

OSSERVATORIO PREVENZIONE

FRANCESCO CALAMO-SPECCHIA*, ANNA LISA NICELLI**
E MASSIMO VALSECCHI***

OSSERVATORIO ITALIANO
SULLA PREVENZIONE (OIP):
VERSO UNA COPERTURA COMPLETA
DEL TERRITORIO NAZIONALE

1. *Caratteristiche e obiettivi dell'Oip*

L'Osservatorio Italiano sulla Prevenzione (Oip) è stato attivato nel 2010 dalla Fondazione Smith Kline (Fsk) e dalla Società italiana di igiene (Siti)¹.

Obiettivo strategico dell'Oip è stato fin dall'inizio contribuire con le sue indagini a realizzare un confronto tra le diverse esperienze e i diversi «mondi» della prevenzione italiana – ponendosi come possibile localizzazione comune e sintesi delle diverse esperienze geografiche e delle differenti appartenenze professionali – per arrivare al disegno di *una ipotesi di Dipartimento forte e condivisa*, e che in maniera forte e condivisa potesse poi essere proposta ai referenti istituzionali e politici del Ssn.

Gli strumenti di lavoro utilizzati a tale scopo dall'Oip nel biennio 2011-2012 – un questionario di valutazione e autovalutazione degli operatori (articolato in tre sezioni), e otto griglie di rilevazione di dati e in-

* *Professore associato di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.*

** *Vicepresidente e segretario generale della Fondazione Smith Kline.*

*** *Direttore del Dipartimento di Prevenzione e del Servizio di igiene e sanità pubblica della Asl di Verona.*

¹ L'Oip è stato affidato al suo inizio al coordinamento scientifico del dott. Domenico Lagravinese, direttore del Dipartimento di prevenzione e del Servizio di igiene e sanità pubblica della Asl di Bari, già coordinatore del Collegio degli operatori di sanità pubblica della Siti, che lo ha proficuamente orientato e condotto per tre anni.

formazioni (tab. 1) – sono stati messi a punto collegialmente in incontri svoltisi nel 2010, che hanno coinvolto più di 100 operatori del territorio (Lagravinese e Calamo-Specchia, 2010).

Tali strumenti sono poi stati saggiati nel 2011 in una prima tornata di rilevazioni, che ha riguardato 23 Dipartimenti – circa il 15% del totale nazionale – di 12 Regioni (Lagravinese e Calamo-Specchia, 2011); e nel 2012 in una seconda tornata che ha riguardato 60 Dipartimenti – circa il 40% del totale nazionale – di 19 Regioni, giungendo peraltro anche a coprire così circa il 40% della popolazione nazionale, e che ha visto la collaborazione attiva alle rilevazioni di quasi 200 operatori (Lagravinese e Calamo-Specchia, 2012).

Le caratteristiche di maggiore originalità dell'approccio dell'Oip, diffusamente illustrate nei già citati capitoli dei Rapporti Prevenzione 2010, 2011 e 2012 (cui dunque si rimanda per una esposizione più estesa), possono qui essere sintetizzate come segue:

1. *partecipazione* degli operatori alla costruzione degli strumenti di rilevazione, e costante «manutenzione» partecipata degli strumenti di rilevazione;

2. stimolo al *confronto* e alla *integrazione* tra gli operatori del Dipartimento, chiamati a fornire collegialmente le risposte alle griglie e al questionario Oip;

3. stimolo alla *soggettività* valutativa e autovalutativa degli operatori, attraverso l'ampio spazio riservato alle rilevazioni *qualitative*;

4. rilevazioni *quantitative originali*, allargate a variabili (dall'età media degli operatori alle attività di epidemiologia della Asl, dal *turnover* dirigenziale di Asl e Dipartimento alle dotazioni di risorse strumentali di quest'ultimo, ecc.) mai organicamente indagate in precedenza in iniziative analoghe;

5. analisi riferita a *tutto il territorio* e a *tutti gli attori* istituzionali di interventi preventivi, anche al di là delle strette competenze del Dipartimento;

6. monitoraggio di *tutte le attività preventive*, e non solo delle più consuete o delle più facili da rilevare

TAB. 1. *Oip, questionario di valutazione e griglie di rilevanza utilizzate nel 2011-2012. Schema degli ambiti e argomenti*

Questionario – parte I Dipartimento nel suo complesso	Questionario – parte II Aree del Dipartimento	Questionario – parte III Aree del Dipartimento e Dipartimento nel suo complesso	Griglie
Relazioni formali e rapporti informali con Regione, Asl, Unità di epidemiologia, M.m.g., P.I.s., altri referenti istituzionali extra Asl Necessità, situazione attuale e stile della comunicazione esterna e interna Ritorni comunicativi dalla Asl Controlli di qualità	Sensibilità sociale (attesa/rischieste) verso gli interventi Accettabilità sociale (gradimento) verso gli interventi Rilevanza epidemiologica degli interventi Qualità degli interventi	Punti forti e punti deboli Considerazioni e commenti liberi	1. Analisi della legislazione regionale più influente sulla prevenzione 2. Analisi delle attività di epidemiologia della Asl 3. Analisi dei flussi informativi della Asl 4. Descrizione degli assetti dell'organizzazione, e analisi delle risorse dei Dipartimenti: 4.1 personale 4.2 strutture 4.3 strumenti 4.4 finanziamenti 5. Analisi delle attività preventive della Asl nei differenti settori di intervento, e della loro preparazione (studio di epidemiologici <i>ad hoc</i> e indicazione di obiettivi di salute) e valutazione (di risultato, di salute, di gradimento)
Progetti autonomi e con finanziatori esterni, commerciali e istituzionali	Efficacia degli interventi		
<i>Turnover</i> dirigenziale Asl e Dipartimento Età media, rapporto di lavoro e motivazione degli operatori Promozione dell'equità sociale negli interventi	Efficienza degli interventi Qualità della comunicazione esterna Necessità di approfondimenti epidemiologici Necessità di aggiornamenti teorici e operativi, e loro ambienti e argomenti		

(quali quelle di medicina preventiva, più immediatamente enumerabili, come *screenings*, vaccinazioni, ecc.);

7. monitoraggio del *contesto* in cui tutte tali attività si svolgono: dalle conoscenze *epidemiologiche* su cui si basano, alle condizioni *organizzative* che le rendono possibili, alle modalità della loro *valutazione*.

Sulla scorta delle risultanze delle sue significative esperienze di rilevazione, e per preparare al meglio l'ambizioso obiettivo della *copertura di tutto il territorio nazionale*, per il 2013 l'Oip si è proposto dunque da una parte di effettuare una *messa a punto ulteriore dei tempi e degli strumenti di indagine*; e dall'altra di riflettere su come promuovere intorno alle proprie attività sia un *rinnovato impegno dei promotori*, sia una collaborazione crescente con *le Istituzioni pubbliche* e *le Società scientifiche e professionali* della sanità pubblica italiana.

2. *Messa a punto degli strumenti e delle metodiche dell'Oip*

La messa a punto degli strumenti e delle metodiche dell'Oip – condotta salvaguardando comunque le acquisizioni fin qui ottenute, e le impostazioni operative di maggiore originalità – ha seguito due direttrici principali: il *ripensamento della periodicità di effettuazione* e la *riorganizzazione e lo snellimento complessivo degli strumenti di indagine*, ossia delle griglie di rilevazione e del questionario di valutazione.

2.1. *Ripensamento della periodicità delle indagini*

Le rilevazioni di dati e informazioni, fin qui condotte sperimentalmente con una cadenza annuale, verranno effettuate a partire dal 2014 con *cadenza biennale*, e si articoleranno intorno a *griglie di rilevazione* snellite (cfr. *infra*, par. 2.2.1), grazie alle quali verranno rilevati preva-

lentemente gli aspetti *oggettivi* e *quantitativi* dell'organizzazione e dell'attività dei Dipartimenti.

Tale allungamento delle scadenze di rilevazione consentirà di gravare ancor meno che in passato sul lavoro dei colleghi dei Dipartimenti, solo grazie alla cui generosa disponibilità volontaria le attività dell'Oip si rendono possibili².

A tali rilevazioni biennali si accompagnerà poi, con *cadenza quadriennale*, la somministrazione del *questionario di valutazione soggettiva*, semplificato anch'esso (cfr. *infra*, par. 2.2.2), che consentirà di mantenere una tribuna di grande ascolto potenziale aperta sulla voce degli operatori, e potrà costituire, con cadenze sufficientemente ampie, un importante appuntamento per una verifica nazionale del «comune sentire» diffuso nei servizi; ovviamente così, almeno in parte, alla disdicevole situazione per cui «la volontà di 30-50 mila operatori, specie di quelli dei 200 Dipartimenti di Prevenzione delle Ausl non sono tenuti in nessun conto» (Carreri, 2011).

2.2. *Riorganizzazione e snellimento complessivo degli strumenti di indagine*

Lo snellimento degli strumenti di indagine prevede in generale – come sopra riportato – un loro sdoppiamento tra *rilevazioni oggettive* e *valutazioni qualitative*, ed una loro diversa temporizzazione; ed inoltre anche l'*eliminazione di alcune variabili* da griglie e questionario.

² Da taluno si è infatti paventato negli scorsi anni un impegno eccessivo degli operatori del Dipartimento per le indagini richieste dall'Oip. Peraltro, va forse rilevato che tale impegno sembra possa verosimilmente essersi riferito non tanto ad una difficoltà eccessiva o ad una impossibilità assoluta nel reperire le informazioni e le valutazioni richieste, quanto a carenze di determinazione o di organizzazione nel fornirle; come testimoniano le risposte accurate e complete pervenute da diversi Dipartimenti; che hanno indicato approssimativamente in due ore la durata dell'incontro tra operatori che era servito a compilare collegialmente le schede dell'Oip.

Le rilevazioni biennali delle variabili contenute nelle griglie, peraltro, riferendosi a dati quantitativi oggettivi e non richiedendo dunque – a differenza delle valutazioni qualitative quadriennali richieste dal questionario – una valutazione collettiva da parte degli operatori in un incontro di gruppo, potranno nel 2014 essere condotte autonomamente dal solo compilatore, e richiedere dunque un tempo ancora inferiore rispetto a quello richiesto nel 2011-2012.

2.2.1. *Le griglie di rilevazione quantitativa*

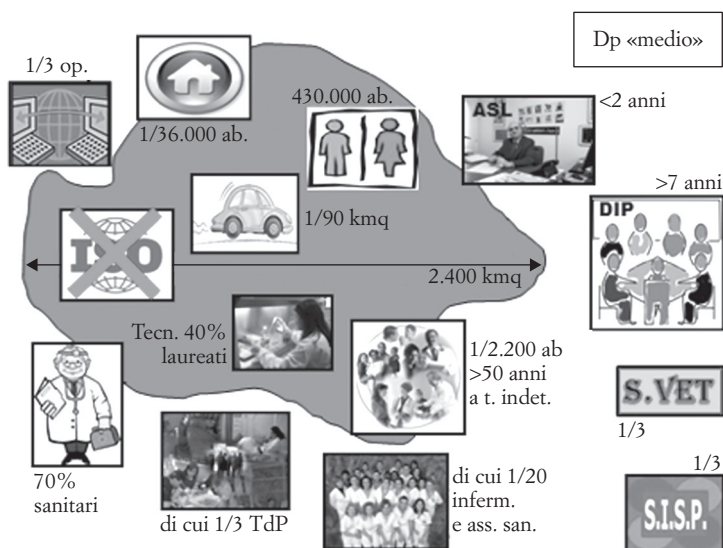
Le rilevazioni quantitative dell'Oip effettuate negli anni 2011-2012 hanno prodotto risultati di qualche interesse, sia nel metodo che nel merito.

In particolare, forse per la prima volta, si sono rilevate nei Dipartimenti che hanno partecipato alle indagini dell'Oip una serie di variabili, una cui auspicabile futura conoscenza, completa e attendibile – e riferita a tutto il territorio nazionale – potrebbe risultare grandemente utile sia come riferimento per la costruzione di *standard* (se non rigidi, per rispettare la variabilità e l'autonomia territoriale, quanto meno di dotazione minima), sia a poter effettuare incroci di efficienza ed efficacia, calcoli di carichi di lavoro, ecc.

Insomma, tale conoscenza servirebbe a poter rispondere intanto nei Dipartimenti ai classici quesiti sul *chi – fa che cosa – perché – come – quando – dove – quanto – con quale impiego di risorse – con quali risultati di efficienza, di salute e gradimento*; per poter poi procedere ad organizzare sempre meglio il lavoro, anche in termini di fissazione di parametri, protocolli, linee guida, ecc.

Il che potrebbe costituire fin d'ora l'Oip come luogo in cui – pur con tutti i limiti del caso – si possano rinvenire degli elementi embrionali per prefigurare futuri *standard* di dotazioni e di attività.

Nel merito, alcuni tra tali elementi emersi nel 2012 sono schematicamente riassunti nella figura 1.



- I Dipartimenti presentano una estensione territoriale media di 2.400 kmq, e una popolosità media di circa 430.000 abitanti
- Una certificazione Iso-9000 è quasi sempre assente
- Ogni Dipartimento può contare in media su una struttura edilizia ogni 36.000 abitanti, un veicolo ogni 90 kmq, un computer ogni 3 operatori, un operatore ogni 2.200 abitanti
- Gli operatori sono in media cinquantenni, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, inquadrati al 70% nel ruolo sanitario
- Del personale sanitario, i tecnici della prevenzione sono il 35% e gli assistenti sanitari e infermieri il 6%; i tecnici laureati sono il 40% del personale del ruolo tecnico
- Il 30% del personale lavora nel Sisp, e un altro 30% complessivamente nei tre servizi veterinari.
- Il direttore del Dipartimento è in carica in media da più di 7 anni, e il direttore Asl da meno di 2

FIG. 1. Oip, rilevazioni quantitative 2012, indicazioni embrionali per possibili futuri standard di dotazioni e attività.

In vista delle attività di rilevazione del prossimo anno, e seguendo il criterio suesposto dello «snellimento ragionato» – ossia alleggerire gli strumenti di indagine, ma al contempo garantirne una sostanziale continuità finalizzata

ad evidenziare linee di tendenza e costruire serie storiche – le rilevazioni quantitative sono state riorganizzate innanzitutto *dimezzando le griglie*.

Esse sono state infatti ridotte da otto a quattro, eliminando quelle dedicate ai flussi informativi Asl, alle leggi regionali sulla prevenzione, alle risorse finanziarie³ del Dipartimento – che si sono mostrate tutte di compilazione abbastanza indaginosa, e hanno prodotto risultati di non grande interesse – ed accorpendo e semplificando quelle dedicate a risorse strumentali e strutturali⁴.

Le rilevazioni quantitative risultano dunque per il 2014 riorganizzate in quattro sezioni, articolate come segue (Allegato 1):

- la sezione 1, che indaga gli assetti organizzativi del Dipartimento (articolata in 10 domande), costruita raccogliendo alcune domande di natura sostanzialmente quantitativa – già contenute nel 2011-2012 nel questionario di valutazione – ed affiancandole ad altre domande sull'organizzazione già presenti – ma in forma più «dispersa» – nelle griglie;

- la sezione 2, sulle risorse del Dipartimento (articolata in due griglie, una sul personale e una su risorse strutturali/strumentali);

- la sezione 3, sulle attività di epidemiologia della Asl (una griglia);

- la sezione 4, sulle analisi delle attività preventive della Asl nei differenti ambiti di intervento (una griglia).

Tali rilevazioni, che sembrano nel loro complesso in grado di rappresentare in maniera sufficientemente ampia

³ Peraltro, in considerazione del fatto che la dotazione di personale assorbe la maggior parte degli stanziamenti finanziari per l'attività di un Dipartimento, l'entità dell'una può forse rappresentare, in maniera del tutto indicativa ma accettabile, l'ammontare degli altri.

⁴ È stata eliminata la domanda sulla pura presenza di computer, il cui livello è risultato generalmente soddisfacente, e mantenuto invece quello su informatizzazione e dotazione di veicoli, entrambi cruciali per l'integrazione operativa e il corretto svolgimento della maggior parte delle attività dipartimentali, e come tali individuati e segnalati dagli operatori nelle rilevazioni soggettive Oip del 2011-2012.

ed analitica il contesto, la vita e gli assetti dei Dipartimenti, possono consentire peraltro di focalizzare specificamente alcuni temi cruciali dell'attività preventiva, quali tra gli altri:

a) la possibile discrepanza tra soggetto organizzativo/professionale *responsabile* di una determinata attività preventiva, e soggetto *erogatore* degli interventi connessi; con un particolare riferimento, ad esempio, alla rilevazione di chi nelle Asl effettui concretamente le *vaccinazioni* (se ad esempio medici, assistenti sanitari, infermieri professionali, ecc.), o di chi eserciti il coordinamento degli *screening oncologici*, ecc. Queste variabili, che potrebbero apparire trascurabili, costituiscono viceversa alcuni di quegli aspetti specifici delle attività preventive che assumono un grande rilievo, in quanto possono fungere da indicatori di cambiamenti organizzativi generali;

b) la valutazione dei *piani regolatori*, l'*assistenza alle imprese*, la valutazione della presenza e della diffusione della *Stp (salute in tutte le politiche)* (Costa e Gelormino, 2010) a livello regionale, la diffusione delle pratiche di *Ebp (prevenzione basata sull'evidenza)*;

c) gli interventi di contrasto delle *disuguaglianze in sanità* (per tutti i temi dall'*a*) al *c*) è stata inserita una rilevazione *ad hoc* a partire da quest'anno);

d) le attività di *contrasto delle patologie cardiovascolari* (quest'ultima variabile era invece già monitorata a partire dalle prime rilevazioni dell'Oip).

Si tenterà, inoltre, di ampliare e approfondire ulteriormente l'analisi delle attività di sanità veterinaria, e di approfondire ancora le tematiche relative alla sicurezza nei luoghi di lavoro.

Parallelamente alle attività di rilevazione effettuate tramite le griglie, dal 2014 i Dipartimenti verranno peraltro invitati a segnalare in maniera più diffusa eventuali loro esperienze ritenute particolarmente significative; in particolare riferimento ad alcuni ambiti assolutamente cruciali delle attività preventive, e nei quali siano particolarmente pressanti le esigenze di intervento integrato tra servizi e settori, quali ad esempio:

TAB. 2. *Oip, valutazioni qualitative, sintesi dei risultati 2012 (nodi principali nell'attività dei Dipartimenti)*

1.	Necessità di integrazione istituzionale e umana
2.	Necessità di comunicazione esterna e interna
3.	Scarsità di risorse
4.	Necessità di chiarezza organizzativa
5.	Crucialità delle competenze e degli atteggiamenti degli operatori
6.	Necessità di formazione continua
7.	Rilevanza delle vaccinazioni nelle attività preventive mediche
8.	Rilevanza della promozione della salute nelle attività preventive non mediche
9.	Necessità di estensione delle conoscenze epidemiologiche
10.	Necessità di estensione delle pratiche di Ebp (<i>evidence based prevention</i>)

- la valutazione degli strumenti urbanistici;
- gli interventi di contrasto delle disuguaglianze;
- lo studio ed il contrasto dei fattori di rischio in aria atmosferica provenienti da insediamenti industriali;
- la prevenzione cardiovascolare.

Se tali esperienze si dovessero mostrare effettivamente rilevanti, una loro illustrazione potrebbe – oltre che essere sinteticamente riportata nel Rapporto cartaceo – anche venire integralmente riprodotta nel sito *web* dell'Oip; un cui potenziamento costituisce peraltro uno degli obiettivi più importanti e più a breve scadenza delle attività dell'Osservatorio.

2.2.2. *Il questionario soggettivo*

Le rilevazioni qualitative hanno prodotto nel 2011 e nel 2012 risultati sostanzialmente coincidenti, che nel secondo anno di indagine si sono peraltro affinati e precisati, come riassunto in tabella 2; e dei quali si può affermare – per quanto non sia stato rilevato in maniera oggettiva – che abbiano riscosso un consenso sostanziale da parte degli operatori dei Dipartimenti e dei lettori dei Rapporti Prevenzione nei quali erano riportati.

Nella riorganizzazione degli strumenti di indagine operata quest'anno, oltre al primo, significativo snellimento costituito nell'allungare in maniera rilevante la scadenza

delle valutazioni (da uno a quattro anni; il che porta la scadenza della prossima valutazione qualitativa al 2018), si è operato anche un drastico sfondamento del questionario, eliminandone per intero la parte II, e condensando I e III parte attraverso un sostanziale dimezzamento delle domande (9 contro le 16 precedenti) (Allegato 2).

3. Conferma e allargamento dell'impegno dei promotori

Oltre al miglioramento degli strumenti di indagine testè illustrato, per procedere lungo una strada che porti a sviluppare l'Oip come sistema di controllo epidemiologico generalizzato e attendibile per rilevare dotazioni, attività, *performance* della sanità pubblica – oltre che come sistema di ascolto e confronto degli orientamenti e atteggiamenti dei suoi operatori – occorrerà forse mettere in campo sia un *rinnovato impegno da parte dei suoi primi attivatori*, Fsk e Siti; sia uno sforzo di *allargamento del ventaglio dei suoi promotori e sostenitori*; sia un *rafforzamento delle partnership istituzionali*, in particolare a livello ministeriale e regionale.

Sul versante della Fsk, potrebbe essere auspicabile un *ulteriore ampliamento dell'importante sostegno di volontà e risorse fornito all'Oip*, in particolare nei termini da una parte di un rinnovato impegno di relazione e collegamento con i referenti istituzionali, per il rafforzamento di *partnership* e rapporti di collaborazione; e dall'altra di supporti e *know-how* tecnologico/strumentali, forniti ad esempio dotando l'Oip di modelli e metodologie informatiche e mediatiche per la raccolta, trasmissione ed elaborazione dei dati, e per la diffusione dei risultati.

Sul versante della Siti, che porta per la parte più rilevante la responsabilità della connotazione scientifica dell'Oip, appare oggi ancora più indispensabile che negli anni passati,

anche o soprattutto come cruciale elemento motivante per gli operatori chiamati ad esprimersi, trasmettere con forza l'idea

che le rilevazioni dell'Oip non galleggino nel vuoto, né costituiscono uno sterile esercizio accademico, ma rappresentino il cuore e il centro e l'occasione imperdibile di una *iniziativa strategica, nella quale la Siti convoglia tutto il suo impegno e tutta la sua determinazione*, e dalla quale ci si aspettano indicazioni importanti e condivise di cambiamento, su cui poi puntare con tutta la propria forza di *lobbying*.

Un impegno che la Siti potrebbe assolvere ad esempio anche *riservando all'Oip uno spazio dedicato e sempre più centrale in ognuno dei suoi incontri e convegni regionali o nazionali, e magari apposite commissioni di studio nelle sezioni regionali*; o quant'altro possa comunque servire a costituire di fatto la riflessione sull'Oip e dunque sui Dipartimenti come una sorta di filo rosso che si dipana parallelamente a tutte le sue attività scientifiche ed istituzionali.

Le esperienze del 2010, 2011 e 2012 dell'Oip, e le rilevazioni formali e informali degli orientamenti di tutti gli operatori partecipanti, confermano peraltro che tale impegno non avrebbe molto senso se non fosse condotto dalla Siti nello spirito dell'integrazione metadisciplinare, più ancora che della sola apertura professionale e interdisciplinare; spirito peraltro già da tempo diffusamente identificato come caratterizzante del profilo di ogni igienista; anzi a tale profilo assolutamente connaturato.

Come si potrebbe ad esempio valutare un servizio veterinario, o prospettarne una riorganizzazione, senza parlarne con un veterinario? Anzi, senza lasciare che sia un veterinario a parlarne?

Come affrontare il tema di una riorganizzazione che coinvolge tutti gli operatori, senza coinvolgere nella discussione appunto tutti gli operatori? Come parlare di integrazione professionale e più ancora culturale e di intenti, affermarne e rilevarne la necessità, e non realizzarla nel lavoro stesso che la rileva?

[...] il gruppo di lavoro dell'Oip andrebbe allora necessariamente e tempestivamente *allargato – almeno, ma non solo – a veterinari, medici del lavoro, infermieri, assistenti sanitari, tecnici della prevenzione*; e il gruppo dei promotori dell'Oip a *tutte le associazioni scientifiche e professionali della prevenzione e della sanità pubblica*, o a quante più possibile.

Tale allargamento potrebbe ad esempio trovare una sua concretizzazione ed identificazione insieme operativa e simbolica nella *organizzazione congiunta da parte di tutte le Società di sanità pubblica di un incontro nazionale ad hoc*, specifica-

mente dedicato non solo alla illustrazione dettagliata dei risultati dell'Oip, ma anche e soprattutto all'avvio di un processo di confronto serrato, scientifico e «politico», tra le visioni culturali, istituzionali ed organizzative del Dipartimento di prevenzione, tendente a costruire il più ampio consenso professionale intorno ad una ipotesi unitaria.

[Tale allargamento potrebbe anche generare] una *rete strutturata di referenti Oip*, costituita da un operatore per ogni Dipartimento, selezionato tra gli iscritti alla Siti o alle altre società scientifiche e professionali della sanità pubblica [...], che possano funzionare nelle diverse Regioni da sollecitatori, facilitatori, effettori, supervisor delle rilevazioni (Lagravinese e Calamo-Specchia, 2012).

4. Partnership *istituzionali*

Per un Oip che riuscisse in tal modo a crescere e a rafforzarsi (affrancandosi dalle residue perplessità circa una sua origine non completamente rappresentativa del variegato mondo della sanità pubblica italiana), e a diventare davvero patrimonio comune della più larga parte delle sue associazioni scientifiche e professionali – rappresentandone esclusivamente la tensione al miglioramento dell'intervento pubblico in sanità, e al rilancio della centralità della prevenzione nel Servizio sanitario nazionale, e dei Dipartimenti nelle attività di prevenzione – la prospettiva naturale ed irrinunciabile non potrebbe dunque che essere costituita da una stretta collaborazione, se non da una integrazione, con i livelli istituzionali dell'intervento sanitario nel nostro Paese, tra i quali *in primis* le Regioni e il Ministero della Salute.

Una utile occasione per rinsaldare i rapporti di collaborazione con gli *Assessorati regionali* – rapporti peraltro già largamente e proficuamente avviati in tutta Italia – potrebbe ad esempio essere costituita dall'organizzazione, sotto la loro egida, sia di una serie di *workshop regionali di una o di mezza giornata*, per la *presentazione dettagliata agli operatori dei Dipartimenti degli strumenti di indagine Oip, griglie e questionario* (che risulterebbe,

per inciso, utile fornire nel 2014 anche in una versione esemplificativa compilata in fac-simile), il che potrebbe favorire la tempestività e la qualità delle risposte; sia, in particolare, dall'organizzazione di giornate di confronto a livello regionale intorno alla *considerazione e verifica dei risultati regionali dell'Oip*, il che potrebbe permettere utili valutazioni e confronti a livello locale.

Per riflettere infine sulle possibilità di relazioni dell'Oip con il *Ministero della Salute*, può essere utile citare, per quanto molto sommariamente, un progetto del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), in riferimento al quale potrebbe forse essere possibile pensare ad una qualche forma di collaborazione – o nelle cui prime risultanze potrebbe forse essere ritrovato se non altro una sorta di implicita complementarietà – con le iniziative dell'Oip.

Il progetto, selezionato dal bando Ccm 2011, supporta l'Azione centrale 5.1 del Piano nazionale della prevenzione, orientata a: «raccolgere, interpretare e diffondere alle istituzioni interessate informazioni sull'assetto e sulle pratiche delle strutture deputate all'erogazione di servizi di prevenzione», e prevede la presenza di due unità operative, una del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) (Salmaso e Giovannelli, 2013) e l'altra dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) (Bellentani e Guiglielmi, 2013).

Tale progetto «esplora l'articolazione delle strutture che erogano servizi di prevenzione attraverso la lettura dei progetti regionali all'interno dei Piani Regionali della Prevenzione (2010-2012)», e parallelamente «esplora l'articolazione delle attività di prevenzione attraverso la lettura degli atti normativi e delle indicazioni programmatiche a vari livelli organizzativi»; aggiungendovi anche una raccolta di dati *ad hoc* attraverso una *web-survey* – campionaria sia per le attività che per le aree geografiche riguardate – destinata agli operatori.

Pertanto, nei risultati preliminari del progetto si afferma che:

- la lettura dei Prp non sempre aiuta nella comprensione degli attori/responsabili della prevenzione;
- per molte aree della prevenzione primaria poco esiste nelle norme che definiscono le strutture istituzionalmente incaricate della prevenzione;
- le modalità attraverso le quali si dovrebbe erogare la prevenzione sono spesso poco definite;
- esistono confini labili tra la prevenzione e la promozione della salute;
- tale settore ha un mandato vago e difficile da valutare.

In relazione a tali affermazioni, e all'impostazione complessiva del progetto Ccm, può dunque assumere ancora più senso l'approccio dell'Oip; che, come detto, risulterebbe in qualche modo a tale progetto complementare, essendo mirato: *a)* sulla rilevazione completamente in campo, *b)* di tutte le attività preventive, *c)* che siano effettivamente svolte più che solo previste, *d)* valutandole nel loro contesto epidemiologico e valutativo oltre che organizzativo, e *e)* con un taglio geografico che si propone di essere censimentario.

Il progetto del Ccm (come del resto l'Oip) appunta il suo sguardo non esclusivamente sui Dipartimenti né solo sulle loro attività; ma su quelle che nel progetto vengono definite come Strutture che erogano servizi di prevenzione (Sesp), individuandole in quanto tali attraverso la rilevazione dell'espletamento di sette funzioni-chiave⁵.

⁵ «1. Sorveglianza e monitoraggio, passiva con dati di servizio o attivi con ricerca di informazioni, di malattia, delle condizioni di salute della popolazione, di accesso a servizi sanitari, sociali o scolastici; 2. Informazione, educazione e comunicazione (*empowerment*) su aspetti di salute, a livello individuale o collettivo, in partenariato con altre istituzioni o gruppi di interesse; 3. Coinvolgimento della comunità su temi socio-sanitari nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute; 4. Sviluppo di progetti, programmi, strategie che danno supporto o promuovono azioni a favore della prevenzione; 5. Azioni a favore di individui allo scopo di favorirne l'accesso ai servizi in tal modo limitando le disuguaglianze; 6. Attività di supporto, supervisione, formazione del personale operante nei servizi; 7. Valuta-

Nei risultati preliminari del progetto si individuano un gran numero di Sesp, ed una «grande diversità nei ruoli che le Sesp hanno nella realizzazione delle attività di prevenzione»; e si afferma che per le attività di prevenzione «non esiste una tipologia organizzativa comune nelle aziende sanitarie, tantomeno per l'attribuzione istituzionale delle attività di prevenzione nei settori identificati dall'indagine»;

E anche se viene affermato che:

il Distretto viene indicato come: «l'ambito più appropriato per le prestazioni del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro che persegue obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, gestione delle malattie croniche, miglioramento della qualità di vita dei singoli e della collettività, attraverso interventi che possono superare i confini del settore sanitario e coinvolgere l'intera società civile»,

e si soggiunge che: «per diverse aree di prevenzione secondaria (es.: screening tumorali) la responsabilità delle attività è affidata a strutture diverse dal Dipartimento di Prevenzione», in realtà si registra una prevalenza del Dipartimento sulle altre Sesp, rispettivamente del 60%, 56% e 43%, nelle tre aree di intervento (prevenzione obesità, promozione attività fisica, prevenzione del rischio disabilità negli anziani) selezionate per l'osservazione nelle due Asl laziali campione; il che conferma il ruolo ormai consolidato del Dipartimento quale asse centrale e irrinunciabile delle attività di prevenzione nel nostro Paese.

Purtroppo, il quadro del mondo italiano della prevenzione che sembra emergere dai risultati preliminari del progetto del Ccm pare però complessivamente caratterizzato da una notevole frammentazione organizzativa⁶ e

zione di accesso, qualità ed efficacia dei servizi, ricerca e proposta di nuove soluzioni» (Salmaso e Giovannelli, 2013).

⁶ «Le attività di prevenzione sono generalmente organizzate in modo assolutamente frammentario. Solo una parte viene esercitata direttamente (o almeno coordinata) dai Servizi di prevenzione, mentre interi segmenti (come ad esempio gli interventi di prevenzione secon-

da una scarsa chiarezza normativa; il che conferma peraltro quanto già fortemente deprecato dagli operatori dei Dipartimenti nelle valutazioni soggettive richieste loro dall'Oip nel 2011-2012.

Per avviare al meglio a tale disfunzione, sembrerebbe dunque logico proporsi di ricostruire una forte individuazione – prima professionale/scientifica, e conseguentemente normativa – delle attività di prevenzione, e di una organizzazione che ne sia responsabile: proponimenti che costituiscono esattamente gli intenti per i quali nel 2010 si è costituito l'Oip.

L'Oip tenta infatti di rispondere ai problemi generati dalla frammentazione delle attività preventive fino ad una loro parcellizzazione, e dalla disomogeneità degli assetti organizzativi e delle attività svolte dai differenti Dipartimenti⁷ – e soprattutto al conseguente disorientamento degli operatori, alle difficoltà operative, alla diminuzione di efficacia ed efficienza che ne derivano (tutte lucidamente segnalate ed appassionatamente lamentate dagli operatori nelle rilevazioni Oip fin qui condotte) – permettendo, attraverso la rilevazione dell'esistente, la redazione di un

daria) sono in genere aggregati a Servizi clinici di diagnosi e cura che agiscono per lo più separatamente senza rapportarsi con i Servizi di prevenzione» (Bellentani e Guglielmi, 2013).

⁷ «Il necessario e convinto richiamo contenuto nello spirito e nella lettera della legge 833 alla specificità dell'attenzione ad ogni specifico territorio, sembra infatti nell'evoluzione legislativa successiva essere stato trasceso e distorto dall'estendersi di una ideologia e di una prassi dell'autonomia locale che talvolta può apparire più decisionalità autoreferenziale, o creatività arbitraria e fantasiosa – talora una mera rivendicazione di una originalità magari solo lessicale – che non un contributo, pur necessariamente specifico ed autonomo, a disegni ed obiettivi coordinati e comuni, vicendevolmente articolati in un universo di riferimento valoriale condiviso; del quale anche la pura e semplice consonanza del linguaggio (tutta ancora da ri/costruire) non costituisce l'elemento meno rilevante. [...] i Dipartimenti di Prevenzione paiono essere diventati una sorta di babele di "confessioni" localistiche; senza non solo quello sguardo globale richiesto dalla globalità delle sfide sanitarie della contemporaneità, ma nemmeno quella visione nazionale unitaria che è richiesta dal proprio rimanere comunque articolazioni appunto di un Servizio Nazionale» (Lagravinese e Calamo-Specchia 2010).

modello di sintesi a livello nazionale di organizzazione dipartimentale.

Un modello che sia rispettoso delle diversità locali, ma che con un approccio organizzativo forte e una connotazione normativa chiara ed unitaria rilanci il ruolo nazionale del Dipartimento come incarnazione visibile della prevenzione e delle sue esigenze; un Dipartimento di prevenzione che con la sua stessa esistenza – e verrebbe da dire con la sua stessa denominazione – riaffermi la centralità e la crucialità della prevenzione nel sistema sanitario, come fortemente voluto nel nostro Paese fin dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale, e come oggi fortemente richiesto dagli operatori.

Un Dipartimento chiaramente orientato, e che chiaramente orienti; all'interno del quale non si risolva, ovviamente, tutto il panorama degli interventi preventivi possibili, che richiedono modernamente la discesa in campo dei referenti più diversi e delle professionalità più eterogenee; ma che di tale panorama abbia la responsabilità sia di disegnare la mappa, sia – per seguire nella metafora – di orizzontare al suo interno i viaggiatori.

Un Dipartimento che valga a non lasciare la prevenzione solo come funzione residua o occasionale assolta da strutture sanitarie e non – dalle Università della terza età e del tempo disponibile ai Comuni, Enti Locali e Municipi; dalle Associazioni di volontariato alle Unità operative ospedaliere; dagli Osservatori epidemiologici regionali alle istituzioni scolastiche – per le quali essa costituisca una ricaduta quasi accessoria di altre attività statutariamente fondanti; ma un Dipartimento che viceversa delle attività di queste ed altre strutture sappia stimolare, coordinare e finalizzare le valenze preventive.

5. *Oip: impegni e prospettive*

Sulla scorta di sensazioni diffuse – raccolte informalmente da chi scrive tra gli operatori e i colleghi della sanità pubblica italiana, ma anche espresse formalmente

nei dibattiti sviluppatasi in occasione di eventi ufficiali (ad esempio, per limitarci al caso più recente, nel Convegno nazionale di Castelbrando organizzato dalla Siti nel 2013) – sembrano essere due i punti cruciali sui quali si misurerà la possibilità per l'Oip di continuare con un lavoro proficuo:

- in primo luogo la capacità di approntare *strategie efficaci per la diffusione dei suoi risultati e delle sue impostazioni di lavoro*, sia all'interno del Servizio sanitario nazionale e sia per una loro divulgazione presso la popolazione generale, al fine di promuovere una massa critica favorevole alla prevenzione ed ai Dipartimenti nel *corpus* sanitario e nei cittadini;

- e in secondo, cruciale luogo – peraltro per molti versi conseguente al primo – la capacità di concretizzare la finalizzazione ultima del suo impegno, ossia la capacità di *determinare un cambiamento*; nei termini di un miglioramento e di un rafforzamento sia organizzativo, sia in qualche modo anche «politico» ed istituzionale, dei Dipartimenti.

Per promuovere tale cambiamento, oltre naturalmente alla determinazione di una massa critica favorevole, ed oltre a sviluppare i rapporti positivi e le collaborazioni organiche con le istituzioni sanitarie e con il mondo delle società scientifiche e professionali della sanità pubblica italiana cui sopra si faceva cenno, occorreranno però anche risultati scientifici sempre più rilevanti, e proposte organizzative sempre più condivisibili.

Sarebbe necessario dunque attivarsi fin d'ora perché, una volta ottenuti a partire dal 2014, i risultati nazionali dell'Oip possano essere davvero *finalizzati*; e per costruire i termini e il contesto culturale e scientifico di tale finalizzazione potrebbe dunque essere opportuno iniziare ad esempio a studiare i modi per contribuire a:

- a) favorire un *confronto stabile dei diversi Piani regionali di prevenzione*, e delle *diverse realtà regionali al loro interno*;

- b) disegnare ed auspicabilmente implementare *programmi di valutazione della performance* sanitaria, anche

TAB. 3. *Oip 2013, impegni e prospettive*

-
- Allargare i rispondenti fino al 100% dei Dipartimenti nazionali
 - Potenziare il sito *web*
 - Sviluppare efficaci strategie comunicative e di diffusione dei risultati intra-ed extra-Ssn
 - Allargare e potenziare nelle attività Siti lo spazio dedicato all'Oip
 - Allargare i promotori dell'Oip alle altre società scientifiche e professionali della sanità pubblica
 - Organizzare congiuntamente a queste ultime un Convegno nazionale dedicato all'Oip in occasione della presentazione dei risultati 2014
 - Organizzare giornate regionali di presentazione, prima degli strumenti di indagine e poi dei risultati locali Oip
 - Attivare una rete di referenti Oip nei Dipartimenti
 - Organizzare convegni e incontri e definire progetti di studio in tema di confronti tra Psr, standard, indicatori, Ebp, formazione continua, ecc.
-

fondati ad esempio sulle possibilità di incrocio di dati ed informazioni provenienti dalle rilevazioni Oip (modelli di relazione tra dotazione di risorse e quantità e risultati delle attività, ecc.), e che possano anche contribuire alla definizione di attività preventive basate sull'evidenza;

c) attivare una riflessione congiunta tra operatori del territorio e mondo accademico intorno alla costruzione e sperimentazione di *indicatori specifici per le attività preventive*;

d) *identificare i principali temi per la formazione continua* richiesta dagli operatori dei Dipartimenti, ecc.

In questo senso, una discussione di tali argomenti, dei possibili contributi delle acquisizioni in tema prodotte dall'Oip, e di quanto tutto ciò possa contribuire al ridisegno organizzativo unitario dei Dipartimenti, potrebbe forse, senza soverchie forzature, costituire ad esempio il tema delle iniziative Siti cui sopra si faceva riferimento.

In sintesi, dunque, il programma delle attività e degli impegni Oip per il prossimo futuro può essere riassunto come mostrato in tabella 3; e può essere in conclusione ancora sottolineato come attività e impegni mirino ad ottenere la definizione condivisa e forte – e tanto più forte quanto più condivisa – di «che cosa è» e di «che cosa fa» il Dipartimento, ma soprattutto, in prospettiva, di «che cosa sarebbe auspicabile che fosse e che facesse».

ALLEGATO 1
GRIGLIE DI RILEVAZIONE
(INDAGINE BIENNALE)



O.I.P.
OSSERVATORIO ITALIANO SULLA PREVENZIONE
GRIGLIE DI RILEVAZIONE

- Dati personali del responsabile della compilazione del questionario:
 - articolazione organizzativa di appartenenza
 - profilo professionale (titolo di studio/specializzazione).....
 - ruolo istituzionale ricoperto nella Asl.....
 - telefono cellulare.....
 - posta elettronica.....

N.B. !!!

SI PREGA DI UTILIZZARE AL MINIMO POSSIBILE SIGLE E ABBREVIAZIONI, IN PARTICOLARE QUELLE RIFERITE AD ATTIVITÀ REGIONALI O LOCALI, O DI ESPLICITARLE IL PIÙ POSSIBILE !!!
AD ESEMPIO, NON SCRIVERE «S.A.M.BA.», MA «S.A.M.BA. – SORVEGLIANZA ATTIVITÀ MOTORIA BAMBINI»

Riferire tutti i dati al 31.12 scorso

Per inviare le schede compilate, e per informazioni e chiarimenti prof. Francesco Calamo-Specchia
--

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DI.....

SEZIONE 1

ANALISI DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI DEL DIPARTIMENTO (10 domande)

1.

Quali sono:	
ambito territoriale del Dipartimento	kmq.
popolazione servita dal Dipartimento	ab.
numero di Comuni serviti dal Dipartimento	

2.

Quali sono:	
profilo professionale e specializzazione del Direttore	
età anagrafica del Direttore	anni

3.

Di quanto tempo sono in carica: (inserire il dato in anni e mesi)	anni	mesi
l'attuale direttore del Dipartimento		
l'attuale direttore generale Asl		

4.

Come stimate approssimativamente:	sotto i 30 anni	tra i 30 e i 40	tra i 40 e i 50	oltre i 50
l'età media degli operatori del Dipartimento				

5.

Come stimate approssimativamente:	meno dell'1%	tra 2% e 5%	tra 6% e 10%	più del 10%
la percentuale degli operatori non stabili (assunti a termine, a contratto, ecc.) sul totale degli operatori del Dipartimento				

6.

Nella vostra Asl:				
a quale personale è affidata l'effettuazione delle vaccinazioni?	medici	assistenti sanitari	infermieri professionali	altri (<i>indicare</i>)

7.

Nella vostra Asl:				
l'Unità di epidemiologia è:	assente	in staff al Dipartimento	in staff alla Direzione Generale	altri (<i>specificare</i>)

8.

Nel vostro Dipartimento:			
	è presente per tutto il Dipartimento	è presente solo per alcune articolazioni organizzative (<i>specificare quali</i>)	è assente per tutto il Dipartimento
una certificazione / accreditamento regionale			
un sistema per la gestione della qualità (<i>specificare quale sistema, Iso 9000, Canadian, ecc.</i>)			

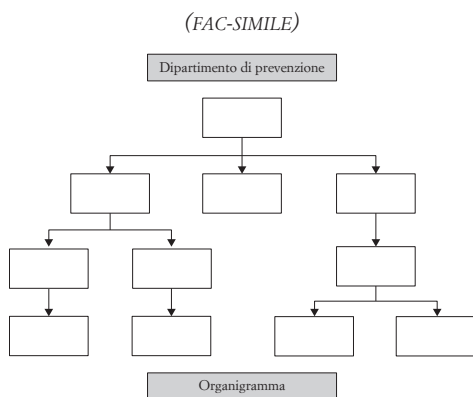
9.

Tra le attività del vostro Dipartimento vi sono quanti:	0	1	3-5	6 o più
progetti sostenuti da finanziamenti di Regione o Asl				
progetti sostenuti da finanziatori ISTITUZIONALI (esterni alla Regione-Asl)				
progetti sostenuti da finanziatori COMMERCIALI				
progetti sostenuti sia da finanziatori ISTITUZIONALI che da finanziatori COMMERCIALI				

10.

Inserite un organigramma del vostro Dipartimento
che riporti le unità ATTUALMENTE OPERATIVE

(preferibilmente composto come immagine unica copiabile in blocco)



SEZIONE 2
 ANALISI DELLE RISORSE DEL DIPARTIMENTO
 (2 griglie)

2.1. Personale

	Personale in organico a tempo indeterminato (numero assoluto)							
	Ruolo Sanitario totale ⁽¹⁾	di cui Tecnici della prevenzione	di cui Assistenti sanitari e infermieri	Ruolo Tecnico totale ⁽²⁾	di cui Tecnici laureati del ruolo tecnico	Ruolo Professionale totale	Ruolo Amministrativo totale	Totale complessivo (Sanitario più Tecnico più Professionale più Amministrativo)
TOTALE DIPARTIMENTO								
Direzione Dipartimento								
Sisp (Igiene Pubblica)								
Sian (Igiene alimenti)								
Spesal (Prev. luoghi lavoro)								
Siav-A (Sanità animale)								
Siav-B (Alim. orig. animale)								
Siav-C (Benessere animale)								
Altro (specificare)								
⁽¹⁾ Indicare il numero totale del personale appartenente al ruolo sanitario, COMPRESI Tecnici della prevenzione e Assistenti sanitari e infermieri.								
⁽²⁾ Indicare il numero totale del personale appartenente al ruolo tecnico, COMPRESI i Tecnici laureati del ruolo tecnico.								

N.B.: CONTROLLARE LA CONGRUENZA TRA LE CIFRE DEI TOTALI (CASELLE IN GRIGIO) E LE CIFRE CONTENUTE NELLE SINGOLE CELLE CHE CONTRIBUISCONO A FORMARE IL TOTALE, SIA PER COLONNA CHE PER RIGA !!!

2.2. Strutture e strumenti

	Strutture ⁽¹⁾	Veicoli ⁽²⁾	Informatizzazione ⁽³⁾		
Totale Dipartimento			Presente solo in alcuni servizi (indicarli con una crocetta qui sotto)	Presente in tutto il Dipartimento	Assente in tutto il Dipartimento
Direzione Dipartimento					
Sisp					
Sian					
Spesal					
Siav-A (Sanità animale)					
Siav-B (Alimenti di origine animale)					
Siav-C (Benessere animale)					
Altro (n)					
⁽¹⁾ Numero di strutture edilizie in cui sono collocate le differenti funzioni operative. Indicare il totale delle sedi per il Dipartimento, e – per ognuna delle diverse articolazioni organizzative – in quante delle sedi ognuna di esse è presente (ad es. Dipartimento 10 sedi totali, in 8 delle quali è presente il Sisp, in 6 delle quali è presente il Sian, in 10 delle quali è presente lo Spesal, ecc.). ⁽²⁾ Numero di veicoli in dotazione. ⁽³⁾ Esistenza di un sistema di informatizzazione delle procedure (oltre la mera disponibilità di supporti informatici).					

N.B.: CONTROLLARE LA CONGRUENZA TRA LE CIFRE DEI TOTALI (CASELLE IN GRIGIO) E LE CIFRE CONTENUTE NELLE SINGOLE CELLE CHE CONTRIBUISCONO A FORMARE IL TOTALE, PER COLONNA.

SEZIONE 3

ANALISI DELLE ATTIVITÀ DI EPIDEMIOLOGIA DELLA ASL
(1 griglia)

3. Analisi attività di epidemiologia Asl							
		Si	No	Risultati inseriti formalmente nella programmazione/ valutazione aziendale		Risultati inseriti formalmente nella programmazione/ valutazione regionale	
				Si	No	Si	No
1	<i>Registro di cause di morte</i> attivo ed aggiornato nel corso dell'anno di rilevazione						
2	<i>Relazione sullo stato di salute</i> Asl riferita all'anno di rilevazione						
3	<i>Bilancio sociale</i> di Asl riferito all'anno di rilevazione						
4	<i>Registri di patologie</i> attivi ed aggiornati nel corso dell'anno di rilevazione						
	1 (elencare):.....						
	2 (elencare):.....						
	3 (elencare):.....						
	n (elencare):.....						
5	Studi e rilevazioni di <i>rischio</i> attive ed aggiornate nel corso dell'anno di rilevazione						
	1 (elencare):.....						
	2 (elencare):.....						
	3 (elencare):.....						
	n (elencare):.....						
6	Rilevazioni delle percezioni <i>soggettive</i> di salute e di rischio attive ed aggiornate nel corso dell'anno di rilevazione						
	1 (elencare):.....						
	2 (elencare):.....						
	3 (elencare):.....						
	n (elencare):.....						
n	<i>Altre iniziative epidemiologiche rilevanti (specificare):.....</i>						

N.B.: LA NORMALE PERIODICITÀ DI MOLTI DEGLI STRUMENTI EPIDEMIOLOGICI RIPORTATI IN TABELLA PUÒ NON ESSERE ANNUALE. IN CASO DI STRUMENTO COMUNQUE ATTIVO, MA CHE NON HA PRODOTTO DATI PER L'ANNO DI RILEVAZIONE, INDICARE L'ANNO DELLE ULTIME RILEVAZIONI DISPONIBILI.

SEZIONE 4

ANALISI DI TUTTE LE ATTIVITÀ PREVENTIVE DEL DIPARTIMENTO E DELLA ASL NEI DIFFERENTI AMBITI DI INTERVENTO

(1 griglia)

N.B.:

1. *inserite ogni intervento una sola volta*, nell'ambito che vi sembra più proprio. In caso di ambiti che si sovrappongono, sceglietene comunque uno solo;
2. specificate per ogni ambito la *tipologia degli interventi*: ad es. controllo, vigilanza, pareri autorizzativi, ecc.;
3. *aggiungete alle sigle la loro esplicitazione* (come ad esempio: *S.a.m.ba. – Sorveglianza Attività Motoria Bambini*) e *chiarite i contenuti* degli interventi, oltre le loro denominazioni (come ad esempio: «*Mettiamoci in moto*», *intervento di promozione attività fisica negli anziani*);
4. *non unite mai le celle* se una denominazione si ripete, ma ripetetela in ogni cella;
5. *non inserite più elementi (ad esempio più progetti) in una cella sola*. In ogni cella va inserito un solo elemento.

4. Analisi di tutte le attività preventive del Dipartimento e della Asl nei differenti ambiti di intervento								
Ambiti		Tipologia principali interventi / piani / progetti	Soggetto (o soggetti) organizzativo coordinatore e responsabile dell'intervento ⁽¹⁾	Soggetto (o soggetti) organizzativo erogatore dell'intervento ⁽²⁾	Rilevaz. e indagini epidemiolog. preintervento	Chiara indicazione obiettivi di salute	Rilevaz. risultati operativi	Rilevaz. effetti di salute
		(specificare)	(specificare)	(specificare)	(scrivere Si in caso positivo)	(scrivere Si in caso positivo)	(scrivere Si in caso positivo)	(scrivere Si in caso positivo)
1	Prevenzione Ambientale	Interv. 1...						
		Interv. 2...						
2	Educazione alla salute	Interv. 1...						
		Interv. 2...						
3	Promozione della salute nelle scuole	Interv. 1...						
		Interv. 2...						
4	Formazione	Interv. 1...						
		Interv. 2...						

⁽¹⁾ N.B.: ci si riferisce all'articolazione organizzativa sotto la cui responsabilità avviene l'intervento (ad es. Dipartimento, Distretto, Unità di epidemiologia, ecc.), e NON AI SINGOLI COLLEGHI che se ne occupano !!!

⁽²⁾ N.B.: ci si riferisce all'articolazione organizzativa che eroga direttamente l'intervento (ad es. Dipartimento, Distretto, Unità di epidemiologia, ecc.), e NON AI SINGOLI COLLEGHI che se ne occupano !!!

5	Prevenzione Materno infantile	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
6	Vaccinazione	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
7	Screening non oncologici	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
8	Prevenzione Malattie infettive	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
9	Prevenzione cardiovascolare	Carta del rischio							
10		Prev. obesità donna/bambino (interv. 1) (interv. 2)							
11		Prev. complic. diabete II (interv. 1) (interv. 2)							
12		Prev. Recidive (interv. 1) (interv. 2)							
13		Altro (interv. 1) (interv. 2)							
14		1 seno (interv. 1) (interv. 2)							
15	Prevenzione tumori	2 cervice uterina (interv. 1) (interv. 2)							
16		3 colon / retto (interv. 1) (interv. 2)							
17		Altro (interv. 1) (interv. 2)							
18	Prevenzione altre Malattie Cronico Degenerative	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
19	Prevenzione incidenti stradali	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
20	Prevenzione incidenti domestici	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
21	Prevenzione Infortuni sul lavoro	Interv. 1...							
		Interv. 2...							

22	Prevenzione patologie legate a inter-relazioni, ritmi, organizzazione, sul luogo di lavoro	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
23	Prevenzione Malattie professionali	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
24	Prevenzione Mobbing	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
25	Assistenza alle imprese	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
26	Promozione Nutrizione corretta	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
27	Sicurezza alimentare	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
28	Sanità pubblica veterinaria	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
29	Tutela Alimenti animali	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
30	Tutela Alimenti vegetali	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
31	Tutela Acqua potabile	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
32	Tutela Acque di balneazione	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
33	Tutela Fragilità (anziani, indigenti, migranti, ecc.)	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
34	Interventi contro le disuguaglianze	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
35	Tutela salute reclusi	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
36	Tutela attività sportive	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
37	Medicina legale	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
38	Piani regolatori	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
39	Studi di Ebp (Evidence based Prevention)	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
40	Tutela Salute mentale	Interv. 1...							
		Interv. 2...							

41	Prevenzione Handicap	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
42	Prevenzione Dipendenze patologiche	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
43	Tutela Viaggi/ aeroporti/porti	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
44	Farmacovigilanza medica	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
45	Prevenzione Rischi clinici/ ospedalieri	Interv. 1...							
		Interv. 2...							
46	Altro	Interv. 1...							
		Interv. 2...							

N.B.

Vi invitiamo a segnalarci eventuali vostri interventi ritenuti particolarmente *significativi e/o innovativi*, in particolare riferimento a:

- la valutazione degli strumenti urbanistici;
- il contrasto delle disuguaglianze;
- lo studio ed il contrasto dei fattori di rischio in aria atmosferica provenienti da insediamenti industriali;
- la prevenzione cardiovascolare;
- altri ambiti di forte integrazione tra servizi e settori intra- ed extra-Asl.

Le più rilevanti tra tali esperienze potranno essere segnalate nel rapporto cartaceo, e venire integralmente riportate nel sito *web* dell'Oip.

ALLEGATO 2
QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE
(INDAGINE QUADRIENNALE)



O.I.P.
OSSERVATORIO ITALIANO SULLA PREVENZIONE
QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE

- Dati personali del responsabile della compilazione del questionario:
 - articolazione organizzativa di appartenenza
 - profilo professionale (titolo di studio/specializzazione).....
 - ruolo istituzionale ricoperto nella Asl
 - telefono cellulare.....
 - posta elettronica.....

N.B. !!!

SI PREGA DI UTILIZZARE AL MINIMO POSSIBILE SIGLE E ABBREVIAZIONI, IN PARTICOLARE QUELLE RIFERITE AD ATTIVITÀ REGIONALI O LOCALI, O DI
ESPLICITARLE IL PIÙ POSSIBILE !!!

AD ESEMPIO, NON SCRIVERE «S.A.M.BA.», MA «S.A.M.BA. – SORVEGLIANZA
ATTIVITÀ MOTORIA BAMBINI»

Riferire tutti i dati al 31.12 scorso

Per inviare le schede compilate, e per informazioni e chiarimenti
prof. Francesco Calamo-Specchia

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DI.....

1.

Come giudicate ognuno di questi aspetti del Dipartimento:	scarso	insufficiente	sufficiente	buono	ottimo
l'adattabilità ⁽¹⁾ ai progetti regionali					
i rapporti con l'assessorato regionale (autonomia decisionale)					
il contributo alla definizione degli obiettivi regionali					
i rapporti con la dirigenza Asl (autonomia decisionale)					
il contributo alla definizione degli obiettivi aziendali					
i rapporti con i medici di medicina generale e con i pediatri di base					
i rapporti con l'unità di epidemiologia (se presente)					
i rapporti con l'ospedale					
i rapporti con il distretto					
⁽¹⁾ N.B.: per «adattabilità» del Dipartimento ai progetti regionali si intende reale possibilità di adattamento (in termini di risorse, capacità, ecc.) più che pura disponibilità ad adattarsi.					

2.

Come giudicate la qualità della comunicazione del Dipartimento:	molto bassa	bassa	discreta	alta	molto alta
verso le altre articolazioni Asl					
verso referenti istituzionali diversi extra-Asl					
verso la popolazione generale					

3.

Come giudicate lo stile di comunicazione:	gravi difficoltà comunicative	gerarchico unidirezionale	di coordinamento funzionale	relazionale, empatico e profondo
all'interno del Dipartimento				

4.

Come giudicate:	gravemente carenti	scarsi	sufficienti	numerosi	molto numerosi
i ritorni comunicativi della Asl verso il Dipartimento					

5.

Come giudicate la corrispondenza tra:	quasi mai coincidente	coincidente solo per qualcuno	mediamente abbastanza coincidente	coincidente per molti operatori	quasi sempre coincidente
le vocazioni degli operatori e la loro reale allocazione in ruoli e attività					

6.

Come giudicate:	nulla	scarsa	sufficiente	alta	molto alta
la capacità del Dipartimento di promuovere l'equità sociale con i propri interventi preventivi					
l'attuazione degli obiettivi dell'impegno Oms «Salute in tutte le politiche» nel territorio servito dal Dipartimento					

7.

Indicate, per ognuna delle aree di intervento del Dipartimento, gli argomenti più importanti e urgenti (max. 3 per area) che a vostro avviso dovrebbero essere oggetto di aggiornamento/formazione:	
AREE	ARGOMENTI
Igiene degli alimenti	1... 2... 3...
Igiene della nutrizione	1... 2... 3...
Igiene pubblica	1... 2... 3...
Ambiente e salute	1... 2... 3...
Prev. m.cr.-deg. e screening	1... 2... 3...
Salute in amb. di lavoro	1... 2... 3...
Sanità veterinaria	1... 2... 3...
Educazione alla salute	1... 2... 3...
Medicina legale	1... 2... 3...
ALTRO (indicare)	1... 2... 3...

8. Come valutate, per il complesso del Dipartimento:

Punti forti:

Punti deboli:

Considerazioni e commenti liberi:

Domanda riservata al compilatore materiale del questionario

Come ha fornito le risposte al questionario soggettivo:	interpretando da solo il «comune sentire» dei colleghi del Dipartimento	dopo una consultazione :				altro (specificare)
		di alcuni colleghi più interessati	di alcuni responsabili dei servizi e delle aree ⁽¹⁾	di tutti i responsabili dei servizi e delle aree ⁽²⁾	di un gruppo di colleghi dei diversi ruoli e profili professionali	
(1) N.B.: Modalità consigliate. (2) N.B.: Modalità consigliate.						

Riferimenti bibliografici

- Bellentani M. e Guglielmi E. (2013), *Progetto Ccm. Indagine conoscitiva sulle strutture deputate all'erogazione dei servizi di prevenzione in Italia*, comunicazione, Roma 18 gennaio 2013.
- Carreri V. (2011), *Relazione*, in Atti Castelbrando 5, <http://ulss7.it/magnoliaPublic/istituzionale/notizie-e-comunicazione/convegni--corsi-di-formazione/castelbrandocinque.html>.
- Costa G. e Gelormino E. (2010), *I determinanti di malattia e le patologie in Italia: passato, presente e futuro*, in A. Boccia et al. (a cura di), *Rapporto prevenzione 2010. La formazione alla prevenzione*, Bologna, Il Mulino.
- Lagravinese D. e Calamo-Specchia F. (2010), *Costruzione dell'osservatorio*, in A. Boccia et al. (a cura di), *Rapporto prevenzione 2010. La formazione alla prevenzione*, Bologna, Il Mulino.
- Lagravinese D. e Calamo-Specchia F. (2011), *Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip): precisazioni metodologiche e primi risultati*, in A. Boccia et al. (a cura di), *Rapporto prevenzione 2011. Le attività di prevenzione*, Bologna, Il Mulino.
- Lagravinese D. e Calamo-Specchia F. (2012), *Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip): conferme sperimentali e prospettive di stabilizzazione*, in A. Boccia et al. (a cura di), *Rapporto prevenzione 2012. La governance della prevenzione*, Bologna, Il Mulino.
- Salmaso S. e Giovannelli I. (2013), *Risultati preliminari dell'indagine descrittiva sui servizi che erogano la prevenzione. Progetto CCM. Indagine conoscitiva sulle strutture deputate all'erogazione di servizi di prevenzione in Italia*, www.unive.it/media/allegato/School_SSPP/eventi/2012-13/Salmaso.pdf.

