

Le strutture e le attività di Promozione della Salute nel SSN *The structures and activities of Health Promotion in the italian NHS*

Nicola Nante^{1,2}, Roberta Bosco¹, Gabriele Messina^{1,2}, Silvana Tilocca³, Corrado Celata³,
Giorgio Chiaranda³, Bruno Aiello³

¹*Scuola Post-Laurea di Sanità Pubblica, Università di Siena*

²*Dipartimento di Medicina Molecolare e dello Sviluppo, Università di Siena*

³*Società Italiana di Promozione della Salute-SIPS, Consiglio Direttivo*

Parole-chiave: promozione della salute, digitalizzazione, progetti in sanità, Italia

RIASSUNTO

Obiettivi: indagare le attività strutturate di Promozione della Salute (PdS) in Italia, a livello nazionale, regionale e, soprattutto, territoriale.

Metodi: nel periodo febbraio 2020 - luglio 2021 abbiamo ricercato on line informazioni circa le suddette strutture. Fonti ne sono state i siti ufficiali del Ministero della Salute, delle Regioni e delle Aziende Sanitarie Locali (ASL). Abbiamo quindi analizzato strutture, progetti (divisi per tematica) e responsabilità esistenti a diversi livelli.

Risultati: sono state informazioni di una “prevalenza periodale” 2014-2021, nell’ambito della quale sono risultate in essere 41 strutture dedicate alla PdS: 7 Unità Operative Complesse e 34 Strutture Semplici. Il tema più trattato, a prescindere dall’aver o no una struttura dedicata, sembra essere l’attività fisica (63%), seguita da dipendenze (53%), alimentazione (48%), prevenzione (33%), in coda appaiono l’igiene dentale e la famiglia/genitorialità (entrambi al 7%). L’ASL Città di Torino e l’ASL di Salerno sono quelle che trattano il maggior numero di temi.

Conclusioni: i risultati hanno evidenziato una grande disomogeneità nell’ambito nazionale in merito alle attività di PdS, sia nell’organizzazione delle strutture che nella messa in opera dei progetti. Presumiamo che il fenomeno, almeno in parte, dipenda da una lacunosa attenzione alla digitalizzazione dei dati, nonostante la crescente importanza informativa del web.

Key-words: health promotion, digitization, health project, Italy

SUMMARY

Objectives: investigate the structured activities of Health Promotion (HP) in Italy, at national, regional

Autore per corrispondenza: nicola.nante@unisi.it

and, above all, territorial level.

Methods: in the period February 2020 – July 2021 we searched online information about the above facilities. Sources were the official sites of the Ministry of Health, Regions and Local Health Companies (LHC). We then analyzed structures, projects (divided by theme) and responsibilities existing at different levels.

Results: there has been information of a “periodal prevalence” 2014-2021, in which there were 41 structures dedicated to the HP: 7 Complex Operational Units and 34 Simple Structures. The most discussed topic, regardless of whether or not they have a dedicated structure, seems to be physical activity (63%), followed by addictions (53%), nutrition (48%), prevention (33%), in the queue appear dental hygiene and family/parenting (both at 7%). The LHC City of Turin and the LHC of Salerno are the ones that have the greatest number of topics.

Conclusions: the results showed a great unevenness in the national context with regard to the activities of HP, both in the organization of the structures and in the implementation of the projects. We assume a reduced attention to the digitization of information, despite the growing need to find complete and clear answers on the web.

Introduzione

Il concetto di “Promozione della Salute” (PdS) vede la luce con la Carta di Ottawa, redatta il 21 novembre 1986: “*La promozione della salute è il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e migliorarlo. (...) la promozione della salute non è legata soltanto al settore sanitario: supera gli stili di vita per mirare al benessere (...)*” (1). Una tale definizione trascende la portata delle attività sanitarie per investire l'intero orizzonte della vita civile e presuppone un grande investimento in termini di risorse umane ed economiche. Decidere quanto spendere per la salute è un processo complesso. L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) stima che nei Paesi dell'Unione Europea la spesa pro-capite nel 2019 per la salute si è attestata in media all'8,3% del PIL, variando da oltre l'11% in Germania e Francia a meno del 6% in Lussemburgo e Romania (2). In Italia è il Ministero della Salute (MS) il principale attore in merito a questioni di natura sanitaria e per le quali, insieme anche ad altri Ministeri (Economia, Istruzione, Ambiente, Lavoro, ecc.), spende €2473,00 pro capite (2) per far fronte ai bisogni della popolazione, dedotti da studi epidemiologici e dal confronto con Regioni e Province Autonome (PA) (di seguito indicate con Regioni/PA). Detto MS produce il Piano Sanitario Nazionale (PSN), che fino al 2001 ha avuto valore di legge. A seguito della modifica del Titolo V della Costituzione (3), dell'entrata in vigore della Legge Costituzionale n° 3 del 18 ottobre 2001 (4), della successiva nuova individuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza da parte del (D.P.C.M. 29 novembre 2001 e successivi aggiornamenti) (5), le competenze in materia di salute sono state trasferite alle Regioni e si parla di “*federalismo sanitario*”. Ad oggi è in vigore il PSN risalente al 2006-

2008 (6) che, tra i vari temi affrontati, parla di “*prevenzione e promozione della salute*”. Per definire meglio ciò che riguarda *Prevenzione e promozione della salute*, la Conferenza Permanente Stato-Regioni il 6 agosto 2020 ha varato il nuovo *Piano Nazionale di Prevenzione* (PNP) 2020-2025, dando indicazioni alle Regioni di recepirlo nei propri *Piani Regionali di Prevenzione* (PRP) entro il 31 dicembre 2020 (1). Il nuovo PNP, oltre ad una parte dedicata alla pandemia per SARS-CoV-2, prevede la PdS come elemento cardine e caratterizzante le politiche sanitarie “*al fine di prevenire le patologie e potenziare la competenza e la consapevolezza degli attori*” (2).

Le attività previste dai PSR-PRP sul territorio, come quelle di PdS, vengono affidate a strutture organizzative (semplici o complesse) che fanno capo alle Aziende Sanitarie Locali (ASL, definita in alcune Regioni/PA anche come USL, ATS, ecc). Il grado di complessità delle diverse strutture è determinato dalla numerosità e dall'interdisciplinarietà dei professionisti presenti, dal grado tecnologico raggiunto e, soprattutto, dalla capacità di esercitare funzioni di supporto alla direzione aziendale, assicurare la corretta applicazione dei piani regionali, coordinare diversi processi professionali e mobilitare risorse economiche. Le strutture semplici, benché autonome nella gestione delle risorse umane, tecniche e finanziarie, fanno capo o ad una struttura complessa o al Dipartimento, la macrostruttura che racchiude tutte le unità che si occupano di tematiche comuni (ad esempio il Dipartimento di Prevenzione), oppure possono essere direttamente dipendenti dalla Direzione Aziendale (7). Esistono poi dei Progetti strutturati con tanto di Responsabili che non obbligatoriamente fanno capo ad una Struttura, possono avere durata definita nel tempo, rispondere ad un mandato aziendale, prevedere collaborazioni tra più strutture, intra o interaziendali o altro. Esistono, infine, iniziative estemporanee di diverse strutture, spesso in collaborazione con società scientifiche o associazioni di cittadini o altro, che fanno parte del panorama, ma che non possono essere censite con speranza di esaustività.

Il nostro studio, nato sotto l'egida della Società Italiana di Promozione della Salute (SIPS) si è posto l'obiettivo di individuare le attività strutturate (e quindi censibili) di PdS in Italia, a livello nazionale, regionale e territoriale, degli Uffici Centrali, delle Unità Operative aziendali, fino ai Progetti dedicati formalmente istituiti.

Materiali e metodi

L'indagine è stata svolta *on line* nel periodo compreso tra febbraio 2020 e luglio 2021. Le fonti di riferimento sono state individuate tra i siti ufficiali del Ministero della Salute, delle Regioni e delle Aziende Sanitarie. Purtroppo, non tutte le Regioni/PA producono contemporaneamente PSR e PRP, né aggiornano costantemente i propri siti *web* inserendo le modifiche di organigrammi e nuovi progetti.

Abbiamo quindi indagato:

1. Chi si occupa di PdS al livello nazionale;
2. Quali sono le strutture regionali centrali che si occupano di PdS e quali temi sviluppano;
3. Quante Aziende Sanitarie (AS) hanno strutture dedicate alla PdS;
4. Quanti e quali progetti hanno dette AS ed a quali argomenti si dedicano;
5. Quali sono le Istituzioni/Associazioni indipendenti che promuovono la salute.

I dati sono stati raccolti, organizzati ed analizzati utilizzando il *software Microsoft Excel* (ver. 16).

In merito al punto 1) abbiamo cercato nei siti governativi nazionali.

In merito al punto 2) abbiamo cercato tra gli organigrammi regionali le Direzioni o i Dipartimenti che si occupano di PdS, addentrandoci nel dettaglio fino agli Uffici/UU.OO. che avessero come scopo principale la PdS. Abbiamo analizzato i PRP (2014-2018) delle diverse Regioni per stimare l'importanza, che almeno sulla carta, hanno dedicato alla PdS, in base alle indicazioni del PSN (abbiamo cercato la parola "Promozione" all'interno di ogni documento, da sola o associata a diversi concetti: salute, stili di vita sani, comportamenti salutari, consumo di alimenti sani, ecc.). Per raccogliere le iniziative di PdS delle strutture sopracitate, la ricerca è stata condotta nelle sezioni tematiche dei siti regionali, individuate con i termini "Salute" o "Prevenzione".

In merito al punto 3) abbiamo inserito nella casella di ricerca di ogni sito le parole "organigramma" o "promozione della salute". Dai risultati ottenuti, si è proseguito fino ad ottenere i documenti PDF che mostrassero l'effettiva articolazione degli uffici oppure il *link* diretto alla sezione del sito dedicata alla PdS. Il *database* derivante da questa prima fase è stato organizzato indicando:

- Denominazione della Regione/PA;
- Denominazione dell'Azienda;
- Promozione della salute (indicando con 2 le ASL che avessero una struttura semplice o complessa dedicata alla PdS, con 1 le Aziende che si occupavano del tema senza avere una struttura dedicata e con 0 se nel sito non venivano ravvisate tracce dell'argomento);
- Tipologia di struttura (semplice o complessa);
- A quale struttura complessa fa capo la struttura semplice;
- A quale Dipartimento/Direzione fa capo la struttura semplice o complessa.

In merito al punto 4) abbiamo approfondito i risultati derivanti dall'inserimento dell'espressione "promozione della salute" e/o concentrandoci nelle sezioni delle strutture dedicate, dove presenti. Abbiamo inizialmente raccolto tutti i progetti o le iniziative promosse delle aziende che erano elencati sui siti *web*, facendo attenzione all'anno di riferimento, in quanto alcuni erano nominati ma non attivi, e al grado di

approfondimento e precisione della descrizione degli stessi. In un secondo momento, abbiamo classificato i progetti attivi in macroaree che potessero indicare i temi principali della PdS, così individuati in base alla frequenza di riscontro:

- Attività fisica
- Alimentazione
- Salute sessuale
- Dipendenza
- Sicurezza in casa
- Sicurezza in strada
- Salute mentale
- Nuove tecnologie
- Salute della donna
- Luoghi di lavoro
- Discriminazioni
- Salute dentale
- Maternità/allattamento al seno
- Prevenzione (programmi di *screening*)
- Famiglia/genitorialità
- Ambiente
- Altro (donazione di sangue, organi e tessuti, salute dei migranti, *life skills*, violenza domestica, primo soccorso, COVID-19)

Inoltre, per avere un riscontro sulla sensibilità/affidabilità del nostro metodo, abbiamo inviato i risultati preliminari della nostra ricerca a rappresentanti di quattro realtà regionali (Lombardia per il nord, Emilia Romagna per il centro, Campania per il sud, Sardegna per le isole) estratti su base volontaria dal Consiglio Direttivo SIPS (Società Italiana per la Promozione della Salute - sipsalute.it).

Per rispondere al quesito 5) abbiamo usato come fonte il sito *Italia non profit* (italianonprofit.it) che si propone di censire tutte le associazioni che si occupano di salute. Abbiamo condotto anche una ricerca su Google scrivendo “Promozione della salute in Italia”.

Risultati

Premettiamo che i nostri risultati riferiscono ciò che appare (o meglio, appariva) nel periodo di studio e non obbligatoriamente ciò che è. Dall'indagine effettuata emerge una “prevalenza periodale” di strutture, progetti e attività in essere dal 2014 al 2021.

Risposta al quesito 1)

Analizzando i siti governativi, al di là del *Dipartimento Politiche Antidroga* e dell'*Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità*, le cui attività potrebbero avere

attinenza con la PdS, come ci aspettavamo, è soprattutto il MS che se ne occupa a livello nazionale, affidandola alla *Direzione generale della prevenzione sanitaria*, in particolare, all'Ufficio 8 "*Promozione della salute e prevenzione e controllo delle malattie cronico-degenerative*". Tra le sue iniziative vengono riportate:

- Piano Nazionale della Prevenzione;
- Guadagnare salute (tabagismo, alcol, alimentazione ed attività fisica);
- Tumori (rete nazionale tumori rari, screening);
- Alleanza globale contro le malattie respiratorie croniche – GARD Italia.

Non esiste una sezione del Consiglio Superiore di Sanità che si occupi specificamente di PdS. Diversa, invece, la situazione dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), principale organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): esso si occupa di PdS attraverso il *Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute* e il *Dipartimento Malattie cardiovascolari, endocrino-metaboliche e invecchiamento*. Il primo si occupa di coordinare a livello nazionale le iniziative per la prevenzione delle malattie e la PdS, ricercare e sperimentare metodi efficaci per la PdS, costruire approcci integrati multidisciplinari e promuovere interventi sostenibili evidence-based. Il secondo, ha attività strategiche in tema di:

- Alcol,
- Alimentazione,
- Allattamento,
- Attività fisica,
- Contesti di vita e di lavoro,
- Incidenti e traumatismi,
- Obesità,
- Stili di vita.

Risposta al quesito 2)

Nei PRP analizzati abbiamo ottenuto i risultati mostrati in FIG.1.

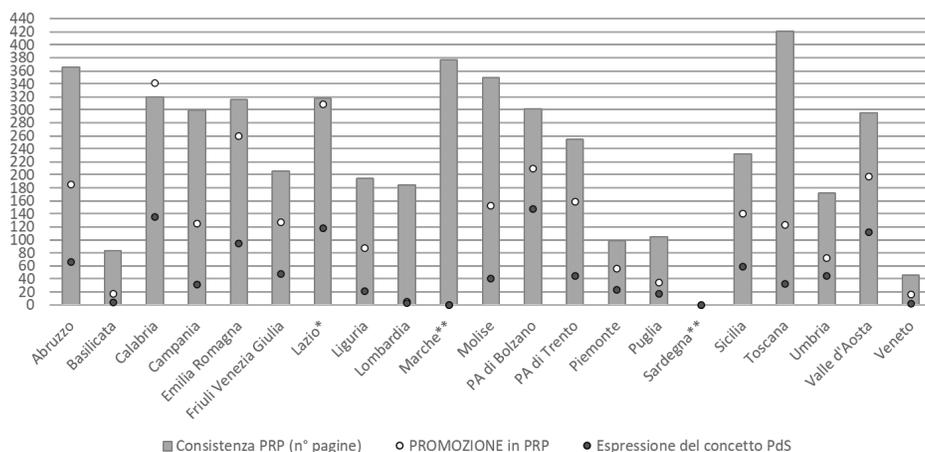


Figura 1 - Espressione dei termini PROMOZIONE o PROMOZIONE DELLA SALUTE nei Piani Regionali di Prevenzione

*dal sito della Regione Lazio non è emerso un formato scaricabile di PRP, per cui il documento è stato recuperato dal sito di epicentro.it

**per le Regioni Marche e Sardegna non è stato possibile quantificare la ripetizione della parola perché il formato del documento on-line non permetteva questa ricerca. Tra l'altro, il PRP della Sardegna è presentato in diverse sezioni con documenti relativi ad ogni programma, per cui non è stato possibile un calcolo delle pagine in totale. Dall'analisi della documentazione on-line è comunque evidente che anche in queste regioni vi siano programmi di promozione della salute strutturati.

In TAB.1 vediamo quanti Assessorati regionali hanno centralmente un'Unità dedicata alla PdS (12 su 21 = 57%) e quante sono le tematiche (vedi punto 4 "Materiali e Metodi") nominate nei loro siti *web*. Tra queste non è considerato l'ambiente, in quanto nei siti Regionali c'era sempre una sezione dedicata a parte. L'attività fisica, le dipendenze e la prevenzione, sono tra le tematiche più trattate, con rispettivamente 15, 12 e 12 Regioni/PA su 21. Nella categoria "Altro" spesso è comparsa la tutela della salute dei detenuti, mentre rimane a 0 il tema delle nuove tecnologie. Per la Regione Calabria, nonostante sia visibile nell'organigramma una struttura dedicata di Prevenzione e Sanità Pubblica, non si è potuto assegnare alcuna tematica di PdS perché sul sito non compariva nulla. Per Piemonte, Campania, Valle d'Aosta e Sardegna non è stato possibile capire a chi è affidata la PdS, le ultime due, inoltre, avevano un sito poco aggiornato.

Regione	Uo Pds	N° Temi Trattati	Macrostruttura Centrale
Abruzzo	Si	8	Dipartimento Salute
Basilicata	No	5	Dip. Politiche persona
Calabria	Si	0	Dip. tutela della salute, servizi socio-sanitari
Campania	No	3	Dir.Gen. per la Tutela della Salute Dir.Gen. Politiche Sociali e Socio Sanitarie
Emilia-Romagna	Si	8	Direzione Generale Welfare
Friuli Venezia Giulia	Si	6	Dir.Cen. Salute, Politiche sociali e Disabilità
Lazio	Si	5	Dir. Reg. salute e integrazione sociosanitaria
Liguria	No	6	Dip. Salute e Servizi sociali
Lombardia	Si	6	Direzione Generale Welfare
Marche	Si	4	Agenzia Sanitaria Regionale
Molise	No	2	Direzione Generale per la Salute
Pa Bolzano	Si	4	Dipartimento Salute
Pa Trento	No	4	Dipartimento Salute e Politiche sociali
Piemonte	No	7	Direzione Generale Sanità e Welfare
Puglia	Si	7	Dip. di PdS e del Benessere animale
Sardegna	No	2	Assessorato Salute - SardegnaSalute
Sicilia	Si	5	Dip. Attività sanitarie e Oss. epidemiologico
Toscana	Si	5	Direzione Welfare e coesione sociale
Umbria	No	5	Direzione Regionale Salute e Welfare
Valle D'Aosta	No	5	Dipartimento di Sanità e Salute
Veneto	Si	3	Dir. Prevenzione, Sicurezza alimentare veterinaria

Tabella 1- Strutture centrali specificamente dedicate alla PdS negli Assessorati delle Regioni italiane

Risposta al quesito 3)

La TAB.2 mostra che nella stragrande maggioranza delle ASL italiane si riscontrano attività di PdS, ma, se valutiamo la percentuale di strutture (semplici o complesse) dedicate, i valori sono molto disomogenei.

Regione	Aziende sanitarie	Aziende che non hanno riferimenti di PdS sul sito	Aziende che NON hanno UO dedicate		Aziende che hanno UO dedicate	
	N°	N°	N°	%	N°	%
Abruzzo	4	0	4	100%	0	0%
Basilicata	2	0	2	100%	0	0%
Calabria	5	0	4	80%	1	20%
Campania	7	0	6	86%	1	14%
Emilia Romagna	8	0	4	50%	4	50%
Friuli Venezia Giulia	3	0	3	100%	0	0%
Lazio	10	0	7	70%	3	30%
Liguria	5	0	4	80%	1	20%
Lombardia	8	0	0	0%	8	100%
Marche	1	0	0	0%	1	100%
Molise	1	0	1	100%	0	0%
Piemonte	12	0	5	42%	7	58%
Prov. Auton. Bolzano	1	0	1	100%	0	0%
Prov. Auton. Trento	1	0	0	0%	1	100%
Puglia	6	0	5	83%	1	17%
Sardegna	1	0	0	0%	1	100%
Sicilia	9	1	5	56%	3	33%
Toscana	3	0	0	0%	3	100%
Umbria	2	0	1	50%	1	50%
Valle D'Aosta	1	0	1	100%	0	0%
Veneto	9	0	4	44%	5	56%
TOTALE COMPLESSIVO	99	1	57	58%	41	41%

Tabella 2 - Aziende sanitarie con attività di PdS e UO dedicate per Regione/PA

Raggruppando le Regioni che hanno ASL con UO dedicate alla PdS secondo i percentili, si ottiene la seguente distribuzione:

- 100% per Marche, PA Trento, Toscana, Sardegna, Lombardia;
- Tra il 58 e il 99% compare il Piemonte;
- Tra il 31 e il 57% troviamo Emilia-Romagna, Umbria, Sicilia, Veneto;
- Tra 1 e 30% ci sono Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Puglia;
- E allo 0% si attestano Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Molise, PA Bolzano, Valle d'Aosta, Abruzzo.

In Italia abbiamo 41 strutture dedicate alla PdS, di cui 7 sono Unità Operative Complesse (UOC): le Strutture Complesse (SC) fanno tutte capo ad un Dipartimento (di Prevenzione o di Igiene e Prevenzione sanitaria o di Sanità Pubblica). Delle Strutture Semplici (SS), la maggior parte (29) fa capo ad uno dei suddetti Dipartimenti, 4 alla Direzione Sanitaria e 1 alla Direzione Generale. Le ASL che non hanno alcuna UO dedicata fanno attività di PdS in maggioranza con progetti ed iniziative direttamente coordinati da Strutture che si occupano di tematiche affini (Igiene e Sanità Pubblica, Igiene degli Alimenti e Nutrizione, ecc.) oppure, direttamente dal Dipartimento di Prevenzione come accade in 30 casi su 57 (vedi FIG 2).

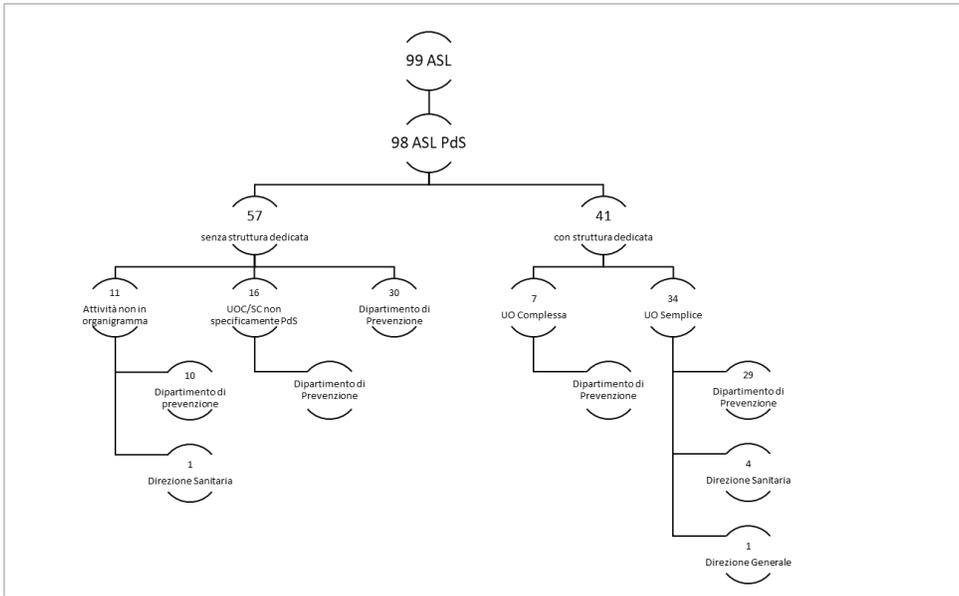


Figura 2 - Attività più o meno strutturate di PdS nelle ASL italiane

Risposta al quesito 4)

Le tematiche di PdS toccate dai progetti delle ASL complessivamente in Italia, sono così distribuite:

- Attività fisica 63%
- Dipendenza 53%
- Alimentazione 48%
- Prevenzione 33%
- Salute mentale 28%
- Altro 27%
- Luoghi di lavoro 24%
- Salute sessuale 23%
- Maternità/allattamento al seno 15%
- Sicurezza in casa 15%
- Sicurezza in strada 15%
- Nuove tecnologie 14%
- Ambiente 13%
- Salute della donna 12%
- Discriminazioni 8%
- Famiglia/genitorialità 7%
- Salute dentale 7%

Il tema più trattato, a prescindere dall'aver o no una struttura dedicata, sembra essere l'attività fisica, nel 63% dei casi, seguita dalle dipendenze (fumo, alcol e droghe), mentre meno affrontati appaiono l'igiene dentale e la famiglia/genitorialità (solo in 7 casi su 99). L'ASL Città di Torino (che non ha una struttura dedicata) e l'ASL di Salerno sono quelle che hanno il maggior numero di temi trattati 12/17, se si include la categoria "altro", seguite da altre 3 del Piemonte, 2 delle quali senza struttura dedicata, e dall'ASP di Messina. In 5 casi, non sono stati trovati dei veri e propri progetti ma solo del materiale divulgativo, inoltre, non è stato possibile valutare appieno l'offerta di 8 ASL o per mancanza di riferimenti espliciti ai progetti o per aggiornamenti del sito risalenti ad almeno 3 anni fa (2018), tra queste ultime, l'ASL Umbria 2 totalizza 0 progetti a suo carico, sebbene abbia una Struttura Semplice Dipartimentale dedicata (sito aggiornato al 2017). Insieme ad essa, l'ATS della Montagna (Lombardia), l'Azienda ULSS 5 Polesana (Veneto), l'Azienda USL Piacenza, l'ASP Catanzaro e l'ASP Siracusa hanno strutture dedicate ma ci sono progetti per meno di 2 temi di PdS. Analizzando nel dettaglio la distribuzione delle tematiche nelle diverse ASL italiane, notiamo, ad esempio, che Abruzzo, Calabria, Marche e PA di Bolzano hanno 0 strutture che promuovono l'attività fisica mentre Puglia e Campania ne hanno meno del 50%. Sono solo 5 le Regioni che hanno il 100% di ASL che si occupano del tema. Però, a parte il Friuli Venezia Giulia che ha 3 aziende sanitarie, le altre Regioni (Molise, PA di Trento, Sardegna e Valle d'Aosta) hanno una sola ASL. Dopo l'integrazione, l'Emilia-Romagna sale a 8 ASL promuoventi l'attività fisica, quindi si aggiudica il 100%.

In FIG.3 sono messe a confronto il numero delle ripetizioni delle parole "promozione" e "promozione della salute" nei PRP con quante tematiche risultano affrontate dalle diverse Aziende Sanitarie regionali. Si nota una certa dissociazione tra l'enfasi data nei documenti di Piano e l'effettiva realizzazione di attività; essa è più evidente per Regioni come Abruzzo e Calabria per un verso, Piemonte e Veneto per l'altro.

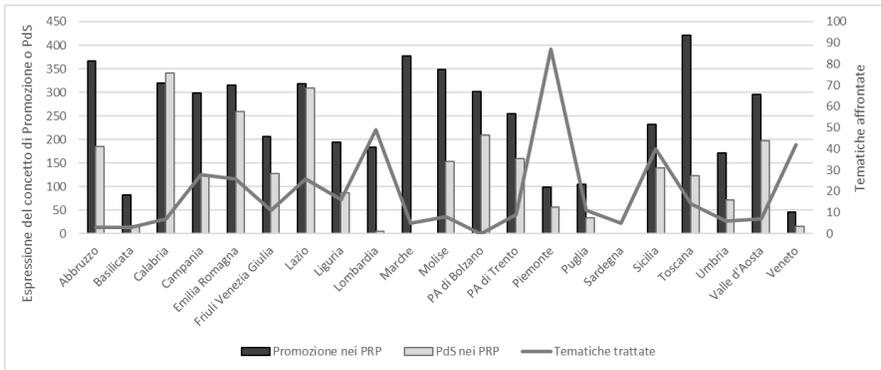


Fig. 3 - Confronto tra il concetto di “promozione” o “promozione della salute” nei PRP e le tematiche trattate nelle Regioni italiane

In TAB.3 sono illustrate le maggiori discordanze/deficienze riscontrate, dopo aver ricevuto le integrazioni da parte delle Regioni campione interpellate per la nostra verifica. In particolare, il nostro censimento è risultato deficiente relativamente alle attività delle ASL di Piacenza, Parma e Reggio-Emilia. Questo corregge le risultanze della FIG.3 per la Regione Emilia-Romagna. Va detto che le integrazioni forniteci potrebbero riguardare un periodo successivo a quello della nostra indagine.

	Strutture Centrali	Strutture Aziendali	Progetti
Lombardia	100%	100%	100%
Emilia-Romagna	100%	100%	57%
Campania	100%	100%	100%
Sardegna	100%	100%	100%

Tabella 3 - Corrispondenza tra indagine effettuata e integrazioni inviate dalle Regioni campione

Risposta al quesito 5)

Dall’analisi del sito *Italia non profit*, sulle 110 associazioni trovate, solo 1 (Aghape)

ha tra gli obiettivi la PdS, anche se in senso spiccatamente “olistico”, tutte le altre si occupano specificamente di precise tematiche: es. PdS per chi soffre di dipendenza da droghe, per chi fa abuso di alcolici, per i malati oncologici, per i migranti, ecc. Dalla ricerca su Google, invece, abbiamo trovato le associazioni, per altro a noi già note che sappiamo occuparsi da tempo e con serietà scientifica dell’oggetto della nostra ricerca:

- CIPES - Centro d’Iniziativa per la Promozione della Salute e l’Educazione Sanitaria (Torino, 1990)
- ISES - Istituto Europeo per lo Sviluppo Economico (Alessandria, 2010)
- Educazione Prevenzione della Salute (Torino, 2020)
- Dors - Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute (Grugliasco-TO, 1998)
- CeSPES - Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l’Educazione Sanitaria (Perugia 1954)
- CREPS - Ricerca Educazione Prevenzione e Promozione della Salute (Siena, 1999).

Non può sottacersi la Cattedra del prof. Paolo CONTU, operante presso l’Università di Cagliari – Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica sotto l’egida della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica – SItI e dell’International Union for Health Promotion and Education – IUPHE.

Discussione

Concettualmente non è facile definire il “dominio” delle attività di PdS, come non è facile definire il concetto di salute, che nella definizione dell’OMS collima, a nostro avviso, con quello di felicità (8). Per chi ha una cultura scientifico-quantitativa è *meglio non* parlare di una cosa che non si conosce abbastanza, cioè che non si può misurare, e quindi descrivere attraverso indicatori numerici. Per una definizione di salute misurabile e perseguibile ci piace ricorrere agli obiettivi che Martin McKee (9) scandisce per la Sanità:

- Prolungare la durata della vita,
- Evitare morti premature,
- Ridurre il dolore e la presenza di malattia,
- Ridurre la disabilità,
- Assicurare la possibilità di scelta riproduttiva.

Ci rendiamo conto che questa definizione trascura aspetti psico-sociali, per altro al di fuori del “dominio” sanitario. È altrettanto vero che è quasi esclusivamente il SSN, ad oggi, ad aver investito in attività di PdS nel nostro Paese basandosi sui “bisogni

di salute” analizzati attraverso indicatori epidemiologici (10). Il concetto di “salute in tutte le politiche” auspicato dall’OMS (11), che prevederebbe un *health impact assessment* su ogni piano/programma/progetto/intervento è ben lungi dal trovare sostanziale applicazione. Interessanti, invece, sono le indicazioni da qualche anno fornite, con sempre maggiore autorevolezza, dall’OCSE che grazie alla sezione “Salute a colpo d’occhio”, ci dà una visione rapida della situazione sanitaria in Europa, ponendo l’accento su tematiche importanti per la PdS quali: l’inquinamento atmosferico, l’obesità, il fumo, l’alcol e le disuguaglianze (2), sottolineando quanto sia importante la partecipazione di tutti (individuale e collettiva) per raggiungere gli obiettivi di una corretta attività di PdS (12). La nostra ricerca/censimento si è dunque incentrata sul SSN, anche in considerazione delle risorse economiche da questo investite sul tema. Abbiamo verificato che il MS dedica un Ufficio apposito alla PdS dedicandosi alla lotta contro il fumo, l’alcol, le malattie respiratorie e si occupa anche di prevenzione, soprattutto in ambito tumorale (13). Sempre a livello centrale abbiamo anche l’ISS che ha attività strategiche dedicate a diverse aree tematiche, tipiche della PdS (14). Se scendiamo a livello regionale, analizzando i PRP 2014-2018, nella FIG.1 notiamo come il concetto di PdS sia maggiormente espresso dalla PA di Bolzano e dalla Regione Calabria, quest’ultima mantiene il primato anche nel numero di ripetizioni della parola “Promozione”, che nei documenti viene spesso associata a concetti di PdS. Analizzando la FIG.3, però, possiamo notare come l’apparente attenzione dedicata nei PRP alla PdS non rispecchi il reale impegno che le singole Regioni/PA hanno investito nella creazione di progetti specifici. Innanzitutto in TAB.2 possiamo notare che solo il 57% delle Regioni ha un’Unità di PdS e che proprio la Calabria non ha alcun progetto di PdS rintracciabile sul sito. La percentuale scende al 41% se analizziamo le singole ASL, quella di Caltanissetta non ha alcun riferimento di PdS sul suo sito. Su 21 Regioni/PA, 11 (52%) si trovano al di sotto del 3° quartile in termini di presenza di strutture dedicate alla PdS nelle proprie ASL, di cui 6 non ne hanno nemmeno una. Analizzando come è organizzata a livello strutturale la PdS nelle ASL italiane (FIG.2) abbiamo visto che, tra quelle che fanno attività in tema non in organigramma, solo in un caso le suddette attività sono affidate direttamente alla Direzione Sanitaria e 4 UO semplici fanno direttamente capo ad essa (1 fa capo alla Direzione Generale). Tra le 57 ASL senza UO dedicata e le 41 con UO dedicata, sono 92 le ASL che affidano la PdS al Dipartimento di Prevenzione, decisione condivisibile visto che la *Promozione della Salute* possiamo includerla nel macrogruppo della Prevenzione Primaria anche se, vista la moltitudine di temi di cui si occupa e le innumerevoli attività e progetti che si potrebbero fare per raggiungere la popolazione, sarebbe opportuno dedicare una intera UO, per una corretta gestione delle risorse. Nonostante sia, per l’appunto, “primaria”, non è scontato trovare nella stessa Regione

la medesima offerta di iniziative per tutto il bacino d'utenza: la percentuale di distribuzione delle tematiche di PdS affrontate dalle ASL parte da un valore massimo di copertura nazionale del 63% fino ad un minimo del 7%, sebbene il PRP sia valido per ogni Azienda Sanitaria. È pur vero che ogni zona ha dei bisogni particolari. Se prendiamo, ad esempio, la macroarea dell'attività fisica, che potrebbe essere considerata una tematica da promuovere ovunque indistintamente e che rappresenta un ottimo investimento per l'Italia, come dimostrato da Goryanik Y. Et al. (15), quasi nessuna Regione presenta una copertura completa (se si escludono il Friuli-Venezia-Giulia e quelle che hanno una sola azienda). Anche considerando le Regioni apparentemente più virtuose, in termini di tematiche trattate (FIG.3), come il Piemonte, la Lombardia, il Veneto e la Sicilia, riscontriamo una copertura media del 79%: ciò significa che alcune delle loro zone non sono coinvolte in progetti di promozione dell'attività fisica. Le percentuali diminuiscono se analizziamo le altre aree tematiche. Nel periodo corrispondente alla nostra ricerca, il gruppo di lavoro *Health Promotion* dell'OMS (16) ha pubblicato manuali e linee guida sulla promozione della salute nelle scuole, tema che abbiamo visto comparire spesso nella nostra indagine. Molti progetti di promozione dell'attività fisica, della sana alimentazione, che da sempre riveste grande importanza nella PdS (17), e del corretto utilizzo delle nuove tecnologie, si svolgono proprio nelle scuole grazie all'alleanza dell'iniziativa "Guadagnare salute" con le istituzioni scolastiche (18), ma l'OMS ha anche posto l'attenzione sulla *Urban health* (19), che invece non è mai comparsa nei siti analizzati.

Essendo stato *internet*, nel periodo pandemico, pressoché l'unico canale di comunicazione con la cittadinanza, fa riflettere trovare i siti delle aziende sanitarie non aggiornati. Il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) (20) ha tra le sue principali strategie di intervento "digitalizzazione e innovazione", sempre più fondamentali nella comunicazione e condivisione di notizie e saperi ai giorni nostri. Segno di scarsa digitalizzazione è il constatare un disomogeneo aggiornamento della banca dati Pro. Sa. che dovrebbe contenere i progetti di promozione della salute di tutta Italia per "supportare le attività di operatori, decisori e stakeholders nell'ambito della prevenzione e promozione della salute" (21). La metodica di ricerca utilizzata nella nostra indagine, risente inevitabilmente del grado di aggiornamento dei siti *web* delle Aziende Sanitarie e, dunque, ha dei limiti che potrebbero farci sottostimare o, meno probabilmente, sovrastimare, l'attuale livello della PdS nel SSN. Per quantificare il grado di sensibilità ottenuto attraverso questo approccio, abbiamo deciso di inviare i risultati preliminari a 4 Regioni rappresentative. Ebbene, 2 su 4 (Sardegna e Lombardia) hanno confermato la nostra ricerca seppur correggendo alcuni nomi di progetti, che evidentemente nel frattempo erano stati aggiornati, ma che toccavano le medesime macroaree tematiche. L'Emilia-Romagna, per alcune ASL ha confermato i risultati ottenuti, per altre

ha fatto delle precisazioni segnalando alcuni progetti che sono effettivamente attivi in Regione e che sono anche disponibili online ma non sul sito “classico” al quale abbiamo fatto riferimento nella nostra ricerca: le ASL di Parma, Piacenza e Reggio Emilia, a differenza di quanto censito inizialmente, hanno diversi progetti attivi. L’Emilia-Romagna ha un sito dedicato alla PdS (www.mappadellasalute.it), in cui sono raccolte tutte le iniziative che le varie ASL puntualmente aggiornano. Inoltre, dichiara di comunicare con la popolazione attraverso i social media, metodo che aiuta il contatto con i cittadini e la loro sensibilizzazione. Sia la Lombardia che l’Emilia-Romagna ci hanno segnalato dei documenti regionali che trattano la PdS: la Lombardia provvede a dare delle indicazioni di base alle aziende sui temi di PdS da dover trattare, lasciando libertà d’azione in base alle esigenze territoriali, l’Emilia-Romagna dimostra un consistente investimento e una fitta rete di collaborazione, almeno sulla carta, tra le varie diramazioni delle ASL. Come abbiamo visto, però, la copertura dell’attività fisica in Lombardia non raggiunge il 100%, almeno dall’indagine sul web, nonostante faccia parte dei temi “predefiniti” a livello regionale. In Emilia-Romagna non ci sono ovunque strutture dedicate sebbene la PdS sia al centro di diverse iniziative e collaborazioni e questo potrebbe avere sicuramente un impatto sulla promozione delle varie iniziative a livello territoriale. Abbiamo riscontrato il caso di siti dedicati non segnalati sulle pagine *web* delle ASL o sui loro *social* ufficiali che però non compaiono come possibili “contatti”, il che non aiuta l’orientamento del comune cittadino.

Conclusione

Internet rappresenta ormai il principale canale comunicativo per la popolazione, l’importanza di rafforzare *life skills* per un vantaggioso utilizzo di questo strumento è cruciale e sottolineata da Fioretti G. et al., soprattutto per poter ripensare ad attività di PdS efficaci (22). La copertura disomogenea che appare dalla nostra ricerca, rivendica una diseguale distribuzione dei servizi sanitari nel nostro Paese, perlomeno relativamente al tema indagato. Sarebbe interessante fare un’intervista alla cittadinanza per verificare quanto effettivamente le varie ASL riescono a raggiungere il proprio bacino d’utenza con attività di PdS. Se il problema riguardasse solo le modalità di comunicazione (23), si tratterebbe di uniformare la qualità e la quantità dell’informazione per aumentare l’aderenza alle varie campagne di sensibilizzazione, che già devono superare i pregiudizi e i fattori psicologici che rendono complessi gli interventi di promozione e prevenzione (24). Ben più grave è se la disomogeneità fosse sostanziale e non solo apparente, con sostanziale tradimento di due principi fondamentali del nostro SSN: l’equità e l’uguaglianza (25). Investendo su attività di PdS abbiamo la convinzione che il bilancio costi/benefici sia ancora più favorevole di quello delle

attività di prevenzione primaria (26).

Ci auguriamo che la nostra ricerca possa essere uno stimolo ad approfondire con altri tempi ed energie ancor prima che con ulteriori risorse economiche, che richiederebbero un'attenta analisi prima di essere correttamente distribuite (27).

Bibliografia

1. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. 1986. Disponibile su: https://intranet.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
2. OECD. Health at a Glance: Europe 2020 : State of Health in the EU Cycle [Internet]. Vol. Chapter 5. Health expenditure and financing. Disponibile su: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/82129230-en/1/3/2/3/1/index.html?itemId=/content/publication/82129230-en&csp_=e7f5d56a7f4dd03271a59acda6e2be1b&itemIGO=oecd&itemContentType=book&_ga=2.126140301.1632251303.1635789465-1293381420.1635789465.
3. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Titolo V - Le Regioni, le Province e i Comuni. In. Disponibile su: <https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-seconda-ordinamento-della-repubblica/titolo-v-le-regione-province-e-i>
4. Gazzetta Ufficiale. Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3. In: Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione [Internet]. Disponibile su: <https://www.parlamento.it/parlam/leggi/01003lc.htm>
5. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Definizione dei livelli essenziali di assistenza. In: DPCM 29 novembre 2001 [Internet]. Disponibile su: https://www.camera.it/temiap/temi17/dpcm29_novembre_2001.pdf
6. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2006 - 2008 [Internet]. Disponibile su: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=1205
7. DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA. STANDARD PER L'INDIVIDUAZIONE DI STRUTTURE SEMPLICI E COMPLESSE DEL SSN EX. ART. 12, COMMA 1, lett. b), PATTO PER LA SALUTE 2010-2012 [Internet]. Ministero della Salute; Disponibile su: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1870_allegato.pdf
8. World Health Organization. Definition of Health. In. Disponibile su: <https://www.publichealth.com.ng/world-health-organizationwho-definition-of-health/>
9. McKee, Martin. Martin McKee's blog - Tales from a travelling public health professor [Internet]. Disponibile su: <http://martinmckeesblog.blogspot.com/>
10. Nante N. I bisogni di salute. Rapp Oss [Internet]. 2003; Disponibile su: file:///C:/Users/bosco/Downloads/ro-2003-arg-bisogni_di_salute.pdf
11. World Health Organization. HEALTH IN ALL POLICIES [Internet]. 2015. Disponibile su: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/151788/9789241507981_eng.pdf;sequence=1
12. Modolo MA. Health education, prevention, health promotion.. *Recenti Prog Med.* ottobre 2006;97(10):533-9.
13. Ministero della Salute. Ufficio 8 - Promozione della salute e prevenzione e controllo delle malattie cronico-degenerative [Internet]. Disponibile su: https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_4_2.jsp?menu=uffCentrali&label=uffCentrali&id=1191
14. Istituto Superiore di Sanità. CENTRO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE [Internet]. Disponibile su: <https://www.iss.it/web/>

- guest/centro-nazionale-per-la-prevenzione-delle-malattie-e-la-promozione-della-salute
15. Goryakin Y, Aldea A, Lerouge A. Promoting sport and physical activity in Italy: a cost-effective analysis of seven innovative public health policies. *Ann Ig Med Prev E Comunità*. 8 novembre 2019;(6):614–25.
 16. World Health Organization. Health promotion [Internet]. Disponibile su: https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=681&area=stiliVita&menu=programma
 17. Cecilia Quercioli C, Marianelli RB, S Conti S, Niccoli B, Messina G, Nante N. Nutritional counselling and its effects on diet, nutritional knowledge and status, physical activity and quality of life in a Southern Europe population: evaluation of a health promotion programme. *T N J O U R N O F P U B C H E T H*. 2011;8(2).
 18. Ministero della Salute. Guadagnare salute - Obiettivi e strategie [Internet]. Disponibile su: https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=681&area=stiliVita&menu=programma
 19. World Health Organization. Healthy Cities Effective Approach to a Changing World [Internet]. Disponibile su: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004825>
 20. Ministero dell'Economia e della Finanze. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) [Internet]. 2021. Disponibile su: <https://www.mef.gov.it/focus/Il-Piano-Nazionale-di-Ripresa-e-Resilienza-PNRR/>
 21. Centro di Documentazione per la Promozione della Salute. Banca Dati di Progetti e Interventi di Prevenzione e Promozione della Salute [Internet]. Disponibile su: <https://www.retepromozionesalute.it/>
 22. Fioretti G, Bacci S, Marceddu E, Cristofori M. Ripensare la promozione della salute a scuola nell'emergenza Covid-19. Indagine conoscitiva su criticità e bisogni espressi dai docenti. *Sist Salute*. gennaio 2021;64(4):515–33.
 23. Buja A, Rabensteiner A, Sperotto M, Grotto G, Bertoncetto C, Cocchio S, et al. Health Literacy and Physical Activity: A Systematic Review. *J Phys Act Health*. 1 dicembre 2020;17(12):1259–74.
 24. Bocci G, Troiano G, Messina G. Factors that could influence women's participation in colorectal cancer screening: an Italian study. *Ann Ig Med Prev E Comunità*. 30 marzo 2017;(2):151–60.
 25. Jonker MF, D'Ippolito E, Eikemo TA, Congdon PD, Nante N, Mackenbach JP, et al. The effect of regional politics on regional life expectancy in Italy (1980–2010). *Scand J Public Health*. marzo 2017;45(2):121–31.
 26. Carta MG, Cossu G, Pintus E, Zoccheddu R, Callia O, Conti G, et al. Active elderly and health—can moderate exercise improve health and wellbeing in older adults? Protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. dicembre 2021;22(1):331.
 27. Golinelli D, Toscano F, Bucci A, Lenzi J, Fantini MP, Nante N, et al. Health Expenditure and All-Cause Mortality in the 'Galaxy' of Italian Regional Healthcare Systems: A 15-Year Panel Data Analysis. *Appl Health Econ Health Policy*. dicembre 2017;15(6):773–83.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno