre-

scente mole di studi che evidenziano come le persone con un basso reddito, con un minore livello di istruzione, appartenenti a minoranze etniche e con reti di capitale sociale più deboli sperimentino maggiori difficoltà nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi dentali, avendone spesso in realtà maggiore bisogno [15, 16, 1, 17, 18].

La variabile legata al reddito appare cruciale se letta congiuntamente al grado di copertura pubblica dei servizi e delle politiche adottate nei vari paesi. In media, nei paesi OCSE, il pagamento out-of-pocket per le cure dentali è pari al 55% della spesa per il settore dentale, con un range, nel 2011, che va dal 18% dei Paesi bassi al 97% della Spagna [19]. Ne deriva una significativa proporzione di popolazione che dichiara bisogni insoddisfatti di cure dentali. In Islanda (13,7%), Italia (11,5%) e Portogallo (11,4%) si evidenziano le più elevate differenze tra gruppi a basso ed alto reddito e una motivazione per il mancato accesso ai servizi dentali legata soprattutto ai costi (68% dei rispondenti) [19].

Da più parti viene sostenuto che l'esistenza delle disuguaglianze nella salute orale sono riconducibili ad una serie di fattori a livello macro, meso e micro [17] e che se non si interviene su i tre fronti esse tenderanno ad acuirsi. Tchicaya and Lorentz [20], ad esempio, sulla base del modello comportamentale di accesso all'assistenza sanitaria sviluppato principalmente da Andersen et al. [21] sostengono che l'utilizzo dei servizi sanitari sia funzione delle predisposizioni individuali (caratteristiche demografiche e sociali), delle caratteristiche del sistema sanitario del paese (il livello di copertura), dei fattori ambientali macroeconomici (ad esempio l'Indice di Sviluppo umano) e dei fattori di bisogno. In definitiva, quindi, tanto le caratteristiche individuali tanto quelle collettive influenzerebbero la percezione dei bisogni, la domanda e il ricorso ai servizi relativi alla salute orale [20].

Altri studi hanno tentato di analizzare la relazione tra regimi di welfare e salute orale [22]. Guarnizo-Herreno et al. [23], ad esempio, ricorrendo alla distinzione operata da Ferrera [24] tra i diversi regimi di welfare e utilizzando i dati di Eurobarometro 72.3, giungono a sostenere che un regime di welfare più redistributivo e universalistico determina migliori risultati in termini di salute orale e che i risultati raggiunti nei paesi scandinavi possono essere collegati alle loro politiche sanitarie. Essi si focalizzano, infatti, in particolare, sui determinanti sociali della salute [25] e hanno un gran numero di servizi sanitari universali con un alto livello di demercificazione [26, 23]. Da ciò gli autori deducono che i meccanismi che collegano la salute, in generale, ai determinanti sociali sono rilevanti anche per la salute orale.

Quest'ultimo aspetto apre il dibattito sulla mancata inclusione della salute orale nei programmi di tutela della salute pubblica e sulla necessità che, invece, essa venga incorporata nei National and community health programmes, promuovendoli come una effettiva dimensione delle politiche di sviluppo della società [27, 28, 29]. Tale obiettivo, che si scontra con la crescente tendenza verso soluzioni di mercato [15], andrebbe perseguito ricercando la collaborazione di tutti gli attori coinvolti nella governance del settore (le istituzioni pubbliche, i sistemi formativi, i cittadini-utenti, ecc). In questo senso, un ruolo importante sembra essere attribuito agli erogatori dei servizi stessi, cioè ai professionisti che dovrebbero avviare un cambiamento strutturale nell'organizzazione dei servizi di cura. Fejerskov et al. [30], riferendosi al contesto americano, si soffermano in particolare su due aspetti. Da un lato, partendo dalla considerazione che il dentista è una sorta di meccanico di precisione, tecnicamente qualificato, in grado di fornire cure altamente complesse, ma che ha spesso una visione limitata delle questioni biologiche, culturali e sociali legate alla salute orale della popolazione, evocano un cambiamento nei curricula accademici. Dall'altro, sostengono la necessità di una maggiore integrazione tra i professionisti della salute poiché l'età relativamente giovane della disciplina ha portato allo sviluppo di una professione che adotta forme di comunicazione interdisciplinare inefficaci e instaura relazioni deboli con altri professionisti del settore sanitario. In definitiva, essi sostengono che un sistema ideale per la salute orale non può essere raggiunto attraverso piccoli aggiustamenti, ma attraverso una profonda cesura con la tradizionale visione relativa alla formazione odontoiatrica e all'organizzazione dell'offerta di servizi.

Stante questo dibattito, ci si può chiedere quanto le variabili organizzative connesse alle modalità di offerta dei servizi odontoiatrici possano essere inserite, in Italia, nel dibattito sulle diseguaglianze nella salute orale. E su questa base che si è deciso di svolgere una ricerca ad hoc.

2. Obiettivi e metodo

Si può immaginare che la riduzione del numero di pazienti nel ricorso ai servizi odontoiatrici non sia dovuta esclusivamente alla crisi economica e, dunque, all'abbassamento del reddito disponibile? E si può ipotizzare che vi siano anche altre ragioni, tra le quali il comportamento professionale de dentisti e il prevalere di un modello organizzativo basato sulla fiducia nel paziente piuttosto che su presupposti

manageriali? In altre parole, è possibile che la mancanza della capacità imprenditoriale da parte dei dentisti abbia reso il mercato demand-driven limitando così la sua espandibilità e il suo potenziale di crescita?

Per valutare queste differenti ipotesi si è deciso di svolgere, nel 2013, una ricerca empirica intervistando i rappresentanti della professione odontoiatrica all'interno dei 105 ordini provinciali presenti in Italia.

Ai fini dell'indagine si è fatto ricorso a tecniche di ricerca quali-quantitative. Innanzitutto è stato organizzato un focus group cui sono stati invitati i presidenti delle commissioni odontoiatriche (CAO) dei 5 ordini regionali. Il focus ha permesso di avere una visione più chiara della situazione professionale, di individuare le questioni cruciali e di identificare gli strumenti metodologici più adeguati per le successive fasi della ricerca. Sulla base delle sollecitazioni emerse durante il focus l'unità di ricerca ha elaborato un questionario semi-strutturato composto di 17 quesiti che è stato preliminarmente sottoposto a validazione. Grazie alla collaborazione e al supporto del presidente della commissione odontoiatrica dell'ordine di Ancona, il questionario è stato distribuito in occasione di un incontro nazionale tenutosi a Roma nel maggio 2013; 66 presidenti CAO su 105 hanno compilato il questionario (tasso di risposta pari al 63%); questa percentuale di risposta permette di considerare i risultati ottenuti come rappresen-tativi degli orientamenti dei vertici della professione in Italia.

3. Risultati: gli orientamenti dei rappresentanti la professione dentistica

L'indagine porta alla luce un forte malcontento tra i dentisti italiani che stanno attraversando un periodo piuttosto critico. Stando ai rispondenti, l'aspetto più problematico sembra essere legato alla riduzione dei redditi derivanti dall'attività professionale. Ciò è a sua volta riconducibile a tre fattori: 1. la riduzione del numero dei pazienti; 2. il forte aumento della concorrenza; 3. un altrettanto forte aumento dei costi di gestione degli studi professionali.

Guardando al primo fattore, l'indagine sembra confermare il calo dei pazienti a partire dal 2008, anno in cui ha preso avvio la crisi, riduzione documentata peraltro dai dati Istat [3] sulle spese odontoiatriche delle famiglie (-28.1%) (Tab 2).

Il settore maggiormente colpito sembra essere quello protesico seguito da quello della prevenzione e delle cure di base. Da un lato, il crollo del settore protesico appare legato agli elevati costi dell'implantologia dentale; dall'altro, la tenuta delle prestazioni di urgenza sembra legata alla riduzione dell'attività di prevenzione che,

Tabella 2 - Riduzione del numero dei pazienti

	No		*Sì*	
Ritiene di poter confermare la tendenza al decremento del numero dei pazienti?	6,15%		93,85%	
A che cosa imputa il decremento de i pazienti?	Sì	No	In parte	Tot ale
1. alla crisi economica quindi alla ridotta capacità di spesa dei pazienti	95,0%	--	5,0%	100,0%
2. all'aumento della concorrenza nel settore legata all'esubero di laureati presso le università italiane	51,8%	12,5%	35,7%	100,0%
3. all'aumento del turismo odontoiatrico	28,3%	39,6%	32,1%	100,0%
4. all'eccessivo numero di università straniere che permettono iscrizioni che non prevedono i test d'ingresso	29,4%	37,3%	33,3%	100,0%
5. alla difficoltà, da parte degli odontoiatri, di rispondere tempestivamente e in modo corretto (senza compromettere la professionalità né la qualità delle prestazioni) alla situazione recessiva	30,2%	30,2%	39,6%	100,0%

Fonte: nostra elaborazione

di conseguenza, ha determinato un aumento delle patologie. Piuttosto che parlare di una riduzione nell'attività di prevenzione sembrerebbe opportuno parlare di assenza di una politica di promozione della salute orale. Quest'ultima è sempre stata lasciata alla discrezionalità dell'utenza e non ha mai acquisito una dimensione pubblica [31]. Del resto, la prevenzione orale non fa parte della cultura italiana: gli italiani tendono infatti a sottostimare la gravità delle loro condizioni dentali e a non recarsi dunque dallo specialista per controlli e per prevenzione [4].

Per quanto riguarda il secondo fattore – l'amento della concorrenza – i rispondenti denunciano una pluralità di cause. La prima è legata all'esubero di laureati in odontoiatria, nonostante i tentativi di programmare gli accessi presso le università italiane. A ciò va aggiunto il significativo numero di studenti italiani che si formano e si laureano all'estero, spesso per evitare il numero chiuso, per poi tornare in Italia ad esercitare la professione (Tab. 6). A riguardo, secondo uno studio del 2013 svolto dall'Istituto di Ricerche Economiche e Sociali (Eures) per conto della CAO Nazionale, sotto l'egida della FNOMCeO, la percentuale dei laureati all'estero e iscritti all'Albo degli Odontoiatri si aggirerebbe, nel 2012, attorno allo 0,4% (pari a 254 unità); sarebbero inoltre 700 gli iscritti italiani in 4 atenei spagnoli mentre risulta in forte crescita anche il numero degli iscritti presso uno dei 13 atenei rumeni, quello privato di Vasile Goldis ad Arad, dove nel 2012 sono state 208 le matricole italiane (pari al 20% degli stranieri totali immatricolati) [32].

Altri due aspetti legati all'aumento della concorrenza riguardano, da un lato, la crescente implementazione delle cliniche low cost, cioè la penetrazione nel mercato italiano da parte dei franchising multinazionali che forniscono prestazioni a basso

costo. Tale aspetto trova conferma in un'indagine dell'ANDI [4] in cui emerge che l'82,6% dei dentisti crede che tale configurazione organizzativa, contrapposta al modello libero-professionale, produca effetti negativi sulla e per la professione. Dall'altro, la competizione deriva dalla pratica, ancora piuttosto diffusa, del turismo dentale. Quello del dental turism è un fenomeno tutt'altro che recente: già negli anni '70 iniziavano i primi flussi destinati, all'epoca, prevalentemente in Olanda, dove in pochi giorni era possibile ottenere una prestazione protesica. Da allora il fenomeno è aumentato e attorno a tale servizio è sorto un vero e proprio indotto tanto che negli ultimi anni sono nati appositi tour operator che organizzano "i viaggi del dente" abbinando alle prestazioni odontoiatriche soggiorni a prezzi vantaggiosi. Attualmente, tuttavia, tale fenomeno sembra essere in fase regressiva grazie alla maggiore attenzione posta dai pazienti alla qualità dei materiali utilizzati e alla sicurezza delle prestazioni [33].

Stando ai partecipanti all'indagine, un ulteriore problema è costituito dalla forte espansione del mercato illecito che assume la forma dell'esercizio abusivo della professione e del prestanomismo. Secondo la citata ricerca dell'Eures [32] ci sarebbero in Italia circa 10.000 studi dentistici abusivi e, dal 2004 al 2012, sarebbero stati 673 i reati annui commessi e scoperti, con una illegalità più diffusa nel Nord (51%) rispetto al resto del paese. Secondo la valutazione fatta dagli Ordini sarebbero circa 15.000 gli odontoiatri ad esercitare senza poterlo fare. Il dato potrebbe essere sottostimato se si considera che dal 2006 al 2009 sono stati 2.042 i falsi dentisti denunciati, per un giro d'affari stimato in 720 milioni di euro all'anno incassati in nero. Solo nel 2009 i Nas hanno denunciato 1.170 persone per esercizio abusivo della professione medica, di cui 450 falsi odontoiatri [32]. Nonostante tali pratiche minaccino seriamente la credibilità della professione, contribuendo a diffondere sfiducia in essa, restano ad oggi punite attraverso sanzioni amministrative (multe). I presidenti CAO hanno recentemente proposto la confisca dei beni agli studi abusivi che verrebbero colpiti così, non solo sotto l'aspetto penale ed amministrativo, ma anche economico.

Da ultimo, stando ai dentisti che hanno preso parte all'indagine, i crescenti costi di gestione delle cliniche odontoiatriche rappresentano un terzo fattore critico (Tab 3). Da un lato, infatti, sono aumentati i costi legati agli affitti, le spese per le utenze di elettricità, acqua e gas e i costi dei materiali; dall'altro, è aumentato il livello di tassazione. Recentemente, l'aumento di un punto percentuale dell'IVA ha determinato un rincaro nel costo di prodotti ed attrezzature: secondo alcune stime tale

Tabella 3 - Fattori che minacciano l'odontoiatria

Quali sono i fattori che, secondo lei, minacciano il settore odontoiatrico oggi?	Sì	No	In parte	Totale
1. la concorrenza da parte degli studi/società low cost presenti sul territorio nazionale	45,0%	10,0%	45,0%	100,0%
2. la concorrenza internazionale fatta dagli studi che operano all'estero (turismo odontoiatrico)	23,7%	30,5%	45,8%	100,0%
3. l'aumento dei costi di gestione degli studi	81,8%	3,0%	15,2%	100,0%
4. la difficoltà di adeguare le tecnologie	18,2%	45,5%	36,4%	100,0%
5. la legislazione eccessivamente penalizzante	72,1%	6,6%	21,3%	100,0%
6. le forme di convenzionamento non aperte ed eccessivamente penalizzanti sul piano della qualità	42,9%	10,7%	46,4%	100,0%
7. l'esercizio abusivo della professione	72,1%	3,3%	24,6%	100,0%

Fonte nostra elaborazione

incremento determinerà un onere, a carico dei dentisti (e degli odontotecnici), di circa 7,3 milioni di euro. Tale aumento delle spese va letto congiuntamente alla riduzione delle entrate legate al calo dei pazienti. Un'indagine ANDI[34] sui beni strumentali rileva che il 41% dei dentisti dichiara che il fatturato del 2011 è stato inferiore a quello del 2010 e il 58,2% dichiara un analogo calo tra il 2012 e il 2011. L'indagine evidenzia altresì che tale calo è spesso legato ad una diminuzione delle tariffe praticate dai dentisti per contenere gli effetti negativi determinati dalla contrazione del numero dei clienti. Ciò potrà forse limitare la capacità di coprire le spese.

I dati della nostra ricerca in definitiva sembrano restituirci l'immagine di una categoria professionale che sta attraversando, probabilmente per la prima volta nella storia, un periodo di forte difficoltà. Le criticità si presentano su più fronti e non possono essere ricondotte esclusivamente alla congiuntura economica negativa iniziata nel 2008. Certamente la recessione ha acuito una serie di difficoltà: riducendo il numero degli utenti/accessi presso le strutture professionali, ha determinato una riduzione dei profitti.

Ma le criticità che la categoria professionale attraversa sembrano essere ben più strutturali e profonde ed hanno origini lontane. Da un lato, emerge infatti una seria difficoltà di auto-regolazione, particolarmente evidente nell'incapacità di contrastare le pratiche illecite; dall'altro, si evidenzia una forte incapacità organizzativo-gestionale, testimoniata dall'eccessiva frammentazione dell'offerta e dal prevalere di modelli organizzativi non in grado di sfruttare economie di scala (studi associati). È su questi fronti che l'odontoiatria privata italiana dovrebbe intervenire per rilanciare il settore: guardando alla crisi economica come ad un'opportunità per ristrutturare

un impianto organizzativo ormai non più sostenibile e per recuperare credibilità e legittimazione, non solo attraverso un controllo più stringente del mercato illegale, ma anche mediante la stipula di un nuovo contratto con un'utenza profondamente cambiata rispetto al passato, che manifesta problematiche diverse e che sperimenta crescenti difficoltà e maggiori disuguaglianze nell'accesso alle cure.

4. Discussione: le strade del cambiamento

Oggi, a quasi un decennio dall'avvio della crisi economica, l'Italia sembra trovarsi in una situazione in cui, da un lato, le istituzioni pubbliche non possono più ignorare le difficoltà di accesso alle cure incontrate dalla popolazione e le crescenti diseguaglianze sociali e di salute; dall'altro, per la prima volta i dentisti stanno probabilmente iniziando a considerare la necessità di rivedere il loro modello organizza-tivo professionale. Stante questa situazione è probabile che vi siano dei margini entro cui avviare un processo di cambiamento. Questo processo coinvolge, da un lato, i cittadini e gli organi di governo e, dall'altro, questi ultimi e la professione odontoiatrica.

Sul primo versante (quello della relazione tra istituzioni e utenti) la questione più urgente da affrontare riguarda le crescenti diseguaglianze, considerando che la salute orale rappresenta uno dei più importanti indicatori di povertà e di esclusione sociale nei paesi a medio e alto reddito [35].

La salute orale svolge un'importante funzione fisica ma anche sociale. Una buona salute orale è infatti parte integrante di una buona salute fisica [36, 37, 8] ed è importante sia per la percezione del sé da parte di un individuo sia per le proprie interazioni sociali [38]. Le istituzioni dovrebbero pertanto intervenire adottando un ruolo proattivo, in contrasto con quanto è accaduto finora, almeno nel campo della salute orale. Ci sono diversi modi in cui esse possono intervenire [39].

Il primo è quello di aumentare gli investimenti in prevenzione, da sempre considerata un settore secondario rispetto a quello della cura a causa del prevalente atteggiamento culturale. Attualmente, tuttavia, molto poco sembra essere stato fatto in questa direzione. Secondo i dati del Ministero della Salute, la spesa destinata al primo livello di assistenza, che comprende, tra le altre, le attività di prevenzione rivolte alla persona, quali vaccinazioni e screening, la tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari negli ambienti di vita e dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro, la sanità pubblica veterinaria e la tutela igienicosanitaria degli alimenti, si attesta nel 2012 al 4,2% della spesa sanitaria, contro il livello fissato

nel Patto per la Salute 2010-2012 del 5% [40]. Il dato risulta essere molto diverso da quello pubblicato dall'Ocse, per cui l'Italia si posizionerebbe all'ultimo posto tra i Paesi europei per quota di spesa sanitaria destinata alla prevenzione, con appena lo 0,5% [41]. Nonostante questa difficile valutazione sull'effettivo peso della prevenzione nella spesa pubblica italiana, è evidente lo scarso interesse rivolto a questo settore.

Un secondo modo potrebbe essere quello di espandere l'offerta di servizi e prestazioni pubbliche. Tuttavia, un aumento dell'offerta pubblica non appare realistico, data la situazione critica del servizio sanitario sottoposto a crescenti tagli. Al momento, timidi segnali sembrano provenire da questa direzione. Nel dicembre 2010 una proposta di legge ha introdotto per la prima volta la figura del dentista di famiglia. Alla base della proposta vi era l'idea che la salute orale è parte integrante della salute generale e che le cure dentali costituiscono una dimensione integrante della assistenza sanitaria primaria [42]. L'obiettivo principale era quindi quello di consentire a tutti i cittadini di accedere ai trattamenti odontoiatrici agli stessi costi che avrebbero sostenuto se avessero avuto accesso al servizio pubblico. Il disegno di legge prevedeva la creazione di un "dentista generale" che, come un medico di medicina generale e il pediatra, è il principale erogatore di cure odontoiatriche per i pazienti di tutte le età. Questa proposta non è stata ripresentato tuttavia nelle successive legislature.

Una terza forma di intervento pubblico potrebbe consistere nella previsione di sgravi fiscali per quanti ricorrono alle cure odontoiatriche oltre che nella definizione di forme di accreditamento con i dentisti che esercitano privatamente. In questa direzione va l'accordo per l'odontoiatria sociale siglato nel 2008, in via sperimentale, tra il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali, l'ANDI e l'Associazione odontoiatri cattolici italiani, volto a favorire l'accesso alle cure dentali a particolari categorie svantaggiate. L'accordo prevede l'applicazione, da parte dei professionisti aderenti all'iniziativa, di onorari ridotti rispetto alle normali tariffe per una serie di prestazioni stabilite nell'accordo stesso. Nella regione Marche tale accordo è stato applicato nel 2013: l'Asur Zona Territoriale di Senigallia, accordandosi con le principali Associazioni odontoiatriche, ha dato il via all'Accordo Nazionale per l'Odontoiatria Sociale, cui hanno aderito al momento 16 studi dentistici privati, allo scopo di far accedere a questi ultimi quelle fasce di popolazione con reddito ridotto (tra cui i titolari di "social card" e chi non supera gli 8.000 euro di reddito annuo).

In realtà, alcune regioni (prime fra tutte la Toscana) avevano adottato misure

volte a garantire le cure dentali a più ampie fasce della popolazione ancora prima dell'avvento della crisi economica, proprio in ragione della mancata copertura universalistica delle cure orali. Queste regioni avevano stipulato accordi con i dentisti privati in modo che questi ultimi applicassero prezzi agevolati (anche ridotti della metà) per i residenti, esercitando un rigoroso controllo su qualità e appropriatezza delle prestazioni [43].

Un altro strumento usato dalle istituzioni locali consiste nel permettere ai dentisti di utilizzare le strutture e le strumentazioni pubbliche purché pratichino tariffe agevolate e offrano dunque alla popolazione prestazioni sicure e di elevata qualità [43]. In due ospedali lombardi, ad esempio, un gruppo di professionisti, in cambio della concessione gratuita dei locali dell'azienda ospedaliera, provvedono, da un lato ad erogare le prestazioni previste dai LEA e, dall'altro ad erogare le restanti prestazioni non a carico del servizio pubblico grazie a questo però erogate a tariffe scontate. In Friuli, un ospedale ha puntato sull'attività intramoenia a prezzi dimezzati che, oltre a soddisfare le cure dentali a più basso costo, acquisisce forme di autofinanziamento per ampliare l'offerta a favore degli assistiti in condizioni di vulnerabilità [43].

Una quarta forma potrebbe consistere nell'incrementare i fondi integrativi [44, 45]. Sebbene già la L. 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, li prevedesse, è soltanto con la riforma introdotta con il decreto legislativo 229/1999 che il ruolo dei fondi è stato potenziato. L'obiettivo principale è quello di preservare l'universalità della sanità pubblica favorendo la copertura delle prestazioni che non rientrano nell'ambito di Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Nel 2000 viene promulgata una legge fiscale rivolta ai sottoscrittori dei fondi (D.Lgs 41/2000). Da allora una serie di norme sono state emanate, la più recente delle quali è stata il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, datato 27 ottobre 2009, finalizzato a rafforzare il ruolo dei fondi. Va notato come negli ultimi 15 anni siano molto cresciute in Italia le diverse organizzazioni che offrono forme complementari di assistenza sanitaria (società di mutuo soccorso, associazioni sanitarie, fondi aziendali). Oggi rappresentano la seconda voce della spesa sanitaria privata. L'ammontare dei fondi è cresciuto da circa 2 miliardi nel 2000 a 3,2 miliardi nel 2009 (+ 0,1% della spesa sanitaria totale). In realtà, i fondi si muovono in modo indipendente e spontaneo, senza alcuna regolamentazione nazionale, ma mostrando un crescente interesse nel settore dentale in risposta ai bisogni della popolazione [46]. Risulta difficile tuttavia stimare con esattezza non soltanto l'ammontare attuale di tali fondi e il

grado di copertura (in termini di prestazioni) che essi garantiscono, ma anche il loro impatto sull'odontoiatria libero-professionale per come oggi si presenta. Rispetto a quest'ultimo punto il Rapporto 2010 sullo stato dell'odontoiatria in Italia [47] metteva in evidenza come il sentimento collettivo dei dentisti non fosse caratterizzato da un orientamento favorevole verso i fondi (l'88.1% era poco o per niente propenso a lavorare in questa modalità) in quanto per cultura professionale essi non sono abituati a lavorare con un terzo pagante: soltanto il 28,1% dichiarava di lavorare in convenzione diretta o indiretta con i fondi. In ogni caso, tuttavia, riservando all'ANDI un ruolo di regia in tal senso, ovvero affidando ad essa la responsabilità di stabilire le regole per governare il rapporto con i fondi, si accrescerebbe la propensione dei dentisti ad operare in questo mercato.

Se si guarda al secondo versante, quello delle relazioni tra le istituzioni pubbliche e la professione, si osserva una inversione di tendenza rispetto al passato.

In primo luogo, emerge il bisogno da parte delle istituzioni pubbliche di rafforzare il loro impegno per supportare la professione, in particolare per quanto riguarda la regolazione delle pratiche illecite. Accettando le istanze della professione, che da tempo chiede un inasprimento della normativa, il Ministero dovrebbe regolare, attraverso un controllo più rigoroso, le pratiche illegali. L'attuale Ministro della Salute, Lorenzin, sembra essere orientato in questa direzione: in una recente proposta di legge, ha affermato il sostegno istituzionale per il settore dentale attraverso un inasprimento delle pene nei confronti delle pratiche illegali, da realizzarsi concretamente attraverso l'aumento delle multe e la confisca dei beni. A sua volta, attraverso i propri organismi rappresentativi, la professione dovrebbe esercitare un controllo più stringente monitorando la situazione in modo più tempestivo. Tuttavia, si tratta di un compito non facile per i dentisti, data la loro mancanza di autonomia e il debole potere contrattuale goduto all'interno di un ordine professionale che è condiviso con la professione medica e in cui i dentisti sono i membri di minoranza.

In secondo luogo, la professione odontoiatrica dovrebbe rivedere il suo modello organizzativo, basato sugli studi singoli di piccole e medie dimensioni, e sostituirlo con un modello imprenditoriale che possa consentire lo sfruttamento delle economie di scala attraverso la creazione di associazioni, accordi e convenzioni tra i dentisti. Il forte radicamento del modello della solo practice, tuttavia, è dimostrato ulteriormente dai dati emersi da un'indagine del 2012 promossa dall'ANDI [48] laddove si evidenza l'avversione dei dentisti rispetto alla possibilità di costituire Società Tra

Professionisti e la scarsa priorità assegnata alla ricerca di forme di collaborazione tra colleghi e tra studi. Le istituzioni, da parte loro, potrebbero favorire questo processo, mettendo in atto una serie di misure, come, ad esempio, agevolazioni, sgravi fiscali e incentivi per i dentisti innovatori. Allo stato attuale, tali misure non figurano però nell'agenda del Ministero. Tuttavia, la concorrenza tra l'odontoiatria tradizionale e le nuove tipologie di offer-ta a basso costo, in un contesto di internazionalizzazione e di turismo sanitario, potrebbero indurre gli ordini professionali, così come i singoli dentisti, a ricercare la collaborazione anche attraverso la creazione di formule più efficienti e competitive.

5. Conclusioni

I nuovi scenari aperti dalla crisi del 2008, in termini di minori risorse private delle famiglie per accedere alle cure dentali private, di maggiori diseguaglianze di salute e di una maggiore coscienza dei cittadini circa l'importanza della salute orale, unite alle difficoltà organizzative e di rappresentanza percepite da dentisti, possono avviare un mutamento nelle modalità di tutela della salute dentale in Italia. Si tratta di un mutamento difficile date le attuali condizioni economiche del paese e uno scarso senso di etica pubblica da parte della professione odontoiatrica. Al cuore di questo tipo di sviluppo e di queste problematiche, è il tema dell'effettivo carattere professionale del lavoro odontoiatrico [5]. Se il professionalismo si riferisce alla condotta e/o al comportamento dell'individuo nel difendere il contratto sociale tra la società e la professione, ci si può chiedere quali siano i caratteri di tale contratto nel caso italiano. In altri termini la relazione dentista/utente troppo spesso appare una semplice fornitura di un servizio all'interno di una transazione commerciale [49] ed anche per questo ottiene un limitato ascolto da parte del governo e delle politiche sanitarie in generale.

La situazione è fluida, le strade aperte sono molte, altrettante sono le difficoltà, ma un costante monitoraggio della situazione e una più ampia riflessione teorica con gli organi di rappresentanza potranno dirci quali scelte verranno effettuate e con quali risultati, sia sul piano professionale che su quello della salute dei cittadini. Per usare le parole di uno dei pionieri della ricerca sociologica su questo settore "We may stand only at the beginning of a long, rewarding journey" [50]. Tuttavia, nell'affrontare questo problema, la sociologia potrebbe contribuire alla inclusione della salute orale all'interno del dibattito sulla salute pubblica, da cui fino ad oggi è stato escluso, e

promuovere un processo in cui le istituzioni pubbliche, la professione e gli utenti si impegnano congiuntamente.

Bibliografia

1) Patel R (ed). *The State of Oral Health in Europe Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe.* 2012. At: www.oralhealthplatform.eu
2) Benzian HHM, Holmgren C, Yee R, et al. *Political priority of global oral health: An analysis of reasons for international neglect*. Int Dent J 2011; 61(3): 124–30.
3) ISTAT. Il ricorso alle cure odontoiatriche e la salute dei denti in Italia. Anno 2013. Roma: ISTAT, 2015.
4) ANDI. *Stato dell'ortodonzia in Italia: configurazione, distribuzione e mercato.* Roma: ANDI Servizio Studi, 2013.
5) Vicarelli G, Spina E. *Professionalization and Professionalism: The Case of Italian Dentistry.* Profession & Professionalism 2015; 5(3).
6) ISTAT. I consumi delle famiglie. Anno 2004. Roma: ISTAT, 2005.
7) Kelly M, Steele J, Nuttall N, Bradnock G, Morriss J, Nunn J, Pine C, Pitts N, Treasure E and White D. *Adult Dental Health Survey: Oral Health in the United Kingdom in 1998. London:* The Stationery Office, 2000.
8) Petersen PE, Yamamoto T. *Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health programme.* Community Dentistry and Oral Epidemiology 2005; 33: 81–92.
9) Hinds K, Gregory JR. *National Diet and Nutrition Survey: Children Aged 1% to 4% years.* Vol.2, Report of the Dental Survey. London: H.M. Stationery Office, 1995.
10) Watt R, Sheiham A. *Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. British Dental Journal 1999*; 187(1): 6–12.
11) Nunn J, Morris J, Pine C, Pitts N, Bradnock G and Steele J. *The condition of teeth in the UK in 1998 and implications for the future.* British Dental Journal 2000; 189: 639–44.
12) Steele JG, Treasure E, Pitts N, Morris J and Bradnock G. *Total tooth loss in the United Kingdom in 1998 and implications for the future.* British Dental Journal 2000; 189: 598–603.
13) Gibson B. *Access to dental services.* In Gulliford M and Morgan M (eds). Access to Health Care. London: Routledge, 2003, pp. 174-188.
14) Organisation of Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2015
15) Leake JL, Birch S. *Public policy and the market for dental services.* Community Dent Oral Epidemiol. 2008; 36(4): 287–295.
16) Wamala S, Merlo J, Bostrom G. *Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic*

disparities in oral health: the Swedish National Surveys of Public Health 2004–2005. J Epidemiol Community Health. 2006; 60(12):1027–1033.

17) Lee JY, Divaris K. *The Ethical Imperative Of Addressing Oral Health Disparities:A Unifying Framework.* J Dent Res 2014; 93(3): 224-230.

18) Palència L, Espelt A, Cornejo-Ovalle M, and Borrell C. *Socio-Economic Inequalities In The Use Of Dental Care Services In Europe: What Is The Role Of Public Coverage?* Community Dentistry and Oral Epidemiology 2014; 42(2): 97–105.

19) Organisation of Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2013: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2013.

20) Tchicaya A, Lorentz N. *Socioeconomic inequalities in the non-use of dental care in Europe. International Journal for Equity in Health 2014;* 13: 7. At: http://www.equityhealthj.com/content/13/1/7 85e104.

21) Andersen R, Marcus M, Mahshigan M. *A comparative systems perspective on oral health promotion and disease prevention. In: Cohen LK, Gift HC (eds). Disease prevention and oral health promotion: socio-dental sciences in action.* Copenhagen: Munksgaard, 1995, pp. 307-340.

22) Sanders AE, Slade GD, John MT, Steele JG, Suominen-Taipale AL, Lahti S, Nuttall NM, Allen PF. *A cross -national comparison of income gradients in oral health quality of life in four welfare states: application of the Korpi and Palme typology. Journal of Epidemiology and Community Health 2009;* 63(7): 569-74.

23) Guarnizo-Herreño CC, Tsakos G, Sheiham A and Watt RG. *Oral health and welfare state regimes: a cross-national analysis of European countries. European Journal of Oral Sciences 2013*; 121: 169–175.

24) Ferrera M. Le politiche sociali. *L'Italia in prospettiva comparata.* Bologna: Il Mulino, 2006.

25) Marmot M, Allen J, Bell R, Goldblatt P. *Building of the global movement for health equity: from Santiago to Rio and beyond.* Lancet 2012; 379: 181-188.

26) Bambra C. *'Cash versus services : 'worlds of welfare' and the decommodification of cash benefits and health care services.'* Journal of Social Policy 2005; 34(2): 195-213.

27) Petersen PE. *Strengthening of Oral Health Systems: Oral Health through Primary Health Care.* Med Princ Pract 2014; 23(1s): 3-9.

28) Honkala E. Primary Oral Health Care. *Medical Principles and Practice 2014;* 23:17-23.

29) Tomar S, Cohen L. *Developing a new paradigm for the dental delivery system.* J Public Health Dent 2010; 70: S6-14

30) Fejerskov O, Escobar G, Jøssing M and Baelum V. *A functional natural dentition for all – and for life? The oral healthcare system needs revision.* Journal of Oral Rehabilitation 2013; 40(9): 707–722.

31) Di Caccamo P and Benedetti G. *Salute orale: una priorità dimenticata. SaluteInternazionale,* 10 settembre 2009. http://www.saluteinternazionale.info/2009/09/la-salute-orale-una-priorita-dimenticata/

32) Istituto di ricerche Economiche e Sociali (Eures). L'esercizio abusivo della professione medica e odontoiatrica, 2013. Disponibile al sito: http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8139825.pdf

33) Bambara F. Turismo odontoiatrico. *Il problema sta a monte.* Senzaetà 2013; 56: 26-27.

34) ANDI. Indagine sui beni strumentali. Tavolo del Dentale – 15 settembre 2012. Roma: ANDI Servizio Studi, 2012

35) Boing AF, Peres MA, Kovaleski D.F., Zange *S.E. and Antunes JL. Social stratification in epidemiological studies of dental caries and periodontal diseases: a profile of the scientific literature in the 1990s.* Cad Saude Publica 2005; 21(3): 673-8.

36) Bedi R, Fiske J, Frenkel H, Greening S, Lewis D, Mattin D, Nuttall N, Ross C, Steele J, Stiles J and

Willmott M. *Oral healthcare for older people: 2020 vision. Key issue policy paper.* London: British Dental Association, 2003.

37) DoH. Choosing Better Oral Health: An Oral Health Plan for England. London: *Dental and Ophthalmic Services Division* - Department of Health Publications, 2005.

38) Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N and Spencer AJ. *How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples.* Community Dentistry and Oral Epidemiology 2004; 32(2): 107–14.

39) McKee M, Basu S, Stuckler D. *Health systems, health and wealth: the argument for investment applies now more than ever.* Social Science & Medicine 2012; 74: 684–6.

40) Ministero della Salute. Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva. Ministero della salute, 2013. Al sito: http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_2073_allegato.pdf

41) The European House Ambrosetti. Meridiano sanità. Le coordinate della salute. Rapporto 2013. Milano: Ambrosetti, 2013.

42) Nash D, Ruotoistenmäki J, Argentieri A et al. *Profile of the oral healthcare team in countries with emerging economies. European Journal of Dental Education 2008*; 12(s1): 111–119.

43) FIASO. Asl e ospedali inaugurano l'era del "dentista low cost". Roma: FIASO Centro Studi, 2010.

44) Mazzanti GM, Fiorentini G. *Proposte per una revisione del finanziamento e dell'offerta dei servizi odontoiatrici in Italia. L'intervento pubblico e i fondi integrativi.* Politiche Sanitarie 2013; 14(1): 3-16.

45) Associazione Italiana Odontoiatri e EURISPES, Prospettive di sviluppo per un piano nazionale per l'odontoiatria, 2016, disponibile al sito: http://www.camera.it/temiap/2016/11/25/OCD177-2533.pdf

46) Ascoli U, Pavolini E. *Ombre rosse. Il sistema di welfare italiano dopo venti anni di riforme. Stato e Mercato 2012*; 96: 521-542.

47) ANDI. Lo stato dell'odontoiatria in Italia. Rapporto 2010. Roma: Servizio Studi ANDI, 2010.

48) Piperno A. *Dai nuovi bisogni del paziente alla rimodulazione della professione "sei dentro o fuori dal tuo tem-po?" Liberalizzazioni e modelli professionali. Prime analisi e valutazioni.* IV Workshop di Economia e Odontoiatria. Cernobbio, 12 maggio 2012.

49) Fricker JP, Kiley M, Townsend G, Trevitt C. *Professionalism: what is it, why should we have it and how can we achieve it?* Aust Dent J. 2011; 56(1): 92-6.

50) Morpurgo PWR. A Sociological View of Dental Health. *Proceedings of the Royal Society of Medicine 1963;* Volume 56 May: 7-12.

Referente

Elena Spina Centro di Ricerca e Servizio sull'Integrazione Socio-Sanitaria Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali Università Politecnica delle Marche Tel. 071.2207154 e.spina@univpm.it

Ig. Sanità Pubbl. 2017; 73: 159-169

Note di Approfondimento

Attività lavorativa ed attività fisica: un binomio inscindibile

Daniele Masala[(1)], Alice Mannocci[(2)], Alessandra Sinopoli[(2)], Valeria D'Egidio[(2)], Paolo Villari[(2)], Giuseppe La Torre[(2)]

[(1)] Dipartimento di Scienze Umane, Sociali e della Salute, Università di Cassino e del Lazio Meridionale

[(2)] Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Rome

Parole chiave *Attività fisica; movimento; prevenzione; promozione della salute; luoghi di lavoro*

Riassunto Il presente lavoro vuole mettere in evidenza l'importanza della pratica dell'attività fisica nei contesti lavorativi.

L'attività fisica svolge un ruolo fondamentale per il benessere dell'individuo: le relazioni tra sedentarietà e stato di salute sono sostenute da una serie di osservazioni di ordine epidemiologico, con l'inattività che si è dimostrata essere uno dei principali fattori di rischio per malattie cardiovascolari, patologie croniche e tumori.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'attività fisica è "qualsiasi movimento corporeo prodotto dai muscoli scheletrici che richiede un dispendio energetico".

Considerata la stretta correlazione tra buona salute e attività fisica, risulta di fondamentale importanza la sua promozione negli ambienti di vita che si frequentano tutti i giorni, e tra questi vi è sicuramente il luogo di lavoro.

Inoltre una regolare attività fisica migliora le prestazioni psico-fisiche, i rapporti sociali, il rendimento lavorativo e riduce le malattie, l'assenteismo e gli infortuni sul lavoro.

Physical activity and its importance in the workplace

Key words *Physical activity; movement; prevention; health promotion; workplace.*

Summary The present study aims to highlight the importance of physical activity in the workplace and its fundamental role for the wellness of an individual.

The relationship between sedentary lifestyle and health is supported by several epidemiological studies and inactivity is one of the main risk factors for cardiovascular disease, chronic conditions and cancer. According to the World Health Organization, physical activity represents: "any bodily movement produced by skeletal muscles that requires energy expenditure". The promotion of regular physical activity, including its promotion in the workplace is of fundamental importance since a close correlation exists between good health and physical activity. Moreover, regular physical activity improves psycho-physical performance, social relationships, work performance and reduces sickness, absenteeism from work and work injuries.

Introduzione

Uno degli spettacoli più seguiti del globo, le Olimpiadi, ci incolla davanti allo schermo TV, per seguire le imprese dei nostri eroi dai fisici perfetti. Per un conseguente quanto ovvio spirito d'emulazione spesso ci si identifica con gli atleti, ma si partecipa alle gesta comodamente seduti in poltrona.

Ma perché l'attività motoria è così importante? L'evoluzione umana è stata caratterizzata dallo sviluppo di uno scheletro in grado di sostenere la camminata e la corsa, che ha consentito di cacciare e di fuggire nei caso di pericolo per la sopravvivenza. L'anatomia umana e due milioni di anni di evoluzione hanno reso estremamente versatile il nostro corpo, per esempio le gambe umane sono un concentrato di meccanismi finalizzati alla massima elasticità, economia di sforzo e resistenza [(1)].

Attualmente, invece, possiamo considerare l'uomo una specie vivente che non si muove abbastanza almeno nel mondo occidentale, soprattutto chi lavora e ha un'età avanzata. Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) circa 2 milioni di decessi ogni anno sono attribuibili alla mancanza di attività fisica, e uno stile di vita sedentario può essere annoverato tra le 10 principali cause di morte e disabilità nel mondo [(2)]. È necessario considerare che lo stato socio-economico (SES) influenza il livello di attività fisica, è stata trovata una relazione positiva tra la partecipazione di adolescenti ad attività fisica extra-curriculari e il reddito familiare [(3)]. L'inattività fisica è quindi una priorità di Sanità Pubblica.

In occasione dei Giochi Olimpici del 2012 la rivista "The Lancet" ha pubblicato la sua prima serie sull'attività fisica, sottolineando che l'inattività fisica è un importante fattore di rischio modificabile per le malattie croniche. The Lancet ha inviato una call per promuovere l'istituzione di un osservatorio che consenta di misurare, monitorare e comparare l'attività fisica a livello mondiale [(4)] attraverso strumenti validati, e questo ha visto tra i protagonisti anche l'Italia [(5)].

Nel luglio 2016, in occasione dei Giochi olimpici di Rio de Janeiro, è stata pubblicata la seconda serie di Lancet sull'attività fisica con gli aggiornamenti sulla ricerca epidemiologica, la sorveglianza globale, le strategie di intervento e le azioni politiche per la promozione dell'attività fisica [(6)] [(7)].

In questo contesto l'OMS ha proposto l'obiettivo di ridurre del 10% l'inattività fisica entro il 2025 [(8)]. Per questo le Olimpiadi possono essere considerate non solo un evento straordinario mediatico mirato alla competizione agonistica, ma anche uno strumento per promuovere, celebrare, festeggiare l'attività fisica.

Effetti dell'inattività fisica

L'OMS afferma che la quarta causa di morte (non pandemica) del mondo è la sedentarietà: il 60-85% delle persone in tutto il mondo conduce uno stile di vita sedentario, e questo rappresenta senz'altro uno dei problemi più gravi di salute pubblica del nostro tempo [9]. Si stima, inoltre, che quasi due terzi dei bambini sono insufficientemente attivi, il che porterà loro gravi conseguenze [10].

Sempre a livello mondiale si stima che l'inattività fisica provoca il 6 % del carico di malattia coronarica, il 7% di diabete di tipo 2, il 10% di cancro al seno e il 10 % di cancro al colon. L'inattività provoca il 9% di mortalità prematura, più di 5.3 milioni dei 57 milioni di decessi che si sono verificati in tutto il mondo nel 2008 [11].

Seppure le patologie tumorali sono attribuibili nel 5-10% dei casi a fattori genetici, e chi presenta geni promotori del cancro non necessariamente svilupperà un tumore (risulta un rischio più elevato rispetto alla popolazione generale), l'esposizione a fattori ambientali, lo stile di vita e le abitudini alimentari svolgono un ruolo chiave nel processo di cancerogenesi. Sebbene non si possano evitare tutti gli agenti cancerogeni ambientali come inquinamento, radiazioni e infezioni, ci sono diversi aspetti della vita quotidiana che possono essere modificati per prevenire il danneggiamento del DNA, come ad esempio l'adozione di uno stile di vita sano ed equilibrato [12]. Non a caso vi sono tumori associati con l'aumento del Body Mass Index (anche il semplice sovrappeso) e sono il cancro al seno in post-menopausa, della prostata, del rene, dell'esofago, dell'endometrio [13]. Uno studio della Perelman School of Medicine all'Università della Pennsylvania (Usa), recentemente pubblicato sulla rivista Breast Cancer Research and Treatment, afferma che fare tra i 30 e i 60 minuti quotidiani di attività fisica aerobica, per cinque giorni alla settimana, potrebbe contribuire a ridurre il rischio di sviluppare un carcinoma mammario nelle donne che per storia familiare o mutazione del Dna (quelli dei geni Brca1 e Brca2, per esempio) sono esposte a un pericolo maggiore della norma [14].

La riduzione dell'inattività fisica del 10% a livello mondiale, secondo Lee et al. comporterebbe una riduzione ogni anno di oltre 500,000 di morti [15]. Praticare esercizio fisico in modo regolare e moderato aiuta a ridurre il sovrappeso, migliorare la pressione arteriosa, bruciare i grassi e migliorare il tasso di colesterolo nel sangue. Inoltre aiuta a prevenire e controllare il diabete, è un ottimo antistress, fa diminuire la voglia di fumare. Infine è un buon modo per socializzare [16].

L'esercizio fisico è centrale per il nostro metabolismo basale e una proteina in

particolare potrebbe avere un ruolo centrale nei cambiamenti fisiologici e psicologici legati all'attività fisica: il fattore neutrofico cervello-derivato, più noto con il nome di "BDNF", un fattore trofico associato ad un miglioramento cognitivo e la riduzione di depressione e ansia [17]. Le Raccomandazioni dell'OMS sui livelli ottimali di attività fisica sono riportate nel Box1; Donini et al. [18] ispirandosi alla nota Piramide alimentare hanno elaborato la Piramide italiana del movimento con le frequenze e la tipologia di attività fisica che ogni individuo dovrebbe svolgere nell'arco della settimana (Box 2, e Figura 1). Attività fisica ed ambienti di lavoro

Uno stile di vita sano è un ottimo investimento di prevenzione. Per diventare una persona attiva, o per continuare a esserlo, la buona volontà del singolo potrebbe non bastare. Facilitare la pratica dell'attività fisica negli ambienti di vita, come per esempio il luogo in cui si lavora, dovrebbe essere tra i principali obiettivi per la promozione della salute e il benessere dei lavoratori. Infatti, gli ambienti di lavoro rappresentano i luoghi dove si trascorre circa un terzo della propria giornata e sempre più sono i contesti in cui l'uomo svolge attività sedentarie.

Box1 - Raccomandazioni dell'OMS e piramide del movimento

Attività settimanale persona adulta (tenendo conto delle sue condizioni psicofisiche) opzioni:
- almeno 150 minuti di attività aerobica di moderata intensità, in sessioni di esercizio della durata di almeno 10 minuti per volta;
- almeno 75 minuti di attività fisica aerobica vigorosa;
- attivare delle combinazioni equivalenti di attività fisica moderata e vigorosa, (per es. 120 minuti di attività moderata e 15 di attività vigorosa).

Per ottenere maggiori benefici, i tempi di cui sopra vanno raddoppiati:
- fino a 300 minuti di attività aerobica di moderata intensità;
- 150 minuti di attività fisica aerobica di intensità vigorosa a ciò si devono aggiungere esercizi per l'allenamento della forza muscolare, coinvolgenti i principali gruppi di muscoli, 2 o più giorni alla settimana.

Fonte: Global recommendations on physical activity for health: 18-64 years old. OMS 2011

Inoltre, dallo studio di sorveglianza Passi 2012 i lavoratori che dichiarano di avere uno stile di vita attivo sono solo una piccola minoranza [19], dove per lavoratore attivo si intende [20]:

- "attivo" è una persona che svolge un lavoro pesante dal punto di vista fisico (come il muratore,…) o, che, nel tempo libero, pratica attività fisica secondo i livelli raccomandati

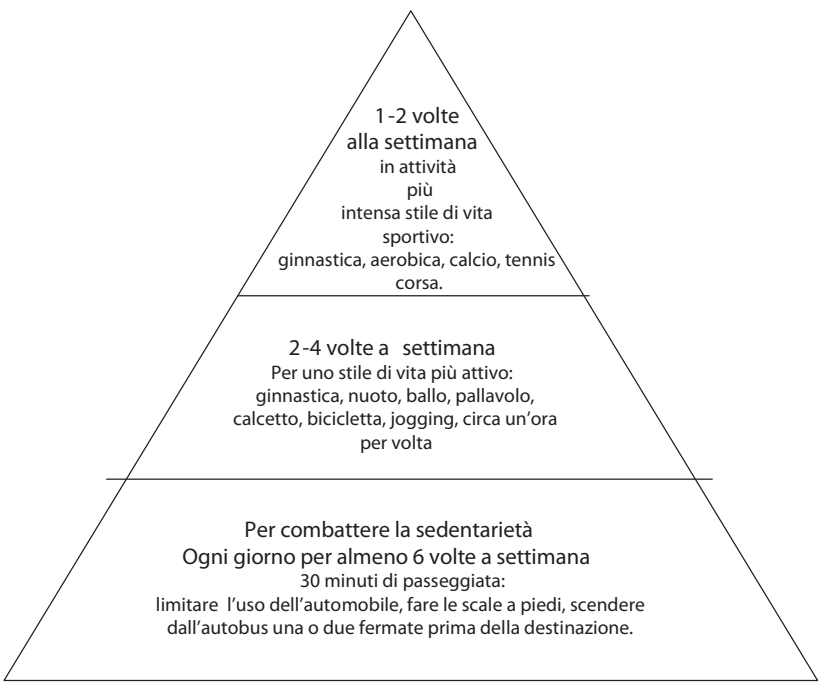
Box - 2 Quantità Benessere (QB): unità di riferimento per l'attività motoria pari a 15 minuti di attività

Camminare a buon ritmo*	Attività sportiva regolare come tennis, ginnastica, jogging, tutte attività a discreto dispendio energetico	Attività sportiva regolare come la ginnastica, il nuoto, il ballo e la pallavolo o la pallacanestro	Attività per chi ha difficoltà a svolgere con minore assiduità. Sport come ginnastica aerobica, tennis, calcio, corsa
Ogni giorno	3 - 4 volte alla settimana	2 - 3 volte alla settimana	1 - 2 volte alla settimana
2QB giornalieri	12 - 16 QB settimanali	12 -18QB settimanali	9QB
30 minuti, corrispondenti a circa 10.000 passi	Praticare uno di questi sport per 45 minuti	Praticare uno di questi sport per 60 minuti	Praticare uno di questi sport per 60 minuti

*Oltre alla passeggiata, è opportuno adottare uno stile di vita più attivo seguendo alcuni piccoli accorgimenti quali limitare l'uso dell'automobile, fare le scale a piedi, scendere dall'autobus una o due fermate prima della destinazione.

Fonte: (18)

Figura 1 - Piramide italiana per l'attività fisica Raccomandazioni Piramide italiana per l'attività fisica



Fonte: (18)

- "parzialmente attivo" è una persona che svolge mansioni lavorative dall'impegno fisico moderato (come l'operaio di fabbrica, il cameriere,…) o che dichiara di praticare attività fisica senza tuttavia raggiungere i livelli raccomandati
- "sedentario", invece, è una persona che svolge un lavoro prevalentemente

statico (che richiede l'uso frequente del computer, dell'automobile) e che non fa nessun tipo di attività fisica (moderata o intensa) nel tempo libero.

La sedentarietà è quindi una condizione che può essere favorita sicuramente dal tipo di lavoro svolto, ma può essere anche un'abitudine mantenuta nel tempo libero, e il fenomeno si manifesta di più nella fascia di età 50-69 anni [20].

Come indicato da vari studi attuati negli ultimi anni, investire nella promozione dell'attività fisica nei luoghi di lavoro, così come in altre azioni di promozione della salute, ha molteplici vantaggi. Lavori non sedentari sono stati associati ad un minor rischio di morte per tutte le cause tra cui cancro rispetto alle occupazioni sedentarie. Nelle analisi di tipo occupazionale combinato con l'attività fisica nel tempo libero, il rischio di mortalità per qualsiasi causa era più basso in occupazioni non sedentarie con alti livelli di attività fisica nel tempo libero [21].

Programmi di promozione dell'attività fisica nei luoghi di lavoro

Riguardo alla implementazione di programmi di promozione dell'attività fisica nei luoghi di lavoro si è dimostrato un investimento utile sia per la salute dei lavoratori sia per la crescita dell'impresa stessa.

Infatti, nel lavoratore si migliora la propria qualità di vita, aumenta la soddisfazione lavorativa (motivazione, concentrazione, memoria, interesse, rapporto con i colleghi), si gestisce meglio lo stress, aumenta il benessere psicologico e si riduce il rischio di mortalità prematura e il rischio di soffrire di alcune malattie (vascolari, cardiache, diabete, ipertensione, ipercolesterolemia) [22]. Mentre l'impresa migliora la qualità della vita dell'ambiente lavorativo, la propria immagine, le relazioni fra i dipendenti e la produttività. Ma l'attività fisica aumenta anche il senso di appartenenza e riduce le assenze per malattia, gli infortuni sul lavoro, il turn over e i costi sociali di indennizzi e assicurazioni.

Numerosi studi e revisioni sull'impatto di interventi di promozione dell'attività fisica in aziende attualmente disponibili concordano sull'efficacia di programmi multicomponente [23] [24] [25]. Tali programmi sono caratterizzati da un approccio ecologico per cui si compongono idealmente da interventi che prendono in considerazione diversi aspetti. La Tabella 1 offre una rassegna di possibili interventi indicati dalla letteratura. Gli interventi sono classificati dal punto di vista della direzione e del lavoratore, ed in base a quando possono essere attuati (nel tragitto casa-lavoro-casa, sul posto di lavoro, nel tempo libero).

Tabella 1 - Interventi per promuovere uno stile di vita attivo nei luoghi di lavoro

	Tragitto casa lavoro	Posto di lavoro
Datore di lavoro	-parcheggio per le bici -agevolazioni per l'utilizzo dei mezzi pubblici -spazi per cambi d'abito, igiene personale	-poster cartelli di promozione attività fisica in punti strategici -utilizzo canali di comunicazione aziendale (newsletter, sito web/intranet) -organizzazione di gruppi di cammino -distribuzione di contapassi -convenzioni per ingressi abbonamenti in centri sportivi limitrofi all'azienda -spazio all'interno dell'azienda per svolgere corsi/manifestazioni sportive
Lavoratore	- utilizzo della bici o dei trasporti pubblici per recarsi al lavoro	-preferire le scale all'ascensore -frequentare centri sportivi nel tempo libero -partecipare a gruppi di cammino o manifestazioni sportive promosse dall'azienda

Fonte: http://www.dors.it/alleg/newcms/201312/Manuale_capitolo_uno_dic2013.pdf

Questi programmi possono prevedere dei costi aziendali (26), che possono essere suddivisi in:

- "basso costo" (utilizzo dei canali di comunicazione interni per trasmettere informazioni; risaltare i benefici di un stile di vita attivo; sottolineare i positivi cambiamenti di comportamento dei singoli; nei momenti di pausa, favorendo lo stretching e/o brevi passeggiate);
- "medio costo" (affissione di locandine; fermare l'ascensore motivandone la scelta; distribuzione dei contapassi individuali; far frequentare un corso informativo sui benefici del movimento; organizzare gruppi di cammino);
- "elevato costo" (costruzione di spogliatoi con docce; relativa manutenzione dei locali; spazi adibiti a palestra; promozione alla disassuefazione al tabacco; organizzare screening di salute per tutti; proporre un percorso di counseling motivazionale individuale).

La promozione dell'attività fisica è un'azione che rientra appieno nel concetto di Workplace Health Promotion (WHP). WHP nasce dall'incontro delle esperienze di igiene e sicurezza del lavoro con il mondo della promozione della salute, trova un

suo convincente modello in quello sviluppato dal The Health Communication Unit del Centre of Health Promotion dell'Università di Toronto nel quale gli interventi di igiene e sicurezza del lavoro si integrano con quelli mirati ai cambiamenti organizzativi e al miglioramento degli stili di vita individuali (Figura 2). [27, 28].

Altro modello di riferimento è l'Healthy Workplace Model sviluppato dall'OMS sulla base delle evidenze e delle buone pratiche disponibili (Figura 3) [29, 30].

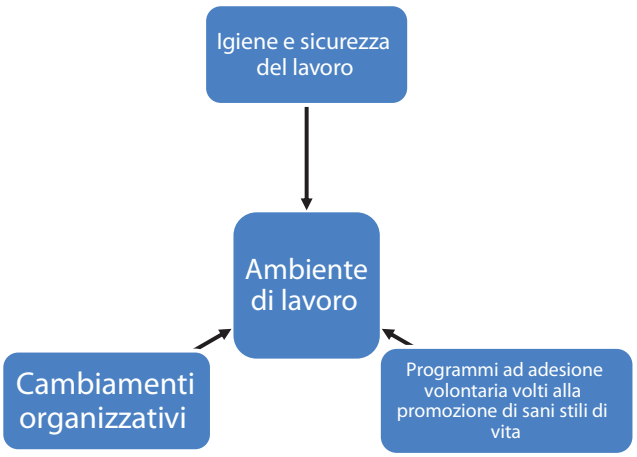
Questo modello, in linea con la Dichiarazione di Lussemburgo parte dal presupposto che un ambiente di lavoro sicuro e salutare è quello in cui i datori di lavoro, i lavoratori e i soggetti a vario titolo coinvolti collaborano, attraverso un processo di miglioramento continuo, per tutelare e promuovere la sicurezza, la salute e il benessere di tutti i lavoratori [31].

Per l'Healthy Workplace Model (Figura 3) tiene conto di quattro aspetti, tra di loro interconnessi, e che influiscono sulla sicurezza e sulla salute dei lavoratori:

- gli aspetti fisici dell'ambiente di lavoro che comprendono mezzi, risorse e prodotti del lavoro (ambiente e struttura del luogo di lavoro, macchinari, arredi, materiali, processi,…);
- gli aspetti psicosociali dell'ambiente di lavoro che includono l'organizzazione e la gestione del lavoro (norme e procedimenti, stile e modalità di conduzione e di controllo), il clima e la cultura organizzativa, i valori, gli atteggiamenti, le credenze e le pratiche quotidiane in azienda;
- l'interazione tra azienda e comunità che riguarda la modalità con cui l'azienda interagisce con la comunità per migliorare la salute dei lavoratori ma anche delle loro famiglie e degli altri membri della comunità stessa;
- le risorse (informazioni, servizi,…) dedicate alla salute dei lavoratori che contribuiscono a monitorare e a mantenere uno stato di salute fisica e mentale ottimale e a favorire il mantenimento o l'adozione di stili di vita salutari.

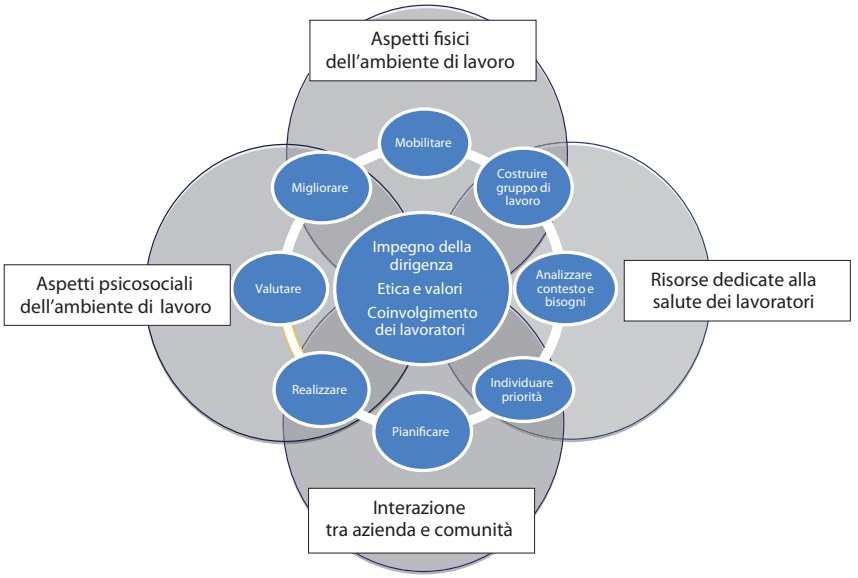
In conclusione, possiamo affermare che la relazione fra attività fisica e qualità della vita salute-correlata è stata riscontrata in diversi studi ed in setting più vari[32-34]. Per migliorare la qualità della vita dei lavoratori, la promozione della salute nei luoghi di lavoro, che tocca aspetti molto cruciali (politici, sociali, economici e ambientali), si deve basare sulla cooperazione multisettoriale e multidisciplinare e prevede il coinvolgimento e l'impegno di tutti i soggetti direttamente coinvolti: datori di lavoro, lavoratori, rappresentanti dei lavoratori e società [35].

Figura 2 - Il modello canadese per la Workplace Health Promotion



Fonte: The Health Communication Unit (THCU), Workplace Project: resources, Centre for Health Promotion University of Toronto, 2004.: www.thcu.ca/Workplace/infoandresources.htm XVII The Health Communication Unit.

Figura 3 - Healthy Workplace Model (OMS 2010)



Fonte: http://www.dors.it/alleg/newcms/201312/Manuale_capitolo_uno_dic2013.pdf

References

1. Bramble DM, Lieberman DE. *Endurance running and the evolution of Homo.* Nature 2004; 432(7015):345-52.
2. http://www.who.int
3. La Torre G, Masala D, De Vito E, Arzano I, Fargione V, Capelli G. *Attività fisica e stato socio-economico: Risultati di uno studio pilota.* Medicina dello Sport 2003; 56(3):175-183.
4. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, Lancet Physical Activity Series Working Group. *Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects.* Lancet. 2012;380(9838):247-57.
5. Mannocci A, Di Thiene D, Del Cimmuto A, Masala D, Boccia A, De Vito E, La Torre G. *International Physical Activity Questionnaire: Validation and assessment in an Italian sample.* Italian Journal of Public Health 2010;7(4):369-376.
6. Sallis J F, PhDa, Bull F, PhDb, Guthold R, PhDc, W Heath G, DHScd, Inoue S, MDe, Kelly P, PhDf, Oyeyemi A L, PhDg, Perez L G, MPHi, Richards J, DPhilj, Hallal P C, PhDk. *Progress in physical activity over the Olympic quadrennium for the Lancet Physical Activity Series 2*. Lancet. 2016.
7. Physical activity 2016: progress and challenges http://www.thelancet.com/series/physical-activity-2016
8. Global strategy on diet, physical activity and health http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/
9. Physical inactivity a leading cause of disease and disability, warns WHO http://www.who.int/mediacentre/news/releases/release23/en/
10. Blair SN. *Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century*. Br J Sports Med. 2009;43(1):1-2.
11. IM L, EJ S, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT; Lancet Physical Activity Series Working Group. *Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy.* Lancet 2012; 380(9838):219-29.
12. World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. AICR, 2007.
13. Mandal A. *Obesity and Fast Food* http://www.news-medical.net/health/Obesity-and-Cancer-(Italian).aspx
14. Schmitz K H et all. *Dose–response effects of aerobic exercise on estrogen among women at high risk for breast cancer: a randomized controlled trial.* Breast Cancer Research and Treatment 2015; 154(2): 309–318.
15. Lee IM, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT; Lancet Physical Activity Series Working Group. *Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide:an analysis of burden of disease and life expectancy.* Lancet. 2012;380(9838):219-29.
16. CCM. *Il progetto cuore. Guadagnare salute.* http://www.cuore.iss.it/prevenzione/attivita.asp
17. Sleiman SF, Henry J, Al-Haddad R, El Hayek L, Abou Haidar E, Stringer T, Ulja D, Karuppagounder SS, Holson EB, Ratan RR, Ninan I, Chao MV. *Exercise promotes the expression of brain derived neurotrophic factor (BDNF) through the action of the ketone body β-hydroxybutyrate. Elife.* 2016;5.
18. Donini L M, Del Balzo V, Dernini S, Scanu A, Cannella C. *La piramide dell'attività fisica. Le scelte del consumatore.* 2007: 17-18.
19. Sistema di Sorveglianza PASSI. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia. Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI" 2007; 8: 228. Rapporti ISTISAN 07/30
20. Sorveglianza PASSI. Attività fisica, dati nazionali 2012. www.epicentro.iss.it/passi/dati/attivita.asp
21. Stamatakis E. , Chau J.Y., Pedisic Z., Bauman A., Macniven R., Hamer M., Coombs N. *Are Sitting Occupations Associated with Increased All-Cause, Cancer, and Cardiovascular Disease Mortality Risk?* A Pooled Analysis of Seven British Population Cohorts. PLoS ONE 2013; 8(9): e73753

22. Dumont E, Augmentez vos "actifs", 2000. www.kino-quebec.qc.ca/publications/augmentezvosactifs.pdf
23. Zaza S. et al. *Task Force on Community Preventive Services. The guide to community preventive services: what works to promote health?* 2005 pp. 480,.
24. X Soler R.E. et al. *A systematic review of selected interventions for worksite health promotion. The assessment of health risks with feedbacks.* American Journal of Preventive Medicine, 38 (Suppl 2), 2010.
25. Verweij L. M., J. Coffeng, W. van Mechelen and K. I. *Proper, Meta-analyses of workplace physical activity and dietary behaviour interventions on weight outcomes.* Obesity Review 2011; 12: 406–429.
26. Heart Foundation, Cancer Council NSW and PANORG Sydney University. *Healthy Workplace Guide: 10 steps to implementing a workplace health program. 2011.* www.heartfoundation.org.au
27. The Health Communication Unit (THCU), Workplace Project: resources, Centre for Health Promotion University of Toronto, 2004: www.thcu.ca/Workplace/infoandresources.htm XVII The Health Communication Unit.
28. Centre for Health Promotion University of Toronto. Conditions for successful workplace health promotion initiatives. 2003. www.thcu.ca/Workplace/documents/ConditionsForSuccessWrittenApril02FormatAug03.doc http://www.who.int/occupational_health/topics/workplace/en/.
29. WHO, Healthy workplaces: a model for action. For employers, workers, policy-makers and practitioners, 2010. whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599313_eng.pdf.
30. WHO, Healthy workplaces. Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices, 2010 ww.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_background_documentdfi nal.pdf.
31. European Network for Workplace Health Promotion. La Dichiarazione di Lussemburgo sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro nell'Unione Europea, 2007. www.ispesl.it/whp/documenti/manifesti/Dichiarazione%20di%20Lussemburgo_2007_IT.pdf.
32. Mannocci A, Masala D, Mipatrini D, Rizzo J, Meggiolaro S, DI Thiene D, LA Torre G. *The relationship between physical activity and quality of life in prisoners: a pilot study.* J Prev Med Hyg. 2015;56(4):E172-5.
33. Masala D, Mannocci A, Unim B, Del Cimmuto A, Turchetta F, Gatto G, Santoro R, Ettorre GM, Boccia A, La Torre G. *Quality of life and physical activity in liver transplantation patients: results of a case-control study in Italy.* Transplant Proc. 2012 Jun;44(5):1346-50.
34. La Torre G, Masala D. *Is there a link between physical activity and Amyotrophic lateral sclerosis?* Epidemiology Biostatistics and Public Health 2015; 12 (4,): e11648
35. European Agency for Safety and Health at Work. *Motivation for employers to carry out workplace health promotion.* Literature review, 2012. osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/motivation-for-employers-to-carry-outworkplace-health-promotion).

Referente:

Prof. Giuseppe La Torre

Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza

Università di Roma - Piazzale Aldo Moro 5, - 00185 Roma

e-mail: giuseppe.latorre@uniroma1.it

Telefono: 0649694309

Ig. Sanità Pubbl. 2017; 73: 171-184

Il peso della disabilità in Camerun

Calogero Foti, Caterina Albensi*, Laura Giordani*, Yannick N. Azeufack*,**, Martin S. Sobze**,***, Vittorio Colizzi°,°°*

* Department of Clinical Sciences and Translational Medicine, Tor Vergata University, Rome, Italy;
** Department of Biomedical Sciences, Faculty of Sciences, University of Dschang, Cameroon;
*** PIPAD Onlus, Dschang, Cameroon;
° Department of Biology, Faculty of Sciences, Tor Vergata University, Rome, Italy;
°° UNESCO Board of Multidisciplinary Biotechnology, Rome, Italy.

Parole chiave *Disabilità motoria, riabilitazione, Camerun, reintegrazione*

Riassunto

Scopo: Le aree della Disabilità e della Riabilitazione sono davvero carenti nei Paesi con limitate risorse economiche. Dati certi ed oggettivi riguardanti questi settori potrebbero aiutare a delineare un piano per la loro implementazione.

Metodo: Nel giugno 2013 è stato condotto uno studio descrittivo-trasversale tra gli abitanti del Distretto Sanitario di Dschang in Camerun, attraverso la somministrazione di un questionario standard.

Risultati: 159 soggetti con disabilità motoria sono stati arruolati nello studio e analizzati sotto tutti gli aspetti.

Conclusioni: Nonostante la legge n. 83/013 per la protezione delle persone con disabilità in Camerun risalga al 1983, i risultati di questo studio dimostrano che questi soggetti, e i bambini disabili in particolare, sono ancora emarginati, vulnerabili e con scarse possibilità di recupero. Dunque appare evidente la necessità di migliorare la qualità e la disponibilità di cure riabilitative con interventi programmatici che migliorino l'accessibilità ai servizi riabilitativi per le persone con disabilità, forniscano loro i presidi necessari, garantiscano l'applicazione delle leggi esistenti, neutralizzino qualunque barriera alla loro partecipazione sociale.

The burden of disability in Cameroon

Key words *Physical disability, rehabilitation, Cameroon, reintegration.*

Summary

Aim: Rehabilitation services for disabled persons are lacking in countries with limited economic resources. Reliable and objective data are needed to plan for their implementation and to determine the burden of disability in these countries.

Methods: A descriptive cross-sectional study conducted in June 2013 among people living in Dschang Health District, in the West region of Cameroon, to collect information about socio-demographic aspects of physically disabled subjects and health determinants of disabilities. Data was collected using a standard questionnaire in French.

Results: In total, 159 physically disabled subjects were enrolled in the study. Mean age was 36 years [± SD 17.26], 55.9% of subjects were female, and 33.8% had a low educational-level. The most frequently

reported disabilities were orthopaedic problems (mainly fractures) [45.8%], infectious diseases [29.1%]), and neurological disabilities (mainly hemiplegia [33.3%], hemiparesis [23.8%], and monoplegia [23.8%]). The main causes of disability were trauma due to traffic accidents (17.8%) and inappropriate medical interventions (14.5%). Disability was related to age and 50% of participants experienced social discrimination. Disabled subjects with low-incomes (from 50.000 to 200.000 XAF) were required to pay for rehabilitative care (XAF 10.000 to 100.000), and up to 83% had appealed for improved quality of Rehabilitation Medicine.

Conclusion: Although Law n. 83/013 for the protection of persons with disabilities in Cameroon dates back to 1983, the results of this study show that disabled people, and children in particular, are still marginalized, vulnerable and have little chance of recovery. Therefore, there is a clear need to improve the quality and availability of rehabilitative care services , with programmatic interventions that ensure implementation of existing laws, improve access to rehabilitative services, provide disabled persons with the necessary specialty medical products, and eliminate barriers to their social participation.

Introduzione

Secondo un rapporto congiunto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e del Gruppo della Banca mondiale redatto nel 2011, il peso globale della disabilità è del 15%, il che implica più di un miliardo di persone disabili nel mondo, tra le quali 200 milioni presentano notevoli difficoltà funzionali [1]. La maggior parte dei disabili sono bambini che vivono soprattutto in Paesi con risorse economiche limitate ed hanno quindi poche speranze di recupero[2]. Molte di queste disabilità potrebbero effettivamente essere gestite con una prevenzione di base e con interventi riabilitativi [3-6], ma tali iniziative sono ostacolate dall'inadeguatezza delle infrastrutture e dalla mancanza di professionisti qualificati in ambito sanitario in questi paesi [6-10]. La disabilità è un problema sanitario emergente in Africa sub-sahariana, dove i bambini disabili sono considerati una sfortuna e sono percepiti dalla famiglia come un fardello, un'umiliazione o una punizione divina, il che porta ad una scarsa cura nei loro confronti [7-13] e la loro istruzione viene considerata come un investimento inutile, sia a livello familiare che sociale [14]. La Dichiarazione dei Diritti delle Persone con Disabilità fin dal 1975 ha invitato gli Stati membri delle Nazioni Unite a promuovere, per quanto possibile, l'integrazione socio-economica delle persone con disabilità [5, 15], rimuovendo gli ostacoli alla loro partecipazione in tutti i campi della vita sociale e investendo fondi e competenze sufficienti a sbloccare il loro potenziale nonostante la disabilità [5]. In Ghana, per citare un esempio, il 55,1% della popolazione disabile è di sesso femminile (circa 2,4 milioni di persone): queste donne sono sottoposte ad abusi di tipo fisico ed emotivo, hanno meno probabilità di sposarsi, ma più probabilità di divorziare [7]. È inoltre interessante sottolineare che

le ragazze con disabilità ricevono un minor numero di anni di istruzione rispetto ai coetanei disabili di sesso maschile, possono accedere con più difficoltà alle cure sanitarie, così come alle attività socio-economiche [7]. Per le analogie di tipo socio-economico e antropologico, le osservazioni di cui sopra potrebbero essere estese ad altri paesi dell'Africa sub-sahariana (Malawi, Namibia e Zambia). Così, nel processo di sviluppo di questi paesi, l'integrazione dei disabili, dovrebbe essere tra le priorità, superando le credenze e le pratiche tradizionali [8-10].

Il nostro studio si è svolto in Camerun, nella città di Dschang, che si trova nella regione occidentale del Camerun, in un'area geografica di 225 kmq, a 1500m di altitudine. Quest'area confina a sud con il Distretto di Santchou e Bandja, ad est con quello di Penka-Michel, a nord-est con quello di Batcham. La popolazione è di circa 268.091 abitanti, con una densità di 451 abitanti per kmq. La lingua ufficiale è il francese. La temperatura media è di circa 16-21 °C, con un massimo di 31 °C durante la stagione secca nel mese di aprile. I Bamileke rappresentano il gruppo etnico di maggioranza, seguito da quello degli Hausa, poi da quello dei Bamoun e degli Mbo. L'economia è prevalentemente basata su agricoltura, allevamento e commercio di piccola taglia. Gli uomini rappresentano il 50,5% della popolazione, contro il 49,5% per le donne. Le 2 religioni principali sono il cristianesimo e l'islamismo. L'università costituisce una realtà importante nella città di Dschang, con più di 20.000 studenti iscritti a 5 diverse facoltà. Inoltre nel 2013 è stato attivato il Master in Fisioterapia con il sostegno attivo della cattedra di Medicina Fisica e Riabilitazione dell'Università di Roma Tor Vergata e dell'UNESCO. Il Distretto Sanitario di Dschang è composto da 22 Aree di Salute con 56 strutture sanitarie: c'è un ospedale di distretto, tre ospedali privati, un centro socio-sanitario presso l'Università di Dschang, tre centri sanitari, due gabinetti medici, 28 centri sanitari integrati, 18 centri sanitari privati, tre strutture sanitarie ambulatoriali e, dal febbraio 2015, il Padiglione Pasteur, che è il nuovo reparto di Medicina fisica e Riabilitazione presso l'Ospedale di Dschang. In Camerun l'articolo 3 della Legge N° 83/013 del 21 luglio 1983 promuove la prevenzione e l'individuazione delle disabilità, disponendo l'obbligo di cura, istruzione/formazione, orientamento professionale, occupazione, accesso alle attività sportive adattate per tutti i disabili ed è tutt'ora in corso la creazione di centri di assistenza sanitaria per persone con disabilità (in particolare a Doyang, regione settentrionale; a Etoug-Ebe, regione centrale; a Dschang e Bafang, regione occi-

dentale) che mirino a fornire un sostegno sociale alle famiglie dei disabili [16]. Con un sistema sanitario suddiviso principalmente nei settori pubblico e privato (non trascurando la medicina tradizionale), oltre il 5% della popolazione del Camerun è affetta da almeno una disabilità (3,5% sensoriale, 1,6% motoria, attribuite a malattia piuttosto che a traumatismo) [11, 12, 16], con una maggiore prevalenza nelle aree rurali (6%) rispetto alle aree urbane (4%). In un paese in cui quindi esiste da anni una legislazione per la protezione delle persone disabili e la promozione della loro riabilitazione [16], arrivare ad una coscienza sulla effettiva situazione in termini di disabilità e riabilitazione potrebbe servire come base per gli interventi di ordine pratico. Indagini di questo tipo potrebbero aiutare ad identificare i più comuni tipi di disabilità, così come i determinanti sociali e antropologici della disabilità, le esigenze in termini di formazione di operatori nel settore della riabilitazione e delle attività connesse. Si è, pertanto, cercato di valutare: il peso dei vari tipi di disabilità in questa comunità camerunense, la consapevolezza della disabilità e la necessità di riabilitazione all'interno del sistema sanitario e della comunità locale. In particolare, abbiamo valutato la prevalenza dei disabili motori; gli atteggiamenti e i comportamenti nei loro confronti; determinato i fattori locali potenzialmente legati alle condizioni di disabilità; identificato le esigenze locali in termini di corsi di formazione accademica, professionale e a livello comunitario, che possano condurre ad un'ottimale gestione della disabilità e ad un'effettiva attuazione ed implementazione dei protocolli riabilitativi.

Materiali e metodi

Disegno dello studio e popolazione

È stato condotto uno studio osservazionale di tipo trasversale per tutto il mese di giugno 2013 su una popolazione di 268.091 individui residenti nel Distretto Sanitario di Dschang, località della regione occidentale del Camerun, al fine di individuare tutti i casi esistenti di disabilità motoria nella comunità oggetto di studio, i vari tipi e i possibili determinanti, così come gli ostacoli ad una loro corretta gestione sanitaria.

Il metodo di campionamento è stato quello di un sondaggio porta a porta, arruolando quindi empiricamente ogni soggetto affetto da disabilità motoria come partecipante allo studio, se consenziente. La squadra investigativa, preventivamente addestrata all'identificazione dei vari tipi di disabilità motoria, era composta da nove

gruppi, ulteriormente suddivisi in quattro sottogruppi e ogni sottogruppo copriva 3-4 sotto-distretti. I criteri di inclusione sono stati: (a) essere residenti nel Distretto Sanitario di Dschang; (b) essere portatore di una disabilità motoria secondo la definizione dell'OMS: perdita di funzione a qualunque livello, che comporti riduzione della performance motoria, dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana o nelle attività professionali, avendo quindi bisogno di assistenza; (c) aver fornito il consenso informato; (d) aver completato il questionario somministrato per lo studio (Figura 1). La dimensione del campione è stata calcolata basandosi sul peso della disabilità in Camerun (5,4%, [12]); usando un intervallo di confidenza del 95% e un tasso di errore standard del 5%, il campione minimo per ottenere la potenza statistica dello studio è stato pari a n = 79. La formula usata per determinare la dimensione del campione è stata la seguente:

$$N = \frac{Z^2 \times PQ}{d^2}$$

Con N = dimensione del campione minimo (79); Z = 1,96 al 95% di intervallo di confidenza; P = peso della disabilità al 5,4% (vale a dire 0,54); Q = 1- P (cioè 0.946); e tasso di errore d = 5% (0.05). Per aumentarne comunque la potenza statistica, abbiamo raddoppiato la dimensione del campione richiesto giungendo quindi ad un totale di 159 partecipanti. I partecipanti allo studio sono stati reclutati con un metodo di arruolamento empirico, fino a quando è stata raggiunta la dimensione del campione richiesta. Ad ogni potenziale partecipante è stata fornita una informativa sugli obiettivi dello studio. I soggetti reclutati che hanno poi fornito un consenso informato sono stati ufficialmente arruolati nello studio e sono stati sottoposti ad un'intervista basata su un questionario predeterminato, utilizzando un approccio interattivo faccia-a-faccia.

Raccolta, convalida ed analisi dei dati

I dati sono stati raccolti utilizzando un questionario standard in lingua francese che include quesiti che mirano alla ricerca di informazioni sulle caratteristiche socio-economiche e demografiche dei partecipanti allo studio, il tipo di disabilità, la causa o origine della disabilità, i fattori sociali, sanitari, economici e professionali relativi alla disabilità.

Figura 1 - Questionario somministrato

QUESTIONNAIRE SUR LA PERCEPTION DE LA REHABILITATION PAR LES HANDICAPES DU DISTRICT DE SANTE DE DSCHANG

I. **IDENTIFICATION** Code……

1. Nom…….. 2.Age……. 3.Sexe……4.Village/Quartier……..

II. PATHOLOGIE

5. Type d'handicap moteur…….6.Contexte de survenue……..

7. Age de survenue…….. 8.Evolution du handicap……(Amélioration,complication)

III. ASPECT SOCIO-ECONOMIQUE

9. Profession avant le handicap……. 10. Profession actuelle……

11. Avez-vous besoins d'aide dans l'exercice des taches de la vie courante ?.....

12. Etes-vous sujets aux discriminations dues à votre Handicap ?.....

13. Combien dépensez-vous en moyenne par mois pour les soins liés à votre handicap ?.....

IV. EVALUATION DES BESOINS DANS LA PRISE EN CHARGE

14. Quels types de soins recevez-vous dans le centre ?.....

15. En êtes-vous satisfait ?..... 16.Si non pourquoi ?..... (Attitude du personnel, qualité des soins….)

17. Est-ce que le traitement qu'on vous donne a besoin d'être amélioré?.....

Si oui, comment pouvons-nous faire pour améliorer votre situation ?.....

La selezione degli investigatori si è basata sulla qualifica (livello 2 Master in Epidemiologia e Sanità Pubblica) e sulla partecipazione ad un Workshop di formazione di 2 giorni. Il supervisore di ogni sottogruppo ha garantito la soglia di consistenza dei dati (≥80%) ed ha effettuato una preventiva validazione degli stessi. I questionari compilati sono stati poi trasmessi al responsabile generale dei dati per la validazione finale, l'immissione e l'analisi degli stessi. I dati sono stati quindi inseriti in EPI INFO, versione 3.5.3 ed è stata effettuata l'analisi statistica. Sono stati considerati statisticamente significativi i valori di $p < 0,05$.

Considerazioni etiche

L'attuale indagine è stata condotta nell'ambito di un accordo di collaborazione internazionale tra l'Università di Dschang in Camerun e l'Università di Roma Tor Vergata, Italia. Dopo l'approvazione del Dipartimento di competenza (Scienze Biomediche) presso l'Università di Dschang, è stato ottenuto il consenso informato da tutti i partecipanti e i dati sensibili sono stati oggetto di trattamento secondo le leggi sulla privacy.

Risultati

Caratteristiche della popolazione studiata

Nella popolazione studiata sono stati identificati e arruolati 159 soggetti con disabilità motoria. La maggioranza era di sesso femminile (55,9%) e l'età media era di 36 anni (DS ± 17.26). Per quanto riguarda il livello di istruzione, il 33,8% (50/148) aveva raggiunto un livello primario di scolarità, il 45,9% (68/148) un livello secondario, il 17,5% (26/148) un livello più elevato e il 2,7% (4/148) non aveva avuto alcun tipo di istruzione. Riguardo le attività professionali il 22,9% (33/144) erano studenti, il 20,8% (30/144) commercianti di piccolo-medio livello, il 16,6% (24/144) casalinghe, il 6,2% (9/144) dipendenti statali, il 4,2% (6/144) agricoltori, il 21,5% (31/144) aveva un altro tipo di occupazione, e il 7,7% (11/144) erano disoccupati.

Disabilità motorie identificate

La maggior parte delle disabilità motorie identificate erano di origine ortopedica (n = 48), tra cui il 45,8% (22/48) esiti di frattura (che porta spesso a disabilità amputazione-correlata), il 29,1% (14/48) esiti di malattie infettive, il 12,5% (6/48)

esiti di patologie oncologiche, il 10,4% (5/48) esiti di schiacciamento e il 2% (1/48) frutto di malformazioni. Le disabilità motorie di origine ortopedica sono state seguite in ordine di frequenza dalle disabilità neurologiche (n=42), tra cui emiparesi nel 23,8% (10/42) dei casi, emiplegia nel 33,3% (14/42), monoplegia nel 23,8% (10/42), paraplegia nel 7.1% (3/42) e nell'11,9% (5/42) dei casi tetraplegia.

Le cause di disabilità

Le cause di disabilità motoria più comunemente riportate sono state: nel 22,5% dei casi (34/151) patologie, nel 17,8% (27/151) incidenti stradali, nel 14,5% (22/151) cure mediche inappropriate, nel 10,5% (16/151) danno cerebrale e nel 34,4% (52/151) altre cause. Nella Figura 2 sono riassunte le varie cause di disabilità motoria.

Età di insorgenza della disabilità motoria

L'età di insorgenza della disabilità variava dalla nascita fino agli 80 anni: il 41,4% (65/157) dei casi si era verificata nella fascia 0-10 anni (con un massimo pari al 18,4% al momento della nascita), il 16,5% (26/157) tra gli 11 e i 20 anni, il 10,8% (17/157) tra i 21 e i 30 anni, il 3,1% (5/157) tra i 31 e i 40 anni, il 3,1% (5/157) tra i 41 e i 50 anni, il 3,1 % (5/157) tra i 51 e i 60 anni, il 2,5% (4/157) tra i 61 e i 70 anni e lo 0,6% (1/157) fra i 71 e gli 80 anni (Figura 3). In generale, c'è stata una significativa tendenza alla diminuzione di insorgenza della disabilità motoria in età più avanzata ($p = 0,00508$): il tasso più elevato è stato registrato alla nascita(18,4%) e il più basso nell'età più avanzata (80 anni). Le varie cause di disabilità motoria sono state poi ripartite per età: nella fascia di età 0-10 anni il 26,1% (17/65) è stata causata da patologie, il 23% (15/65) da interventi medici inappropriati, il 12,3% (8/65) da incidenti stradali, il 4,6% (3/65) da danni cerebrali e il 33,8% (22/65) da altre cause. Invece nelle fasce 11-20 anni e 21-30 anni, gli incidenti stradali sono stati la causa più frequente di disabilità, essendosi verificati nel 30,7% (8/26) e nel 47% (8/17) dei casi, rispettivamente. Oltre i 30 anni, la causa più frequente di disabilità è stata quella correlata a patologia, seguita dai danni cerebrali (Figura 4). Da sottolineare che la poliomielite è stata la patologia responsabile di disabilità motoria più frequentemente citata in causa.

Figura 2 - Differenti cause di disabilità motoria

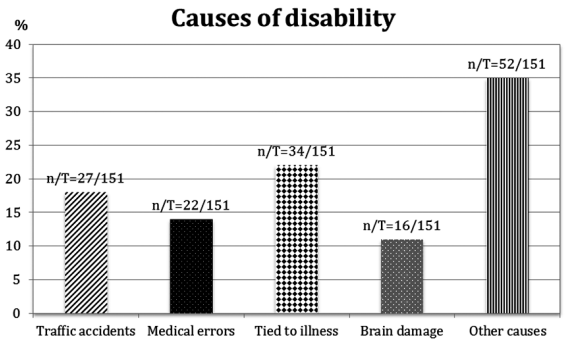


Figura 3 - Età di insorgenza della disabilità

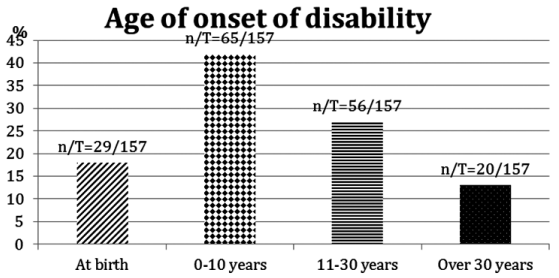
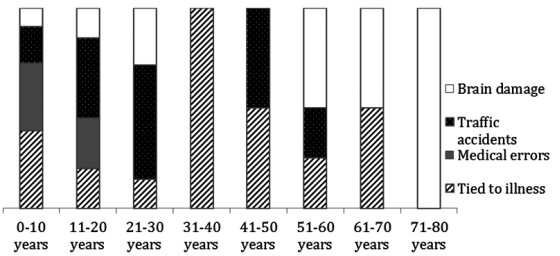


Figura 4 - Cause di disabilità per età



Potenzialità socio-economiche e sanitarie dei partecipanti allo studio

Riguardo i risvolti economici della disabilità, le spese sostenute dai partecipanti allo studio per la cure riabilitative sono state comprese tra i 5.000-100.000 XAF in Camerun (€1 =XAF 655,957), considerando che il reddito mensile (per gli impiegati) oscilla tra i 50.000 e i 200.000 XAF. Da segnalare che i costi per la riabilitazione in una struttura sanitaria variano da 10.000 a 100.000 XAF. In termini di aspetti sociali legati alla disabilità (n = 158), il 50% ha riferito di essere vittima di discriminazione sociale e stigmatizzazione. In termini di assistenza sanitaria (n=108), il 48,7% dei soggetti ha detto di avere ricevuto cure riabilitative appropriate per la sua disabilità: il 59,2% da un fisioterapia in un centro sanitario, il 27,7% come massaggi tradizionali, il 7,4% come fisioterapia domiciliare, il 3,7% come cure ambulatoriali e l'1,8% sotto forma di altre metodiche. Anche se il 70,4% ha dichiarato di essere stato soddisfatto delle cure ricevute, più dell'83% degli intervistati ha richiesto un miglioramento della qualità della riabilitazione.

Discussione

Disabilità ed esigenze riabilitative rappresentano un ambito che necessita di attenzione crescente. Tuttavia, nei Paesi con risorse economiche limitate mancano dati per interventi basati sull'evidenza. Quindi, la creazione di database per Paesi come il Camerun potrebbe essere d'aiuto nelle considerazioni socio-economiche legate alla disabilità, nel superamento delle disparità nelle cure sanitarie nonché nella gestione delle necessità di formazione per la riabilitazione [1-3]. Nel presente studio, la disabilità sembra colpire maschi e femmine, come precedentemente riportato anche nel rapporto dell'OMS [1], ma la tendenza alla riduzione dell'esordio della disabilità in età avanzata suggerisce che i bambini, e in particolare i neonati presentano un rischio elevato di essere disabili [2, 17]. Ciò sarebbe dovuto principalmente alle condizioni precarie in cui in genere si verifica il parto, il che porta frequentemente a menomazioni, suggerendo che la riduzione del rischio di disabilità nelle primissime fasi della vita richiede un servizio sanitario migliore soprattutto durante il travaglio [1, 6]. Questa osservazione è giustificata dal fatto che la disabilità di origine ortopedica è stata la più frequente nei nostri risultati, seguita dai deficit neurologici che aumentano con l'età [7-10, 13], a causa spesso delle malattie cardiovascolari che sono molto diffuse nelle età più avanzate [1, 11]. In termini di disabilità correlata alla malattia, la poliomielite è stata la causa più riportata, implicando così la necessità di

rafforzare continuamente la sorveglianza da parte del sistema sanitario nazionale su malattie che si possono prevenire con vaccino, al fine di alleviare in modo significativo il loro impatto sulla insorgenza di disabilità fisica in queste popolazioni [12]. Gli incidenti stradali costituiscono una delle principali cause di disabilità motoria in Camerun e in altri paesi dell'Africa sub-sahariana, suggerendo la necessità di rafforzare le campagne di prevenzione e sensibilizzazione della popolazione sul sistema di misure da applicare per un trasporto sicuro, analoghe a quelle utilizzate nel mondo occidentale [1, 2, 18]. I nostri dati rivelano anche livelli più bassi di scolarità tra i disabili, suggerendo una minore considerazione sociale e familiare per le persone con disabilità. Osservazioni simili sono state riportate nel rapporto dell'OMS (cioè tassi più bassi di completamento della scuola primaria e un minor numero di anni medi di istruzione tra le persone disabili), e con solo il 41,7% delle donne e il 50,6% dei maschi con all'attivo il completamento della scuola primaria [14]. Quindi le limitazioni sociali interessano sia i disabili di sesso maschile che quelli di sesso femminile nelle comunità dei paesi con risorse limitate e da questo nasce il bisogno di progettare anche una consulenza adattata per i disabili al fine di sostenere la loro partecipazione attiva in ambito sociale, il loro reinserimento professionale, permettendo quindi loro di dare un contributo attivo allo sviluppo [13-16]. I partecipanti al nostro studio hanno espresso la necessità di cooperare allo sviluppo della società, chiedendo che possano essere stanziati fondi a loro favore per l'attuazione di attività che generino reddito: ciò potrebbe promuovere l'autonomia di questi gruppi di individui che appaiono sfavoriti nel loro ambiente di vita [18-20]. Anche se alcuni partecipanti hanno affermato di aver ricevuto cure riabilitative, la qualità delle cure è stata di livello molto disomogeneo e a volte con operatori sanitari inaffidabili (della tipologia dei guaritori). Questa disciplina ha quindi bisogno di più regole e della standardizzazione delle pratiche, sia per le procedure operative che per il costo dei servizi correlati [1, 21, 22]. Questo sottolinea quanto sia cruciale la formazione degli operatori sanitari in questo settore, al fine di rispondere attivamente ed efficacemente a questa esigenza vitale nei Paesi dotati di risorse economiche limitate con un profilo simile al Camerun. Inoltre, il costo delle cure riabilitative appare non adeguato ai bassi redditi dei disabili, suggerendo la necessità di realizzare strutture che possano offrire assistenza medica, sociale e psicologica gratuita alle persone disabili in questi paesi [20-22]. Inoltre, avendo la riabilitazione lo scopo di permettere alle persone con disabilità di raggiungere e conservare la massima autonomia, ottimizzando le abilità fisiche, mentali, sociali

e professionali, permettendo quindi la loro inclusione e partecipazione a tutti gli aspetti della vita sociale [1], la migliore gestione di questo importante settore sarebbe una grande risorsa sia per i disabili che per i non-disabili in questi paesi [20-22]. La riabilitazione nel Nord America e nei paesi dell'Unione Europea viene gestita fondamentalmente aderendo a dei modelli medici e scientifici di riferimento ed è proprio ispirandosi a questi stessi modelli, che i ministeri della salute e degli affari sociali di paesi come il Camerun, con un programma di intervento integrato, potrebbero pianificare e potenziare la formazione di figure professionali importanti in questo ambito (fisioterapisti), in collaborazione comunque con le organizzazioni non governative [19-20]. Lo studio condotto caratterizza la disabilità in un contesto con risorse economiche limitate, contesto in cui la scarsità di dati in merito non consente una oculata politica sanitaria relativa alla disabilità e alla medicina riabilitativa. Così, l'elemento chiave del nostro studio si basa sul fatto che i risultati ottenuti possono servire come punto di partenza per la pianificazione di interventi efficaci "basati sull'evidenza" da parte delle autorità sanitarie. Il tutto potrà servire anche come base per la realizzazione di ulteriori ricerche su questo tema. I nostri risultati saranno, di conseguenza, di aiuto per aumentare la consapevolezza delle insoddisfatte necessità mediche e di sanità pubblica in queste realtà. Questo studio è quindi il primo passo per migliorare la conoscenza e il trattamento della disabilità a Dschang e per creare supporti socio-sanitari, al fine di migliorare la qualità della vita delle persone disabili in Camerun.

Conclusione

I diversi tipi di disabilità e l'ampia fascia di età colpite dalla disabilità evidenziano le necessità di provvedere soprattutto nell'ambito della prevenzione, realizzando condizioni sicure durante il parto, misure di trasporto sicuro e prevendo le malattie ove possibile. Un'implementazione della riabilitazione garantisce un approccio olistico per un'adeguata assistenza sanitaria e per il reinserimento sociale dei disabili che vivono nei paesi con scarse risorse economiche. Questo è stato sottolineato anche durante l'ultimo Congresso ISPRM di Berlino (2015), in cui uno dei temi affrontati ha riguardato il Piano d'Azione dell'OMS per una migliore salute di tutte le persone con disabilità 2014-2021 [24]. Seguendo questo filone, il nostro intento è stato appunto quello di caratterizzare la disabilità nel Distretto Sanitario di Dschang, Camerun per poterla poi affrontare con i migliori strumenti possibili.

Limitazioni

Alcune variabili non prese in considerazione riguardo alcuni dei partecipanti allo studio non sono stati considerate durante l'analisi statistica. Con l'aumento della dimensione del campione dello studio, questo non ne ha ridotto la potenza statistica. Inoltre ci sono stati alcuni casi di mancata risposta alle domande del questionario somministrato (essendo a discrezione del singolo partecipante rispondere o meno), ma anche in questo caso raddoppiando la dimensione del campione il problema è stato superato: questo approccio garantisce infatti il mantenimento della potenza statistica e della rappresentatività del campione. Crediamo che gli altri temi siano stati affrontati in maniera adeguata. L'obiettivo futuro sarà comunque quello di approfondire lo studio adottando la WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) [23], quale strumento più adatto per misurare e caratterizzare la disabilità nei paesi in via di sviluppo.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti gli investigatori che, sul campo, hanno contribuito alla raccolta dei dati nella comunità di Dschang, durante il periodo dello studio. Notevole gratitudine viene rivolta anche a tutti i partecipanti allo studio per aver accettato di collaborare. Si ringrazia anche il Dr Joseph Fokam per aver contribuito alla correzione della bozza e alla formattazione di questo manoscritto.

Bibliografia

1. World Report on Disability. Geneva: World Health Organisation; 2011.[Available at: http://www.who. int/disabilities/world_report/]
2. UNICEF. *Monitoring child disability in developing countries: results from the multiple indicator cluster surveys*. Geneva: United Nations Children's Fund, Division of Policy and Practice, 2008.
3. Salomon JA, Vos T, Hogan DR, et al. *Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010*. Lancet 2012 Dec 15;380(9859):2129–43.
4. Reiser R. I*mplementing inclusive education: a commonwealth guide to implementing article 24 of the UN convention on the rights of persons with disabilities*. 2ed. London: Commonwealth Secretariat; 2012.
5. United Nations. The Standard rules on the equalization of opportunities of persons with disabilities. New York, USA: United Nations; 2003. [Available at: http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm]
6. Ferguson PM. *Mapping the family: disability studies and the exploration of parental response to disability*. In: Albrecht G, Seelman KD, Bury M eds. Handbook of Disability Studies. Thousand Oaks: Sage; 2001. p. 373–95.
7. Kassah BL, Kassah AK, Agbota TK. *Abuse of physically disabled women in Ghana: its emotional consequences and coping strategies*. Disabil Rehabil 2014;36(8):665–71.

8. Loeb ME, Eide AH. *Living conditions among people with activity limitations in Malawi: a national representative study.* Oslo: SINTEF; 2004.
9. Eide A, van Rooy G, Loeb M. *Living conditions among people with activity limitations in Namibia: a representative national survey.* Oslo: SINTEF; 2003.
10. Eide A, Loeb M. *Living conditions among people with activity limitations in Zambia: a national representative study. Oslo:* SINTEF; 2006. [Available at: http://www.sintef.no/upload/Helse/ Levek%C3%A5r%20 og%20tjenester/ZambiaLCweb. pdf]
11. Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DSCN). Enquête à Indicateurs Multiples (MICS-2000). Cameroun: Yaoundé; 2000.
12. Institut National de la Statistique (INS), MEASURE DHS, ICF International. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2011), Cameroun: Rapport préliminaire; 2011.
13. Bachani AM, Galiwango E, Kadobera D, et al. *Characterizing disability at the Iganga-Mayuge Demographic Surveillance System (IM-DSS), Uganda.* Disabil Rehabil 2016 Jun;38(13):1291–9.
14. Filmer D. Disability, poverty, and schooling in developing countries: results from 14 household surveys. The World Bank Economic Review 2008;22(1):141–63.
15. UNESCO. Education for All Global Monitoring Report. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2009.
16. Ministère de la Santé Publique, République du Cameroun. Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2010/ Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015. Yaoundé: 2001.
17. Nierenberg B, Sheldon A. Psychospirituality and pediatric rehabilitation. Journal of Rehabilitation 2001;67:15–9.
18. ICIDH. International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps. A manual of classification relating to consequences of diseases, Geneva: World Health Organisation; 1980.
19. World Health Organization. Community Based Rehabilitation Guidelines. 2011. [Available at: http:// www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index. html]
20. World Health Organization. Community Based Rehabilitation Guidelines. 2011. [Available at: http:// www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index. html]
21. World Health Organization. Disability and Rehabilitation. Who Action Plan 2006-2011. [Available at: http://www.who.int/disabilities/ publications/dar_action_plan_2006to2011.pdf]
22. Armstrong MJ. Fitzgerald MH. *Culture and disability studies: An anthropological perspective.* Rehabilitation Education 1996;10:247–304.
23. Ustun TB, Kostanjsek N, Chatterji S, Rehm J. *Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0). Geneva:

Referente

Calogero Foti

Professore di Medicina Fisica e Riabilitativa

Dipartimento di Scienze Cliniche e Medicina traslazionale,

Università degli Studi di Roma Tor Vergata

mail: foti@med.uniroma2.it

Ig. Sanità Pubbl. 2017; 73: 185-192

Il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019: analisi e punto di partenza per i piani regionali

V. Santoro [1], L. Morucci [1], M. Ciabattini [1], G. D'Alò[1], M. D'Ercole[1], R. Gallo[1], R. Mastrosanti[1], A. Russomanno[1], E. Terracciano[1], L. Zaratti, E. Franco[2]

[1] Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

[2] Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Parole chiave *Piano Nazionale, Prevenzione Vaccinale, Copertura vaccinale, Vaccine Hesitancy*

Riassunto In data 19/01/2017 è stato approvato il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019. Il Piano si prefigge di fornire direttive a livello nazionale che hanno l'obiettivo di massimizzare la copertura vaccinale nella popolazione italiana.

Il documento è stato analizzato criticamente nei suoi contenuti, evidenziando i punti chiave e le problematiche, al fine di fornire uno strumento di più rapida consultazione per la successiva stesura dei Piani Vaccinali Regionali.

The Italian Immunization Plan 2017: analysis and starting point for the Regional Plans

Key words *Health Promotion, Health Policy, Immunization Schedule, Italian Immunization Plan*

Summary The National Immunization Plan 2017-2019 has been approved on January 2017. This official document contains the new Italian guidelines to improve vaccination coverage in the country. We conducted an accurate and critical analysis of the document, highlighting its key points and critical issues, in order to offer an practical tool for writing the Regional Plans.

The new immunization schedule and the establishment of a restricted panel for the vaccine vigilance are the most significant innovations of the Plan. The Plan addresses also the issues of mandatory vaccination and of penalties for physicians who advise against vaccinations.

Together with the presence of qualifying aspects as information about the ethical value and the benefits of vaccination, the Plan contains other interesting proposals, such as the introduction of a computerized vaccination register and the targeted use of new technologies to reach the population extensively.

The Plan is set up as a conceptually rich tool, suitable for the development of regional operational plans.

Introduzione

Il 18 febbraio è stato finalmente pubblicato in Gazzetta Ufficiale il nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 [1]. Questo passaggio decisivo si è raggiunto nonostante la generale instabilità politica e grazie all'approvazione del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Il documento discende dal Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018 [2] e dallo European Vaccine Action Plan [3], segue il precedente PNPV 2012-2014 [4] ed è stato inserito nel DPCM relativo all'adozione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) [5]. Il nuovo Piano si propone come riferimento per la pianificazione di politiche di Sanità Pubblica rivolte alla promozione della salute, alla riduzione ed eliminazione delle malattie infettive prevenibili da vaccino. Spetterà alle singole Regioni recepirne i contenuti e, attraverso le indicazioni della Circolare applicativa [6], realizzare i Piani Regionali in una forma più funzionale all'operatività territoriale.

L'obiettivo generale consiste nella massimizzazione delle coperture vaccinali attraverso:

- la promozione di una corretta informazione sui vaccini rivolta alla popolazione generale e agli operatori sanitari, basata sull'evidenza scientifica;
- la riduzione delle diseguaglianze riguardanti l'accesso e la fruibilità dei servizi nella popolazione;
- il miglioramento della comunicazione e della collaborazione tra gli organi operanti nel campo delle campagne vaccinali e nella sorveglianza delle malattie infettive a livello nazionale ed internazionale al fine di mantenere lo stato polio free e il raggiungimento degli stati morbillo free e rosolia free;
- la valutazione ed attuazione di misure organizzative specifiche quali: completamento dell'informatizzazione delle anagrafi vaccinali, aggiornamento della normativa e definizione del dissenso informato.

Il documento si articola in una prima sezione di titoli in cui si descrivono lo scenario attuale nel campo delle vaccinazioni e le priorità prefissate. Seguono l'elenco dei Principi Guida, la presentazione del nuovo calendario vaccinale, una sezione inerente le indicazioni vaccinali suddivise per fasce d'età e condizioni di rischio e un capitolo sull'informatizzazione dell'Anagrafe Vaccinale.

Tra le novità significative introdotte nel PNPV 2017-2019 spiccano le modifiche del calendario vaccinale: introduzione del vaccino per il Meningococco B; introduzione del vaccino per il Rotavirus nell'infanzia; estensione universale del vaccino

per la varicella e chiarimento sulla sua somministrazione in formulazione quadrupla; estensione del vaccino contro i Papillomavirus agli adolescenti maschi; introduzione di una seconda dose di vaccino antimeningococcico quadrivalente (MenACWY coniugato) per gli adolescenti; introduzione dei vaccini per Pneumococco e Herpes Zoster nell'ultrasessantaquattrenne; pianificazione del vaccino Epatite A per aree geografiche ad alta endemia. La Circolare applicativa definisce le diverse tempistiche di introduzione delle nuove vaccinazioni con i relativi obiettivi di copertura [1,6].

Altra novità è l'istituzione di un gruppo ristretto all'interno del Gruppo di Lavoro per la Vaccinovigilanza, dedicato ad una gestione più efficace delle emergenze e della comunicazione al fine di non creare situazioni di ingiustificato allarmismo nella popolazione, come avvenuto nella stagione influenzale 2014-2015 per il vaccino adiuvato con MF-59 [7].

Un altro tema su cui il Piano si sofferma è quello dei vincoli normativi e l'obbligatorietà delle vaccinazioni, su cui è in corso un acceso dibattito in ambito istituzionale sia nazionale che regionale.

Aspetti qualificanti

Un'ampia disamina del contesto nella parte introduttiva rilancia l'importanza del valore etico e sociale delle vaccinazioni che vanno colte come una grande opportunità per il benessere individuale e collettivo. Un tema centrale e ricorrente all'interno del nuovo PNPV è quello dell'empowerment. Con questo termine s'intende un processo di formazione e informazione che conduca la popolazione ad essere attivamente coinvolta nella pratica vaccinale accrescendo la consapevolezza dell'efficacia dei vaccini. Al contrario, per quanto riguarda il personale sanitario dipendente e convenzionato col Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che contravvenga alle indicazioni nazionali, si prevedono percorsi di revisione tra pari che possono portare all'adozione di sanzioni. Sanzioni ed obbligatorietà risultano tra i temi di maggiore risonanza mediatica lungo tutto il periodo di approvazione del Piano (Tab. 1).

Alcuni passaggi di particolare interesse testimoniano il ruolo cruciale di un'informazione basata sull'evidenza scientifica. L'analisi dei costi della mancata vaccinazione, presentata nell'Allegato 1 del PNPV, mostra in maniera efficace i vantaggi economici derivanti dalla vaccinazione, anche in termini di prospettive di reinvestimento di risorse in altre attività.

Risultano strumenti di facile consultazione le tabelle relative alla frequenza delle

Tabella 1 - Impatto mediatico del PNPV 2017-2019 sulle principali testate giornalistiche italiane

	PRIMA APPROVAZIONE (Ottobre- Novembre 2015)	APPROVAZIONE DEFINITIVA (Febbraio – Marzo 2017)
Corriere della Sera	Obbligo vaccino per chi va scuola Ok da Regioni ma 'serve legge ad hoc'	Riparte la battaglia per l'obbligo vaccinale «Adesso c'è un nuovo clima politico»
	Il giallo delle sanzioni per i medici che sconsigliano i vaccini ai pazienti	Lettera aperta: «L'Ordine punisca severamente i medici anti -vaccini»
La Repubblica	La battaglia dei vaccini a scuola "Punire i medici che dicono no"	Aumentano i vaccini gratis "È prevenzione: no ai ticket"
	Lorenzin: "Nessun piano in atto per vietare entrata a scuola dei bambini non vaccinati"	"La Toscana in trincea avanti con l'obbligo per chi va a scuola"
	Vaccini, ipotesi di sanzioni contro i medici che li sconsigliano. L'Anaao: "Una follia"	L'appello dell'Aiom: "Le Regioni realizzino il Piano nazionale vaccini"
	"Giuste le punizioni chi lavora per l'Asl non fa quel che vuole"	Know How - Vaccini obbligatori per i bambini, è giusto?
Il Sole 24 ore	Piano nazionale vaccini, cura di trasparenza contro la «teoria del complotto»	Piano vaccini: voglia di obbligo, ma per legge. Le proposte delle Regioni dal calendario all'Anagrafe
	Il ministero smentisce possibili sanzioni per i medici che sconsigliano i vaccini	Vaccini, obbligare o educare?

principali reazioni avverse scientificamente associate al vaccino e quella relativa ai rischi correlati alle malattie infettive prevenibili da vaccinazione connessi alla malattia bersaglio.

S'introduce la figura del "Responsabile per il reclutamento dei nuovi nati e la gestione del rifiuto delle vaccinazioni" il quale è garante della conformità delle attività intraprese in ciascuna sede.

Al termine del documento si tabellano in modo puntuale e schematico le indicazioni per il monitoraggio e la valutazione degli obiettivi prefissati [1].

Discussione

Il documento si presenta in una forma stilistica tale da richiedere, ai destinatari regionali, l'elaborazione di una sintesi delle indicazioni specifiche al fine di facilitarne l'attuazione nella pratica quotidiana.

Attualmente sul tema dei vaccini si assiste ad una profonda disinformazione non solo nella popolazione generale ma anche in una parte dei professionisti della salute

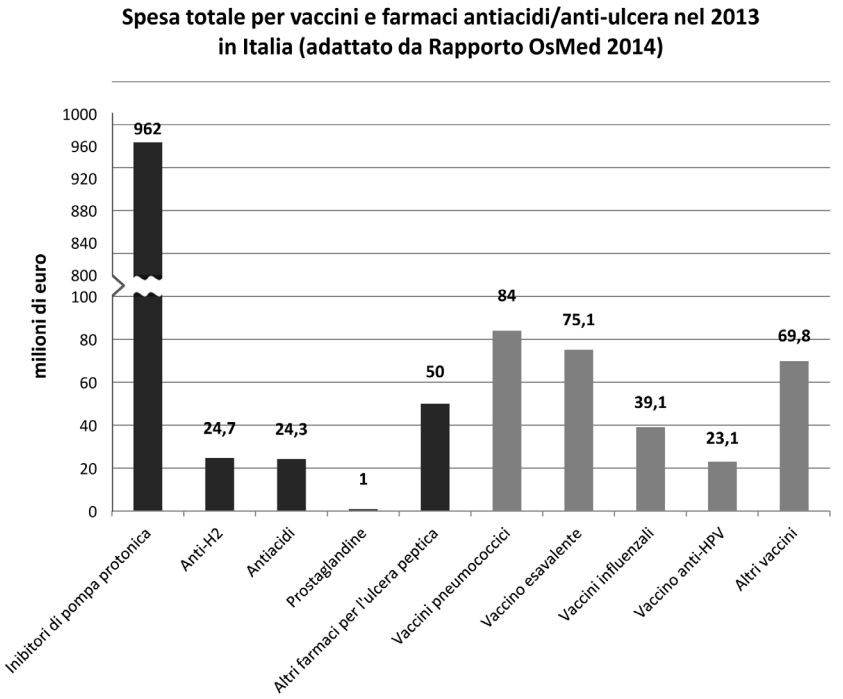
che talvolta manifestano un approccio superficiale e tentennante, fenomeno denominato dai ricercatori "vaccine hesitancy" [8]. Inoltre il clima generale di sfiducia ha favorito la crescita di un sentimento antivaccinale, non suffragato da evidenze scientifiche, che influenza fortemente l'opinione pubblica. Sulla proposta del Piano si auspica la formazione di gruppi di lavoro costituiti da diverse figure di esperti nel campo della vaccinologia, che possano promuovere una corretta informazione in ambiti tecnici, compreso quello giuridico, guidando il pensiero sulla base dell'evidenza scientifica in modo da prevenire il dilagare di false credenze nella popolazione [9,10].

Inoltre, al fine di sostenere una coscienza vaccinale, sarà utile garantire un'offerta formativa attiva e gratuita ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, ai quali si riconosce un ruolo fondamentale nelle attività legate alla promozione della salute, la loro voce deve essere chiara e univoca [11]. Strumenti utili per un'informazione efficace potrebbero essere i risultati di studi indipendenti e di Health Technology Assessment, il cui utilizzo è incoraggiato dal Piano: la divulgazione della cultura vaccinale e l'offerta gratuita, resa possibile dall'inserimento dei vaccini nei LEA, avranno un effetto sinergico nel migliorare l'adesione al nuovo calendario.

In merito al presunto profitto delle case farmaceutiche, derivato dalla produzione e commercializzazione dei vaccini, è opportuno rimarcare che si tratta di farmaci somministrati episodicamente, che dunque costituiscono una fonte di guadagno ben più contenuta rispetto ad altri farmaci come quelli utilizzati nelle terapie di malattie croniche, o gli inibitori di pompa protonica, di uso estremamente comune nella popolazione (Fig. 1). Rispetto alle perplessità espresse nei confronti dei costi delle vaccinazioni, è stato verificato come in Italia la spesa farmaceutica totale per i vaccini è pari all'1,2% della spesa farmaceutica totale e al 2,5% della spesa a carico del SSN. Inoltre va sempre considerato il vantaggio procurato dai vaccini sia in termini di guadagno di salute che di qualità della vita e non solo di risparmio economico dei costi legati alla cura delle malattie prevenibili da vaccino e delle loro complicanze.

Il Piano incoraggia l'utilizzo delle tecnologie moderne, quali app, mail, sms, per capillarizzare la rete informativa e raggiungere una fetta più ampia di popolazione. Se ne può suggerire l'uso specifico in considerazione della fascia d'età e del livello socioeconomico. Inoltre va sostenuta la creazione di pagine e profili ufficiali sui social network da parte delle istituzioni che lavorano sul territorio, dando voce agli interlocutori competenti sul campo delle vaccinazioni per le nuove generazioni [13,14].

Figura 1 - Spesa totale per vaccini e farmaci antiacidi/anti-ulcera nel 2013 in Italia (grafico adattato da Rapporto OsMed 2014 [12]



Punto chiave del Piano è la proposta di mettere a regime l'anagrafe vaccinale informatica regionale. Negli USA sono stati sviluppati degli analoghi database, definiti sistemi informativi di immunizzazione (Imunization Information System, IIS) già a partire dagli anni '70 e al giorno d'oggi sono diffusi in quasi tutti gli Stati membri. Negli IIS vengono registrate le vaccinazioni somministrate da operatori sanitari alla popolazione residente in una determinata area geopolitica. Questi sistemi costituiscono un importante strumento di lavoro: assistono gli operatori sanitari nel verificare la storia vaccinale e forniscono alla Sanità Pubblica i dati statistico/epidemiologici utili alla gestione delle malattie prevenibili da vaccino [13]. Le anagrafi informatizzate regionali costituiscono il primo fondamentale passo per la condivisione di dati a livello nazionale.

La Circolare applicativa analizza l'oggettiva difficoltà dell'introduzione di nuove

vaccinazioni e per tal motivo prevede sia un aumento graduale degli obiettivi di copertura rispetto al PNPV che la conduzione di indagini a livello regionale, al fine di individuare le problematiche inerenti all'attuazione del Piano. I dati sulle criticità dovranno essere forniti entro il 31 Agosto 2017, in modo che l'analisi dei risultati possa permettere la stesura di un piano di miglioramento che coinvolgerà tutti i servizi. Il documento chiarisce anche che il Dipartimento di Prevenzione è l'affidatario della governance di tutte le attività previste [6].

Conclusioni

Al fine di un miglioramento dell'offerta vaccinale è necessario valorizzare i modelli operativi virtuosi a livello regionale, in una logica di superamento delle diseguaglianze territoriali e di maggiore collaborazione tra le regioni. Si auspica sia una proficua collaborazione tra i colleghi medici dipendenti e convenzionati con il SSN, volto ad una programmazione delle campagne vaccinali, sia un attento monitoraggio delle coperture da parte dei Dipartimenti di Prevenzione responsabili della governance di tutto il sistema.

Nonostante per la stesura del Piano sia stata privilegiata una forma più concettuale che pratica non bisogna distogliere l'attenzione dagli aspetti positivi dello stesso. Un Piano è forte se chi si sofferma sui suoi tasti esercita con volontà e convinzione la propria azione attraverso lo strumento, in concerto con altri, cogliendo insieme e ognuno con le proprie specificità, l'opportunità di suonare una melodia nuova. Occorrono tempo, fiducia, capacità di ascolto e di lavoro di équipe, le giuste competenze nei posti giusti. Si può fare, se agiamo nello spazio di un Servizio Sanitario solido, che ora più che mai va ripensato e sostenuto.

Bibliografia

(1) Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf . Ultimo accesso 26/04/2017.

(2) Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf . Ultimo accesso 26/04/2017.

(3) European Vaccine Action Plan. http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2014/european-vaccine-action-plan-20152020. Ultimo accesso 12/11/2015.

(4) Piano Nazionale Prevenzione Vaccini 2012-2014. http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1721_allegato.pdf . Ultimo accesso 26/04/2017.

[5] Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015). . http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg . Ultimo accesso 12/04/2017

[6] Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute. Circolare n° 0007903 del 09/03/2017. "Aspetti operativi per la piena e uniforme implementazione del nuovo PNPV 2017-2019 e del relativo Calendario Vaccinale". http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2017 &codLeg=58583&parte=1%20&serie=null . Ultimo accesso 26/04/2017.

[7] Capanna A, Gervasi G, Ciabattini M et al. *Effect of mass media on influenza vaccine coverage in the season 2014/2015: a regional survey in Lazio, Italy*. J Prev Med Hyg. 2015;56(2):72-76.

[8] Suryadevara M, Handela A, Bonville CA, Cibula DA, Domachowske JB. *Pediatric provider vaccine hesitancy: An under-recognized obstacle to immunizing children.* Vaccine. 2015;33(48):6629-34

[9] Ministero della Salute. Vaccino e autismo, nessuna correlazione. I giudici ribaltano in appello la sentenza del 2012. http://www.salute.gov.it/portale/news/. Ultimo accesso 12/11/2015.

[10] Massimo Valsecchi – Saluteinternazionale.info. Ancora su Magistratura e Vaccini. http://www.saluteinternazionale.info/2014/12/ancora-su-magistratura-e-vaccini. Ultimo accesso 12/11/2015.

[11] Collange F, Verger P, Launay O, Pulcini C. *Knowledge, attitudes, beliefs and behaviors of general practitioners/family physicians toward their own vaccination: A systematic review.* Hum Vaccin Immunother. 2016;12(5):1282-92.

[12] AIFA – Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei Farmaci in Italia – Rapporto Nazionale Anno 2014. Roma, Luglio 2015. http://www.aifa.gov.it/sites/default/files/Rapporto_OsMed_2014_0.pdf Ultimo accesso 25/04/2017

[13] Groom H, Hopkins DP, Pabst LJ at al. *Immunization Information Systems to increase Vaccinations Rates: A Community guide Systematic Review.* J Public Health Manag Pract. 2015;21(3):227-248.

[14] Odone A, Ferrari A, Spagnoli F et al. *Effectiveness of interventions that apply new media to improve vaccine uptake and vaccine coverage.* Hum Vaccin Immunother. 2015;11(1):72-82.

Referente
Prof.ssa Elisabetta Franco
Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione
Università degli Studi di Roma Tor Vergata
Via Montpellier, 1 - 00133 Roma
Tel. 06 72596122 - Fax 06 2025285
franco@med.uniroma2.it