

DOMENICO LAGRAVINESE E FRANCESCO CALAMO SPECCHIA <sup>(\*)</sup>

OSSERVATORIO ITALIANO  
SULLA PREVENZIONE (OIP): PRECISAZIONI  
METODOLOGICHE E PRIMI RISULTATI

1. *Introduzione*

Nel novembre del 2010, nel primo capitolo della precedente edizione di questo *Rapporto* [Lagravinese e Calamo Specchia 2010], veniva lanciata l'iniziativa congiunta della Fondazione Smith Kline e della Società italiana di igiene per la costruzione dell'Oip, Osservatorio italiano sulla prevenzione, che si propone di costituire un centro di monitoraggio stabile sulle attività di prevenzione in Italia.

A partire da quel momento, oltre che l'assoluta necessità e l'ardua sfida cui ci si riferiva nel 2010 presentandone i connotati di partenza, l'iniziativa dell'Oip si è venuta rivelando anche un coinvolgente itinerario; le cui tappe è dunque opportuno ripercorrere qui rapidamente in apertura.

Tale itinerario parte nel marzo-aprile 2011, con l'organizzazione di tre incontri, a Bologna, Roma e Bari (rivolti rispettivamente agli operatori della prevenzione delle macroaree geografiche Nord, Centro e Sud Italia), nei quali sono stati presentati e discussi senso e finalità dell'iniziativa, unitamente alle griglie di rilevazione e al questionario messi a punto per attivarla.

Negli incontri macroregionali è emersa anzitutto la *forte attesa* di un intervento di questo tipo presente da tempo tra tutti gli operatori italiani della prevenzione, legata alla necessità da essi manifestata di un rilancio complessivo del tema e della prassi della prevenzione a livello nazionale, e del ruolo

<sup>(\*)</sup> *Domenico Lagravinese: coordinatore del Collegio degli operatori di sanità pubblica (S.It.I.), direttore del Dipartimento di prevenzione e del Servizio di igiene e sanità pubblica della Asl di Bari; Francesco Calamo Specchia: professore associato di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.*

dei Dipartimenti in essa; necessità ben fondata nella realtà delle attuali linee politiche e gestionali del Ssn, che non paiono avere al loro centro il tema della prevenzione. Si può citare a tal proposito, tra gli altri esempi possibili, il recente accorpamento della direzione generale ministeriale in precedenza specificamente dedicata alla prevenzione; e ricordare come la prevenzione non sia menzionata nei 15 “Mattoni” del progetto ministeriale omonimo, né si ritrovino voci schiettamente preventive tra le linee guida, se si eccettuano “Screening, diagnosi precoce e trattamento multidisciplinare del cancro del colon retto” e “Cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari”, che però non sono mirate su interventi di prevenzione primaria.

Si può anche aggiungere [Carreri 2007]

che assistiamo all’assurda situazione che, in Italia, si risparmia solamente sulla prevenzione collettiva: si spende infatti, mediamente, il 3,5 per cento del cosiddetto Fondo sanitario nazionale (Fsn), contro il minimo concordato dallo stato e dalle regioni del 5%, in base alla stima di un gruppo di lavoro del ministero della Salute. Ne deriva che in numerose regioni non si adempie neppure al diritto irrinunciabile dei cittadini di avere le prestazioni di cui al 1° Livello essenziale di assistenza (Lea).

O si può infine rilevare come nella bozza del Piano sanitario nazionale 2011-2013 l’ospedale venga menzionato 123 volte, il distretto e le sue attività 20 volte, e il Dipartimento nessuna; e come perfino nel Piano nazionale della prevenzione 2010-12 i Dipartimenti vengano citati una sola volta!

L’iniziativa dell’Oip è stata dunque subito identificata dagli operatori, al di là dei puri dati conoscitivi che essa potrà produrre, come *un’opportunità per ricostruire massa critica e consenso professionale e sociale intorno al rilancio della prevenzione e del ruolo del Dipartimento in essa.*

Nel merito, negli incontri macroregionali sono stati poi analizzati e discussi approfonditamente gli strumenti operativi principali dell’Oip presentati nel citato primo *Rapporto prevenzione 2010*; ossia il questionario e le griglie di rilevazione.

Le cinque griglie di rilevazione originarie, dedicate a:

1. analisi della *legislazione regionale* per la prevenzione;
2. analisi delle attività di *epidemiologia* della Asl;
3. analisi dei *collegamenti informativi* istituzionali della Asl;
4. descrizione dell'*assetto organizzativo* e analisi delle *risorse* dei Dipartimenti;
5. analisi delle *attività preventive* della Asl nei differenti settori di intervento, sono state dunque integrate e precisate, grazie ai suggerimenti e ai rilievi dei colleghi universitari e del territorio.

Un ampio risalto è stato peraltro voluto da tutti i colleghi per questioni quali i rapporti “politici” e organizzativi del Dipartimento con la dirigenza Asl e regionale; gli atteggiamenti e le prassi comunicative (istituzionali e non) all’interno del Dipartimento e verso i più svariati referenti esterni, aziendali ed extra-aziendali; la certificazione/accreditamento dei Dipartimenti e la gestione della qualità delle attività preventive; la stabilizzazione o la precarietà dei dipendenti ecc. Tutte queste questioni sono confluite dunque a rendere più corposa la versione originale del questionario.

In tale veste aggiornata, questionario e griglie usciti dagli incontri macroregionali sono stati presentati nel corso del giugno 2011 ai 23 Dipartimenti pilota (ossia il 13,5% dei 173 Dipartimenti italiani) che hanno partecipato alla prima rilevazione sperimentale; ossia i Dipartimenti di *Alto Friuli, Ascoli, Bari, Barletta-Andria-Trani, Bassa friulana, Bologna, Brindisi, Camerino, Città di Castello, Fano, Genova, Isernia, Latina, Lucca, Macerata, Matera, Medio Friuli, Pesaro, Potenza, Taranto, Teramo, Torino, Viterbo* (fig. 1). Altri 5 Dipartimenti, ai quali è stato presentato il lavoro, pur avendo aderito alla sperimentazione, non sono poi riusciti (prevalentemente per motivi organizzativi interni) a fornire i loro dati.

Considerando però che in aprile ci si era posti l’obiettivo di testare gli strumenti di rilevazione usciti dagli incontri di Bologna-Roma-Bari in sole tre Asl (una per macroarea), aver moltiplicato circa per nove in poco più di un mese il gruppo dei Dipartimenti partecipanti, e circa per otto quello dei Dipartimenti rispondenti, può essere già in sé considerato un buon successo, e soprattutto una testimonianza del grande interesse e del favore con cui è stata accolta l’iniziativa.

FIG. 1. Oip: distribuzione territoriale dei Dipartimenti pilota



Nota: 23 Dipartimenti su 171 (13,5%); 12 Regioni su 20.

Fonte: Oip [2011]

Dalla presentazione di griglie e questionario nei Dipartimenti pilota è stata peraltro tratta contestualmente anche una nutrita serie di ulteriori rilievi che porteranno a modificarli ancora, eliminarne gli errori, potenziarne le carenze e semplificarne le ridondanze; in accordo anche con la classica consapevolezza che la costruzione di un buon strumento di rilevazione non è mai veramente “finita”.

Le griglie e il questionario che verranno utilizzati per le rilevazioni del prossimo anno deriveranno dunque dall'integrazione sia di tali rilievi “di Asl” sulle metodologie seguite nelle prassi di rilevazione o su ulteriori modifiche proposte dello strumento di indagine ecc.; sia di alcune evidenze emerse nelle rilevazioni di quest'anno; sia dei rilievi che

potranno provenire da ulteriori, *futuri incontri per macroarea e regionali*, che andranno senz'altro organizzati. Nell'intento di proseguire nell'impostazione originale di costruzione del consenso, dando spazio alla soggettività degli operatori nella quale si è voluto far muovere l'iniziativa dell'Oip.

Di tutto il dibattito sviluppatosi nell'itinerario di costruzione dell'Oip, e fin qui brevemente delineato, si riferirà dunque nel presente lavoro; oltre che dei primi risultati delle rilevazioni, che verranno di seguito anch'essi qui presentati.

## 2. *La situazione delle rilevazioni sulla prevenzione*

Come affermato presentandone i lineamenti fondamentali [Lagravinese e Calamo Specchia 2010], la principale radice della necessità dell'Oip si fonda nella

necessità di omogeneizzazione delle attività dei Dipartimenti, al di là di una ideologia e di una prassi dell'autonomia locale nel Ssn che sembrano talvolta più decisionalità autoreferenziale o creatività arbitraria e fantasiosa (in qualche caso la mera rivendicazione di una originalità magari solo lessicale...) che non un contributo, pur necessariamente specifico e autonomo, a disegni e obiettivi coordinati e comuni in un universo di riferimento valoriale condiviso.

In tale quadro, l'Oip si pone dunque nel suo complesso come il tentativo di costruire la sede e il contenitore per un *confronto tra i "mondi" regionali della prevenzione italiana, basato sulla rilevazione di dati di attività, ma non a essi limitato*.

Esistono già, come è ben noto, una serie di importanti iniziative istituzionali e scientifiche di rilevazione e *monitoraggio epidemiologico* dei servizi sanitari, che sono in genere prevalentemente condotte con un taglio per così dire *quantitativo* (ossia basato fondamentalmente sulle rilevazioni provenienti da diversi sistemi informativi basati su dati *oggettivi* di servizio).

Al loro interno può essere ritrovato qualche accenno ai temi della prevenzione (generalmente *più mirato sulla diffusione dei vari comportamenti o fattori di rischio che non sulle*

*attività e gli interventi di prevenzione*); accenni presenti comunque in numero e ampiezza generalmente molto inferiore rispetto alle rilevazioni dedicate al versante diagnostico/curativo/riabilitativo/assistenziale delle attività sanitarie.

Possono essere succintamente citati, per esempio, tra gli altri:

- il Siveas, Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria attivato dal ministero della Salute, che su 34 indicatori ne dedica due ai dati di *copertura vaccinale* (rispettivamente *Mpr* e *antinfluenzale*), e uno rispettivamente ai dati degli *screening mammografici* e del *colon retto*;

- Osservasalute, il rapporto annuale dell'Istituto di igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma sullo stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, che raccoglie dati sulla *copertura vaccinale e gli screening oncologici* – oltre che sulla diffusione di fumo, alcol, stili alimentari, attività fisica, incidenti, inquinamenti ambientali, patologie multifattoriali e infettive, disabilità, dipendenze, fragilità;

- il *Rapporto Era* (Epidemiologia e ricerca applicata), redatto annualmente dalla Cattedra di igiene dell'Università di Roma "Tor Vergata", in collaborazione con Istat e Iss, che è centrato sui dati di *mortalità evitabile* e di *ospedalizzazione evitabile*, che possono fornire indicazioni sugli ambiti più opportuni per iniziative di prevenzione.

Peggior si presenta la situazione nell'ambito di importanti iniziative di *monitoraggio delle ricadute economico-finanziarie* dei servizi sanitari; nelle quali il tema della prevenzione viene non tanto trascurato, quanto quasi integralmente ignorato.

Tra di esse citiamo solo:

- gli annuali *Rapporto sanità* del Ceis, il Centro di studi economici e internazionali della Facoltà di Economia dell'Università di Roma "Tor Vergata", l'ultimo dei quali per esempio, riferito al 2009 e intitolato *Sanità e sviluppo economico*, punta l'attenzione tra l'altro sui servizi ospedalieri, ambulatoriali, domiciliari – oltre che sull'assistenza territoriale e farmaceutica – ma non fa menzione della prevenzione;

- gli studi prodotti dal Cergas (Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale) dell'Università

Bocconi di Milano, tra cui il *Rapporto annuale Oasi* (Osservatorio sulla funzionalità delle aziende sanitarie italiane), che si dilungano tra l'altro sui costi delle prestazioni di laboratorio e di radiologia, delle strutture residenziali per anziani, dei servizi di assistenza territoriale, delle reti cliniche in oncologia, dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali ospedalieri, e perfino delle cure dentarie, ma trascurano la prevenzione.

Esistono infine anche rilevazioni che scandagliano *la soggettività dei cittadini e degli utenti* del Ssn, e nelle quali, analogamente a quanto accade nelle rilevazioni oggettive quantitative, possono essere ritrovati alcuni accenni ai temi della prevenzione, anche qui però prevalentemente condotti in termini di rilevazione di fattori o comportamenti a rischio.

Tra di esse si segnalano principalmente:

- l'indagine quinquennale multiscopo Istat su "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari" (e quella su "Prevenzione dei tumori femminili: ricorso a pap-test e mammografia" da essa desunta), effettuata sia con intervistatori sia mediante l'autocompilazione di un questionario individuale, che nell'ultima edizione 2007 – insieme a dati sulle condizioni di salute della popolazione, il consumo di farmaci, l'obesità e l'abitudine al fumo e la fruizione dei servizi sanitari – rileva anche dati su alcune attività preventive (*copertura vaccinale, controlli della pressione, della glicemia e del colesterolo, visite per prevenzione*);

- il progetto Passi, Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia (e quello derivato Passi d'argento, indagine periodica sulla qualità della vita nelle persone con più di 64 anni), attivato dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Iss, che rileva tramite somministrazione telefonica di un questionario le percezioni dei cittadini, oltre che sul proprio stato di salute e su diversi comportamenti a rischio, anche su *diagnosi precoci tumorali e vaccinazioni*;

- Okkio alla Salute, sistema di sorveglianza del Cnesps su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria, che raccoglie informazioni su abitudini alimenta-

ri e sedentarietà tramite un questionario riempito dai bambini in classe e uno indirizzato ai genitori;

- Hbsc (Health Behaviour in School-aged Children), studio multicentrico internazionale sui comportamenti a rischio dei ragazzi in età scolare, rilevati grazie a questionari somministrati ad alunni della scuola secondaria dagli 11 ai 15 anni.

Da questa rassegna, pur necessariamente non esaustiva, pare comunque risaltare una certa carenza di rilevazioni *organiche e complete* – sia *quantitative* “oggettive” sia anche *qualitative fondate sulla soggettività dei cittadini* – che monitorizzano *tutte le possibili attività di prevenzione*; che sono viceversa identificate nella maggioranza dei casi solo con vaccinazioni e medicina preventiva, ossia con gli interventi in qualche modo più “evidenti” e più facilmente computabili.

Risalta anche la sostanziale *carenza di studi di economia sanitaria sulla prevenzione*; e, infine, grande assente dal ventaglio nel complesso scarno dei rilievi è il fattore viceversa unanimemente considerato cruciale nella qualità degli interventi di un moderno sistema organizzativo complesso come la sanità, ossia la *soggettività degli operatori* circa il proprio stesso operare.

### 3. Il modello Oip: soggettività autovalutativa degli operatori

Sulla scorta di tali osservazioni, nell'accingersi a costruire un'iniziativa di monitoraggio della prevenzione è apparso opportuno orientarsi alla costruzione di un sistema di *monitoraggio completo delle attività* – o se non altro degli interventi principali (come verrà riferito più avanti analizzando la griglia 5, dedicata alle attività di prevenzione) – che sollecitasse e rilevasse principalmente *la soggettività degli operatori* e la loro capacità professionale di valutazione e autovalutazione *qualitativa*.

Infatti *la principale delle caratteristiche di originalità e validità dell'Oip* – che come tale è stata identificata e sottolineata dagli operatori coinvolti nella sua costruzione – *risiede nell'essere fondato sulla soggettività degli operatori stessi*, come in una sorta di *consensus conference* diffusa; e di esse-

re articolato dunque non tanto intorno a un'ennesima e più consueta richiesta di conoscenza di dati quantitativi di attività – una sorta di controllo di produzione: quante vaccinazioni, quanti prelievi, quante ispezioni ecc. –, ma piuttosto intorno alla costruzione comune di una serie di *valutazioni mai prima richieste* (da quali siano le leggi più rilevanti per le attività preventive, alla qualità della comunicazione interna; dal peso effettivo dell'epidemiologia nella presa di decisioni, alla qualità dei rapporti con medici di medicina generale e pediatri di base...), e intorno alla rilevazione di *aspetti mai prima rilevati* (dall'età media degli operatori, al turnover dirigenziale Asl; dai progetti sostenuti da finanziatori esterni, ai flussi di dati in entrata...).

Insomma, gli operatori hanno correttamente individuato nell'Oip non tanto uno sguardo per così dire “entomologico” dall'esterno, quanto piuttosto una sollecitazione all'autoconsapevolezza e all'autoanalisi organizzativa; ossia uno stimolo alla piena assunzione della sfida professionale come capacità di autodefinire il proprio impegno.

Quella dell'Oip è dunque in qualche modo *una ricerca che ha per primo oggetto la definizione del proprio ambito e dei propri strumenti*.

In ragione di questa consapevolezza, *il questionario* è stato costruito come raccolta delle domande e delle sollecitazioni degli operatori, e poi proposto alla loro autocompilazione; abbandonando, dopo gli incontri di Bologna-Roma-Bari, l'idea di poterlo condurre come intervista, e sacrificando dunque l'omogeneità (o l'omogeneizzazione...) delle risposte a favore della libera emersione della molteplicità dei pareri.

Anche *le griglie*, pur essendo volte alla rilevazione di aspetti più quantitativi, sono state costruite come una guida sufficientemente lasca al lavoro di rilevazione – ossia più come uno stimolo e auspicabilmente una provocazione che non come una gabbia –, e sono state proposte ai Dipartimenti pilota negli incontri territoriali con un mandato ampio – anzi con una sollecitazione – a integrarle e modificarle.

Il lavoro di quest'anno è stato dunque mirato al chiarimento metodologico sugli strumenti di rilevazione (che poteva essere adeguatamente prodotto solo con un lavoro

di “testaggio” sul campo), oltre che alle prime conoscenze che potevano risultare dalla loro applicazione; e conseguentemente anche *il miglioramento del questionario e delle griglie ha costituito in sé un risultato importante del lavoro dell’Oip* in questa sua prima fase, oltre ai dati con cui essi sono stati riempiti.

Del resto, anche i Dipartimenti pilota parteciperanno alle rilevazioni del prossimo anno, e dunque il merito delle loro risposte (peraltro di qualità accettabile già quest’anno) potrà essere ulteriormente migliorato e precisato. Non va dimenticato che i Dipartimenti pilota sono stati chiamati a un impegno non irrilevante in un mese/un mese e mezzo (il *tempo medio* intercorso tra la presentazione del questionario e della griglia e la loro restituzione è stato di *1 mese e 20 giorni*); mentre dall’anno prossimo i tempi per fornire i risultati dovranno considerevolmente allungarsi (almeno 2-4 mesi).

Per favorire la tempestività e la qualità delle risposte, comunque, sarà necessario per il prossimo anno attivare una serie di *workshop regionali di una o di mezza giornata*, prima per la *presentazione di questionario e griglie* agli operatori dei Dipartimenti, e successivamente per la *riconsegna dei risultati* da parte dei referenti delle rilevazioni.

#### 4. *Gli strumenti di rilevazione e la loro applicazione “unitaria”*

Negli incontri territoriali con i colleghi dei Dipartimenti pilota, prima di illustrare loro le griglie di rilevazione e il questionario, e al fine di fondare nel consenso anche importanti aspetti metodologici dell’Oip, si è scelto di non dare una risposta “chiusa” alla domanda su quale dovesse essere il soggetto responsabile delle rilevazioni.

Si è dunque proposto e analizzato insieme ai colleghi uno spettro di possibilità che andava dal direttore del Dipartimento “onnisciente”, che assumesse su di sé la responsabilità di rappresentare il “comune sentire” oltre che l’esperienza operativa di tutto il Dipartimento, alla riunione collegiale di tutti gli operatori, di ogni ruolo e profilo professionale, nessuno escluso; e dalla versione unica

delle risposte più soggettive – in particolare al questionario – alle versioni molteplici che rispecchiassero differenze di opinioni interne al Dipartimento non riconducibili a uniformità; e si è lasciata a ogni Dipartimento la più ampia possibilità di scelta.

La decisione della grande maggioranza dei colleghi dei Dipartimenti pilota si è orientata verso la produzione di *risposte unitarie e prodotte collegialmente*, ovviamente nella misura più ampia compatibile con gli oggettivi vincoli organizzativi.

È evidente che in Dipartimenti di notevole numerosità si debbano accettare intermediazioni e semplificazioni (per esempio riunendo solo il personale dirigenziale o apicale, affidando ad esso la diffusione “a cascata” degli incontri, effettuando più riunioni per articolazione organizzativa o per sede ecc.); mentre in Dipartimenti più piccoli possa essere integralmente applicato il modello *consensus conference*.

Ciò che è cruciale, però, è che qualunque sia il metodo scelto, *le risposte rappresentino il frutto di un percorso di interlocuzione e confronto più ampio possibile tra tutte le diverse professionalità e le diverse funzioni presenti nei Dipartimenti*.

Il lavoro dell'Oip è insomma un impegno che nel Dipartimento va condotto tutti insieme; come hanno scelto di fare praticamente tutti i Dipartimenti, o come comunque tutti hanno segnalato come auspicabile; una unitarietà della quale bisognerà sempre più, nel prosieguo dell'impegno dell'Oip, *ideare e sperimentare i modi più corretti per garantire la piena praticabilità*.

Tale istanza “unitaria” – che si è rivelata radicata nel sentire diffuso e nell'esperienza degli operatori dei Dipartimenti – trova peraltro una sorta di ratifica formale nell'*Accordo tra il ministro della Salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sulle linee guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle aziende sanitarie locali (Repertorio Atti n. 1493 del 25/7/2002)* [Cislaghi e Giuliani 2010, d'ora in avanti *Accordo stato-regioni*], che segnala l'esigenza di attivare momenti qualificanti di confronto al loro interno:

È stabilita l'autonomia regionale nell'organizzazione dei servizi, che rappresenta un valore aggiunto alla definizione, alla promozione e al raggiungimento degli obiettivi di salute. Questo può avvenire a condizione che si sviluppino meccanismi virtuosi non tanto di controllo quanto di confronto e di valutazione, al fine di innescare processi di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza produttiva.

Va ricordato oltretutto che – spingendo ancora oltre questa necessità di ricomposizione unitaria dello sguardo e della prassi preventiva nel Dipartimento (peraltro unica radice, probabilmente, della ricostruzione di un suo “peso politico” e autorevolezza scientifica e istituzionale) – *l'indagine promossa dall'Oip è mirata sulla prevenzione tutta, e non solo sulle strette pertinenze operative del Dipartimento.*

L'Oip fa perno sul Dipartimento, ma è chiaro che gli interventi di prevenzione non si risolvono tutti all'interno del Dipartimento.

Il Dipartimento dunque non può certo accontentarsi di “guardarsi l'ombelico”, ma deve sviluppare uno sguardo e una conoscenza completi su tutte le attività preventive, e più ancora dimostrarne per così dire un totale “dominio”, teorico se non anche di prassi.

Se insomma dirigenti e operatori del Dipartimento non mostrassero neppure di conoscere ciò che al di là dei propri interventi accade di preventivo – non solo nella Asl, ma anche nel territorio in senso lato (evoluzione produttiva e legislativa, politica e istituzionale, antropologica e sociale ecc.) – avrebbero già abdicato alla propria funzione di referenza culturale se non direttamente professionale della prevenzione; e si candiderebbero solo a una paventata estinzione [Meloni 2011], che si mostrerebbe però in tal caso non solo giusta ma necessaria.

#### 4.1. *Questionario: chiarimenti metodologici e sviluppi*

Nell'articolazione degli strumenti di rilevazione pensati per l'Oip, il questionario è più specificamente mirato a favo-

rire l'emersione della soggettività degli attori del sistema prevenzione, e a fornire così un'integrazione necessariamente qualitativa delle informazioni prevalentemente (ma non solo e non completamente) quantitative raccolte nelle griglie.

Nel merito, come già accennato, esso è stato articolato seguendo le sollecitazioni emerse dagli incontri di Bologna-Roma-Bari.

La versione che qui si presenta è quella distribuita ai Dipartimenti pilota per le rilevazioni, tranne una correzione formale riguardo ai verbi di richiesta («come giudica...», «come valuta...», «aggiunga...»), che sono stati passati dal singolare al plurale («come giudicate...», «come valutate...», «aggiungete...»); ossia come in realtà sono stati letti nei Dipartimenti per poter fornire risposte collettive che rappresentassero il comune sentire di tutti gli operatori.

I diversi aggettivi utilizzati nel questionario per caratterizzare le risposte possibili rappresentano sostanzialmente la trasposizione linguistica (talvolta originariamente non felicissima) di una valutazione a quattro livelli (sul modello --, -, +, ++), in cui l'assenza di un livello centrale è voluta per evitare che ci si attesti sulla "non risposta" intermedia, e per determinare comunque un giudizio o positivo o negativo. Presentando il questionario ai colleghi si è richiamata comunque fortemente l'attenzione anche sulla necessità di *evitare di scambiare il + per giudizio intermedio*.

Presentando qui i risultati si è provveduto quindi a emendare l'aggettivazione rendendola più propria; mentre per la prossima versione del questionario si valuterà altresì se passare, almeno per qualche domanda, dai quattro livelli di risposta a una scala maggiormente articolata (per esempio scala percentuale, o simili).

Nella sezione 1 del questionario sono raccolte una serie di questioni varie (vedi Allegato 1).

Con la *domanda 1* sui rapporti con l'*Assessorato regionale* (autonomia decisionale, contributo alla definizione degli obiettivi regionali, adattabilità ai progetti regionali) si intende indagare sulle eventuali relazioni dirette tra Dipartimento e referente politico/decisore, più che sui riferimenti tecnici routinari con la tecnostruttura regionale; lumeggiando così

lo spazio e il peso “politico” del Dipartimento, più che i suoi collegamenti funzionali.

Va peraltro chiarito che per “adattabilità” del Dipartimento ai progetti regionali si intende *possibilità* di adattamento (in termini di risorse, capacità ecc.) più che pura disponibilità.

Sempre nella domanda 1 vengono analizzati in maniera analoga i rapporti con la *dirigenza Asl* (autonomia decisionale e contributo alla definizione degli obiettivi aziendali), e infine quelli con *medici di medicina generale e pediatri di base*.

Le *domande 2, 3, 4* scandagliano il tema della *comunicazione* nelle sue differenti declinazioni (interna, esterna, organizzativa, istituzionale ecc.) e verso i vari referenti (colleghi, cittadini, articolazioni organizzative Asl, Enti e Istituzioni ecc.); tema riconosciuto anche dall’Accordo stato-regioni come «una componente fondamentale della cultura della Sanità pubblica, su cui poggiano i processi organizzativi e le prassi operative della prevenzione».

Per allargare lo spettro di indagini su questa fondamentale tematica, nella prossima versione del questionario sarà forse opportuno inserire anche una domanda circa la presenza e la qualità di *ritorni comunicativi dalla Asl verso il Dipartimento*.

Nella *domanda 5* si analizza la realtà dei progetti attivati grazie a *finanziatori esterni*, a un tempo vincolo ma anche opportunità, per richiamare insieme alla valorizzazione delle capacità di *fund raising* dei Dipartimenti e alla loro necessaria indipendenza.

Nella prossima versione del questionario potrebbe essere opportuno inserire anche una rilevazione sulla *tipologia* dei soggetti da cui arrivano i finanziamenti (altre istituzioni, aziende commerciali e farmaceutiche ecc.), e sulla presenza di progetti a finanziamento *misto* (sia interno sia esterno al sistema regione-Asl).

Le *domande 6, 7, 8* propongono una riflessione su tre dati cruciali per il clima organizzativo, e cioè il *turnover dirigenziale* e *l’età media* e la *stabilizzazione lavorativa* degli operatori.

Un’interessante suggestione su cui riflettere in vista della prossima versione riguarda l’eventualità di aggiungere una domanda sulla reale *allocazione degli operatori secondo le*

*proprie vocazioni*, elemento anch'esso non irrilevante nel clima organizzativo e nelle *performances* professionali.

La sezione 2 è dedicata a un'analisi degli interventi condotti nelle (e non "dalle") diverse Aree dipartimentali (vedi Allegato 2).

Nell'identificazione delle aree degli interventi si è scelto infatti di *non riferirsi rigidamente all'articolazione istituzionale dei servizi*, sia per marcare la necessità di ragionare per obiettivi e non per scansioni disciplinari, sia per poter ricomprendere una possibile variegata articolazione delle diverse realtà regionali, sia per favorire una valutazione per aree condotta da tutti gli operatori, e non solo da chi in quell'area fosse incardinato. Per quest'ultimo stesso motivo si è rifiutato anche il suggerimento di sottoporre il questionario separatamente alle diverse figure professionali – medici igienisti, medici del lavoro, veterinari ecc. – cosa che avrebbe marcato una distanza (o addirittura prefigurato una disarticolazione) che l'Oip intende contrastare fortemente, sulla scorta anche di quanto si afferma nel documento S.It.I. sul futuro dell'Igiene [Documento S.It.I. 2007]:

Il Dipartimento di prevenzione deve essere unitario sia per la prevenzione umana sia per la veterinaria, nel rispetto delle giuste aspettative dei vari professionisti che chiedono maggiore autonomia e visibilità nello svolgimento dei compiti istituzionali.

Le aree identificate con gli operatori a Bologna-Roma-Bari, ma sulla cui articolazione sarà sicuramente opportuno riflettere ancora insieme approfonditamente (la massima parte dei suggerimenti giunte durante le presentazioni del questionario ai Dipartimenti ha riguardato, per esempio, l'opportunità di definire meglio l'area "salute in ambiente di vita e di lavoro"), sono le seguenti:

- *igiene degli alimenti;*
- *igiene della nutrizione;*
- *igiene pubblica;*
- *ambiente e salute;*
- *prevenzione malattie cronico-degenerative e screening;*
- *salute in ambiente di vita e di lavoro;*

- *educazione alla salute;*
- *sanità veterinaria;*
- *alimenti di origine animale;*
- *allevamenti.*

Si è chiesta dunque ai Dipartimenti pilota un'autovalutazione complessiva degli interventi condotti in tali aree, proponendola in termini di:

- *sensibilità sociale* (ossia l'attesa e la richiesta di interventi in quella specifica area da parte dell'opinione pubblica);
- *accettabilità sociale* (come livello di attenzione prestato durante l'effettuazione – e gradimento mostrato al termine – degli interventi, in quell'area, da parte dell'opinione pubblica; e anche qui si sono raccolte diverse segnalazioni sull'opportunità di valutare separatamente nella prossima versione del questionario l'attenzione prestata e il gradimento mostrato, che possono non convergere);
- *rilevanza* (come entità e importanza stimate del danno prevenibile, in base ai dati epidemiologici di diffusione e gravità del fenomeno da prevenire);
- *qualità scientifica* (come adeguatezza a standard formali scientifico/normativi);
- *efficacia* (come capacità di risposta ai bisogni di salute/prevenzione);
- *efficienza* (come capacità di utilizzo delle risorse nel corso dell'attuazione degli interventi).

Per la prossima versione del questionario potrebbe essere opportuno considerare anche l'inserimento di valutazioni sulla *eticità* degli interventi, intesa non tanto e non solo in riferimento alle evidenti e ben note caratteristiche intrinsecamente favorevoli che la prevenzione mostra in tema (capacità anticipatoria, non selezione degli utenti ecc.), quanto in termini di capacità del Dipartimento di *promozione dell'equità sociale con i propri interventi preventivi* [Collegio operatori della Società italiana di igiene, in corso di stampa].

Nella sezione 3, più che sugli interventi condotti, si punta l'attenzione sulla *realtà organizzativa* nelle diverse aree (vedi Allegato 3); chiedendone ai Dipartimenti un'autovalutazione in termini di:

- *qualità della comunicazione esterna* (come informazio-

ni dirette al cittadino, interventi sui mass-media, ascolto dei bisogni ecc.);

- *necessità di effettuare approfondimenti epidemiologici* (come raccolta e analisi dei dati di contesto e di attività, per poter rispettivamente prima programmare e poi valutare su dati di salute);

- *necessità di effettuare aggiornamenti teorici e operativi* (come acquisizione di nuove abilità e conoscenze).

La sezione 4 è infine dedicata a *punti forti e punti deboli* riscontrabili a parere degli operatori sia in ognuna delle aree del Dipartimento, sia nel Dipartimento nel suo complesso (vedi Allegato 4); e oltre a ciò si aggiunge una pagina dedicata a eventuali *considerazioni e commenti liberi* (vedi Allegato 5).

L'esperienza di valutazione in Sanità e in didattica dimostra infatti la crucialità dell'approccio "punti forti/punti deboli", e della disponibilità di spazio per valutazioni e suggerimenti liberi, non solo per far emergere davvero tutta la soggettività dei compilatori, ma anche per raccogliere valutazioni inaspettate e proposte originali.

#### 4.2. Griglie di rilevazione: chiarimenti e sviluppi

Nella costruzione delle griglie si è cercato di contemperare le esigenze della rappresentatività e quelle della maneggevolezza dello strumento, rinunciando magari a interessanti approfondimenti (che potrebbero peraltro costituire uno sviluppo in seconda battuta delle rilevazioni dell'Oip, come cerchio concentrico di iniziativa locale o anche generale), per non appesantirle e non sbilanciarle eccessivamente.

Le griglie di rilevazione sono state costruite nel loro complesso per essere *estensibili ed elastiche*, con larghi appositi spazi per interpolazioni e modifiche (in genere contrassegnati da "n" o da "altro"). Laddove lo spazio si fosse rivelato comunque insufficiente, è stata data indicazione agli operatori di replicare le tabelle, aggiungere note a margine ecc., curandone solo la leggibilità.

Alcuni degli indicatori inseriti sono potuti risultare di difficile rilevabilità immediata; ma mantenerli comunque

nelle griglie potrebbe servire a segnalare la necessità di rilevare il dato in questione, la cui eventuale assenza indica appunto una criticità che diversamente non emergerebbe, e prepara a sanarla. Peraltro, per qualsiasi domanda ritenuta per motivi diversi irricevibile si è dato mandato agli operatori di lasciare la risposta in bianco, avendo l'unica cura di asteriscarla con una succinta spiegazione del motivo per il quale non è stata fornita. Le rilevazioni sono state tutte idealmente riferite al 31 dicembre 2010.

Per un'analisi dettagliata della costruzione delle griglie di rilevazione si rimanda alla loro prima presentazione nel citato precedente lavoro [Lagravinese e Calamo Specchia 2010]; qui di seguito ne verranno segnalate solo le caratteristiche cruciali e i cambiamenti più rilevanti.

#### 4.2.1. *Griglia legislazione*

Con la griglia dedicata alla legislazione (vedi Allegato 6) non ci si propone evidentemente di effettuare una rilevazione di tutte le leggi regionali che possano avere un peso sulle attività di prevenzione (per questo sono disponibili codici e raccolte), quanto di raccogliere *la percezione e la valutazione da parte degli operatori* di tutte quelle norme, delibere, statuizioni, disposti, circolari ecc. (che in sintesi e per comodità vengono definite “leggi”), di livello regionale, di natura organizzativa e generale (anche non direttamente sanitaria: da norme sull'edilizia a norme sull'organizzazione del lavoro, da assetti urbanistici a piani di sviluppo industriale ecc.) che con più frequenza e con più peso “interferiscono” con lo svolgimento quotidiano delle attività di prevenzione da parte degli operatori – a giudizio degli operatori stessi – favorendole o ostacolando.

Si tratta di un approccio che si muove anche nello spirito dell'approccio Stp, Salute in tutte le politiche [Costa e Gelormino 2010], e che mira a evidenziare l'effetto che le scelte politiche generali, legislative e organizzative, possono produrre sulla salute.

Non viene invece richiesta in linea di massima una valu-

tazione delle normazioni regionali di dettaglio tecnico, o delle normazioni delle modalità degli interventi.

All'interno delle leggi indicate dagli operatori, viene richiesto poi di identificare e di descrivere i punti e i passaggi (articoli, commi, brani ecc.) che sembrano essere i più rilevanti e i più critici per quanto riguarda i loro effetti positivi o negativi sulla prevenzione. Di ognuno di tali punti viene chiesto di valutare se siano stati effettivamente applicati, e viene chiesto altresì di valutare anche se la legge *in toto* abbia sortito degli effetti.

Nella tabella è previsto lo spazio per due leggi e per quattro punti qualificanti in ognuna di esse; naturalmente, se le leggi o i punti fossero più numerosi si può replicare la tabella e completare la descrizione.

Non si è scelto dunque di dare un limite preconstituito al numero di leggi da segnalare (“almeno due”, “le tre più importanti”, e simili) perché anche il numero stesso delle segnalazioni costituisce un indicatore di come il problema delle leggi venga vissuto all'interno del Dipartimento, e perché sul numero medio di leggi segnalate si potrebbe per esempio ritrarre la griglia nella sua prossima edizione.

Infine, è richiesto di indicare se esistano altre necessità normative ai fini della prevenzione, in termini di leggi da aggiungere o da abrogare, criticità al momento non normate, e su cui potrebbe essere opportuno intervenire con una produzione legislativa; o magari criticità già normate, ma sulle quali potrebbe essere opportuno modificare la normativa esistente. Viene contestualmente richiesto di indicare anche i lineamenti e orientamenti generali e di massima per tale intervento legislativo. Si tratta insomma di una forte sollecitazione allo sforzo creativo dei Dipartimenti, e di una sfida a passare dall'inespresso o dal “mugugno” generico, alla propositività progettuale.

#### 4.2.2. Griglia epidemiologia

Con la griglia dedicata all'epidemiologia (vedi Allegato 7) ci si propone di rilevare la presenza a livello regionale di

attività di rilevazione epidemiologica, in considerazione del legame – più ancora che forte, assolutamente strutturale – esistente tra epidemiologia e prevenzione; un legame – anzi un “patrimonio genetico” degli operatori di prevenzione – individuato con chiarezza anche nell’Accordo stato-regioni, che recita:

In particolare l’epidemiologia, come funzione sottesa a tutte le fasi del processo illustrato, costituisce, insieme alla comunicazione e alla qualità, l’elemento più dinamico e utile per riorientare culturalmente i servizi; inoltre essa rappresenta un ponte tra la prevenzione e l’assistenza sanitaria. Per questo motivo l’epidemiologia, più che essere richiamata in modo rituale tra le funzioni del Dp, dovrebbe diventare patrimonio genetico di chi si occupa di prevenzione.

Di tutte queste iniziative e interventi epidemiologici, non ci si può però accontentare di chiedere solo di registrare la presenza e la funzionalità; nella griglia infatti si chiede anche di segnalare *quanto le loro risultanze siano effettivamente inserite nella programmazione/valutazione aziendale e regionale.*

#### 4.2.3. Griglia flussi informativi

Il Dipartimento è il cuore dei flussi informativi in un’Asl, e nella griglia dedicata ai *collegamenti istituzionali* tra la Asl e diversi referenti esterni (vedi Allegato 8), le rilevazioni sono indirizzate evidentemente a essi; per evitare possibili fraintendimenti, dunque, tale griglia può essere ridefinita direttamente “flussi informativi”.

L’identificazione dei riferimenti istituzionali dei flussi deve evidentemente seguire, anno per anno, il loro evolversi; nella prossima edizione della griglia la legge 30 luglio 2010, n. 122 di conversione con modificazioni del d.l. 78/2010, che prevede l’attribuzione all’Inail delle funzioni già svolte dall’Ispesl, renderà probabilmente superflua la presenza di quest’ultimo nella griglia; mentre occorrerà forse aggiungere il ministero della Sanità.

Per quanto riguarda non solo i flussi della Asl al suo esterno, ma quelli del Dipartimento all'interno della Asl, rilevarli in dettaglio nella griglia sarebbe probabilmente eccessivamente oneroso; peraltro, i livelli di relazione e di comunicazione del Dipartimento sono probabilmente già sondati a sufficienza nel questionario.

#### 4.2.4. Griglia risorse

Per quanto possa sembrare paradossale, non è infrequente la situazione di Asl o di Dipartimenti nei quali la conoscenza precisa di tutte le dotazioni di personale, strutture, strumenti, stanziamenti a disposizione è confusa, o esposta a diverse "scuole di pensiero", o addirittura del tutto assente.

Anche in questo senso la quarta griglia dell'Oip, dedicata appunto alle risorse e all'assetto organizzativo, può costituire per ogni Dipartimento uno strumento utile di autoanalisi e conoscenza organizzativa; oltre che costituire in senso generale la base per ogni ragionamento sulla congruità delle dotazioni.

Nel dettaglio, *quanto all'assetto organizzativo e al personale* (vedi Allegato 9), si è evidenziata rispetto alla prima versione della griglia la presenza di infermieri e assistenti sanitari; e – sulla scorta di utili suggestioni raccolte tra i colleghi – si provvederà a valutare per la prossima edizione della griglia un'analoga evidenziazione dei dirigenti medici, o una articolazione del personale rilevato tra dirigenza e comparto, una suddivisione dei tecnici in laureati e non ecc.

Tutto ciò può essere utile per definire in qualche modo il *mix* di professionalità "standard" necessario in un Dipartimento, e a indicizzarlo ad altre variabili di riferimento (altre dotazioni, attività svolte, estensione e popolarità del territorio ecc.); se non addirittura – in una visione di prospettiva – ad accoppiare al numero di operatori rilevato le funzioni e gli obiettivi raggiunti.

I settori della griglia dedicati alle *risorse strutturali* (sedi) e *strumentali* (veicoli e informatizzazione) (vedi Allegato 10) non sono state modificati rispetto alla versione origina-

le; mentre alle rilevazioni della *popolosità* e dell'*estensione* del Dipartimento e del suo *organigramma* sono state aggiunte domande sulla presenza e l'incardinamento organizzativo di *Unità di epidemiologia e Lsp*, e sull'esistenza di una *certificazione/accreditamento* del Dipartimento.

La sigla Lsp è stata peraltro, nella presentazione ai Dipartimenti, sciolta in Laboratorio di sanità pubblica, stanti le difficoltà diffusamente riportate dai colleghi alla sua identificazione (il che forse può già raccontare qualcosa circa i laboratori stessi); e quanto alla certificazione/accreditamento, si valuterà se inserire anche la rilevazione di una certificazione solo parziale, per alcuni settori del Dipartimento. Ma non si può non sottolineare ancora come tutta la rilevazione dell'Oip, nel suo complesso, possa costituire la base per un necessario e richiesto affinamento degli strumenti e delle procedure di certificazione dei Dipartimenti (cfr. *supra*, 3.2).

Per quanto riguarda infine la *rilevazione dei finanziamenti*, un'analisi di dettaglio monetario si presenta francamente complicata più ancora che complessa (e i dati raccolti – o meglio non raccolti – lo confermano, cfr. *infra*, 5.2.4., *f*), ma tutto sommato forse nemmeno così interessante, a meno che non se ne riescano a costruire indicatori relativi significativi.

Nella prossima griglia si valuterà dunque l'opportunità di spingere piuttosto la valutazione su aspetti di processo quali i modelli di conferimento delle risorse finanziarie, o il processo e le dinamiche di *budgeting* (tempi, formalità o sostanzialità della negoziazione, modalità di reportistica e controllo di gestione ecc.).

#### 4.2.5. Griglia attività

Esiste un'evidente difficoltà nell'attivare un *monitoraggio completo delle attività preventive* – che sopra si poneva come uno dei lineamenti fondamentali dell'Oip (cfr. *supra*, 3.1) – a causa dell'oggettiva complessità di stilarne un elenco esaustivo.

Detto in estrema sintesi: se eterogenei e numerosissimi sono i rischi per la qualità della vita/salute, eterogenei e

numerossimi possono essere gli interventi di prevenzione; dalle politiche generali alle strategie mediatiche, dagli interventi urbanistici all'organizzazione del lavoro ecc.

E anche se si sceglie di limitarsi a rilevare solo gli interventi "più importanti", ci si trova comunque di fronte alla scelta del criterio di importanza da adottare, e prima ancora di chi debba avere la responsabilità della selezione di tale criterio.

I criteri "oggettivi" (rilevare gli interventi che garantiscono un maggior guadagno di salute, o quelli che insistono su un ambito territoriale più ampio, o impattano una fascia di popolazione più numerosa ecc.) risentono a tutt'oggi di forti carenze e/o difficoltà e/o ritardi nelle rilevazioni necessarie (come *computare* la popolazione di riferimento di un controllo sui ristoranti? O l'ambito territoriale di una rilevazione di fumi nocivi? O il guadagno di salute complessivo di un intervento di educazione nutrizionale?), e riconducono dunque l'identificazione della responsabilità del criterio di selezione nell'ambito della soggettività.

Per interpretare tale soggettività, si è scelto dunque per l'Oip – più che di assumersi in proprio, in quanto attivatori del sistema di rilevazione, una pre definizione rigida degli interventi da rilevare fondata nella propria stessa soggettività di ricercatori – di affidare la responsabilità della selezione degli interventi principali (e dunque in qualche modo anche dell'oggetto della ricerca) alla soggettività degli operatori.

Ogni ricercatore, infatti, anche a prescindere dalle possibili diversità di orientamento scientifico, produce comunque un criterio di selezione della rilevanza in qualche misura astratto o formale; mentre gli operatori possono riprodurre ciò che – nello spettro amplissimo del mandato complessivo del Dipartimento alla prevenzione delle patologie, al risanamento ambientale e alla promozione della salute *latu senso*, e nello spettro altrettanto ampio delle possibilità di intervento preventivo (ben al di là di vaccinazioni e screening) – di fatto compiono ogni giorno come *selezione di criteri di priorità di intervento in termini di rilevanza delle attività*.

Dove il giudizio di rilevanza deriva si direbbe quasi giorno per giorno da una sintesi professionale autonoma di moventi complessi – dai mandati formali alle spinte e contropinte

informali – di natura legislativa, organizzativa, epidemiologica, istituzionale/”politica”, culturale/ambientale ecc.

Un po’ come accade per la scienza, la cultura, la sanità, anche la prevenzione è insomma in buona misura ciò che la soggettività progettante e la responsabilità professionale dei suoi operatori decide che sia; e in considerazione dunque della assenza o della complessità di identificazione di criteri oggettivi, *lo sguardo soggettivo degli operatori* si può rivelare come il più interessante (sapere come è *praticata* la prevenzione e non come è rappresentata dai ricercatori), e il più accettabile da rilevare.

Anche nell’articolazione pur molto ampia delle aree di intervento proposte nella griglia (vedi Allegato 11), si è scelto di mantenersi su un livello non profondo o “chiuso” di dettaglio, e dunque di inserire anche aree *non mutuamente esclusive*; proprio nell’intento di saggiare nello specifico l’assegnazione a questa o quell’area dei diversi interventi da parte degli operatori (l’educazione alla salute è più promozione della salute o sanità scolastica?).

Una prima notazione di dettaglio può comunque essere fatta fin d’ora sulla opportunità di aggiungere nella prossima versione della griglia alle aree di ambito lavorativo una su *ritmi, organizzazione e interrelazioni sul luogo di lavoro*, che possono essere patogeni in sé, al di là di possibili malattie professionali, incidenti o mobbing; e una relativa all’assistenza alle imprese (sportelli attività produttive ecc.).

Una seconda notazione può riguardare l’opportunità di prevedere esplicitamente la possibilità che, per attività svolte in collaborazione tra servizi, i *soggetti organizzativi responsabili* possano essere *più d’uno*; ridefinendo dunque la categoria di rilevazione come “soggetti organizzativi *responsabili o collaboranti*”.

## 5. Risultati

Nel presente capitolo vengono riassunte le risposte ottenute alle domande contenute nel questionario e nelle griglie.

Per uno sguardo più analitico, si rimanda alle tabelle e

alle figure – raggruppate nei citati 11 allegati e riportate alla fine del capitolo – qui di seguito volta per volta richiamate con indicazioni a più cifre (in cui la prima si riferisce all'allegato nel quale sono contenute, e le successive al numero progressivo della tabella o della figura).

Tabelle e figure riportano nel dettaglio tutte le valutazioni inviate dai 23 Dipartimenti pilota; esse contribuiscono a una conoscenza più completa del comune sentire dei Dipartimenti, e costituiscono peraltro un seppur infinitesimo “diritto di tribuna” per gli operatori dei Dipartimenti, che non è l'ultimo tra gli scopi dell'Oip, e che ripari – seppur sempre in infinitesima parte, e a prezzo di qualche ridondanza – all'oscuramento delle «volontà di 30-50 mila operatori, specie quelli dei 200 Dipartimenti di prevenzione delle Ausl, che non sono tenute in nessun conto» [Carreri, in corso di stampa].

### 5.1. *Questionario*

I questionari pervenuti dai 23 Dipartimenti pilota sono in totale 26; tutti i Dipartimenti hanno infatti fornito un questionario compilato, tranne uno, che ha scelto di inviarne 4; attenendosi comunque, in tal modo, all'indicazione della più ampia libertà di scelta nella rappresentazione del comune sentire diffuso nel Dipartimento.

Nello spazio iniziale dedicato ai *dati personali del compilatore materiale* del questionario (tab. 1.0), in 2 casi non è stato indicato alcun dato, e in 2 casi come compilatore è stato esplicitamente indicato un gruppo multidisciplinare e multi professionale.

Per i restanti 22 questionari, i compilatori – la cui età media è di 57 anni e 9 mesi – appartengono tutti al Dipartimento (10 direttori, 9 responsabili di unità semplici o complesse, 1 operatore dell'unità di epidemiologia), tranne 1 direttore sanitario di presidio e 1 dipendente Asl non meglio specificato; e sono tutti medici (tra cui 6 si sono qualificati come igienisti), tranne 2 veterinari, 1 tecnico della prevenzione, 1 operatore amministrativo.

Nella prossima versione del questionario andranno però

forse *meglio chiariti i termini “profilo professionale” e “ruolo istituzionale”* – che sembrano aver ingenerato qualche incertezza – accompagnandoli magari a qualche esempio.

Negli spazi successivi del questionario dedicati alle domande, solo poche risposte sono lasciate in bianco, e solo in pochi casi si ripetono le risposte in colonna, che potrebbero far pensare a un livello di compilazione affrettato e non particolarmente accurato; mentre nella stragrande maggioranza dei casi le valutazioni sono articolate nella varietà completa delle risposte possibili.

Nonostante le raccomandazioni proposte in sede di presentazione ai Dipartimenti, la massima parte delle risposte al questionario si sono comunque addensate nella casella “+”, il che può rappresentare sia una valutazione effettivamente positiva, sia forse anche una valutazione surrettizia di metà; e ciò può far dunque riflettere sull’opportunità di *adottare il prossimo anno una gradazione a cinque caselle nelle risposte (-, -, =, +, ++)*.

Dando a ogni modo per acquisito il dato di una diffusa positività nelle risposte, l’analisi dei risultati è stata condotta appuntando principalmente l’attenzione sulle caselle -- e - come indicatrici di negatività, e sulla casella ++ come indicatrice di eccellenza.

### 5.1.1. *Prima sezione*

Dall’analisi delle risposte fornite alle otto domande della *prima sezione* del questionario, si rileva innanzitutto (tab. 1.1) una buona adattabilità dei Dipartimenti ai *progetti regionali*, in un quadro di relazioni tutto sommato buone con il livello regionale, mentre sono in forte sofferenza il contributo alla definizione degli *obiettivi aziendali* e l’autonomia in relazione alla dirigenza aziendale.

La *necessità di comunicazione* (tab. 1.2) è fortemente avvertita nei Dipartimenti pilota: questo è infatti l’ambito per cui si raggiungono nel questionario le segnalazioni più basse per le risposte negative (nessun “nulla” e complessivamente solo 6 “scarsa” alle tre domande), e le segnalazio-

ni più alte nella casella “molto alta” (circa il 60% delle risposte per la comunicazione verso la popolazione generale, circa il 50% per la comunicazione verso i referenti intra-Asl, e circa il 40% per la comunicazione verso gli altri referenti istituzionali).

Lo *stile di comunicazione* (tab. 1.3) nel Dipartimento è ritenuto prevalentemente di coordinamento funzionale, con 3 sole segnalazioni di relazionalità profonda ed empatica (in 1 caso limitata al personale femminile). Il rimanente delle risposte (30% circa) segnala uno stile gerarchico unidirezionale, e nessuna segnalazione si registra per l'assenza di comunicazione.

Nelle possibilità di risposta a questa domanda peraltro *l'aggettivo “assente” andrà probabilmente sostituito* con una dizione come per esempio “gravi difficoltà comunicative”, essendo oggettivamente difficile riscontrare una totale assenza di comunicazione.

Per i *tavoli* formali di relazione del Dipartimento con altri referenti intra ed extra-Asl (tab. 1.4) sono stati segnalati un ampio ventaglio di referenti e di argomenti; andrà ulteriormente sottolineato e chiarito bene, peraltro, che nella risposta a questa domanda è necessario *indicare insieme sia il referente, sia l'argomento* per il quale viene attivata la referenza.

Viceversa, si sono ottenute risposte per la maggior parte non coordinate, da cui comunque risulta una prevalenza della regione, e poi della provincia, dell'Arpa, degli Izs e del distretto tra i referenti; e della promozione della salute, e poi della sicurezza del lavoro, degli screening oncologici e della sicurezza alimentare tra gli argomenti.

Un *sistema autonomo per la gestione della qualità modello Iso9000* è segnalato solo da 6 Dipartimenti: in 1 caso come “in corso” per il complesso del Dipartimento, in 2 casi solo per il Sian, e in 1 caso rispettivamente solo per veterinaria, laboratorio di tossicologia e vaccinazioni.

Tra i *progetti* dei Dipartimenti (tab. 1.5) ve ne sono nella maggioranza dei casi 6 o più autonomi e 3-5 sostenuti da finanziatori esterni.

Il direttore del Dipartimento (tab. 1.6) è *in carica* in media da 7 anni e 4 mesi, mentre il direttore generale Asl lo

è in media da 2 anni (peraltro, non tenendo conto dell'unico caso di Direttore generale in carica da 10 anni, la media scenderebbe a 1 anno e 8 mesi)

L'*età media* degli operatori del Dipartimento (tab. 1.7) è nella maggior parte dei casi stimata tra i 40 e i 50 anni, e nel resto dei casi oltre i 50; mentre la percentuale di operatori *non stabili* (tab. 1.8) viene valutata nella maggior parte dei casi tra il 2 e il 5%.

### 5.1.2. Seconda e terza sezione

Anche dalle risposte alla *seconda* e alla *terza sezione* del questionario risalta in generale la già citata diffusa positività.

Fa eccezione la qualità della *comunicazione esterna* (tab. 3.1), per la quale si riscontrano i più ampi e diffusi livelli di negatività (è l'unica risposta con valutazioni di "scarsa" e "insufficiente" presenti in tutte le aree), in particolare per ambiente e salute.

Per le altre domande, nella positività complessiva possono essere rimarcate alcune segnalazioni di:

- una *attesa sociale* (tab. 2.1) stimata di basso livello per educazione alla salute, sanità veterinaria e igiene della nutrizione;
- una *rilevanza* (tab. 2.3) stimata di non alto livello per educazione alla salute e per ambiente e salute;
- una *qualità* (tab. 2.4) stimata insufficiente per educazione alla salute;
- una *efficacia* (tab. 2.5) stimata insufficiente per educazione alla salute, ambiente e salute e igiene della nutrizione;
- un *gradimento* degli interventi (tab. 2.2) stimato complessivamente accettabile, tranne che per ambiente e salute;
- una loro *efficienza* (tab. 2.6) stimata complessivamente di buon livello, tranne che per ambiente e salute e igiene pubblica.

La necessità di *approfondimenti epidemiologici* (tab. 3.2) è stimata generalmente di alto livello; come la *necessità di aggiornamenti* (tab. 3.3) (tranne una segnalazione di "molto bassa" per l'educazione alla salute).

TAB. A.

PUNTI FORTI (PF) E PUNTI DEBOLI (PD)	PER LE DIVERSE AREE		PER IL DIPARTIMENTO	
	PF	PD	PF	PD
“Politici”	X	X	X	X
Operatori	X	-	X	-
Funzionalità	X	X	X	-
Organizzazione	X	X	X	X
Integrazione	X	X	X	X
Comunicazione	X	X	X	X
Attività locali	X	X	X	X
Risorse	-	X	-	X
Clima	-	X	-	X
Burocratizzazione	-	X	-	X
Valutazione	-	X	-	X
Formazione	-	-	X	X
Assenza	-	X	-	-

### 5.1.3. *Punti forti e punti deboli per le diverse aree*

In tutti i questionari sono stati diffusamente segnalati punti deboli e punti forti per tutte le diverse aree di intervento (tab. 4.0)

Un’analisi della natura di tali segnalazioni ha portato a suddividerle in alcune categorie principali (tab. A).

Tra i *punti forti delle diverse aree* vengono segnalati argomenti attinenti a elementi “politici” (in termini prevalentemente di visibilità e autorevolezza del Dipartimento e dei suoi operatori), agli *operatori* (in termini principalmente di motivazione, professionalità, dedizione), alla *funzionalità* (intesa come capacità di garantire comunque interventi di buon livello, al netto degli assetti organizzativi o della dotazione di risorse), all’*organizzazione* (in termini di modalità e protocolli nella fornitura dei servizi), all’*integrazione* delle attività (intesa come capacità di attivare relazioni istituzio-

nali e funzionali stabili con altri referenti organizzativi intra ed extra-Asl), alla *comunicazione* (esterna e interna, verso cittadini, istituzioni, operatori ecc.), e a specifiche *attività locali* (interventi o servizi reputati nello specifico Dipartimento particolarmente di qualità).

I *punti deboli delle diverse aree* possono essere raggruppati in categorie analoghe a quelle dei punti forti, con l'eccezione degli *operatori*, per cui non si registra alcuna segnalazione di debolezza; mentre si aggiungono argomenti attinenti alle *risorse* (carenze diffuse di personale, di strutture, di *budget*, di finanziamenti per la formazione ecc.), al *clima organizzativo* (inteso come atteggiamento o "cultura" di ostilità o di non condivisione negli operatori e nell'organizzazione), alla *burocratizzazione* (segnalata in particolare come attitudine a privilegiare le forme normative rispetto alla sostanza operativa), alla *valutazione* (come mancanza di misurazione della efficacia, efficienza, gradimento, qualità degli interventi ecc.) e alla *assenza* (ossia all'esclusione di una specifica area di intervento dalle competenze del Dipartimento).

In dettaglio, per l'*igiene degli alimenti* (tab. 4.1) i *punti forti* riguardano la professionalità dei dirigenti e degli operatori, e la loro propensione al lavoro in team; la capacità di gestire emergenze e stati di allerta e la disponibilità operativa h24; la standardizzazione e informatizzazione delle procedure e l'adesione ai protocolli regionali; l'integrazione con altri servizi e istituzioni e con i portatori di interesse; la comunicazione esterna. Mentre i *punti deboli* riguardano la carenza in particolare di personale e poi anche di strutture e spazi, e la carenza di risorse per la formazione; l'arretratezza organizzativa rispetto ai nuovi mandati europei; l'integrazione con i servizi veterinari; il clima organizzativo e la burocratizzazione; la mancanza di *audit* e di valutazioni della qualità; il ritorno comunicativo verso la comunità dei risultati delle attività.

Per l'*igiene della nutrizione* (tab. 4.2) i *punti forti* riguardano la professionalità e la motivazione dei dirigenti e degli operatori, e la loro propensione al lavoro in team; la standardizzazione e informatizzazione delle procedure e l'ade-

sione ai protocolli regionali e ministeriali; l'integrazione con altri servizi e istituzioni e con i portatori di interesse, e con le iniziative di promozione della salute; la comunicazione esterna; mentre i *punti deboli* riguardano la carenza in particolare di personale e poi anche di strutture e spazi, e la carenza di risorse per la formazione; la carenza di pianificazione degli interventi; le difficoltà di integrazione con la U.o.c. di Igiene degli alimenti; il clima organizzativo; la mancanza di audit e di valutazioni della qualità ed epidemiologiche; la comunicazione esterna.

Per l'*igiene pubblica* (tab. 4.3) i *punti forti* riguardano la visibilità e l'autorevolezza sul territorio; la professionalità degli operatori, la loro propensione al lavoro in team e la loro flessibilità; l'immediatezza della risposta, la presenza capillare sul territorio e la disponibilità operativa h24; la standardizzazione delle procedure e la loro condivisione, la gestione unitaria dei dati epidemiologici e la buona circolazione delle informazioni; l'integrazione con altri servizi e istituzioni e con la collettività, la capacità di far rete. Mentre i *punti deboli* riguardano lo scarso potere contrattuale; la carenza in particolare di personale e poi anche di strutture e spazi, e la carenza di risorse per la formazione; la molteplicità e frammentarietà delle competenze e l'integrazione con Arpa ed enti locali (comuni, province ecc.); il clima gerarchico e ostile al cambiamento e la burocratizzazione; la mancanza di conoscenze epidemiologiche; la comunicazione esterna e interna e l'accoglienza all'utenza.

Per l'area *ambiente e salute* (tab. 4.4) i *punti forti* riguardano l'autorevolezza a livello regionale; la professionalità e la dedizione degli operatori; l'abbandono delle attività obsolete e improprie; l'attuazione di progetti mirati e la diffusione delle informazioni; l'integrazione con cittadini e portatori di interesse e con l'Arpa; la comunicazione istituzionale; mentre i *punti deboli* riguardano le carenze in particolare di personale e poi anche economiche; la lentezza nel fornire le risposte e l'impossibilità di sostenere gli interventi di lungo periodo; il frazionamento delle competenze; l'integrazione in particolare con l'Arpa, e poi anche con gli enti locali; il clima gerarchico; la mancanza di valutazioni

epidemiologiche; la comunicazione interna; l'assenza nel Dipartimento di un'area specifica ambiente e salute.

Per la *prevenzione delle malattie cronico-degenerative e screening* (tab. 4.5) i *punti forti* riguardano il riconoscimento sociale; la produzione di alti tassi di adesione alle attività di *screening*; la programmazione regionale e la standardizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici; la capacità di far rete con gli altri servizi; la comunicazione con cittadini, utenti, territorio. Mentre i *punti deboli* riguardano le carenze economiche, di personale, di strutture; i bassi tassi di invito e di adesione alle attività di *screening*; la settorializzazione delle attività e la mancanza di modelli a livello locale; l'integrazione con la regione e nella gestione dei dati; la comunicazione esterna; la diffusa assenza nei Dipartimenti di un'area specifica.

Per l'area *salute in ambienti di vita e di lavoro* (tab. 4.6) i *punti forti* riguardano l'autorevolezza e la condivisione esterna e interna; la professionalità, la motivazione e la dedizione degli operatori, la loro propensione al lavoro in team e l'autonomia dei tecnici; la capacità di risposta (anche in emergenza), la disponibilità operativa h24 e la conoscenza del territorio; il rispetto dei protocolli locali e regionali; l'integrazione con altri servizi e istituzioni, e in particolare con magistratura e organizzazioni datoriali, e la consulta Medici competenti. Mentre i *punti deboli* riguardano le carenze in particolare di personale e di formazione/aggiornamento, e poi anche di strutture e spazi; l'integrazione tra servizi, tra zone territoriali, tra attività (vigilanza/prevenzione); la vastità del territorio da gestire; le difficoltà nel lavoro di *équipe*; il diffuso orientamento alla repressione piuttosto che alla prevenzione.

Per l'*educazione alla salute* (tab. 4.7) i *punti forti* riguardano l'impegno e la motivazione e anche la professionalità degli operatori; l'esistenza di strutture organizzative locali e regionali dedicate; l'integrazione con servizi, Asl, enti, istituzioni (in particolare scolastiche), cittadini e portatori di interesse. Mentre i *punti deboli* riguardano le carenze in particolare di personale e poi anche economiche e di strumenti; le carenze di programmazione locale e regionale; le

carenze di integrazione operative intra ed extra-Asl; l'orientamento più alla prevenzione del danno che alla promozione della salute; la mancanza di valutazioni epidemiologiche e di evidenza; la comunicazione interna ed esterna; l'assenza nel Dipartimento di un'area specifica.

Per la *sanità veterinaria* (tab. 4.8) i *punti forti* riguardano l'autorevolezza e il riconoscimento; la professionalità e la dedizione degli operatori; la capacità di gestire stati di allerta e servizi correnti anche in carenza di personale, la presenza capillare sul territorio e la disponibilità operativa h24; la presenza di un servizio sovrazonale; l'integrazione con i servizi (in particolare igiene degli alimenti). Mentre i *punti deboli* riguardano le carenze in particolare di strutture e poi anche di personale e di risorse per la formazione; l'ampia variabilità nei carichi di lavoro; l'integrazione con i servizi (in particolare igiene degli alimenti); la mancanza di *audit*.

Per l'area *alimenti di origine animale* (tab. 4.9) i *punti forti* riguardano la professionalità degli operatori e l'adeguamento a norme e il raggiungimento di standard. Mentre i *punti deboli* attengono a carenze di personale ed economiche e all'integrazione con i servizi (in particolare igiene della nutrizione).

Per l'area *allevamenti* (tab. 4.10) i *punti forti* riguardano l'adeguamento a norme e il raggiungimento di standard, mentre i *punti deboli* attengono alle carenze di personale ed economiche.

Uno *sguardo sinottico su punti forti e punti deboli delle diverse aree* è proposto nella tab. 4.11, da cui si evince la sostanziale equivalenza di forze e debolezze nell'organizzazione, nell'integrazione, nella comunicazione; il gran numero di segnalazioni, positive o negative, segnala comunque questi ambiti come criticità importanti del Dipartimento. Prevalgono i *punti forti* tra quelli "politici", nella funzionalità e negli operatori (che sono segnalati solo come punti forti), mentre sono segnalati solo come *punti deboli* risorse, clima, burocratizzazione, valutazione e assenza dell'area specifica.

I *punti forti e punti deboli locali* (tab. 4.12) sono forse di minore interesse generale, ma risultano pur sempre indica-

tivi del modo di “guardarsi dentro” e – per così dire – della “scala di valori” dei Dipartimenti.

Tra di essi, per l'*igiene degli alimenti* i *punti forti* riguardano verifiche e controlli su imprese, alimenti e bevande, acque, fitosanitari, mentre i *punti deboli* attengono a micologia e vigilanza sulle aziende alimentari; per l'*igiene della nutrizione* i *punti forti* riguardano interventi di prevenzione dell'obesità, attivazione di sportelli e ambulatori e interventi nelle scuole, mentre i *punti deboli* attengono agli interventi di educazione alimentare; per l'*igiene pubblica* i *punti forti* riguardano profilassi vaccinale e delle malattie infettive e medicina dei viaggi, mentre i *punti deboli* attengono alla comunicazione interna ed esterna e alla medicina legale/fiscale; per l'area *ambiente e salute* i *punti forti* riguardano le alghe marine, mentre non vengono segnalati *punti deboli*; per la *prevenzione delle malattie cronico-degenerative e screening* i *punti forti* riguardano varie campagne di screening tumorale, mentre non vengono segnalati *punti deboli*; per l'area *salute in ambienti di vita e di lavoro* i *punti forti* riguardano ispezioni e vigilanza in vari ambiti (agricoltura, edilizia, cantieristica navale ecc.), mentre i *punti deboli* si riferiscono a carenze nell'attuazione di disposizioni legislative; per l'*educazione alla salute* i *punti forti* riguardano interventi nelle scuole e corsi sulla celiachia e sulla sicurezza del lavoro, mentre i *punti deboli* attengono alla mancata autonomia del Dipartimento per conflitti di competenze; per la *sanità veterinaria* i *punti forti* riguardano la lotta al randagismo e alle zoonosi, mentre non vengono segnalati *punti deboli*; per l'area *alimenti di origine animale* non vengono segnalati *punti forti* né *punti deboli*; e infine per l'area *allevamenti* vengono segnalati come *punti deboli* la limitata consistenza dei capi da controllare, mentre non vengono segnalati *punti forti*.

#### 5.1.4. *Punti forti e punti deboli per il complesso del Dipartimento*

I *punti forti per il complesso del Dipartimento* riguardano gli stessi argomenti segnalati tra i punti forti per le diverse aree (ossia attinenti a elementi “politici”, agli *operatori*, alla

*funzionalità*, all'*organizzazione*, all'*integrazione* delle attività, alla *comunicazione*, e a specifiche *attività locali*), con l'aggiunta della *formazione* (in termini in particolare di rapporti con le agenzie formative e di interventi di riqualificazione del personale).

I *punti deboli* per il complesso del Dipartimento sono raggruppabili in categorie analoghe a quelle dei punti forti (a eccezione della *funzionalità*, degli *operatori* e dell'*assenza*, per cui non vengono segnalati punti deboli), e con l'aggiunta – come tra i punti deboli per le diverse aree – di argomenti attinenti alle *risorse*, al *clima*, alla *burocratizzazione*, alla *valutazione* (cfr. *supra*, tab. A).

Tra i *punti forti per il complesso del Dipartimento* (tab. 4.13) vengono segnalati tra quelli “politici”, l'autorevolezza del Dipartimento e il suo radicamento sul territorio; tra quelli relativi agli *operatori*, la motivazione e lo spirito di appartenenza, la buona professionalità e la flessibilità, la multidisciplinarietà e la capacità di lavorare insieme; tra quelli relativi alla *funzionalità*, la capacità – nonostante la scarsità di risorse – di realizzare piani e obiettivi, di essere presenti capillarmente sul territorio, di rispondere alle emergenze; tra quelli relativi all'*organizzazione*, il lavoro per processi, l'articolazione, la flessibilità e l'integrazione operativa; tra quelli relativi all'*integrazione*, i livelli di sinergia con enti e istituzioni (regioni, province, comuni), con le altre articolazioni del Ssn (Arpa ecc.), all'interno della Asl (distretto), nel Dipartimento tra i servizi, con i finanziatori esterni; tra quelli relativi alla *comunicazione*, la capacità di ascolto del territorio e dell'utenza e la comunicazione esterna; tra quelli relativi alla *formazione*, le relazioni con gli enti di alta formazione e con le università; tra quelli *locali*, le attività di dietetica preventiva e gli screening oncologici.

Tra i *punti deboli per il complesso del Dipartimento* (tab. 4.14) vengono segnalati: tra quelli “politici”, la scarsa visibilità e lo scarso potere negoziale del Dipartimento nel mondo della sanità e al suo esterno, e lo scarso interesse alla prevenzione da parte dei decisori politici e gestionali; tra quelli relativi alle *risorse* – segnalati con grande ampiezza e diffusione, e talora con drammaticità di toni – la carenza

rilevantissima di risorse umane (che genera l'invecchiamento e il blocco del *turnover* degli operatori), finanziarie (con *budget* costruiti sullo storico e nuovi compiti non accompagnati da aumento delle risorse necessarie ad assolverli), strutturali (poche e mal dislocate, con conseguenti problemi di accoglienza e di *privacy*), di informatizzazione, per la formazione; tra quelli relativi all'*organizzazione*, l'incertezza politica e il rapidissimo *turnover* gestionale, l'incertezza o addirittura la confusione nei compiti e nelle attribuzioni, la scarsa spinta alla ricerca e all'innovazione; tra quelli relativi all'*integrazione*, le difficoltà di rapporti con stato, regione, province, comuni, cittadini, mondo della ricerca, portatori d'interesse, tra i servizi all'interno del Dipartimento e con il distretto e i Mmg; tra quelli relativi al *clima organizzativo*, la resistenza al cambiamento, la scarsa coesione dei dirigenti e il loro decisionismo non relazionale; un eccesso di *burocra-tizzazione*; tra quelli relativi alla *valutazione*, la mancanza di misurazioni dell'efficacia/*performances*/esiti e di rendicontazioni sociali, e la scarsa diffusione delle *best practices* e degli accreditamenti; tra quelli relativi alla *comunicazione*, le diffuse inadeguatezze della comunicazione interna ed esterna e la scarsa diffusione delle pratiche e dei servizi dedicati alla promozione della salute; tra quelli relativi alla *formazione*, la mancanza di piani *ad hoc*.

#### 5.1.5. Considerazioni e commenti liberi

I Dipartimenti che hanno prodotto considerazioni e commenti liberi sono 11 (tab. 5.0); 8 con argomentazioni inerenti il Dipartimento, e 4 su questioni riguardanti il questionario e le griglie (un Dipartimento è intervenuto su entrambi i temi).

Per quanto concerne il *Dipartimento*, sono segnalati i problemi degli accorpamenti, la necessità di programmare valutando epidemiologicamente il rischio e misurando i risultati di salute, la riduzione delle risorse a fronte dell'aumento dei compiti, i problemi di comunicazione interna e di relazione tra i servizi, gli eccessi di burocratismo, la

necessità di una struttura specifica per la promozione della salute e di una per l'epidemiologia e la comunicazione, la necessità di sollecitare la partecipazione e il sostegno dei cittadini e di migliorare la comunicazione esterna, l'opportunità di attivare un sistema di qualità e di ritornare a redigere mappe di rischio ambientale, e infine – con un articolato contributo – la necessità di ridisegnare completamente il ruolo della disciplina sanità pubblica nelle Asl e anche al di fuori delle macrostrutture aziendali (tab. 5.1).

Per quanto riguarda *il questionario e le griglie*, i 4 Dipartimenti rispondenti invitano a una ridiscussione della definizione delle aree di intervento del Dipartimento; sollecitano a una riformulazione degli aggettivi usati nel questionario per definire le voci di risposta, e all'adozione di un sistema di rilevazione delle risposte a 5 voci; sottolineano la complessità della griglia e la necessità di una sua compilazione collettiva e condivisa nel Dipartimento e a livello regionale; e infine segnalano un certo sbilanciamento generale nello sguardo analitico a favore dell'Igiene pubblica e a scapito della Medicina del lavoro e della Veterinaria (tab. 5.2).

Tutte queste ultime segnalazioni, sia le prime tre più di dettaglio sia in particolare l'ultima più metodologica, appaiono ampiamente condivisibili; e in relazione a esse sono già stati modificati – o lo saranno per il prossimo anno – gli aspetti di questionario e griglie correlati.

## 5.2. Griglie di rilevazione

### 5.2.1. Analisi della legislazione regionale per la prevenzione

La griglia 1, dedicata alla *analisi della legislazione regionale per la prevenzione*, è stata compilata da 17 Dipartimenti (tab. 6.0). Complessivamente, sono state prodotte 102 segnalazioni di 91 leggi diverse; e ogni Dipartimento ha segnalato in media 6 leggi.

Come detto, per ogni legge segnalata, veniva richiesto nella griglia di indicare una serie di punti qualificanti, e per ognuno di tali punti – oltre che della legge *in toto* – veniva

richiesto altresì di valutare se fosse stato effettivamente applicato, e se avesse sortito degli effetti. Tali domande di valutazione “fine”, probabilmente proprio perché troppo di dettaglio, hanno trovato risposte scarse e scarsamente interpretabili. Nella prossima edizione della griglia potrebbe dunque essere probabilmente opportuno eliminarle.

Le 91 leggi segnalate possono essere raggruppate per argomento come segue (fig. 6.1):

- 47 leggi su *aspetti organizzativi* (organizzazione 23 segnalazioni, pianificazione 12 segnalazioni, semplificazione 6 segnalazioni, risorse 3 segnalazioni, rapporti con l’Arpa 3 segnalazioni), che complessivamente costituiscono poco più della metà delle segnalazioni;

- 41 leggi sulle *aree di intervento del Dipartimento* (veterinaria 18 segnalazioni, lavoro 7 segnalazioni, ambiente 7 segnalazioni, igiene pubblica 5 segnalazioni, alimentazione 4 segnalazioni), complessivamente quasi un’altra metà delle segnalazioni;

- 2 leggi sulla *formazione*;

- 1 legge sull’*edilizia*.

Il dettaglio delle leggi segnalate è riportato nella tab. 6.1.

Per quanto riguarda l’*organizzazione*, le leggi segnalate costituiscono poco più di un quarto delle segnalazioni totali, e si riferiscono in massima parte all’organizzazione interna dei Dipartimenti (funzionamento, incardinamento, articolazione in servizi, competenze ecc.). Altre segnalazioni sono dedicate a leggi sull’istituzione della rete epidemiologica e dell’Oer, e a norme per i controlli sulle strutture sanitarie.

Per la *pianificazione*, le leggi segnalate si riferiscono in particolare ai Piani sanitari regionali e ai Piani regionali della prevenzione; per quanto riguarda la *semplificazione*, in particolare al libretto sanitario, ai certificati inutili, alla polizia mortuaria; per le *risorse*, in particolare al personale; per i *rapporti con l’Arpa* in particolare alle reciproche attribuzioni e competenze.

Per quanto riguarda la *veterinaria*, le leggi segnalate costituiscono un quinto delle segnalazioni totali, e si riferiscono principalmente ai mangimi, al randagismo, all’organizzazione del settore, al controllo degli allevamenti e delle zoonosi ecc.

Per il *lavoro*, le leggi segnalate si riferiscono in particolare alla vigilanza, ai fattori di rischio e agli infortuni; per l'*ambiente* in particolare all'inquinamento atmosferico, ai fitosanitari, ai carburanti, alle piscine; per l'*igiene pubblica* in particolare alla promozione della salute, alle vaccinazioni e agli screening; per l'*alimentazione* in particolare alla sicurezza alimentare, agli alimentaristi e agli alimenti di origine animale; per la *formazione* alla formazione degli operatori, e in particolare dei direttori generali Asl; e infine per l'*edilizia*, la legge segnalata si riferisce a standard e requisiti costruttivi minimi.

I Dipartimenti che hanno risposto alla domanda sulle *altre criticità su cui intervenire normativamente* sono solo 9 (tab. 6.2). I suggerimenti riguardano innanzitutto la semplificazione (certificati ecc.) e poi la necessità di adottare una Valutazione di impatto sulla salute (Vis), di aumentare le risorse, di sviluppare promozione della salute e screening oncologici, di istituire una macroarea della prevenzione con più dipartimenti e di incrementare i controlli sulla produzione primaria.

### 5.2.2. *Analisi delle attività di epidemiologia della Asl*

La griglia 2, dedicata alla *analisi delle attività di epidemiologia della Asl*, è stata compilata da tutti i 23 Dipartimenti pilota (tab. 7.0).

Il dettaglio delle attività segnalate è riportato nella tab. 7.1.

Un *Registro delle cause di morte* (Recam) è presente in 19 Asl (ma in ben 12 casi i suoi risultati non sono inseriti nella programmazione/valutazione aziendale). Dunque i Recam produttivi a livello locale si riducono a 7 su 23 Asl.

Una *Relazione sullo stato di salute* (Rss) è presente in 13 Asl (ma in 3 casi i suoi risultati non sono inseriti nella programmazione/valutazione aziendale). Le Rss produttive a livello locale sono dunque 10 su 23 Asl.

Sia per Recam sia per Rss, seppure di poco, viene comunque segnalato un recepimento maggiore a livello regionale che locale.

Un *Bilancio sociale* è presente solo in 8 Asl (e in 2 casi i

suoi risultati non sono inseriti né nella programmazione/valutazione aziendale, né nella programmazione/valutazione regionale). I bilanci produttivi a livello locale sono dunque 6 su 23 Asl.

Quanto ad altre iniziative epidemiologiche, non numerose ma tutte ben recepite a livello di programmazione locale e regionale, tra i *registri di patologia* si segnalano i vari registri tumori (complessivamente 11 segnalazioni) e i Cedap (Certificati di assistenza al parto, 4 segnalazioni); tra le *rilevazioni di rischio* quelle relative alle ondate di calore; tra le *rilevazioni delle percezioni soggettive* quelle attivate a livello nazionale (Passi e Passi d'argento, Okkio, Hbsc); e infine sono segnalate anche indagini sullo stato di salute a livello comunale, sugli incidenti domestici, sull'immunogenicità residua.

### 5.2.3 *Analisi dei flussi informativi della Asl*

La griglia 3, dedicata alla *analisi dei flussi informativi della Asl*, è stata compilata da tutti i 23 Dipartimenti pilota (tab. 8.0). Il dettaglio delle risposte è riportato nella tab. 8.1.

Tra i referenti proposti nella griglia, la maggior parte dei flussi complessivi, sia *in uscita* sia *in entrata*, viene segnalata con la *regione*, l'*Iss*, i *comuni*, gli *Izs* (tutti con una forte componente di flussi facoltativi). Si indica anche l'*Arpa*, con flussi ripartiti uniformemente tra obbligatori e facoltativi; mentre l'*Istat* riceve il massimo dei flussi obbligatori ma ne restituisce solo circa 2 su 3. L'*Inps* ottiene il massimo delle segnalazioni per i flussi obbligatori in entrata.

Tra i referenti identificati dai Dipartimenti e aggiunti alla griglia nella casella "altro" si segnala in particolare il *ministero della Salute*.

### 5.2.4 *Analisi dell'assetto organizzativo e delle risorse del Dipartimento*

La griglia 4 (tab. 9.1) è dedicata alla analisi dell'*assetto*

*organizzativo* e della dotazione di risorse di *personale*, di *strutture*, di *strumenti* e di *finanziamento* del Dipartimento.

La griglia è stata compilata in almeno una sua parte da tutti i 23 Dipartimenti pilota (tab. 9.0); ma tra le diverse domande si mostrano differenze di compilazione anche sensibili, che verranno qui di seguito segnalate volta per volta.

a) I 23 Dipartimenti pilota presentano una *estensione territoriale* media di circa 1.900 kmq (calcolata su 22 rispondenti), e una *popolosità* media di circa 335.000 abitanti; ma con una distribuzione ampia, che va da meno di 1.000 a più di 5.000 kmq e da meno di 100.000 a più di 1.000.000 di abitanti (fig. 9.1). La loro *densità abitativa* media è di circa 228 abitanti per kmq, con oscillazioni peraltro molto ampie (da 30 a 731 ab./kmq).

b) Un *organigramma* è stato fornito da 14 Dipartimenti (fig. 9.2.1-9.2.14); in 4 dei quali è rappresentata una territorializzazione/distrettualizzazione più o meno spinta delle attività.

“Sintetizzando” le strutture organizzative presentate negli organigrammi, si può giungere a una sorta di “*organigramma riassuntivo*” nel quale a ogni servizio possono essere accoppiate sue articolazioni, presenti nei diversi Dipartimenti in riferimento alle principali aree di intervento o centri di interesse dei servizi e in termini molto vari di Unità complesse o semplici, Unità di staff ecc. (fig. 9.2.15).

Va tenuto presente che tale sintesi è stata condotta evidentemente con qualche forzatura (per esempio, in particolare per i servizi veterinari, riconducendo al servizio in cui erano più presenti unità dedicate allo stesso ambito, ma afferenti a servizi diversi); e in generale riferendosi comunque a una struttura a sei servizi “secchi” più Direzione.

Così operando, può comunque essere segnalata l’afferenza:

- alla *Direzione del Dipartimento* di articolazioni dedicate in particolare alle *funzioni segretariali e amministrative*, all’*epidemiologia*, alla *qualità*, alla *promozione/educazione alla salute*;

- al *Sisp* di articolazioni dedicate in particolare alla *medicina legale* e alla *profilassi delle malattie infettive*;

- al *Sian* di articolazioni dedicate in particolare alla *nutrizione*;
  - allo *Spesal* di articolazioni dedicate in particolare alla *sicurezza* e all'*impiantistica*;
  - al *Siav-A* di articolazioni dedicate in particolare alle *anagrafi veterinarie*, al *randagismo* e all'*alimentazione animale*;
  - al *Siav-B* di articolazioni dedicate in particolare alla *pesca* e ai prodotti *caseari*;
  - al *Siav-C* di articolazioni dedicate in particolare agli *allevamenti* e produzioni zootecniche e al *benessere animale*.
- c) In 6 griglie non è segnalato il *profilo professionale del direttore del Dipartimento* (tab. 9.2); che nei restanti 17 Dipartimenti è indicato come medico igienista (12), medico del lavoro (4) o veterinario (1).

d) Nei 23 Dipartimenti l'*Unità di epidemiologia* è in 8 casi afferente al Dipartimento (e in 1 al Sisp) e in 8 alla Direzione generale; mentre in 1 caso è sovrazonale e in 5 casi è assente.

Il *Laboratorio di sanità pubblica* è segnalato in 21 Dipartimenti su 23 come assente. Questa domanda dovrà dunque forse essere ripensata nella prossima versione della griglia.

Va peraltro ricordato che [Carreri, in corso di stampa]:

La S.It.I. propone anche il riordino e lo sviluppo della rete dei Laboratori di sanità pubblica, almeno uno per regione, in stretta collaborazione con le Agenzie regionali di protezione dell'ambiente, con gli Istituti zooprofilattici sperimentali, con gli Istituti universitari, specie quelli di Igiene e Medicina preventiva che, in alcuni casi, sono dotati di eccellenti strutture laboratoristiche.

e) Per quanto riguarda il *personale* in organico, si sono ricevute risposte complete e attendibili solo da 9 Dipartimenti. Nell'interpretazione dei risultati occorre dunque tener conto di questa parziale limitazione numerica, pur ricordando che in questa fase i risultati dell'Oip sono prevalentemente mirati a saggiare il metodo di rilevazione oltre e più che a produrre una rappresentazione esauritiva e completa dello stato delle cose.

Analizzando dunque i dati ricevuti, si evidenzia innanzitutto una media per operatore di poco più di 1.900 abitanti (fig. 9.3.1) e di circa 8,5 kmq (fig. 9.3.2).

L'analisi della dotazione percentuale di *personale per ruolo* (sanitario, tecnico, professionale e amministrativo) sul totale del personale dei 9 Dipartimenti rispondenti è presentata nelle figg. 9.3.3-9.3.6; mentre la media delle medie di presenza percentuale del personale per ruolo è presentata nella fig. 9.3.7, da cui si evince la generale *prevalenza del personale sanitario* (circa 3/4 del personale) e la scarsità del ruolo professionale e tecnico.

La percentuale di *tecnici della prevenzione* e di *assistenti sanitari e infermieri* sul totale del personale sanitario è presentata nelle figg. 9.3.8-9.3.9; il valore medio è rispettivamente del 35,2% per i Tdp e dell'11,5% per gli infermieri. Questi valori però rispettivamente salgono al 37,6% e scendono al 9,2% se si elimina da entrambe le serie un valore che appare fuori scala (per i Tdp un 16%, quasi la metà rispetto al valore più basso della restante serie; e per gli infermieri un 30%, quasi il doppio rispetto al valore più alto della restante serie).

L'analisi della dotazione percentuale di *personale per servizio* (Direzione, Sisp, Sian, Spesal, Siav-A, Siav-B, Siav-C, altri) sul totale del personale dei 9 Dipartimenti rispondenti è presentata nelle figg. 9.3.10-9.3.16; e la media delle medie della dotazione di personale per servizio è riportata nella fig. 9.3.18, da cui si evince la *preponderanza del Sisp* (circa 1/3 del personale) anche rispetto ai tre servizi veterinari, che messi insieme assommano a circa 1/4 del personale (fig. 9.3.17).

Tra gli altri servizi/articolazioni organizzative segnalati, quando presenti la *medicina legale* occupa in media il 10% circa del personale, la *prevenzione cardiovascolare* e l'*unità impiantistica* il 6%, l'*epidemiologia* il 5% (fig. 9.3.19).

f) Per quanto riguarda *strutture, strumenti e finanziamenti* del Dipartimento e dei suoi servizi la situazione delle risposte ricevute si presenta variegata (tab. 10.0).

In particolare, per quanto riguarda la *rilevazione dei finanziamenti*, si è raccolta appena 1 griglia compilata in

modo completo e attendibile; e ciò, unitamente alle riflessioni sopra riportate (cfr. *supra*, 4.2.4) fa propendere per l'ipotesi di un profondo ripensamento di questa sezione della rilevazione.

Sono comunque segnalate da 14 Dipartimenti *modalità di finanziamento*, solo per il totale del Dipartimento, che sono ripartite a metà tra assegnazione e contrattazione.

Per le *strutture* del Dipartimento sono pervenute 12 griglie con l'articolazione numerica completa delle strutture del Dipartimento nei diversi servizi, e 5 con solo il numero totale delle strutture del Dipartimento.

In media, ogni Dipartimento pilota può contare su circa 23 *strutture edilizie*, con una media di occupazione di circa 18 *operatori per struttura* (tab. 10.1).

Il rapporto medio di *abitanti per struttura* è di 37.900 abitanti circa; peraltro, se si eliminano cinque dati fuori scala (tre che sono quasi la metà rispetto al valore più basso della restante serie, e due che sono quasi il doppio rispetto al valore più alto della restante serie) il valore scende a 22.300 *abitanti* circa (fig. 10.1).

Quanto alla localizzazione, in media il Sisp ha una presenza in circa 19 delle 23 strutture del Dipartimento, e *l'area veterinaria complessivamente* circa in 14 *strutture*. Peraltro, se si elimina un dato assolutamente fuori scala (un Sisp presente in 105 strutture) la media di *strutture in cui è presente il Sisp* scende a 11 (fig. 10.2). Operando una media delle percentuali di occupazione delle strutture da parte dei diversi servizi nei Dipartimenti pilota, il Sisp è presente approssimativamente in media nel 67% *delle strutture* disponibili per il Dipartimento, e i tre *servizi veterinari* variano *dal 45% al 24%* (fig. 10.3). Sembra comunque opportuna, per la prossima edizione della griglia, una precisazione più fine e dettagliata del termine "struttura", che eviti fraintendimenti tra sedi centralizzate, ambulatori, sportelli ecc.

Tra gli strumenti, per i *veicoli* sono pervenute 14 griglie con l'articolazione completa dei veicoli del Dipartimento nei diversi servizi, e 3 con il solo totale dei veicoli del Dipartimento.

Il rapporto medio *kmq per veicolo* è di circa 57 kmq; peraltro, se si elimina un dato fuori scala (più del doppio rispetto al valore più alto della restante serie) il valore scende a 43 *kmq* circa (fig. 10.4).

La dotazione media di *veicoli per Dipartimento* è di circa 56, circa 11 per il *Sisp* e circa 10 per il *Siav-A* (23 veicoli complessivamente per l'area veterinaria) (fig. 10.5); mentre operando una media delle ripartizioni percentuali dei veicoli tra i diversi servizi dei Dipartimenti, il *Siav-A* è dotato in media del 22% dei veicoli del Dipartimento, il *Sisp* del 19% (fig. 10.6).

Quanto alle *dotazioni informatiche*, sono pervenute 19 risposte complete, nelle quali sono segnalati in media per il totale del Dipartimento circa 6 *operatori per pc*, mentre una media delle medie di dotazione degli altri servizi nei vari Dipartimenti pilota segnala la Direzione come la più fornita di strumentazioni informatiche, e il *Sisp* come il meno fornito. L'*informatizzazione* è segnalata come presente in 14 su 19 Dipartimenti rispondenti (tab. 10.1).

### 5.2.5 *Analisi delle attività preventive della Asl*

La griglia 5 è dedicata alla *analisi delle attività preventive della Asl*, ed è stata compilata da 17 Dipartimenti (tab. 11.0), che hanno prodotto 526 segnalazioni di 514 attività diverse; con una media di 31 interventi indicati per Dipartimento (tab. 11.1).

Gli interventi segnalati si riferiscono prevalentemente alle vaccinazioni, agli infortuni sul lavoro, alla formazione, alla promozione della salute nelle scuole, alla promozione della nutrizione corretta (tab. 11.2).

Tra le *articolazioni organizzative Asl responsabili*, da sole o in collaborazione, degli interventi segnalati, prevale il *Sisp*, con oltre il doppio di segnalazioni rispetto al valore del servizio tra i restanti con le segnalazioni più alte. In 72 casi non è segnalato alcun responsabile; ma tali segnalazioni "in bianco" potrebbero forse verosimilmente essere considerate come segnalazioni di responsabilità operativa del Dipartimento nel suo complesso (fig. 11.1).

Raggruppando in classi la *numerosità dei cittadini coinvolti* risalta la prevalenza di interventi rivolti a *meno di 1.000 soggetti* (fig. 11.2). Peraltro, la numerosità non è stata segnalata in 239 (ossia nel 45%) degli interventi segnalati; e alcune segnalazioni – che sono state raggruppate sotto la dizione “altro”, e il cui dettaglio è mostrato nella fig. 11.3 – sembrano peraltro di non immediata interpretazione.

Tali rilievi, unitamente alle considerazioni già in precedenza riportate (cfr. *supra*, 4.2.5), potrebbero forse giustificare un ripensamento circa l'opportunità di mantenere la domanda sulla numerosità nella prossima edizione della griglia.

Gli *specifici interventi* segnalati nelle 38 aree proposte nella griglia sono presentati nella tab. 11.3, nella quale le segnalazioni sono state fedelmente riportate così come sono giunte dai Dipartimenti pilota, avendo comunque cura di eliminare eventuali riferimenti al territorio (per esempio “Bari” è diventato “comune”, “Puglia” “regione”, e così via), che non sembravano aggiungere molto alla rappresentatività generale del dato. Sono anche state eliminate le segnalazioni di interventi episodici quali interviste, comunicazioni a congressi ecc., e i riferimenti a progetti epidemiologici nazionali già segnalati (Passi ecc.); mentre sono state riportate le segnalazioni di interventi e progetti epidemiologici a livello locale, o nazionali non in precedenza indicati.

Alcune delle segnalazioni peraltro non appaiono di interpretazione immediata; andrà dunque sottolineata nella prossima versione della griglia la necessità di esplodere le sigle (come per esempio: “Samba”, Sorveglianza attività motoria bambini) e chiarire i contenuti degli interventi, oltre le denominazioni (come per esempio: “Mettiamoci in moto”, intervento di promozione attività fisica negli anziani).

Nelle tabelle, le segnalazioni sono mantenute nell'area tematica nella quale sono state inserite dai compilatori (anche se talvolta sarebbe stato preferibile l'inserimento in un'altra area). Andrà a questo proposito valutata l'opportunità di mantenere l'attuale possibile sovrapposizione di ambiti nelle aree di raccolta delle segnalazioni, o di disegnare piuttosto – anche sulla scorta delle indicazioni desumibili dalle indicazioni giunte quest'anno – delle aree

mutuamente esclusive; sanando anche la sovrapposizione tra modello di attività (screening, educazione alla salute ecc.) e ambiti di intervento (malattie infettive, incidenti domestici ecc.) nella definizione delle aree.

- Nell'area *prevenzione ambientale* (tab. 11.3.1) gli interventi indicati riguardano prevalentemente vigilanza sulle strutture e sull'abitato e sorveglianza ambientale (con segnalazioni specifiche per radon, amianto, campi elettromagnetici), formulazione di pareri e redazione di regolamenti e linee guida, pianificazione e studi epidemiologici.

- Nell'area *educazione alla salute* (tab. 11.3.2) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente tabagismo, migranti, sicurezza stradale, attività fisica, vaccini, rischi lavorativi.

- Nell'area *promozione della salute nelle scuole* (tab. 11.3.3) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente tabagismo, nutrizione, attività fisica, e poi sessualità, tossicodipendenze, comportamenti a rischio, incidenti domestici, stradali e sul lavoro.

- Nell'area *formazione* (tab. 11.3.4) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente tabagisti, utilizzatori di fitosanitari, micofili, tatuatori e piercer, alimentaristi, personale sanitario (epidemiologia, promozione ed educazione alla salute, necropsopia, vaccinazioni, medicina dei viaggi).

- Nell'area *prevenzione materno/infantile* (tab. 11.3.5) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente promozione ed educazione alla salute, assistenza consultoriale e visite in gravidanza e neonatali, registri di patologia.

- Nell'area *vaccinazione* (tab. 11.3.6) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente campagne vaccinali obbligatorie, facoltative e internazionali, miglioramento della qualità dei processi vaccinali, rilevazioni di gradimento e degli eventi avversi, verifica dello stato immunitario.

- Nell'area *screening* (tab. 11.3.7) gli interventi indicati – a parte una segnalazione di screening antitubercolare – riguardano prevalentemente i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto, cui sono già dedicate delle aree di rilevazione specifiche (cfr. *infra*, 11.3.14, 11.3.15, 11.3.16). Nella prossima edizione della griglia sarà dunque

forse opportuno ridenominare l'area screening come "screening non oncologici", o eliminarla del tutto.

- Nell'area *prevenzione malattie infettive* (tab. 11.3.8) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente vaccinazioni (per cui esiste un'area specifica, cfr. *supra*, 11.3.6) e notifiche, indagini epidemiologiche e ambientali; con citazioni specifiche per arbovirosi, legionellosi, Tbc, leishmaniosi.

- Nell'area *prevenzione cardiovascolare* dedicata alla *carta del rischio* (tab. 11.3.9) sono segnalati 5 interventi di approntamento della carta.

- Per l'area *prevenzione cardiovascolare*, in quella dedicata specificamente alla *prevenzione dell'obesità donna e del bambino* (tab. 11.3.10) gli interventi segnalati riguardano soprattutto promozione dell'attività fisica, dietetica e dietetica scolastica, attività ambulatoriale e promozione di abitudini corrette; in quella dedicata alla *prevenzione delle complicanze del diabete II* (tab. 11.3.11) i due interventi indicati riguardano appropriatezza diagnostica e promozione della salute; in quella dedicata alla *prevenzione delle recidive* (tab. 11.3.12) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente *counselling*, formazione dei Mmg, promozione della salute; mentre in quella dedicata alla *prevenzione cardiovascolare: altro* (tab. 11.3.13) non sono segnalati interventi.

- Nelle aree *prevenzione tumori del seno* (tab. 11.3.14), *prevenzione tumori della cervice uterina* (tab. 11.3.15), *prevenzione tumori del colon retto* (tab. 11.3.16) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente attività di screening; mentre nell'area *prevenzione tumori: altro* (tab. 11.3.17) sono evidenziati due interventi di promozione della salute.

- Nell'area *prevenzione altre malattie cronicodegenerative* (tab. 11.3.18) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente promozione dell'attività fisica, screening, attività ambulatoriale, promozione della salute.

- Nell'area *prevenzione incidenti stradali* (tab. 11.3.19) gli interventi segnalati riguardano per lo più promozione della salute verso le scuole e la popolazione generale, e verso categorie specificamente riguardate (Polizia stradale, autotrasportatori, autoscuole).

• Nell'area *prevenzione incidenti domestici* (tab. 11.3.20) gli interventi segnalati riguardano in prevalenza formazione nelle scuole, università della terza età, centri anziani e poi promozione dell'attività fisica, visite domiciliari, promozione della salute.

• Nell'area *prevenzione infortuni sul lavoro* (tab. 11.3.21) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente lotta all'alcolismo, vigilanza nei luoghi di lavoro, educazione e promozione della salute, formazione, statistiche ed epidemiologia, sportelli informativi, visite degli apprendisti.

• Nell'area *prevenzione delle malattie professionali* (tab. 11.3.22) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente vigilanza, educazione alla salute, attività di polizia giudiziaria, verifica di protocolli e regolamenti.

• Nell'area *prevenzione mobbing* (tab. 11.3.23) sono segnalati due interventi di istituzione di appositi organismi referenti.

• Nell'area *promozione della nutrizione corretta* (tab. 11.3.24) gli interventi segnalati riguardano soprattutto promozione della salute – in particolare a livello comunale e nelle scuole, valutazione dei menù delle mense, sportelli di consulenza e ambulatori.

• Nell'area *tutela degli alimenti di origine animale* (tab. 11.3.25) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente formazione dei ristoratori e controlli di salubrità.

• Nell'area *tutela degli alimenti di origine vegetale* (tab. 11.3.26) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente sorveglianza micotossine e fitosanitari, controlli e campionature, formazione, tutela dei celiaci.

• Nell'area *tutela dell'acqua potabile* (tab. 11.3.27) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente campionamenti e monitoraggio, pareri autorizzativi e verifica strutture e infrastrutture.

• Nell'area *tutela delle acque di balneazione* (tab. 11.3.28) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente la vigilanza sulle piscine.

• Nell'area *tutela della salute mentale* (tab. 11.3.29) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente comportamento alimentare, prevenzione patologie diverse (depres-

sione, autismo ecc.), interventi scolastici e prevenzione dello stigma e della discriminazione.

- Nell'area *prevenzione handicap* (tab. 11.3.30) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente screening neonatali, riabilitazione, attività fisica, barriere architettoniche.

- Nell'area *prevenzione dipendenze patologiche* (tab. 11.3.31) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente tabagismo e tossicodipendenze.

- Nell'area *tutela della fragilità* (tab. 11.3.32) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente tutela dei migranti (mediazione culturale, supporto medico-psichiatrico ai torturati, vaccinazioni ecc.), anziani (attività fisica, sorveglianza delle ondate di calore, telemedicina), soggetti senza fissa dimora.

- Nell'area *tutela della salute dei reclusi* (tab. 11.3.33) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente tumori, incidenti, Tbc, vaccinazioni, screening, controlli sui pasti offerti.

- Nell'area *tutela delle attività sportive* (tab. 11.3.34) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente controlli sanitari, visite mediche e certificazioni, controlli degli impianti.

- Nell'area *tutela dei viaggi/aeroporti/porti* (tab. 11.3.35) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente l'istituzione di centri e ambulatori, consulenze, vaccinazioni, promozione della salute.

- Nell'area *farmacovigilanza* (tab. 11.3.36) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente effetti avversi delle vaccinazioni e audit clinico.

- Nell'area *prevenzione dei rischi clinici e ospedalieri* (tab. 11.3.37) gli interventi segnalati riguardano prevalentemente infezioni ospedaliere, rischio biologico, sicurezza nelle sale operatorie.

- Nell'area *altro* (tab. 11.3.38) i due interventi segnalati riguardano visite fiscali e profilassi delle malattie del bestiame.

Nella griglia 5 era infine richiesto di indicare, per ogni intervento segnalato, se fossero stati formalizzati chiari obiettivi di salute, e se fossero state effettuate indagini epi-

demologiche pre intervento e rilevazioni di risultati operativi, di effetti di salute e di effetti di gradimento.

Su 526 interventi segnalati, per 364 (ossia il 69%) è stata fornita almeno un'indicazione su una delle valutazioni di contesto degli interventi testè riportate.

Le risposte sono fortemente positive per l'indicazione di *obiettivi di salute* e la rilevazione di *risultati operativi*, di livello meno elevato per la presenza di *indagini epidemiologiche pre intervento*, e insoddisfacenti per la rilevazione degli *effetti di salute e di gradimento* (tab. 11.4).

## 6. Interpretazione dei risultati

L'interpretazione dei risultati di quest'anno dell'Oip va condotta tenendo ben presente che ci si riferisce a *dati esigui, e raccolti senza pretese di rappresentatività statistica*, che possono dunque fornire suggestioni o indicazioni di massima, ma sui quali *non è possibile costruire rappresentazioni o inferenze generali*.

### 6.1. Quattro "nodi"

#### 6.1.1. Integrazione e comunicazione

Un elemento di assoluto interesse correlato al lavoro dell'Oip di quest'anno è che il questionario e le griglie di rilevazione sono stati già utilizzati da diversi colleghi dei Dipartimenti pilota, prima dell'uscita di questo *Rapporto*, non solo per fornire le risposte alle questioni poste dall'Oip, ma mettendoli al centro di iniziative collettive attraverso le quali tutti gli operatori dipartimentali, variamente interrelandosi, hanno compiuto dei veri e propri *check* delle attività.

Ciò che questi colleghi hanno sperimentato e segnalato è infatti che l'Oip, anche a prescindere dalle sue finalità generali di confronto nazionale, può dimostrarsi uno strumento utilissimo e in larga misura innovativo per un ragionamento

organizzativo collettivo *all'interno dei Dipartimenti*; per sapere l'uno "cosa fa" l'altro e tutti insieme "cosa si fa" nel territorio; per fare attenzione o addirittura per scoprire aspetti del lavoro cui non si pensava o dei quali non ci si rendeva conto; per porsi insieme le domande che abitualmente non ci si pone e per suscitare altre che è opportuno farsi; per uscire dalla logica del puro intervento routinario e riflettere sul senso complessivo del proprio impegno; per prendere coscienza di necessità operative talora trascurate (dall'epidemiologia alla rilevazione del gradimento ecc.)...

I colleghi hanno indicato cioè gli strumenti dell'Oip come strumenti utili per esperienze di "*autoanalisi organizzativa*" del Dipartimento; e anche come possibile base per eventuali ulteriori approfondimenti locali di conoscenza e progettualità, in un movimento che coinvolga tutti gli operatori, nella più ampia *metadisciplinarietà*.

Ossia come un coagulo per far saltare, nella sottolineatura della finalizzazione comune, le demarcazioni disciplinari e le "guerre per bande" in cui talora si affaticano singoli specialisti e talvolta anche società scientifiche; e che rischiano di trasformarsi in "guerre tra poveri", per spartirsi fette sempre più piccole di autonomia di fronte alla progressiva chiusura del sistema sanitario alle istanze complessive della prevenzione.

*La forte tensione all'integrazione culturale, operativa e in larga parte umana e relazionale* è dunque il *primo, più diffuso e forse più importante nodo* messo in rilievo dai risultati di queste iniziali rilevazioni dell'Oip; nel convincimento – evidentemente largamente vissuto nei servizi, oltre che di assoluta evidenza culturale – che [Collegio operatori della Società italiana di igiene, in stampa] «l'integrazione professionale rappresenta "teoricamente" una delle ragioni fondamentali della organizzazione del lavoro in Dipartimenti»; e che [Documento S.It.I., in corso di stampa]:

Il Dipartimento di prevenzione costituisce l'asse portante e il nodo strategico di una più forte e valida collaborazione tra le strutture, i servizi e le unità operative, interni ed esterni all'azienda sanitaria, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini.

In tale ottica di indispensabilità dell'integrazione vi è nei Dipartimenti pilota una diffusa consapevolezza della crucialità assoluta della *comunicazione*, in tutte le sue accezioni: interpersonale tra colleghi e verso utenti, cittadini e portatori d'interesse, con l'associazionismo e il territorio, tra servizi dipartimentali e con tutte le unità organizzative Asl, con le istituzioni sanitarie territoriali e nazionali, con università e agenzie formative, con le diverse articolazioni territoriali e funzionali dello stato; come è dimostrato tra l'altro dall'alta intensità e dall'alto numero di flussi informativi e di tavoli formali di lavoro comune attivati.

A tale riconoscimento di centralità della comunicazione nelle attività preventive contribuisce oltretutto la consapevolezza che anche attività tradizionalmente lontane da esigenze comunicative, quali per esempio vigilanza e controllo, si trasformano oggi sempre più in imperdibili occasioni di relazione informativa e formativa, educativa e promozionale.

Viene peraltro segnalato dagli operatori dei Dipartimenti pilota come un grave limite la mancanza – e come una importante risorsa la presenza – di visibilità e riconoscimento dei Dipartimenti e dei loro dirigenti e operatori (che si costruisce soprattutto con strategie comunicative); e vengono stigmatizzati il clima organizzativo gerarchico e non relazionale, e la carenza nel proporre valutazioni di gradimento ai cittadini (che sono frutto entrambi di evidenti carenze comunicative).

### 6.1.2. Risorse

La *scarsità assolutamente drammatica di risorse* è il *secondo nodo* che emerge con grande chiarezza dalle segnalazioni, anche a una loro rapida scorsa (e in particolare da una analisi delle segnalazioni di punti forti e punti deboli).

A fronte di compiti che aumentano, diminuiscono gravemente le risorse, e in particolar quella più cruciale, ossia il personale; che è segnalato come di età avanzata e a basso turnover. A ciò fa fronte una capacità e una dedizione degli operatori (e una funzione di guida e stimolo dei dirigenti)

vista come risorsa cruciale; che giunge nonostante tutto a produrre buoni risultati di funzionalità per i servizi, con interventi efficaci, efficienti e graditi (il tutto ovviamente come sensazione degli operatori, più che come risultato di rilevazioni); pur con qualche eccezione per Educazione alla salute e Ambiente e salute, probabilmente generate da situazioni locali.

Occorre tener presente naturalmente che tale visione è generata da uno sguardo del personale su se stesso, e che quindi può essere influenzata da autoindulgenza e auto-compiacimento. Non è però senza significato in particolare che gli operatori – in un'importante assunzione di responsabilità – identifichino le proprie eventuali competenza, abnegazione, flessibilità, capacità di collaborazione come quella importantissima chiave di volta per l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione dipartimentale che studi e acquisizioni della scienza aziendale internazionale dimostrano effettivamente che essa sia.

Le segnalazioni della carenza di risorse sono ampie e dettagliate, e riguardano oltre al personale, anche le risorse per la formazione, quelle strutturali (mancanza di spazi come diminuzione della possibilità di offrire *privacy* e accoglienza) ed economiche.

### 6.1.3. *Organizzazione*

La *necessità di chiarezza nell'assetto organizzativo del Dipartimento* è il *terzo nodo* che si può evidenziare nei risultati dell'Oip.

Nonostante si tenda talora a sottovalutare l'importanza della configurazione organizzativa del Dipartimento rispetto al conseguimento sostanziale di risultati operativi purchessia, da chiunque e comunque prodotti, gli operatori dei Dipartimenti pilota sembrano invece sottolineare con forza come gli uni rimangano nonostante tutto in larga misura funzione dell'altra.

Vengono segnalati infatti come gravi ostacoli al lavoro l'assenza di un formale delineamento organizzativo e legisla-

tivo dei compiti (le leggi segnalate nella griglia 4 sono in massima parte leggi di organizzazione), la frammentazione degli interventi tra diversi referenti e la confusione delle competenze, la mancanza di uno sguardo chiaro e unitario sul lavoro, la scarsità di standardizzazioni e protocolli condivisi: insomma, la mancanza di una normazione legislativa e organizzativa di quella integrazione cui si è appena fatto cenno.

Va notato però che il contributo di immaginazione normativa richiesto ai Dipartimenti nella griglia 1 ha prodotto risultati non completamente soddisfacenti (tranne la segnalazione, in qualche modo attesa, della necessità di semplificazione burocratica e dell'eliminazione delle prassi obsolete); come pure non ha trovato grande rispondenza la sollecitazione a identificare anche leggi non sanitarie tra le norme che più influiscono sulla salute dei cittadini e sulle possibilità di prevenzione. Quella alla creatività riorganizzativa (e quella al saper guardare ai moventi fondamentali della salute e della malattia, fuori dalle angustie autoreferenziali dei servizi) sembra invece una sfida cruciale da assumere per Dipartimenti che vogliano avere una voce importante nel decidere del proprio destino (e spostarsi sempre più verso gli interventi più risolutivi di prevenzione primaria ed eziologica).

Se i Dipartimenti pilota segnalano poi l'ovvio disorientamento proveniente da un turnover nella dirigenza gestionale e politica delle Asl, vorticoso più ancora che accelerato, ciò che pare ancora più preoccupante per gli operatori quanto a funzionalità dell'organizzazione è la mancanza di una pianificazione delle attività, che lascia spazio a una burocratizzazione autoreferenziale degli interventi; e la mancanza in generale di valutazione dei risultati del lavoro, e in particolare la mancanza di valutazioni fondate su dati di salute (mancanze da mettere in relazione alle carenze dell'epidemiologia, segnalate nelle griglie 2 e 5, e alla segnalazione dell'alta necessità di approfondimenti epidemiologici), su dati di gradimento (da mettere in relazione alle carenze segnalate nelle prassi comunicative con cittadini e utenti), e su *audit* e *best practices* (che rimandano ancora una volta alla necessità di integrazione e confronto).

#### 6.1.4. *Promozione della salute*

Analizzando il quadro generale degli oltre 500 interventi segnalati dai Dipartimenti pilota, si rimane innanzitutto colpiti dalla loro eterogeneità; che spazia dagli studi e dalla sorveglianza epidemiologica alla redazione di progetti e piani d'azione, dalla formazione alla mediazione linguistica, dalle visite mediche e dall'attività ambulatoriale alla fisioterapia riabilitativa e preventiva ecc.

Come accennato presentando i risultati della griglia 5, tra tali interventi la maggiore frequenza di segnalazioni è quella per l'area vaccinazioni. C'è da considerare però che su tale dato si può scaricare una certa consuetudine e facilità nel registrare e segnalare gli interventi vaccinali, e anche un certo loro effetto di moltiplicazione (vaccinazione antinfluenzale: 1 intervento, vaccinazione Mpr, un altro intervento ecc.); mentre altri interventi nel settore che non siano la mera somministrazione e riguardino invece aspetti di metodo e contesto (verifica dello stato immunitario, verifiche di qualità ecc.) sono meno segnalati.

Sembra invece manifestarsi con grande evidenza – accanto alle più tradizionali attività di vigilanza e controllo, e fino a costituire in qualche modo un *quarto nodo* che emerge dalle rilevazioni dell'Oip – la presenza diffusa di interventi di *promozione della salute* di varia natura e argomento, ma che condividono con la formazione, l'educazione alla salute, il *counselling*, l'informazione ai cittadini, l'essere *basati sullo strumento comunicazione*; e che attraversano trasversalmente la gran parte delle aree, fino a evidenziarsi come il metodo di prevenzione probabilmente più usato e più fortemente segnalato come punto qualificante delle attività.

Del resto tale orientamento dei Dipartimenti pilota trova un riscontro importante nelle acquisizioni scientifiche internazionali; la promozione della salute, infatti, «come emerge dai documenti scientifici e strategici delle principali agenzie sanitarie internazionali, costituisce la *mission* per eccellenza dei Dipartimenti di prevenzione» [Collegio operatori della Società italiana di igiene, in corso di stampa].

## 6.2. Dal Dipartimento “medio” agli standard e alle linee guida

La costruzione di una sorta di ipotesi di “Dipartimento medio”, basandosi sui dati – peraltro non sempre completi – provenienti dai 23 Dipartimenti pilota, è evidentemente per quest’anno un’ipotesi non praticabile per l’Oip.

Ma anche se si avesse – o quando si avrà – a disposizione un universo statistico rappresentativo di tutto il territorio nazionale, i dati medi che ne potrebbero derivare non costituirebbero naturalmente ancora uno standard, ma piuttosto una fotografia dell’esistente.

Disporre di tale fotografia sarebbe peraltro utilissimo; e in primo luogo perché l’esistente, per quanto possa apparire strano, non pare completamente conosciuto.

Travolti forse dalle emergenze, dalle urgenze legislative, dalle pressioni di varia natura, dalla stessa forza della routine, non è raro riscontrare come nei Dipartimenti la conoscenza anche di dati organizzativi basali non sia diffusa come ci si attenderebbe (nelle risposte pervenute, talvolta non solo alcuni aspetti della dotazione di risorse, ma addirittura anche estensione territoriale e popolosità sono stati comunicati con qualche incertezza o approssimazione...).

La conoscenza completa e attendibile di tali dati serve invece a poter effettuare incroci di efficienza ed efficacia, calcoli di carichi di lavoro ecc.; insomma, serve a poter rispondere intanto 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 organizzare sempre meglio il lavoro, anche in termini di fissazione di standard, parametri, protocolli, linee guida.

Le risposte ai suddetti quesiti classici, che in tutte le aziende commerciali sane costituiscono la base di ogni agire, sembrano invece di difficile produzione in una Asl o in un Dipartimento.

Eppure, anche per questioni complesse e delicate come le dotazioni finanziarie, da uno dei Dipartimenti pilota sono arrivate quest’anno risposte assolutamente accurate e complete; e così, anche per tutte le altre griglie, almeno un

Dipartimento (anzi, sempre più d'uno, come riferito illustrando i risultati) ha fornito risposte perfette e attendibili: ciò fa pensare dunque che un'eventuale mancanza di risposte possa riferirsi non tanto a una difficoltà insormontabile o a un'impossibilità assoluta nel fornirle, quanto a carenze di tempo, di determinazione o di organizzazione nel procurarsele. Questa convinzione dovrà essere tenuta ben presente, in generale, nel momento in cui verrà preparata la prossima versione delle griglie, per evitare di essere frettolosi nell'eliminazione di quesiti con pochi rispondenti.

Nello specifico poi, i dati raccolti quest'anno – ben lunghi comunque, va ancora ripetuto, dal rappresentare altro che medie grezze e non coordinate (perché provenienti da universi statistici di rispondenti volta per volta diversi) di un *pool* eterogeneo di Dipartimenti – possono delineare a ogni modo un Dipartimento vasto circa 1.900 kmq e con circa 330.000 abitanti; con una struttura edilizia ogni 20.000 abitanti circa, con una rete informatica e dotato di 1 pc ogni 6 operatori circa, con un veicolo ogni 50 kmq circa, e con un operatore (cinquantenne o ultracinquantenne) ogni 2.000 abitanti e 8,5 kmq circa; operatori nella loro stragrande maggioranza dotati di un contratto stabile di lavoro, con una prevalenza del personale di ruolo sanitario di 3/4 del totale (di cui più di 1/3 Tdp e circa 1/10 assistenti sanitari e infermieri), allocati per 1/3 nel Sisp e per 1/4 nei servizi veterinari; e con una dotazione strutturale e strumentale allocata in modo grosso modo analogo.

Un Dipartimento inserito in una Asl con un direttore generale in carica da meno di 2 anni, e diretto da un Medico igienista in carica da oltre 7 anni, senza una certificazione modello *Iso9000*, con i sei servizi dotati di alcune articolazioni dedicate ad ambiti di intervento specifici, più altre articolazioni organizzative dipartimentali trasversali dedicate a funzioni amministrative, epidemiologia, qualità, promozione della salute/educazione alla salute. Un dipartimento impegnato in molti progetti (circa 10), e che attua molti interventi (31), che riguardano prevalentemente gruppi non numerosissimi di popolazione (meno di 1.000 abitanti).

## 7. Possibili ricadute e sviluppi delle attività dell'Oip

### 7.1. Organizzazione sanitaria, economia sanitaria, Ebp

L'enfasi posta fin dalla sua impostazione iniziale sul metodo partecipato di costruzione e funzionamento dell'Oip si giustifica anche in ragione di quello che è probabilmente *il più importante tra i suoi risultati attesi*: ossia la possibilità di portare un contributo al disegno di *un'ipotesi di Dipartimento forte e condivisa*, e che in maniera forte e condivisa possa essere proposta ai referenti istituzionali e politici del Ssn.

Ridefinire in maniera univoca e unitaria la natura dell'impegno del Dipartimento è un'esigenza non solo sentita dagli operatori della prevenzione e dalle loro società scientifiche, ma anche segnalata a livello organizzativo/istituzionale.

Nell'Accordo stato-regioni si legge infatti:

A questo proposito è necessario ricordare che il Dpr 14 gennaio 1997, che ha approvato i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie, non ha previsto alcun requisito per il Dp. La maggior parte delle Regioni che hanno successivamente prodotto documenti e deliberato leggi in tema di accreditamento regionale seguendo le indicazioni del Dpr, non hanno a loro volta contemplato requisiti specifici per il Dp.

La definizione di "che cosa è" e "che cosa fa" il Dipartimento può passare dunque attraverso quel confronto tra le diverse esperienze e i diversi "mondi" della prevenzione italiana cui in precedenza si accennava (cfr. *supra*, 2), e per il quale l'Oip potrebbe porsi come localizzazione comune e sintesi per le *diverse esperienze geografiche* e per le *differenti appartenenze professionali*.

Ma per un impegno così "alto", politico e articolato, allora, non si tratta tanto o solo di attivare un *benchmarking* di modello aziendalistico; *non si tratta cioè di pesare e comparare rigidamente quantità, ma di interrogarsi reciprocamente sulla qualità*; riaffermando così operativamente,

peraltro, anche la convinzione che la salute-qualità non si possa rappresentare in maniera soddisfacente con dati sulla sola quantità-servizio.

Quello che conta dunque, in particolare in questa prima fase della costruzione dell'Oip, non è tanto o solo approntare una batteria di indicatori più attendibile e approfondita possibile, quanto cercare di orientarne fin d'ora coerentemente i risultati; come sempre, ciò che decide della validità di un sistema di rilevazione non è tanto o solo l'ampiezza e l'attendibilità dei risultati, quanto soprattutto il loro uso e la loro finalizzazione, ossia la loro *capacità di determinare cambiamenti*.

Del resto, uno splendido rapporto inascoltato equivale a nessun rapporto; mentre, come insegna anche l'epidemiologia delle epidemie, nelle fasi critiche possono essere cruciali anche rilevazioni *dirty and rough*, ma che consentano di andare avanti e puntare all'obiettivo finale.

Dunque, nella fase critica che oggi la prevenzione e soprattutto i Dipartimenti stanno attraversando, prima e oltre che una didascalica descrizione delle loro attività può essere utile cercare di *costruire uno strumento che su tale fase critica possa incidere*, puntando a sollecitare una *soggettività attiva di tutti gli operatori* che consenta di porre da subito in maniera forte e condivisa al corpus della Sanità pubblica italiana e poi al corpus istituzionale e civile del nostro Paese la questione politico/istituzionale della prevenzione, e degli interventi e del contesto organizzativo più idonei a produrla, definendone e autovalutandone la qualità, e *rilanciando il dibattito su cosa è e cosa dovrebbe essere il Dipartimento*.

Si tratta evidentemente di un impegno di lunga lena per un obiettivo di non poco rilievo, che potrà forse essere conseguito solo quando l'Oip si sarà radicato in profondità nel sentire e nella prassi degli operatori dei Dipartimenti; ma le cui basi vanno impostate da subito, per costruire una presenza che serva da coagulo e da moltiplicatore concentrico dell'esperienza stessa.

Ovviamente, lungo la strada di tale costruzione, e a mano a mano che l'Oip consoliderà la sua struttura e potenzierà le sue capacità di intervento, non solo procederà in

parallelo un necessario allargamento, approfondimento, miglioramento delle rilevazioni proposte e della qualità dei dati raccolti; ma tale raccolta potrebbe anche costituire, per singoli ricercatori, mondo accademico e professionale e istituzioni, una base utile per *approfondimenti ed estensione dei tagli visuali sulla prevenzione*.

Sulle consapevolezze via via costruite nell'Oip, e sulle pratiche preventive a mano a mano segnalate dagli operatori come le più rilevanti, potrebbe cioè essere fondata una serie di studi e iniziative di ricerca, per esempio in tre ambiti principali.

a) Studi di *organizzazione sanitaria*, quali per esempio lavori che comparino efficacia/efficienza dei diversi interventi preventivi quando sono coordinati dai Dipartimenti e quando non lo sono, o gli eventuali vantaggi operativi di avere nel Dipartimento il fulcro di tutte le attività preventive dell'Asl.

O anche lavori che ipotizzino strumenti e modelli di rilevazione – oltre che delle diverse attività preventive svolte – anche delle risorse necessarie per poterle condurre, e dei risultati di salute e gradimento che ne vengono determinati [Calamo Specchia 2009]; fondandoli in un monitoraggio di processi ed esiti dell'assistenza dei quali nessuno può render conto più e meglio delle condizioni oggettive (epidemiologia) e delle percezioni soggettive (comunicazione) dei cittadini.

La necessità in particolare della rilevazione degli effetti di salute è in qualche modo richiamata anche nell'Accordo stato-regioni, in cui si legge:

La definizione dell'impatto atteso sulla salute dovrebbe essere parte integrante sia della definizione degli obiettivi (ai diversi livelli descritti in precedenza) sia della fase di declinazione operativa degli obiettivi stessi (accordo/intesa, progettazione, attuazione).

Ciò potrebbe fungere da stimolo all'attivazione nelle Asl di un *sistema epidemiologico (per la rilevazione della salute) e di un sistema comunicativo (per la rilevazione del gradimento) sempre più potenti e raffinati*; e d'altra parte potreb-

be servire a cercare di sostanziare e precisare (e dunque rendere “spendibile”) la generica lamentazione sulla scarsità di risorse, studiando per esempio i modi per un *incrocio delle evidenze contenute nei risultati dell’Oip a proposito di risorse (griglia 3) e di attività (griglia 5)*.

b) Studi di *economia sanitaria*, che riempiano la carenza di analisi in precedenza segnalata (cfr. *supra*, 2), e si occupino in particolare di verificare e sostanziare la correttezza del classico adagio sul “prevenire è meglio di curare” anche dal punto di vista finanziario; quali per esempio studi sui *risparmi di costi diretti e indiretti indotti dalle diverse attività preventive segnalate dall’Oip come massimamente rilevanti e diffuse*.

Una dimostrazione della sua *preferibilità economica* (oltre che etica ed epidemiologica) potrebbe costituire infatti per la prevenzione un *atout* importante, che aiuterebbe a promuoverne pratica e immagine, e a compensare in parte le spinte negative che le provengono dall’essere articolata in attività generalmente non “spettacolari”, di effetti sanitari rilevabili non a breve scadenza, a bassa componente tecnologica – tranne la medicina preventiva – e dunque non particolarmente sostenute da interessi commerciali o suggestioni mediatiche.

Quello della prevenzione potrebbe dunque un buon campo perché si affermi la necessaria originalità e autonomia di visione di economisti sanitari consapevoli della natura specifica della Sanità pubblica, nella quale la produzione del bene meritorio *salute* è la variabile indipendente che deve necessariamente far aggio sulla variabile dipendente *spese*; e nella quale dunque i lavori sui *costi* finanziari delle attività potrebbero essere per esempio affiancati da quelli sui *risparmi* di risorse, finanziarie e non solo, a esse connesse.

c) Studi di *Ebp, prevenzione basata sull’evidenza* [Baldasseroni, Faggiano e De Belvis 2010], la cui necessità è peraltro rimarcata fortemente in tutto l’Accordo stato-regioni, che si pongano l’obiettivo di identificare le attività e le pratiche di prevenzione di cui è dimostrabile o dimostrata l’utilità e l’efficacia (o al contrario l’inutilità o l’inefficacia); e che possono trovare nell’Oip e negli interventi preventivi che

TAB. B. *Scadenze temporali Oip 2012*

Ottobre/novembre 2011	Presentazione <i>Rapporto 2011</i>
Dicembre/gennaio 2012	Incontri regionali con i Dipartimenti per la presentazione di questionario e griglia 2012
Aprile/maggio 2012	Incontri regionali con i referenti Oip per la riconsegna dei risultati della rilevazione

l'Oip evidenzia come i più praticati nei Dipartimenti e nelle Asl un'utile *indicazione di priorità negli oggetti di studio*.

## 7.2. *Obiettivi dell'Oip a breve e medio termine*

Il principale *obiettivo operativo del prossimo anno* per l'Oip (Tab. B) sarà di ampliare le rilevazioni a più Dipartimenti possibile, e comunque fino a garantire la presenza di *almeno una Asl anche per le otto regioni attualmente non rappresentate*; e contestualmente procedere nell'affinamento della griglia, nel miglioramento della qualità e della completezza delle risposte, nello *sviluppo di strumenti informatici* per la raccolta e trasmissione dei dati e per la diffusione dei risultati (a quest'ultimo proposito è già stato acquisito il dominio [www.osservaprevenzione.it](http://www.osservaprevenzione.it)).

Gli *obiettivi a medio termine* dell'Oip si collocano su vari piani.

Innanzitutto le attività dell'Oip potrebbero contribuire a far correre in parallelo a esse una linea di *sviluppo teorico e formativo*.

A livello teorico, l'Oip potrebbe costituire la base – come si è appena detto – per una serie di linee di sviluppo e approfondimento che vanno dall'organizzazione all'economia sanitaria alle valutazioni di appropriatezza e Ebp ecc.; e soprattutto per un confronto e una riunitarizzazione del Ssn intorno all'ipotesi di un *profilo nazionale di Dipartimento*, da costruire formalmente in maniera forte e condivisa.

Nell'Accordo stato-regioni si menziona peraltro anche l'esigenza dello «sviluppo di un *sistema di definizione di obietti-*

*vi per la formazione continua* per gli operatori dei Dp»: e chi meglio degli operatori stessi potrebbe fornire un elenco di tali obiettivi?

È ormai ben noto, infatti, che la formazione non si promuove per legge (né vi si destinano “d’autorità” i discenti), ma si autopromuove e si autoalimenta quando viene attivata per qualcosa di cui c’è davvero un bisogno personale profondamente percepito; non a caso gli interventi formativi più seri e produttivi non sono quelli su argomenti “preconfezionati”, ma piuttosto quelli che per scelta metodologica si strutturano quanto a contenuti solo dopo un serrato confronto con i discenti circa i loro bisogni e aspettative formative.

In tal senso, dunque, la soggettività dell’Oip potrebbe essere un’importante risorsa; che andrebbe ulteriormente potenziata, magari anche inserendo nel questionario una specifica sollecitazione agli operatori a indicare specificamente *i temi e gli argomenti più urgenti e sentiti per la formazione/aggiornamento* nelle diverse aree.

A livello politico/professionale, l’Oip potrebbe poi servire al mondo degli igienisti italiani per aprire quel *confronto con le altre società scientifiche* (medici del lavoro e di medicina generale, pediatri di libera scelta e veterinari, epidemiologi e professionisti infermieri e tecnici...) che ha avuto una tappa di rilievo nel 2010 nelle adesioni di Anmdo, Card, Sivemp, Simet alla Mozione finale del 44° Congresso nazionale della S.It.I. di Venezia, e che sopra si identificava come chiave di volta per il rilancio della prevenzione nel Ssn; anche intercettandone analoghe esperienze (si può citare – tra tutte – la rilevazione condotta da G. Ugolini *et al.* nei Sian italiani nel 2007 e poi nel 2009-2010). Recita infatti l’Accordo stato-regioni:

L’articolazione dei servizi, se interpretata in modo rigido come separazione o, addirittura, come esasperata rivendicazione di specificità settoriale, rappresenta uno degli ostacoli più seri all’adozione diffusa di una progettazione per obiettivi. Tale situazione sembra caratterizzare la maggior parte dei Dp, come emerge sia dalla Relazione sullo Stato Sanitario del Paese che dall’Indagine Parlamentare dell’ottobre 2000.

Per quanto attiene infine all'articolazione istituzionale e organizzativa della Sanità pubblica, se si vuol saggiare la possibilità che il Dipartimento svolga un ruolo di fulcro territoriale – come conoscenza e coordinamento – dei tre livelli (stato-regioni-Asl) delle attività preventive, diventa cruciale la questione dei suoi rapporti diretti con tali livelli.

In tal senso, l'Oip, come auspicabile coagulo e sintesi dei Dipartimenti nazionali, potrebbe per esempio ambire a porsi con le sue rilevazioni come riferimento e partner con istituzioni diverse per compiti di *promozione di programmi di valutazione della performance sanitaria*; e anche come luogo più in generale di *confronto stabile* dei diversi *Piani regionali della prevenzione*, e cantiere di costruzione di *indicatori specifici per le attività preventive*, come richiesto dall'Accordo stato-regioni.

Ma gli interlocutori per sviluppi e collegamenti dell'Oip non sono solo le istituzioni e i colleghi, ma anche – o forse soprattutto – *i cittadini*.

Ulteriore obiettivo a medio termine dell'Oip potrebbe essere quindi quello di contribuire a stimolare e sviluppare una forte *azione comunicativa generale* per la riattivazione di una massa critica culturale favorevole alla prevenzione; sforzandosi di far uscire il dibattito dai confini per forza di cose angusti, e talora autoreferenziali, delle Società scientifiche e dei gruppi professionali.

## 8. Conclusione

Gli igienisti hanno suscitato e alimentato – da Bologna, Roma e Bari in avanti anche attraverso l'Oip, con qualche successo e con grandi attese – un rinnovato dibattito sul Dipartimento [Boccia, Cinquetti e Menegon 2010; Panà e Muzzi 2011], che si svolge però in una contingenza forse non del tutto favorevole.

Alcuni segni possono far pensare che, almeno a livello nazionale, il decisore non abbia una considerazione del Dipartimento come uno snodo cruciale nel quadro strategico delle politiche per la prevenzione.

Potranno certo esserci singole regioni, in un quadro di federalismo spinto, a valorizzarne il ruolo; ma nell'ambito complessivo del Ssn e delle sue politiche e orientamenti culturali e istituzionali, oltre che nel comune sentire della classe sanitaria italiana, la responsabilità di tale valorizzazione pare ricadere principalmente sugli igienisti.

Non basta però a tal fine diffondersi in dichiarazioni, o ipotizzare mere ingegnerie istituzionali; ma sarebbe necessario piuttosto costituirsi nel concreto come elementi di miglioramento dei processi, costruire sul campo una propria specificità e indispensabilità, produrre dati scientifici più che ergere barricate di matrice sindacale; e offrire risultati concreti a supporto e come presupposto delle migliori ipotesi e scelte organizzative.

In un recente lavoro in cui pone l'interrogativo classico del "che fare" per rilanciare i Dipartimenti [Meloni 2011], Cesare Meloni conclude scrivendo:

Preliminare a tutto ciò è però che si riesca, attraverso una analisi del problema e una approfondita riflessione sulle sue implicazioni, a conseguire un orientamento comune. È infatti l'azione concorde e compatta di tutte le componenti della nostra società scientifica la condizione necessaria per poter agire bene e con la dovuta sollecitudine.

Si tratta di un autorevole e condivisibile appello a un impegno forte dei singoli professionisti e della S.It.I., del quale nell'iniziativa comune con la Fsk per la costituzione dell'Oip può essere visto un primo inveramento.

Ma la sfida ulteriore che sembra ora cruciale accettare è quella di *superare i confini della disciplina igienistica*, sia nell'apertura verso la popolazione generale cui si faceva appena cenno, sia in un'opera intelligente di ricomposizione dei diversi apporti disciplinari verso il fine comune della prevenzione, da praticare e da difendere.

Gli stessi operatori dei Dipartimenti pilota, segnalando l'esigenza di integrazione come punto irrinunciabile e fondamentale del loro agire professionale, hanno mostrato di condividere tale impostazione di fondo dell'iniziativa

dell'Oip. O meglio, l'Oip ha mostrato di saper intercettare un'esigenza fortemente presente negli operatori: ridisegnare per il Dipartimento nuovi spazi di unitarietà nel lavoro di ricerca comune, per arrivare a un quadro di riferimento condiviso per la sua struttura organizzativa e i suoi interventi.

Al di là di dati e risultati sempre più importanti che auspicabilmente l'Oip sarà in grado di produrre, è insomma importante attivare fin d'ora intorno a quei risultati un *processo di confronto e coesione interna nei Dipartimenti* che potrebbe essere forse il risultato più importante da conseguire (e che potrebbe partire dal riequilibrio di un certo sbilanciamento sui servizi igienistici e sui ruoli medici dello sguardo analitico dell'Oip), e sostituire la contrapposizione e il conflitto per allargare le aree di dominio disciplinare con la ricomposizione degli apporti scientifici e professionali per aumentare la salute dei cittadini (e prima ancora per allargare gli spazi di praticabilità all'interno del Ssn che permettano di farlo).

Un "andare oltre la S.It.I." per *riunire tutti i professionisti della prevenzione*, che può forse essere condotto e realizzato nella maniera migliore proprio dalla S.It.I. stessa; sia per la nobile tradizione di agenti di integrazione culturale e professionale presente nella antica storia degli igienisti, sia per il radicamento della riflessione metadisciplinare nelle basi dottrinali della disciplina, sia dunque per la vocazione complessiva dell'igienista a porsi «come riferimento trasversale per il collegamento comunicativo tra i differenti ricercatori, per fungere da coagulo e da connettivo per le risultanze delle ricerche e degli approcci che possono avere un peso sulla protezione e la promozione – qui e ora – della salute...» [Calamo Specchia 2011]

Non sembra dunque azzardato affermare che se non saranno gli igienisti italiani a farsene carico fino in fondo, forse non sarà semplicissimo trovare altri gruppi professionali in grado di fungere da attivatori di tale processo; e in tal senso l'Oip può divenire una forte assunzione di responsabilità dell'Igiene, e un impegno strategico della S.It.I. intorno a cui coagulare ricerca, formazione, *lobbying* virtuoso, promozione di immagine.

Si tratta, come è del tutto evidente, di un impegno necessariamente ambizioso perché di alto profilo, e innega-

bilmente difficile perché di elevata complessità; e che va condotto dunque con tutto il pessimismo dell'intelligenza necessario, ma anche con l'ottimismo – più che della sola volontà – della *necessità* che esso venga condotto.

Ed è chiaro in conclusione che esso potrà essere promosso e realizzato solo fondandolo, oltre che sull'indispensabile, costante e convinto sostegno della Fsk e della S.It.I., anche sulla dedizione – ma soprattutto sulla passione – che tutti i colleghi vi sapranno spendere e vi stanno già spendendo; dalle quali potranno derivare all'Oip un'autorevolezza e un "peso" in grado di consentirle – ossia consentire a tutti i colleghi operatori di prevenzione, nessuno escluso – di costituirsi come interlocutrice in grado di orientare e precisare l'armonizzazione nazionale e i mutamenti organizzativi che noi tutti auspichiamo, favorevoli a un rilancio della centralità della prevenzione nel Ssn, e dei Dipartimenti nelle attività di prevenzione.

Sono intervenuti nel dibattito agli incontri di Bologna, Roma e Bari sulla costruzione del questionario e delle griglie 35 colleghi: Agostini, Albergo, Bauleo, Bellino, Bianco, Biondi, Blangiardi, Bosco, Canossa, Carreri, Di Rosa, Faggioli, Fantini, Federici, Felicioni, Filippetti, Francia, Gattinoni, Germinario, Guarnieri, La Bianca, Lagreca, Magrelli, Marensi, Miglio, Montella, Panico, Perri, Porta, Renga, Ricci, Rosselli, Talarico, Ugolini, Villari.

Hanno collaborato alla raccolta dati nei Dipartimenti (e all'ulteriore messa a punto del questionario e delle griglie negli incontri di presentazione) 84 colleghi: Abbati, Agostini, Amadio, Baffoni, Bellino, Biondi, Brandimarte, Brianti, Campo, Campomori, Cappelli, Caracciolo, Cauzillo, Cerimele, Chiodi, Ciccarelli, Ciccone, Cipriani, Comodi, Conversano, Del Torto, De Pasquale, De Sanctiis, Dichio, Di Gialleonardo, Di Rosa, Di Siena, Felicioni, Filippetti, Francia, Franco, Fresina, Gallone, Giancola, Guarnieri, Iacovacci, Iannone, Lagreca, Laurenti, Lista, Magrelli, Marconi, Marensi, Marinelli, Marino, Martucci, Matera, Micossi, Migliozi, Moliterni, Monaldi, Montagano, Montanaro, Moretti, Morganti, Negrone, Nicolardi, Palazzini, Pedote, Pelliccioni, Perri, Pierangelini, Pinna, Pisciutti, Ponzio, Puletti, Puppo, Rainò, Raschi, Ravaglia, Renzi, Ricci, Ridolfini, Rosselli, Russo, Sabatucci, Saltarelli, Santarelli, Serafini, Scorrano, Spera, Termite, Tomasi, Traversini.

### Riferimenti bibliografici

- Baldasseroni, A., Faggiano, F. e De Belvis, A.G. [2010], *L'epidemiologia per la valutazione della prevenzione: interventi, strategie e politiche preventive*, in A. Boccia et al. (a cura di), *Rapporto prevenzione 2010. La formazione alla prevenzione*, Bologna, Il Mulino.
- Boccia, A., Cinquetti, S. e Menegon, T. [2010], *Dipartimento di prevenzione: struttura dell'Azienda sanitaria deputata al governo delle attività preventive complesse*, in "Diritto alla salute: il nuovo Milione della Sanità pubblica. Atti 44° Congresso Nazionale S.It.I.", Venezia 2010, in "Igiene e Sanità Pubblica", supplemento al n. 3.
- Calamo Specchia, F. [2009], *Nuovi strumenti per la Sanità Pubblica italiana*, in "Care", 3, pp. 31-33.
- Calamo Specchia, F. [2011], *Comunicazione profonda in sanità. Senso, verità, desiderio*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- Carreri, V. [2007], *Contributo del Collegio degli Operatori al documento sul futuro dell'Igiene, della Medicina Preventiva e della Sanità Pubblica*, in "Il futuro dell'Igiene, della Medicina Preventiva e della Sanità Pubblica: cambiamenti, priorità, emergenze. Atti della X Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica", Pisa 2007, Roma, Esseditrice.
- Carreri, V., [in corso di stampa], *Relazione*, in "Atti Convegno Nazionale Castelbrando cinque 2011".
- Cislaghi, C. e Giuliani, F. [2010], *La prevenzione nell'ambito dell'organizzazione della sanità pubblica*, in A. Boccia et al. (a cura di), *Rapporto prevenzione 2010. La formazione alla prevenzione*, Bologna, Il Mulino.
- Collegio operatori della Società italiana di igiene, [in corso di stampa], *Linee guida per i Dipartimenti di prevenzione*.
- 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.

Documento S.It.I. [2007], *Il futuro dell'Igiene, della Medicina Preventiva e della Sanità Pubblica*, in "Il futuro dell'Igiene, della Medicina Preventiva e della Sanità Pubblica: cambiamenti, priorità, emergenze. Atti della X Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica", Pisa 2007, Roma, Esseditrice.

Documento S.It.I., [in corso di stampa], *Mozione conclusiva*, in "Atti Convegno Nazionale Castelbrando cinque 2011".

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.

Meloni, C. [2011], *L'incerto destino dei Dipartimenti di prevenzione*, in "Igiene e Sanità Pubblica", 67, pp. 53-57.

Panà, A. e Muzzi, A. [2011], *È necessario e auspicabile un cambiamento non solo funzionale ma anche istituzionale dei Dipartimenti di prevenzione?*, in "Igiene e Sanità Pubblica", 67, pp. 3-8.

ALLEGATO 1  
RISPOSTE ALLA SEZIONE I DEL QUESTIONARIO

TAB. 1.0.

<i>Rispondenti: 23 Dipartimenti (26 questionari)</i>
Dati personali di chi ha compilato il questionario:
• articolazione organizzativa di appartenenza: 25 Dipartimento di prevenzione, 1 direzione sanitaria di presidio;
• profilo professionale: 20 medici, 2 veterinari, 1 tecnico della prevenzione, 1 amministrativo, 2 gruppi multiprofessionali;
• ruolo istituzionale: 11 direttori Dipartimento prevenzione, 10 dirigenti U.o.c. e U.o.s. del Dipartimento, 1 direttore sanitario, 1 operatore unità di epidemiologia, 1 dipendente Asl;
• età media: 57 anni e 9 mesi.

TAB. 1.1.

COME GIUDICATE, DEL DIPARTIMENTO:	SCARSO	INSUFFICIENTE	BUONO	OTTIMO
L'adattabilità ai progetti regionali	1	1	20	4
I rapporti con l'assessorato regionale (autonomia decisionale)	5	4	14	3
Il contributo alla definizione degli obiettivi regionali	3	4	15	4
I rapporti con la dirigenza Asl (autonomia decisionale)	1	8	12	5
Il contributo alla definizione degli obiettivi aziendali	3	7	13	2
I rapporti con i medici di medicina generale e con i pediatri di base	2	5	16	3
I rapporti con l'unità di epidemiologia <sup>1</sup>	-	7	7	7

<sup>1</sup> In 5 Asl non esiste l'Unità di epidemiologia

TAB. 1.2.

COME GIUDICATE LA NECESSITÀ DI COMUNICAZIONE DEL DIPARTIMENTO:	NULLA	SCARSA	ALTA	MOLTO ALTA
Verso le altre articolazioni Asl	-	2	12	12
Verso referenti istituzionali diversi extra-Asl	-	2	14	10
Verso la popolazione generale	-	2	10	14

TAB. 1.3.

COME GIUDICATE LO STILE DI COMUNICAZIONE:	ASSENTE	GERARCHICO UNIDIREZIONALE	DI COORDINAMENTO FUNZIONALE	RELAZIONALE EMPATICO E PROFONDO
All'interno del Dipartimento	-	8	14	3

TAB. 1.4.

NEL DIPARTIMENTO ESISTONO:	Sì		NO
	ATTIVITÀ	REFERENTI	
Tavoli formali di relazione con altri referenti organizzativi e istituzionali intra Asl? <i>(se sì, specificare quali)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promozione della salute (5)</li> <li>• Infezioni ospedaliere (2)</li> <li>• Screening oncologici (2)</li> <li>• Formazione (2)</li> <li>• Pandemie (2)</li> <li>• Rischio clinico</li> <li>• Comitato etico</li> <li>• Cardiovascolare</li> <li>• Telecardiologia</li> <li>• Trapianti</li> <li>• Dipartimento salute mentale</li> <li>• Dipartimento dipendenze patologiche</li> <li>• Uap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distretto (3)</li> </ul>	7
Tavoli formali di relazione con altri referenti organizzativi e istituzionali extra-Asl? <i>(se sì, specificare quali)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicurezza lavoro (provincia) (5)</li> <li>• Sicurezza lavoro (interistituzionale)</li> <li>• Promozione della salute (regione) (4)</li> <li>• Screening oncologici (regione) (3)</li> <li>• Sicurezza alimentare (regione) (2)</li> <li>• Sicurezza alimentare (associazionismo)</li> <li>• Igiene della nutrizione</li> <li>• Allerta (2)</li> <li>• Vigilanza (interistituzionale)</li> <li>• Vaccinazioni (regione) (2)</li> <li>• Piani vaccinali (medici e pediatri territorio)</li> <li>• Formazione (2)</li> <li>• Aree mercatali (2)</li> <li>• Controllo micologico (2)</li> <li>• Consulta direttori Dipartimenti di prevenzione</li> <li>• Nucleo di valutazione Asl</li> <li>• Flussi informativi</li> <li>• D.L.vo 194/08</li> <li>• Scuola della salute</li> <li>• Randagismo (Corpo forestale dello stato)</li> <li>• Malattie infettive (regione)</li> <li>• Inquinamento aria (provincia)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arpa (5)</li> <li>• Izs (4)</li> <li>• Uffici scolastici provinciali (2)</li> <li>• Prefettura (2)</li> <li>• Provincia</li> <li>• Vigili del fuoco</li> <li>• Polstrada</li> <li>• Motorizzazione civile</li> <li>• Capitaneria</li> <li>• Inps</li> <li>• Inail</li> </ul>	6

(segue)

TAB. 1.4. (segue)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acque destinate al consumo umano</li> <li>• Amianto</li> <li>• Prodotti fitosanitari</li> <li>• Piano emergenza nucleare</li> <li>• Aggiornamento tariffario regionale</li> <li>• Procedure di appalto regionale per materiali d'uso dei Siav</li> <li>• Sanità pubblica (comune)</li> <li>• Osservatorio prov. sicurezza stradale</li> <li>• Benessere</li> </ul>	
Un sistema autonomo per la gestione della qualità modello Iso 9000 ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solo per Sian (2)</li> <li>• Solo per Veterinaria</li> <li>• Solo per Laboratorio tossicologia</li> <li>• Solo per Malattie infettive e vaccinazioni (in parte)</li> <li>• (in corso)</li> </ul>	20

TAB. 1.5.

TRA LE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO VI SONO QUANTI:	NESSUNO	UNO	TRE-CINQUE	SEI O PIÙ
Progetti autonomi	6	3	9	8
Progetti sostenuti da finanziatori esterni al sistema regione-Asl	9	5	8	4

TAB. 1.6.

DA QUANTO TEMPO SONO IN CARICA (MEDIA):	ANNI	MESI
L'attuale direttore del Dipartimento	7	4
L'attuale direttore generale Asl	2	0

TAB. 1.7.

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	-	-	16	10

TAB. 1.8.

COME STIMATE APPROSSIMATIVAMENTE:	MENO DELL'1%	TRA 2% E 5%	TRA 6% E 10%	PIÙ DEL 10%
La percentuale degli operatori non stabili (a tempo, a contratto ecc.) sul totale degli operatori del Dipartimento	6	13	5	2

ALLEGATO 2  
RISPOSTE ALLA SEZIONE II DEL QUESTIONARIO

TAB. 2.0.

*Rispondenti: 23 Dipartimenti<sup>1</sup> (26 questionari)*

<sup>1</sup> In una Asl per la Veterinaria esiste un Dipartimento separato

TAB. 2.1.

	SCARSA	INSUFFICIENTE	BUONA	OTTIMA	
	1	1	19	5	Igiene degli alimenti
	1	4	16	5	Igiene della nutrizione
Degli interventi di ognuna delle seguenti aree del Dipartimento, come valutate:	1	-	19	7	Igiene pubblica
LA SENSIBILITÀ SOCIALE (come attesa/riciesta dell'opinione pubblica)	-	1	22	3	Ambiente e salute
	1	2	21	2	Prev. m.cr.-deg. e screening
	-	2	18	6	Salute in amb. di vita e di lavoro
	-	7	17	2	Educazione alla salute
	1	4	16	4	Sanità veterinaria
	1	3	18	3	Alim. di orig animale
	1	3	18	3	Allevamenti

TAB. 2.2.

	SCARSA	INSUFFICIENTE	BUONA	OTTIMA	
	-	3	20	3	Igiene degli alimenti
	-	2	21	3	Igiene della nutrizione
Degli interventi di ognuna delle seguenti aree del Dipartimento, come valutate:	-	-	23	3	Igiene pubblica
L'ACCETTABILITÀ SOCIALE (come livello di attenzione prestatto/gradimento dell'opinione pubblica)	1	4	19	2	Ambiente e salute
	-	2	21	3	Prev. m.cr.-deg. e screening
	-	3	20	3	Salute in amb. di vita e di lavoro
	-	3	19	4	Educazione alla salute
	-	1	23	1	Sanità veterinaria
	-	2	22	1	Alim. di orig animale
	-	1	23	1	Allevamenti

TAB. 2.3.

	SCARSA	INSUFFICIENTE	BUONA	OTTIMA	
	-	4	17	5	Igiene degli alimenti
	-	4	17	5	Igiene della nutrizione
Degli interventi di ognuna delle seguenti aree del Dipartimento, come valutate:	-	3	17	6	Igiene pubblica
LA RILEVANZA (come entità e importanza del danno prevenibile, in base ai dati epidemiologici)	1	5	16	4	Ambiente e salute
	1	2	18	5	Prev. m.cr.-deg. e screening
	-	4	17	5	Salute in amb. di vita e di lavoro
	-	6	14	6	Educazione alla salute
	-	2	18	5	Sanità veterinaria
	-	3	18	4	Alim. di orig animale
	-	2	19	4	Allevamenti

TAB. 2.4.

	SCARSA	INSUFFICIENTE	BUONA	OTTIMA	
	1	1	20	4	Igiene degli alimenti
	1	5	16	4	Igiene della nutrizione
Degli interventi di ognuna delle seguenti aree del Dipartimento, come valutate:	-	1	22	3	Igiene pubblica
LA QUALITÀ (come adeguatezza a standard scientifico/normativi)	2	7	16	1	Ambiente e salute
	-	4	20	2	Prev. m.cr.-deg. e screening
	-	2	21	3	Salute in amb. di vita e di lavoro
	1	5	17	3	Educazione alla salute
	-	1	21	3	Sanità veterinaria
	-	-	22	3	Alim. di orig animale
	-	-	22	3	Allevamenti

TAB. 2.5.

	SCARSA	INSUFFICIENTE	BUONA	OTTIMA	
	-	1	23	2	Igiene degli alimenti
	-	5	19	2	Igiene della nutrizione
Degli interventi di ognuna delle seguenti aree del Dipartimento, come valutate: L'EFFICACIA (come capacità di risposta ai bisogni di salute/ prevenzione)	-	1	20	5	Igiene pubblica
	1	7	15	3	Ambiente e salute
	1	3	19	3	Prev. m.cr.-deg. e screening
	-	2	21	3	Salute in amb. di vita e di lavoro
	-	3	20	3	Educazione alla salute
	-	1	22	2	Sanità veterinaria
	-	-	23	2	Alim. di orig animale
	-	-	23	2	Allevamenti

TAB. 2.6.

	SCARSA	INSUFFICIENTE	BUONA	OTTIMA	
	-	1	16	9	Igiene degli alimenti
	-	2	15	9	Igiene della nutrizione
Degli interventi di ognuna delle seguenti aree del Dipartimento, come valutate: L'EFFICIENZA (come capacità di utilizzo delle risorse rispetto all'assegnato)	-	4	13	9	Igiene pubblica
	-	4	14	8	Ambiente e salute
	1	-	16	9	Prev. m.cr.-deg. e screening
	-	3	15	8	Salute in amb. di vita e di lavoro
	-	2	15	9	Educazione alla salute
	-	2	14	9	Sanità veterinaria
	-	2	14	9	Alim. di orig animale
	-	2	14	9	Allevamenti

ALLEGATO 3  
RISPOSTE ALLA SEZIONE III DEL QUESTIONARIO

TAB. 3.0.

*Rispondenti: 23 Dipartimenti<sup>1</sup> (26 questionari)*

<sup>1</sup> In una Asl per la Veterinaria esiste un Dipartimento separato

TAB. 3.1.

	SCARSA	INSUFFICIENTE	BUONA	OTTIMA	
	1	5	20	-	Igiene degli alimenti
Per ognuna delle	1	6	16	3	Igiene della nutrizione
seguenti aree del	1	7	13	5	Igiene pubblica
Dipartimento,	2	9	14	1	Ambiente e salute
come valutate:	2	6	14	4	Prev. m.cr.-deg. e screening
LA QUALITÀ DELLA	2	6	18	-	Salute in amb. di vita e di lavoro
COMUNICAZIONE	2	6	16	2	Educazione alla salute
ESTERNA (come	2	5	18	-	Sanità veterinaria
informazioni	2	6	17	-	Alim. di orig animale
dirette al cittadino,	2	5	18	-	Allevamenti
interventi sui					
mass-media,					
ascolto dei					
bisogni ecc.)					

TAB. 3.2.

	MOLTO BASSA	BASSA	ALTA	MOLTO ALTA	
	1	4	15	6	Igiene degli alimenti
Per ognuna delle	1	3	15	7	Igiene della nutrizione
seguenti aree del	-	2	17	7	Igiene pubblica
Dipartimento, come	-	5	12	9	Ambiente e salute
valutate:	2	-	16	8	Prev. m.cr.-deg. e screening
LA NECESSITÀ DI	-	-	20	6	Salute in amb. di vita e di lavoro
EFFETTUARE	-	3	13	10	Educazione alla salute
APPROFONDIMENTI	-	-	22	3	Sanità veterinaria
EPIDEMIOLOGICI	-	-	22	3	Alim. di orig animale
(come raccolta	-	-	22	3	Allevamenti
e analisi					
dei dati di					
contesto					
e di attività)					

TAB. 3.3.

	MOLTO BASSA	BASSA	ALTA	MOLTO ALTA	
	-	-	19	7	Igiene degli alimenti
	-	2	15	9	Igiene della nutrizione
Per ognuna delle seguenti aree del Dipartimento, come valutate:	-	1	16	9	Igiene pubblica
	-	2	14	10	Ambiente e salute
LA NECESSITÀ DI EFFETTUARE AGGIORNAMENTI TEORICI	-	-	16	10	Prev. m.cr.-deg. e screening
	-	2	17	7	Salute in amb. di vita e di lavoro
E OPERATIVI (come acquisizione di nuove abilità e conoscenze)	1	-	15	10	Educazione alla salute
	-	2	15	8	Sanità veterinaria
	-	2	16	7	Alim. di orig animale
	-	2	15	8	Allevamenti

ALLEGATO 4  
PUNTI FORTI E PUNTI DEBOLI PER LE DIVERSE AREE  
E PER IL COMPLESSO DEL DIPARTIMENTO  
QUESTIONARIO - SEZIONE IV

TAB. 4.0.

*Rispondenti: 23 Dipartimenti (26 questionari)*

TAB. 4.1. *Igiene degli alimenti*

PUNTI FORTI	PUNTI DEBOLI
<p>OPERATORI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggiornamento professionale</li> <li>• Professionalità degli operatori</li> <li>• Spiccata propensione alla multiprofessionalità</li> <li>• Lavoro in team</li> <li>• Professionalità dirigente</li> <li>• Esperienza del personale e motivazione all'aggiornamento</li> </ul> <p>FUNZIONALITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacità di intervento rapido nelle emergenze</li> <li>• Risposta rapida alle emergenze</li> <li>• Gestione stati d'allerta</li> <li>• Disponibilità operativa H24</li> <li>• Informatizzazione</li> </ul> <p>ORGANIZZAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardizzazione e procedure informatizzate</li> <li>• Sistema informatico</li> <li>• Standardizzazione procedure</li> <li>• Buona adesione ai protocolli regionali</li> <li>• Presenza di attività standardizzate e pianificate</li> </ul> <p>INTEGRAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrazione con altri servizi</li> <li>• Interazione con le altre istituzioni e con i portatori di interesse</li> </ul> <p>COMUNICAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizzazione attività comunicazione esterna</li> <li>• Particolare attenzione verso l'utenza</li> <li>• Sportello informativo su appuntamento</li> </ul> <p>PUNTI FORTI LOCALI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efficaci le verifiche preliminari alla realizzazione, attivazione, modifica delle imprese</li> <li>• Efficace il controllo dei prodotti alimentari e dei requisiti strutturali e funzionali delle imprese</li> <li>• Controlli su campioni di alimenti</li> <li>• Sistema di controllo delle acque potabili</li> </ul>	<p>RISORSE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carenza di risorse</li> <li>• Carenza di personale</li> <li>• Carenza di personale e attrezzature</li> <li>• Esiguità numerica del personale tecnico e sanitario in rapporto alla vastità del territorio</li> <li>• Carenza di personale rispetto al mandato</li> <li>• Carenza di personale dedicato</li> <li>• Personale scarso e alto turnover</li> <li>• Carenza personale ispettivo</li> <li>• Carenza di supporto amministrativo</li> <li>• Insufficienza personale dirigente, tecnico della prevenzione e amministrativo qualificato</li> <li>• Difficoltà dotazione organica per profilo professionale</li> <li>• Alcuni aspetti relativi alla dotazione strutturale (collegamenti telefonici, sedi)</li> <li>• Spazi molto ristretti con conseguente mancanza di privacy</li> <li>• Carenza risorse formazione</li> </ul> <p>ORGANIZZAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacità di adeguarsi alle nuove esigenze del mercato europeo di tutela dei consumatori</li> <li>• Organizzazione eccessivamente decentrata</li> <li>• Organizzazione orario di lavoro vigilanza</li> </ul> <p>INTEGRAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Scollamenti tra dirigenti medici e veterinari</li> <li>• Scarsa e difficile integrazione operativa con Servizio veterinario di Area B</li> </ul> <p>CLIMA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nessuna condivisione dell'attività</li> </ul>

(segue)

TAB. 4.1. (segue)

PUNTI FORTI	PUNTI DEBOLI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controllo delle acque destinate al consumo umano</li> <li>• Autorizzazione e controllo delle rivendite di prodotti fitosanitari</li> <li>• Organizzazione di corsi per il conseguimento del patentino per l'utilizzo professionale di prodotti fitosanitari tossici, molto tossici e nocivi</li> <li>• Corsi di formazione agli operatori alimentaristici e alla popolazione in generale</li> <li>• Arsenico nell'acqua</li> <li>• Centro micologico (organizzazione di corsi per raccoglitori di funghi epigei spontanei e punto di controllo)</li> <li>• Centro di controllo micologico</li> <li>• Ispezione e controllo delle attività di produzione, trasformazione, trasporto, deposito, manipolazione, vendita e/o somministrazione di alimenti e bevande</li> </ul>	<p>BUROCRATIZZAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Più leggi che prevenzione</li> </ul> <p>VALUTAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mancanza piano di audit</li> <li>• Sistema di qualità</li> </ul> <p>COMUNICAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mancanza di un piano di comunicazione stabile rivolto alla cittadinanza</li> <li>• Comunicazione dei servizi resi alla comunità</li> </ul> <p>PUNTI DEBOLI LOCALI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione Ispettorato micologico</li> <li>• Vigilanza sulle aziende alimentaristiche per carenza di personale</li> </ul>

TAB. 4.2. *Igiene della nutrizione*

PUNTI FORTI	PUNTI DEBOLI
<p>OPERATORI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spiccata propensione alla multiprofessionalità</li> <li>• Lavoro in team</li> <li>• La forte motivazione del personale</li> <li>• Elevata competenza del personale</li> <li>• Professionalità Dirigente</li> </ul> <p>ORGANIZZAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buona adesione ai protocolli regionali</li> <li>• Buona attuazione progetti regionali</li> <li>• Progettazione in linea con gli indirizzi regionali e ministeriali</li> <li>• Procedure standardizzate</li> </ul> <p>INTEGRAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buon livello di collaborazione alle iniziative di promozione della salute</li> <li>• Capacità di collaborazioni anche extra-Asl</li> <li>• Consulenza gratuita alle strutture collettive (scuole, case di riposo ecc.)</li> <li>• Interazione con i portatori di interesse e le istituzioni</li> </ul> <p>COMUNICAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicazione esterna</li> <li>• Realizzazione attività comunicazione esterna e interna</li> <li>• Informazione-educazione ai corretti stili alimentari nelle scuole</li> </ul> <p>PUNTI FORTI LOCALI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenzione obesità</li> <li>• Interventi di prevenzione nutrizionale per la promozione di stili alimentari corretti nella popolazione generale e per gruppi di popolazione</li> <li>• Valore del nutrizionista che con i propri programmi informatici riesce a fare la valutazione delle diete</li> <li>• Attività di dietetica preventiva (ambulatori)</li> <li>• Ambulatorio di dietologia</li> <li>• Validazione menù delle mense scolastiche</li> <li>• Sorveglianza nutrizionale ed educazione alimentare, anche attraverso la promozione delle corrette abitudini alimentari nella popolazione scolastica</li> <li>• L'organizzazione interna che consente di potersi dedicare a molteplici tematiche specifiche e anche innovative come la sperimentazione di uno sportello di consulenza nutrizionale</li> </ul>	<p>RISORSE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carenza di risorse</li> <li>• Mancanza di risorse e di personale qualificato (non c'è dietista)</li> <li>• Esiguità numerica del personale tecnico e sanitario in rapporto alla vastità del territorio</li> <li>• Scarse risorse umane</li> <li>• Carenza dotazione organica</li> <li>• Carenza di personale</li> <li>• Carenza di personale</li> <li>• Carenza di personale dedicato</li> <li>• Personale scarso e alto turnover</li> <li>• Alcuni aspetti relativi alla dotazione strutturale (collegamenti telefonici, sedi)</li> <li>• La scarsità di spazi fisici a disposizione</li> <li>• Carenza mezzi di trasporto</li> <li>• Carenza risorse formazione</li> </ul> <p>INTEGRAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'assenza di U.o.c. Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione rende l'attività meno immediatamente collegabile con altre tematiche affini</li> </ul> <p>ORGANIZZAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La carenza di pianificazione generale degli interventi che comporta una certa dispersione delle energie</li> <li>• Modello organizzativo non uniforme in tutto il territorio di competenza</li> </ul> <p>CLIMA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Scarso apprezzamento interno</li> <li>• Nessuna condivisione dell'attività</li> </ul> <p>VALUTAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Scarsa la raccolta di dati epidemiologici (mortalità, morbosità), e sui consumi e abitudini alimentari, come il rilievo dello stato nutrizionale per gruppi di popolazione</li> <li>• Sistema di qualità</li> <li>• Mancanza piano di audit</li> </ul> <p>COMUNICAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicazione esterna</li> </ul> <p>PUNTI DEBOLI LOCALI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insufficienti gli interventi di prevenzione nutrizionale per la diffusione delle conoscenze di stili alimentari corretti e protettivi alla popolazione generale e per gruppi di popolazione</li> </ul>

TAB. 4.3. *Igiene pubblica*

PUNTI FORTI	PUNTI DEBOLI
<p>“POLITICI”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visibilità sul territorio</li> <li>• Riconoscimento come punto di riferimento per tematiche infettivo/vaccinali</li> <li>• Vaccinazioni: buona accettabilità, sensibilità e riconoscimento esterno dato da un mandato istituzionale</li> </ul> <p>OPERATORI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esperienza degli operatori</li> <li>• Flessibilità degli operatori</li> <li>• Professionalità e dedizione</li> <li>• Spiccata propensione alla multi professionalità</li> </ul> <p>FUNZIONALITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Immediatezza della risposta</li> <li>• Presenza capillare su tutto il territorio aziendale</li> <li>• Disponibilità operativa H24</li> <li>• Coperture vaccinali elevate nelle fasce di età 0-14 anni</li> </ul> <p>ORGANIZZAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Standardizzazione delle prestazioni</li> <li>• Diffusione informazioni</li> <li>• Elaborazione dei piani per la salute, l'individuazione e realizzazione di interventi per la promozione della salute sulla base di competenze e conoscenze di carattere epidemiologico</li> <li>• Organizzazione di tipo funzionale</li> <li>• Gestione univoca dell'epidemiologia delle malattie infettive</li> <li>• Adesione a protocolli condivisi e discussi con altre Asl</li> </ul> <p>INTEGRAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacità di fare rete</li> <li>• Buona integrazione e conoscenza del territorio</li> <li>• Apertura e dialogo costruttivo con altri attori e Istituzioni, rapporto stretto con la comunità</li> <li>• Consolidata collaborazione con il Suap</li> <li>• Interventi di prevenzione e tutela della salute dell'uomo in connessione con fattori di rischio di natura ambientale mediante procedure integrate con altri Organi (Arpa, Noe, Nas, Aqp, Vv. Ff.)</li> </ul> <p>PUNTI FORTI LOCALI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilassi m.i</li> <li>• Profilassi malattie infettive</li> <li>• Profilassi vaccinale</li> <li>• Attività di vaccinazione (ambulatori)</li> <li>• Vaccinazioni</li> <li>• Gestione controlli e somministrazioni vaccini e attività di prevenzione</li> <li>• Medicina dei viaggiatori e le vaccinazioni</li> <li>• Presenza dell'ambulatorio della Medicina del viaggiatore</li> <li>• Ambulatorio medicina dei viaggi</li> <li>• Counseling medicina dei viaggi</li> <li>• Dia</li> </ul>	<p>“POLITICI”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Scarso potere di incidere autonomamente sul risanamento e miglioramento</li> </ul> <p>RISORSE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carenza di risorse</li> <li>• Carenza di personale, medicina fiscale</li> <li>• Carenza personale medico/infermieristico</li> <li>• Esiguità numerica del personale tecnico e sanitario in rapporto alla vastità del territorio</li> <li>• Personale scarso</li> <li>• Scarsità drammatica del personale</li> <li>• Mancato turnover del personale</li> <li>• Personale precario a tempo determinato</li> <li>• Scarsità numerica dei Tecnici della prevenzione</li> <li>• Presenza di un unico dirigente medico igienista di ruolo</li> <li>• Carenza di medici specialisti</li> <li>• Difforme distribuzione territoriale della dotazione organica per profilo professionale</li> <li>• Alcuni aspetti relativi alla dotazione strutturale (collegamenti telefonici, sedi)</li> <li>• Carenza mezzi di trasporto</li> <li>• Carenza risorse formazione</li> </ul> <p>ORGANIZZAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Molteplicità e frammentarietà delle competenze</li> <li>• Mancanza di un sistema informatico</li> </ul> <p>INTEGRAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficile raccordo con Arpa, provincia, comuni e scarsa condivisione degli obiettivi</li> <li>• Difficoltà nel promuovere azioni di tipo sistemico per lo scarso coinvolgimento delle altre agenzie (comuni, province ecc.)</li> <li>• Frammentazione della gestione delle vaccinazioni: in età pediatrica servizi distrettuali, in età adulta Sisp</li> </ul> <p>CLIMA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spiccato top-down dirigenziale</li> <li>• Indisponibilità al cambiamento</li> </ul> <p>BUROCRATIZZAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eccessiva burocrazia</li> <li>• Sburocratizzazione difficile da attuare (per esempio commissione di pubblico spettacolo)</li> <li>• Vincoli normativi</li> </ul> <p>VALUTAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poche conoscenze del territorio</li> <li>• Assenza di archivio informatizzato in rete delle vaccinazioni</li> </ul> <p>COMUNICAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poca accoglienza all'utenza</li> </ul> <p>PUNTI DEBOLI LOCALI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicazione esterna e interna</li> <li>• Prestazioni di Medicina legale e fiscale</li> </ul>

TAB. 4.4. *Ambiente e salute*

PUNTI FORTI	PUNTI DEBOLI
<p>“POLITICI”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L’Asl è capofila regionale per la tematica “impatto ambiente/salute”</li> </ul> <p>OPERATORI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionalità degli operatori</li> <li>• Impegno professionale operatori</li> <li>• Professionalità e dedizione</li> <li>• Personale in formazione sulle tematiche di valutazione ambientale e sanitaria</li> </ul> <p>FUNZIONALITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abbandono delle attività obsolete e improprie</li> <li>• Risposta immediata a richieste degli utenti</li> </ul> <p>ORGANIZZAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strutturazione attività preventiva</li> <li>• Attuazione progetti territoriali mirati</li> <li>• Diffusione informazioni</li> </ul> <p>INTEGRAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Collegamento con Arpa</li> <li>• Collaborazione con altre strutture della rete della prevenzione regionale (Arpa, università ecc.) con la finalità di usare in modo proficuo le competenze specialistiche presenti in tali strutture</li> <li>• Rapporto con la cittadinanza</li> <li>• Rapporti con stakeholders</li> </ul> <p>COMUNICAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicazione istituzionale</li> <li>• Comunicazione indagini epidemiologiche in relazione a siti inquinati</li> </ul> <p>PUNTI FORTI LOCALI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alghè marine</li> </ul>	<p>RISORSE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carenza risorse</li> <li>• Risorse economiche/risorse umane</li> <li>• Esiguità numerica del personale tecnico e sanitario in rapporto alla vastità del territorio</li> <li>• Scarsità drammatica del personale</li> <li>• Carenza tecnici della prevenzione</li> </ul> <p>FUNZIONALITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentezze nell’attività ordinaria</li> <li>• Gli interventi sono di breve termine e laddove sono richiesti tempi lunghi, si configura un importante limite</li> </ul> <p>ORGANIZZAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frazionamento delle competenze a livello provinciale</li> <li>• Mancata previsione di area specifica, con competenze attualmente divise tra Sisp, Spesal, Sian e Siav</li> </ul> <p>INTEGRAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapporti difficili con i comuni</li> <li>• Integrazione-interazione con l’Arpa e gli enti locali</li> <li>• Difficile raccordo con Arpa, provincia, comuni e scarsa condivisione degli obiettivi</li> <li>• Insufficienti rapporti con Arpa che gestisce autonomamente le problematiche ambientali</li> <li>• Scarso accordo con Arpa</li> </ul> <p>CLIMA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Spiccato top-down dirigenziale</li> </ul> <p>VALUTAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficoltà a valutare la ricaduta degli interventi sullo stato di salute della popolazione</li> </ul> <p>COMUNICAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicazione istituzionale e autoreferenziale</li> <li>• Comunicazione interna e dubbi sulla rilevanza dei pareri</li> </ul> <p>ASSENZA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mancata previsione di area specifica, con competenze attualmente divise tra l’Igiene pubblica e la Sicurezza ambienti di vita</li> <li>• Argomento trasversale che necessiterebbe di collocazione specifica (valutazioni U.o. Epidemiologia?)</li> </ul>

TAB. 4.5. *Prevenzione malattie cronicodegenerative (Mcd) e screening*

PUNTI FORTI	PUNTI DEBOLI
<p>“POLITICI”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malattie cardio-vascolari: importante riconoscimento sociale</li> </ul>	<p>RISORSE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assenza di risorse economiche direttamente assegnate al Dipartimento (da impegnare per il miglioramento delle attività screening dei tumori del colon retto e della cervice uterina)</li> </ul>
<p>FUNZIONALITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ottimi tassi di adesione da parte della popolazione bersaglio</li> <li>• Screening ben radicato in zone con popolazione contenuta</li> <li>• Produzione di prestazioni e servizi relativi alle aree di propria competenza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personale dirigente insufficiente</li> <li>• Esiguità numerica del personale tecnico e sanitario in rapporto alla vastità del territorio</li> <li>• Carenza dotazione organica</li> <li>• Carenza strutture</li> <li>• Pochi fondi che non permettono di migliorare la parte tecnologica</li> </ul>
<p>ORGANIZZAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici e presa in carico</li> <li>• Programmazione regionale</li> <li>• Omogeneità dell'offerta determinata dalla centralizzazione dell'organizzazione a livello regionale</li> <li>• Organizzazione screening oncologici con specifico organigramma e ottima segreteria organizzativa</li> </ul>	<p>FUNZIONALITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tasso di invito compreso fra 80% e 90%</li> <li>• Difficoltà nel raggiungere la percentuale di target nella popolazione</li> <li>• Insufficiente adesione</li> </ul>
<p>INTEGRAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacità di fare rete</li> <li>• Screening: capacità organizzativa di relazione con altri servizi</li> </ul>	<p>ORGANIZZAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Settorializzazione</li> <li>• Malattie cardio-vascolari: difficoltà attuazione modelli a livello locale (per esempio carta del rischio)</li> <li>• Sistema informatico screening oncologici non ancora del tutto efficiente</li> </ul>
<p>COMUNICAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buona comunicazione col territorio e con la cittadinanza</li> <li>• Rapporto con l'utenza</li> </ul>	<p>INTEGRAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Screening: articolazione con referenti regionali</li> <li>• Gestione dati differenti strutture</li> </ul>
<p>PUNTI FORTI LOCALI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinamento organizzativo gruppi tecnici programmi di screening dei tumori del colon retto e della cervice uterina</li> <li>• Attivazione screening cervico-carcinoma e tumori del colon retto</li> <li>• Prevenzione ca. collo utero, mammella e colon</li> <li>• Attività prevenzione</li> </ul>	<p>COMUNICAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicazione esterna</li> </ul> <p>ASSENZA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non è un'attività del Dipartimento</li> <li>• Attività afferente alla macroarea territoriale</li> <li>• L'area Prevenzione malattie cronicodegenerative e screening è svolta istituzionalmente da Servizi non facenti parte del Dipartimento di prevenzione, bensì dall'area distrettuale; esiste l'esigenza di portare tali competenze anche all'interno del Dipartimento di prevenzione</li> <li>• Completa separazione di questi programmi dal Dipartimento di prevenzione</li> <li>• Non di competenza del Dipartimento di prevenzione</li> </ul>

TAB. 4.6. *Salute in ambienti di vita e di lavoro*

PUNTI FORTI	PUNTI DEBOLI
<p>"POLITICI"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'Asl è sede di Corso di laurea T pall e molti operatori Spresal sono tutor</li> <li>• Condivisione nell'organizzazione</li> <li>• Riconoscimento nel territorio</li> </ul> <p>OPERATORI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Competenza professionale</li> <li>• Professionalità degli operatori,</li> <li>• Operatori preparati e motivati</li> <li>• Preparazione operatori</li> <li>• Buona disponibilità degli operatori al perseguimento degli obiettivi aziendali, alla multi-professionalità, all'integrazione e all'aggiornamento professionale</li> <li>• Spiccata propensione alla multi professionalità</li> <li>• Elevato grado di autonomia professionale degli operatori tecnici che svolgono direttamente gran parte dell'attività anche con assunzione diretta di responsabilità</li> <li>• Organico dei tecnici</li> <li>• Formazione del personale</li> </ul> <p>FUNZIONALITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilità operativa H24</li> <li>• Buona conoscenza del territorio e delle realtà più rappresentative (enti pubblici, aziende, associazioni di categoria...)</li> <li>• Rispetto linee di lavoro budget e Pal</li> <li>• Evasione richieste esterne</li> <li>• Sportello informativo</li> <li>• Informazione e assistenza in materia di igiene e sicurezza del lavoro</li> <li>• Buona risposta alle emergenze</li> <li>• Risposta immediata a richieste degli utenti</li> </ul> <p>ORGANIZZAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attuazione progetti regionali</li> <li>• Adeguato adattamento programmi di intervento territoriale</li> <li>• Consulta medici competenti</li> </ul> <p>INTEGRAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapporti con la magistratura</li> <li>• Ottimi rapporti con le istituzioni e le organizzazioni datoriali</li> <li>• Interventi di prevenzione e tutela della salute dell'uomo in ambiente di lavoro mediante procedure integrate con altri organi (Ispettorato del lavoro, Nas, Vv. Uu.)</li> <li>• Consulta medici competenti</li> </ul> <p>PUNTI FORTI LOCALI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlli ispettivi sui luoghi di lavoro</li> <li>• Adeguata copertura delle attività di vigilanza in edilizia</li> <li>• Vigilanza nei luoghi di lavoro sul rispetto delle condizioni di sicurezza e igiene del lavoro</li> <li>• Controllo del sistema di prevenzione aziendale e attuazione del d.lgs. 81/2008</li> <li>• Ambulatorio di Medicina del lavoro</li> <li>• Agricoltura e cancerogeni</li> <li>• Cantieristica navale</li> <li>• Strumentazione acquisita con fondi 758</li> </ul>	<p>RISORSE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carenza risorse</li> <li>• Esiguità numerica del personale tecnico e sanitario in rapporto alla vastità del territorio</li> <li>• Carenza personale/mezzi in rapporto a numero e tipologie imprese e numero popolazione lavorativa</li> <li>• Carenza personale che rende difficile anche gli adempimenti minimi.</li> <li>• Situazione del personale grave, se si considera che è richiesto notevole incremento delle attività</li> <li>• Carenza personale</li> <li>• Organico dei dirigenti insufficiente</li> <li>• Mancanza di alcune figure specialistiche (vedi ingegnere)</li> <li>• Professionalità</li> <li>• Formazione</li> <li>• Carenza risorse formazione</li> <li>• Necessità di un aggiornamento specifico continuo</li> <li>• Scarsa formazione specialistica oltre quella interna</li> <li>• La scarsità di spazi fisici a disposizione</li> <li>• Alcuni aspetti relativi alla dotazione strutturale (collegamenti telefonici, sedi)</li> </ul> <p>INTEGRAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carente integrazione tra i servizi interessati</li> <li>• Difficoltà di coordinamento degli interventi tra le 2 zone</li> <li>• Difficoltà a gestire l'ambito di prevenzione e vigilanza da parte degli stessi operatori non essendoci una separazione all'interno del servizio Spisal</li> </ul> <p>ORGANIZZAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vastità del territorio</li> </ul> <p>CLIMA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficoltà nel lavoro di équipe</li> </ul> <p>BUROCRATIZZAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientamento prevalente alla repressione</li> <li>• Gli interventi sono ancora poco orientati alla prevenzione, prevale la preoccupazione di applicare la normativa che è repressiva</li> <li>• Necessità di migliorare l'aspetto preventivo rispetto a quello repressivo</li> </ul> <p>PUNTI DEBOLI LOCALI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non attuazione della delibera relativa all'avvio delle Grandi opere</li> </ul>

TAB. 4.7. *Educazione alla salute*

PUNTI FORTI	PUNTI DEBOLI
<p>OPERATORI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impegno operatori</li> <li>• Motivazione del personale impegnato</li> <li>• La forte motivazione del personale</li> <li>• Elevata motivazione del personale</li> <li>• La passione e preparazione del personale</li> <li>• Competenze metodologiche</li> </ul> <p>ORGANIZZAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmazione</li> <li>• Programmazione regionale</li> <li>• Ufficio dedicato</li> <li>• Istituzione U.o. Promozione della salute e screening</li> <li>• L'organizzazione interna che ha previsto da anni l'istituzione di una funzione dipartimentale con relativa P.o.</li> </ul> <p>INTEGRAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacità di attivare sinergie interdisciplinari e intersettoriali</li> <li>• Buon coinvolgimento di tutti i servizi del Dipartimento</li> <li>• Collegamenti con enti non sanitari</li> <li>• Buona integrazione con Agenzie di alta formazione per la formazione degli operatori</li> <li>• Buona interazione con i portatori di interesse</li> <li>• Rapporti intra ed extra-aziendali</li> <li>• Sponsorizzazione generale</li> </ul> <p>PUNTI FORTI LOCALI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventi di educazione sanitaria nelle scuole</li> <li>• Interventi nelle scuole di informazione sanitaria ed educazione alla salute</li> <li>• Organizzazione di corsi di informazione-formazione sulla malattia celiaca</li> <li>• Corsi di formazione agli utenti in materia di igiene e sicurezza del lavoro</li> </ul>	<p>RISORSE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carenza di risorse umane</li> <li>• Carenza di personale dedicato</li> <li>• Esiguità numerica del personale tecnico e sanitario in rapporto alla vastità del territorio</li> <li>• Assenza di personale dedicato</li> <li>• Pochi interventi effettuati per carenza personale</li> <li>• Carenza dotazione organica</li> <li>• Organico ridotto</li> <li>• Carenza di personale dedicato</li> <li>• Inadeguato n. operatori rispetto al mandato locale e regionale e alle richieste da parte di enti e istituzioni</li> <li>• Formazione operatori</li> <li>• Carenza risorse economiche</li> <li>• Carenza di risorse strumentali ed economiche</li> </ul> <p>ORGANIZZAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Carenza programmazione regionale e aziendale</li> <li>• Mancanza di un piano di educazione continua per i diversi target (età scolare, evolutiva, anziani...)</li> <li>• Sporadicità degli interventi, a richiesta delle scuole o altre organizzazioni esterne</li> </ul> <p>INTEGRAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficoltà a integrarsi con altri servizi per un modello organizzativo a canne d'organo</li> <li>• Scarso raccordo intersettoriale e interistituzionale</li> <li>• Mancata integrazione tra i servizi interessati</li> <li>• Autoreferenzialità e scarsa capacità di raccordo con professionisti della educazione al di fuori delle Asl</li> <li>• Cooperazione sugli screening da migliorare</li> </ul> <p>CLIMA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impostazione tradizionale dei servizi orientati alla prevenzione del danno più che alla promozione della salute</li> </ul> <p>VALUTAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficoltà a valutare la ricaduta degli interventi sullo stato di salute della popolazione</li> <li>• Da migliorare l'organizzazione di interventi Ebp</li> </ul> <p>COMUNICAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicazione</li> <li>• Comunicazione interna</li> <li>• Comunicazione esterna</li> </ul> <p>PUNTI DEBOLI LOCALI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La successiva composizione di un gruppo in staff alla direzione non consente una autonomia decisionale e/o temporale dipartimentale degli interventi</li> </ul> <p>ASSENZA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non è presente nel Dipartimento</li> </ul>

TAB. 4.8. *Sanità veterinaria*

PUNTI FORTI	PUNTI DEBOLI
<p>"POLITICI"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ottimi rapporti e riconoscimenti da parte delle amministrazioni</li> </ul> <p>OPERATORI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personale dedicato e professionalità</li> <li>• Organico dirigenti</li> </ul> <p>FUNZIONALITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione stati d'allerta</li> <li>• Disponibilità operativa H24</li> <li>• Servizi comunque garantiti anche nelle aree con carenza di personale</li> <li>• Capillarità sul territorio in una Asl ad alta vocazione zootecnica</li> </ul> <p>ORGANIZZAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenza di Servizio sovrazonale nell'Asl (Epidemiosorveglianza veterinaria)</li> <li>• Sistema informatico</li> </ul> <p>INTEGRAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrazione operativa con Servizio igiene degli alimenti</li> <li>• Buona integrazione nel territorio e buona integrazione con altri Servizi</li> </ul> <p>PUNTI FORTI LOCALI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestione del randagismo</li> <li>• Risanamento principali malattie infettive e diffuse con particolare attenzione alle zoonosi</li> <li>• Completo adempimento dei piani di profilassi delle malattie infettive degli animali</li> <li>• Gestione profilassi legate al risanamento zootecnico</li> </ul>	<p>RISORSE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risorse carenti</li> <li>• Carenza di personale</li> <li>• Cronica e ingravescente carenza di personale specialmente con funzione apicale</li> <li>• Alcuni aspetti relativi alla dotazione strutturale (collegamenti telefonici, sedi)</li> <li>• Mancanza di strutture vedi ricovero dei cani per una corretta lotta al randagismo</li> <li>• Gestione fenomeno del randagismo</li> <li>• Assenza di strutture dedicate e carenza di mezzi</li> <li>• Carenza risorse formazione</li> </ul> <p>ORGANIZZAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampia variabilità nei carichi di lavoro</li> </ul> <p>INTEGRAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Scarsa e difficile integrazione operativa con Sian</li> <li>• Scarsa integrazione dipartimentale</li> </ul> <p>CLIMA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tendenza all'immobilismo professionale e all'autoreferenzialità</li> </ul> <p>VALUTAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mancanza piano di audit</li> </ul>

TAB. 4.9. *Alimenti di origine animale*

PUNTI FORTI	PUNTI DEBOLI
<p>OPERATORI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionalità operatori</li> </ul> <p>FUNZIONALITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raggiungimento e adeguamento standard igienico-sanitari degli ambienti e delle imprese alimentari</li> <li>• Completo adempimento del Piano nazionale integrato dei controlli</li> </ul>	<p>RISORSE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficoltà economiche e di formazione di alcuni settori produttivi, carenza di personale veterinario</li> </ul> <p>INTEGRAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Non sufficientemente integrata la sicurezza con la nutrizione</li> </ul>

TAB. 4.10. *Allevamenti*

PUNTI FORTI	PUNTI DEBOLI
<p>FUNZIONALITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Raggiungimento e adeguamento standard igienico-sanitari degli ambienti e delle imprese alimentari</li> <li>• Completo adempimento del Piano nazionale residui, Piano nazionale benessere animale e Piano nazionale alimentazione animale (Lea)</li> </ul>	<p>RISORSE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficoltà economiche e di formazione di alcuni settori produttivi, carenza di personale veterinario</li> </ul> <p>PUNTI DEBOLI LOCALI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• È una realtà limitata come consistenza dei capi</li> </ul>

TAB. 4.11. *Punti forti e punti deboli delle diverse aree. Quadro sinottico*

	PF	PD	PF	PD	PF	PD	PF	PD	
	"POLITICI"		OPERATORI	RISORSE	FUNZIONALITÀ		ORGANIZZAZIONE		
1	IGIENE DEGLI ALIMENTI	-	-	Professionalità Team	Personale Strutture Formazione	Emergenze H 24	-	Standardizzazione Adesione Informatizzazione	Arretratezza Eccessivo decentramento Orario di lavoro
2	IGIENE DELLA NUTRIZIONE	-	-	Professionalità Motivazione Team	Personale Strutture Formazione	-	-	Standardizzazione Informatizzazione Adesione	Carenza di pianificazione Disomogeneità territoriale
3	IGIENE PUBBLICA	Visibilità Autorevolezza	Potere Contrattuale	Professionalità Team Flessibilità	Personale Strutture Formazione	Tempestività risposte Presenza capillare H24	-	Standardizzazione Condivisione Circolazione delle informazioni Gestione unitaria Dati epidemiologici	Frazionamento delle competenze Non informatiz.
4	AMBIENTE E SALUTE	Autorevolezza	-	Professionalità Dedizione	Personale Economiche	Abbandono delle attività obsolete Tempestività	Lentezza nelle risposte	Progetti mirati Circolazione delle informazioni	Frazionamento delle competenze
5	PREVENZ. MCD E SCREENING	Riconoscimento sociale	-	-	Economiche Personale Strutture	Tassi di adesione	Tassi di invito Tassi di adesione	Programmazione Standardizzazione Omogeneità territoriale	Settorializzazione delle attività Mancanza di modelli Non informatiz.
6	SALUTE IN AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO	Autorevolezza Condivisione esterna e interna	-	Professionalità Motivazione Dedizione Team Autonomia dei tecnici	Personale Formazione Strutture	Capacità di risposta Emergenza H24 Conoscenza del territorio Fornitura informazioni	-	Rispetto di protocolli locali e regionali	Vastità del territorio
7	EDUCAZIONE ALLA SALUTE	-	-	Impegno Motivazione Dedizione Professionalità	Personale Economiche Strumenti	-	-	Strutture organizzative locali e regionali dedicate	Carenze di programmaz. locale e regionale Episodicità interventi
8	SANITÀ VETERINARIA	Autorevolezza Riconoscimento	-	Professionalità Dedizione	Strutture Personale Formazione	Emergenze Capacità vicariante le carenze Presenza capillare H24	-	Servizio sovrazonale	Variabilità nei carichi di lavoro
9	ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	-	-	Professionalità	Personale Economiche	Adegua. a norme Raggiungimento di standard	-	-	-
10	ALLEVAMENTI	-	-	-	Personale Economiche	Adegua. a norme Raggiungimento di standard	-	-	-

*(segue)*

TAB. 4.11. (segue)

PF	PD	PD	PD	PD	PF	PD	PD
INTEGRAZIONE		CLIMA	BUROCRATIZZAZIONE	VALUTAZIONE	COMUNICAZIONE		ASSENZA
Servizi Portatori di interesse	Servizi veterinari	Condivisione	Più leggi che prevenzione	Audit Qualità	-	Ritorno comunicativo	-
Servizi Istituzioni Por:interesse Prom. salute Scuole	Igiene degli alimenti	Condivisione	-	Audit Qualità Epidemiologiche	Esterna	Esterna	-
Servizi Istituzioni Collettività Far rete	Arpa Enti locali	Gerarchico Ostile al cambiamento	Burocrazia Vincoli normativi	Epidemiologiche	Esterna Interna Accoglienza	-	-
Cittadini Portatori di interesse Arpa	Arpa	Gerarchico	-	Epidemiologiche	Istituzionale Delle indagini epidemiolog.	Interna	Assenza
Servizi	Regione Gestione dei dati	-	-	-	Cittadini Utenti Territorio	Esterna	Assenza diffusa
Servizi Istituzioni Magistratura Organizzazioni datori lav. Consulta medici competenti	Servizi Zone territoriali Attività (vigilanza/prevenzione)	Lavoro di équipe	Repressione piuttosto che prevenzione	-	-	-	-
Servizi Enti Istituzioni Scuole Cittadini Portatori di interesse	Integrazione operative intra ed extra-Asl	-	Più prevenzione del danno che promozione della salute	Epidemiologiche Di evidenza	-	-	Assenza
Servizi (in particolare igiene degli alimenti)	Servizi (in particolare igiene degli alimenti)	-	-	Audit	-	-	-
-	Servizi (in particolare igiene della nutrizione)	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-

TAB. 4.12. *Punti forti e punti deboli locali*

	PF	PD
1	<p>IGIENE DEGLI ALIMENTI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efficaci le verifiche preliminari alla realizzazione, attivazione, modifica delle imprese</li> <li>• Efficace il controllo dei prodotti alimentari e dei requisiti strutturali e funzionali delle imprese</li> <li>• Controlli su campioni di alimenti</li> <li>• Sistema di controllo delle acque potabili</li> <li>• Controllo delle acque destinate al consumo umano</li> <li>• Autorizzazione e controllo delle rivendite di prodotti fitosanitari</li> <li>• Organizzazione di corsi per il conseguimento del patentino per l'utilizzo professionale di prodotti fitosanitari tossici, molto tossici e nocivi</li> <li>• Corsi di formazione agli operatori alimentari e alla popolazione in generale</li> <li>• Arsenico nell'acqua</li> <li>• Centro micologico (organizzazione di corsi per raccoglitori di funghi epigei spontanei e punto di controllo)</li> <li>• Centro di controllo micologico</li> <li>• Ispezione e controllo delle attività di produzione, trasformazione, trasporto, deposito, manipolazione, vendita e/o somministrazione di alimenti e bevande</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementazione Ispettorato micologico</li> <li>• Vigilanza sulle aziende alimentari per carenza di personale</li> </ul>
2	<p>IGIENE DELLA NUTRIZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenzione obesità</li> <li>• Interventi di prevenzione nutrizionale per la promozione di stili alimentari corretti nella popolazione generale e per gruppi di popolazione</li> <li>• Valore del nutrizionista che con i propri programmi informativi riesce a fare la valutazione delle diete</li> <li>• Attività di dietetica preventiva (ambulatori)</li> <li>• Ambulatorio di dietologia</li> <li>• Validazione menù delle mense scolastiche</li> <li>• Sorveglianza nutrizionale ed educazione alimentare, anche attraverso la promozione delle corrette abitudini alimentari nella popolazione scolastica</li> <li>• L'organizzazione interna che consente di potersi dedicare a molteplici tematiche specifiche e anche innovative come la sperimentazione di uno sportello di consulenza nutrizionale</li> <li>• Proflassi m.i</li> <li>• Proflassi malattie infettive</li> <li>• Proflassi vaccinale</li> <li>• Attività di vaccinazione (ambulatori)</li> <li>• Vaccinazioni</li> <li>• Gestione controlli e somministrazioni vaccini e attività di prevenzione</li> <li>• Medicina dei viaggiatori e le vaccinazioni</li> <li>• Presenza dell'Ambulatorio della medicina del viaggiatore</li> <li>• Ambulatorio medicina dei viaggi</li> <li>• Counseling medicina dei viaggi</li> <li>• Dia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insufficienti gli interventi di prevenzione nutrizionale per la diffusione delle conoscenze di stili alimentari corretti e protettivi alla popolazione generale e per gruppi di popolazione</li> </ul>
3	<p>IGIENE PUBBLICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicazione esterna e interna</li> <li>• Prestazioni di Medicina legale e fiscale</li> </ul>

(segue)

TAB. 4.12. (segue)

4	AMBIENTE E SALUTE	Alge marine	-
	PREVENZIONE	• Coordinamento organizzativo gruppi tecnici programmi di screening dei tumori del colon retto e della cervice uterina	-
5	MCD E SCREENING	• Attivazione screening cervico-carcinoma e tumori del colon retto • Prevenzione ca. collo utero, mammella e colon • Attività prevenzione	-
	SALUTE IN AMBIENTI DI VITA E DI LAVORO	• Controlli ispettivi sui luoghi di lavoro • Adeguata copertura delle attività di vigilanza in edilizia • Vigilanza nei luoghi di lavoro sul rispetto delle condizioni di sicurezza e igiene del lavoro • Controllo del sistema di prevenzione aziendale e attuazione del d.lgs. 81/2008 • Ambulatorio di Medicina del lavoro • Agricoltura e cancerogeni • Cantieristica navale • Strumentazione acquisita con fondi 758	• Non attuazione della delibera relativa all'avvio delle Grandi opere
7	EDUCAZIONE ALLA SALUTE	• Interventi di educazione sanitaria nelle scuole • Interventi nelle scuole di informazione sanitaria ed educazione alla salute • Organizzazione di corsi di informazione-formazione sulla malattia celiaca • Corsi di formazione agli utenti in materia di igiene e sicurezza del lavoro	• La successiva composizione di un gruppo in staff alla direzione non consente una autonomia decisionale e/o temporale dipartimentale degli interventi
8	SANITÀ VETERINARIA	• Gestione del randagismo • Risamento principali malattie infettive e diffuse con particolare attenzione alle zoonosi • Completo adempimento dei piani di profilassi delle malattie infettive degli animali • Gestione profilassi legate al risanamento zootecnico	-
9	ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	-	-
10	ALLEVAMENTI	-	• È una realtà limitata come consistenza dei capi

TAB. 4.13. *Punti forti per il complesso del Dipartimento*

## “POLITICI”

- Buon livello di riconoscimento di autorevolezza intra ed extra-Asl
- Radicamento sul territorio

## OPERATORI

- Direzione dipartimentale di alto profilo
- Professionalità degli operatori del Comparto e Dirigenza
- Buone professionalità diffuse
- Il personale ha adeguata professionalità
- Preparazione e professionalità molto buoni
- Esistenza di competenze e professionalità adeguate all'ambito del Dp
- Retaggio professionale preminente di sanità pubblica
- Risorse umane: presenza di operatori di tutti i ruoli, conoscitori del territorio, con pluriennale e specifica esperienza nei vari settori della Prevenzione, che cercano di mantenere una buona qualità professionale anche attraverso la formazione continua di tipo tecnico, organizzativo e comunicativo, flessibili e, nonostante tutto, ancora motivati
- Motivazione e professionalità del personale impegnato
- Spirito di appartenenza nella quasi totalità del personale con chiara identificazione della mission del Dipartimento di prevenzione con particolare riferimento alle peculiarità territoriali
- Propensione alla multiprofessionalità e multidisciplinarietà
- Buon livello di flessibilità del personale ed elevata capacità di integrazione tra i servizi del Dipartimento
- Componente vigilanza – verifiche ispettive – campionamenti: miglioramento (grazie anche all’inserimento di professionisti provenienti dalle scuole universitarie) della professionalità e delle competenze degli operatori

## FUNZIONALITÀ

- Recepimento indicazioni normative
- Attività svolte con raggiungimento degli obiettivi in linea con le medie regionali e nazionali (con particolare riferimento alle coperture vaccinali raggiunte sul territorio)
- Produzione di prestazioni e servizi relativi alle aree di propria competenza, malgrado la scarsità di risorse umane
- Capacità di realizzare obiettivi aziendali e regionali
- Adeguato adattamento programmi di intervento
- Completo adempimento dei piani assegnati
- Attuazione progetti
- Riferimenti normativi regionali
- Buona risposta alle emergenze
- Reazione rapida alle emergenze
- Gestione e controllo delle attività primarie e in situazioni di emergenza
- Capacità di risposta anche alle situazioni di emergenza
- Capillare presenza sul territorio
- Efficienza indicazioni
- Componente vigilanza – verifiche ispettive – campionamenti: conoscenza del territorio e capacità di lettura dei contesti, con possibilità di elaborazione di mappe dei rischi

## ORGANIZZAZIONE

- Alcune tematiche riescono a essere particolarmente sviluppate grazie a una organizzazione più articolata
- Consolidamento di modalità di lavoro per processi per fornire prodotti integrati, caratterizzati da unireferenzialità e semplificazione per l’utenza;
- Elaborazione dei piani per la salute, l’individuazione e realizzazione di interventi per la promozione della salute sulla base di competenze e conoscenze di carattere epidemiologico
- Comitato di Dipartimento
- Dirigenti medici in staff alla Direzione del Dipartimento
- L’organizzazione a matrice permette un’ampia flessibilità
- Non è necessaria una grossa sovrastruttura per il coordinamento delle attività

*(segue)*

TAB. 4.13. (segue)

- Tentativi di ottimizzazione dell'organizzazione interna
- Flessibilità organizzativa
- Avviate progettualità previste da Pnp (anche nuove linee di interesse quali sicurezza stradale, domestica, salute mentale...), a isorisorse, fungendo anche da Ass capofila in ambito regionale
- Implementazione sistema di rilevazione volumi di attività produttive (sistema informativo)
- Attività dei servizi secondo procedure standardizzate
- Componente vigilanza – verifiche ispettive – campionamenti: grande opportunità di ottimizzare l'utilizzo delle risorse, di operare per processi, seguendo procedure e secondo standard definiti e condivisi
- Componente autorizzativa: grande possibilità di intervenire sui contesti per migliorare l'impatto dei fattori di rischio ex ante la realizzazione e l'uso
- Componente autorizzativa: opportunità di condurre valutazioni di rischio integrate tra più servizi (Aia, realizzazione di grossi impianti produttivi, zootecnici, infrastrutture...)

## INTEGRAZIONE

- Disponibilità alla collaborazione
- Collaborazione con altre strutture della rete della prevenzione regionale (Arpa, università ecc.) con la finalità di usare in modo proficuo le competenze specialistiche presenti in tali strutture
- Numerosi obiettivi condivisi
- I rapporti interni dipartimentali sono buoni
- Rapporti di collaborazione tra le diverse Uu.Oo. del Dipartimento
- Rapporti interpersonali buoni e ben definiti
- Clima interno spesso collaborativo (ovviamente con le debite eccezioni)
- Buona sinergia tra le diverse unità operative
- Partecipazione di tutte le unità operative alla certificazione Iso9000 del Dipartimento
- Integrazione tra servizi interni
- Buoni rapporti con le strutture interne aziendali
- Ottimi rapporti istituzionali
- Acquisita capacità di costruzione e mantenimento di reti
- Relazioni esterne: anche per la capacità di reperire risorse
- Buoni rapporti con le strutture esterne aziendali (comuni, enti, associazioni ecc.)
- Integrazione con territorio e altre strutture aziendali
- Integrazione fra i servizi
- Integrazione con la componente distrettuale per assicurare continuità alle attività di promozione e tutela della salute

## COMUNICAZIONE

- Risposta a istanza utenza
- Attenzione alle esigenze dell'utenza
- Interazione con i portatori di interesse
- Comunicazione
- Buon utilizzo della strategia informativa e formativa
- Buona capacità di comunicazione esterna con conseguente accreditamento nella popolazione
- Informazione tecnico scientifica all'utenza sulle problematiche di competenza
- Componente comunicazione: opportunità per informare/assistere correttamente e esaurientemente singoli cittadini, professionisti (progettisti, imprenditori, allevatori, esercenti) o gruppi target per fattore di rischio

## FORMAZIONE

- Formazione
- Riqualificazione del personale Professioni sanitarie attraverso specifici percorsi universitari (lauree triennali, lauree specialistiche, master di I° e II° livello), su base di autoqualificazione
- Ricca e adeguata offerta formativa di base sulle competenze previste dal Pnp (per esempio comunicazione e progettazione-valutazione con metodologia didattica efficace)
- Buona sinergia culturale e scientifica con gli enti di alta formazione

## PUNTI DI FORZA LOCALI

- Attività di dietetica preventiva implementata negli ultimi anni e con notevole aumento del numero di richieste di prenotazioni
- Organizzazione screening oncologici

TAB. 4.14. *Punti deboli per il complesso del Dipartimento***“POLITICI”**

- Visibilità all'esterno
- Scarso interesse alla prevenzione da parte dei decisori in una fase di riordino del sistema collegata ai Piani di rientro
- Scarso visibilità del Dp nel panorama della sanità
- Scarso referenzialità presso gli enti pubblici
- Scarso potere negoziale del direttore del Dp

**RISORSE**

- Carenza di risorse
- Risorse sempre più scarse
- Limitate risorse finanziarie, strumentali, operative

**Umane**

- Carenza di risorse umane
- Risorse personale
- Scarsità di risorse in organico
- Esiguità numerica del personale tecnico e sanitario in rapporto alla vastità del territorio
- Inadeguatezza del numero del personale correlato alle attività presenti sul territorio e alle dimensioni dello stesso
- Carenza personale/mezzi in rapporto alle peculiarità territoriali
- Scarso personale e con turnover irrilevante
- Carenza di risorse e mancato turn-over del personale
- “Invecchiamento”
- Età media del personale troppo alta
- Anzianità dei dirigenti medici
- Drammatica scarsità di personale, assenza completa di turnover con i pensionamenti
- Assolutamente carente il personale dedicato, almeno in alcuni comparti (igiene degli alimenti)
- Ridotta disponibilità di personale tecnico da destinare alle attività di controllo sul territorio (in particolare per le Unità operative del Sispe e del Sian)
- Supporto amministrativo di livello esecutivo
- Grave carenza di personale amministrativo qualificato in staff alla Direzione del Dipartimento
- Scarso risorse economiche e del personale

**Finanziarie**

- Budget insufficienti a mantenere un elevato livello delle omogenee prestazioni
- Mancata negoziazione e assegnazione del budget per il Dipartimento di prevenzione
- Mancanza di assegnazione budget per la gestione delle Aree e dei Servizi
- Lavoro in iso-iporisorse (le nuove linee di lavoro intraprese avranno difficoltà a essere sostenute nel tempo)
- Budget costruito sullo storico, non collegato ai nuovi mandati/bisogni

**Strutturali**

- Spazi fisici piuttosto inadeguati rispetto alle esigenze, il che comporta il sovraffollamento sia del personale sia dell'utenza, specialmente in alcune situazioni e difficile gestione della privacy
- Carenza di spazi per le attività ambulatoriali
- Collocazione dei vari servizi afferenti al Dipartimento di prevenzione in più edifici, lontani tra di loro

**Informatizzazione**

- Carenza di adeguamento delle strutture ai progressi tecnologici
- Programma informatico inadeguato
- Scarso informatizzazione dei dati
- Utilizzo non generalizzato (molto parziale) dei mezzi di comunicazione e strumenti informatici

**Per la formazione**

- Scarso utilizzo di risorse per formazione e l'aggiornamento professionale
- Difficoltà alla formazione e all'aggiornamento continuo degli operatori per carenze di personale

*(segue)*

TAB. 4.14. (segue)

## ORGANIZZAZIONE

- Difficoltà di programmazione a medio e lungo termine per l'incertezza politica
- Difficoltà di programmazione a medio e lungo termine per discontinuità gestionale della Direzione strategica
- Mancata attuazione macro aree territoriali
- Mancata implementazione Servizio della prevenzione, ovvero mancata attuazione operativa delle strutture di staff alla Direzione del Dipartimento di prevenzione
- Il modello organizzativo non è chiaramente codificato e manca una definizione dei compiti assegnati alle diverse figure (direttore, Resp. So, Po, coord.)
- A causa del modello organizzativo dato e della non chiara attribuzione di funzioni tra Dipartimento e Distretto (e anche Presidio ospedaliero), confusione nella regia della programmazione e costruzione dei percorsi assistenziali rivolti alla collettività e nella loro gestione (screening, vaccinazioni, prevenzione rischi comportamentali e stili di vita)
- Mancanza dell'attribuzione di responsabilità delle strutture complesse a eccezione di Spasl e Siav-B
- Risulta necessaria la costruzione di un nuovo sistema di competenze sui territori, anche allo scopo di elevare la qualità progettuale degli interventi, rafforzare le capacità di coordinamento e di progettazione a livello locale, garantire la qualità procedurale nell'attuazione degli interventi
- Permane un livello organizzativo a canne d'organo con difficoltà anche alla condivisione delle risorse
- Mancato adeguamento dell'organizzazione del Dipartimento a quanto previsto dal Regolamento regionale
- L'assetto organizzativo del Dipartimento prevede la presenza della Medicina legale e del Laboratorio di tossicologia e non prevede la Medicina dello sport, tutto ciò può essere letto con valenza positiva o meno, ma certo modifica profondamente gli obiettivi di budget e le relative attività di competenza e di progettazione e rende difficile la confrontabilità con altri Dipartimenti, anche in merito alle risorse umane assegnate
- Scarsa promozione della ricerca e dell'innovazione
- Non esistono procedure operative codificate per lo svolgimento delle singole prestazioni

## INTEGRAZIONE

- Non ancora raggiunto un completo livello di uniformazione in seguito all'accorpamento delle due Asl e del Distretto che hanno dato origine alla nuova Asl
- Risulta carente una cooperazione strategica e operativa tra le Istituzioni che, a diverso titolo, hanno compiti e funzioni di programmazione economica e pianificazione territoriale (stato, regione, province, comuni) e tra queste e i soggetti privati
- Risulta necessario promuovere in maniera sempre più efficace e sistematica la collaborazione tra sanità pubblica, mondo della ricerca e organizzazioni di cittadini per attivare strategie di prevenzione, con diffusione dell'informazione scientifica e la promozione di una cultura per la prevenzione
- Sono scarsi e non strutturati i rapporti con i "portatori d'interesse": non esistono tavoli o reti stabili di confronto/elaborazione di progettualità
- Rapporti operativi ancora insufficienti con gli altri attori sanitari: il distretto e i medici di medicina generale
- Carenza di programmazione condivisa, incapacità a ottimizzare l'utilizzo delle risorse attraverso la compartecipazione
- Autoreferenzialità all'interno del Dp dei servizi rispetto alla partecipazione dei dati epidemiologici e di contesto di riferimento
- Scarsa capacità di azione per la collaborazione richiesta alle valutazioni sanitarie ambientali
- Mancata integrazione tra i servizi
- Difficoltosa sinergia tra le diverse articolazioni del Dp

## CLIMA

- Resistenza al cambiamento
- Scarsa coesione dei dirigenti U.o.c.
- Frequente decisionismo di tipo top down

## BUROCRATIZZAZIONE

- Eccesso di burocratizzazione

(segue)

TAB. 4.14. (segue)

## VALUTAZIONE

- Esistono sostanziali difficoltà a organizzare l'attività in coerenza ai bisogni anche per la limitatezza di strumenti di analisi strutturata del bisogno e per i "vincoli" imposti della programmazione di livello superiore (nazionale, regionale); ci sono inoltre concrete problematiche nel valutare la ricaduta dell'attività in termini di efficacia
- Non sono attivati strumenti per la misurazione e la valutazione delle performance dell'organizzazione e dei singoli
- Verifica efficacia
- Difficoltà nel reperire indicatori di esito degli interventi che non permette una corretta valutazione delle attività nel verso dell'efficacia e della valutazione costi-benefici (o quantomeno costi-risultati)
- Quasi totale conduzione delle attività sulla base dei mandati di legge e scarso utilizzo delle evidenze scientifiche (*best practice*) nella pianificazione e progettazione degli interventi
- Non viene svolta attività di rendicontazione sociale dell'attività
- Mancanza di un sistema di gestione della qualità, certificazione e accreditamento
- Mancanza di una rete di anagrafi vaccinali informatizzate, con valenza nazionale

## COMUNICAZIONE

- Comunicazione interna ed esterna da migliorare
- Inadeguate politiche di comunicazione interna e esterna
- Qualità della comunicazione interna con difficoltà di riconoscimento e integrazione su linee di lavoro comuni (per esempio scuola ed enti locali)
- Comunicazione interna
- Comunicazione interna da migliorare
- Qualità della comunicazione esterna (non capacità, continuità, attenzione sul tema...)
- Comunicazione esterna
- Nell'approccio informativo risulta carente la produzione di adeguato materiale informativo sulla base delle specificità del target che si vuole raggiungere (bambini, anziani, lavoratori...)
- Componente marketing sociale promozione della salute: assenza totale di programmazione e conduzione di interventi di comunicazione, di campagne di informazione sullo stato di salute dei target di riferimento o di comunicazione dei rischi. In evoluzione la componente relativa alla promozione della salute in virtù del mandato cogente espresso nel Prp
- Scarso sviluppo dell'area della promozione della salute (migliorare numero e qualità degli interventi)
- Mancato utilizzo dei controlli e accessi sul territorio per fare educazione e promozione della salute
- Scarso riconoscimento della funzione di promozione della salute all'interno del Dipartimento e dell'Asl

## FORMAZIONE

- Mancanza di un piano di formazione delle risorse umane
- Mancanza di delega per una gestione dipartimentale, con relative risorse dedicate, per la formazione e l'aggiornamento professionale

ALLEGATO 5  
CONSIDERAZIONI E COMMENTI LIBERI  
QUESTIONARIO - SEZIONE IV

TAB. 5.0.

*Rispondenti: 12 Dipartimenti*

TAB. 5.1. *Considerazioni e commenti liberi sul Dipartimento (corsivi aggiunti)*

1. Il Dipartimento di prevenzione, che deve rispondere al primo Lea, ha subito la *riorganizzazione dell'aggregazione territoriale* di 4 ex Aa.Ss.Ll. con retaggi organizzativi, strutturali, operativi e culturali diversi
2. Nel complesso il metodo della *programmazione* basato sulla *valutazione del rischio* e sulla *misurazione dei risultati* dovrebbe divenire parte della pratica quotidiana, in modo da generare continui e pertinenti rimandi alla verifica di appropriatezza ed efficacia delle azioni intraprese a tutti i livelli
3. Il Dipartimento di prevenzione ha subito una *progressiva riduzione del personale dipendente* nelle fasce dirigenziali e tecnico-professionali. *Le risorse* previste e da dedicare al Dipartimento di prevenzione (5% del Fsa) non sono mai state raggiunte, né affidate. La *regolamentazione organizzativa*, sia pure datata, non ha mai visto pratica applicazione a causa di vincoli organizzativi, politici e di carenza di personale; la realtà operativa quotidiana ha risentito e risente del *mancato turnover*, della *età media molto alta* dei dipendenti, oltreché del vuoto generazionale creatosi soprattutto per la classe dirigente; si rileva inoltre la *mancata implementazione di nuove professionalità* necessarie per garantire i nuovi compiti normativi (biologi, nutrizionisti, ingegneri, tecnici, fisici). Di contro si è rilevata una notevole implementazione di competenze e trasferimento di funzioni in capo ai servizi del Dipartimento di prevenzione dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale
4.
  - a. Il progressivo invecchiamento del personale della sanità dovrebbe implicare una modifica delle politiche del personale con una *valorizzazione concreta delle risorse umane* in particolare quando trattasi di progettualità aggiuntive di cui dovremo prevedere non solo l'avvio, ma anche la sostenibilità
  - b. Ci sono casi addirittura di *assenza di comunicazione* all'interno delle strutture
  - c. Oltre la progettualità prevista all'inizio dell'anno dal Pal, la regione e il ministero ci propongono *nuove progettualità* (per esempio Hbsc...)
  - d. Fondamentale è l'avvio concreto della *sburocratizzazione* al fine di una razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse secondo le priorità di salute
5. Utile istituire una *struttura specifica per la promozione della salute* e integrare nel Dipartimento quella degli *screening*
6. Nonostante il Dipartimento nella nostra Asl sia stato costituito da 10 anni, nessun dirigente ha mai avuto la concreta sensazione che il modello dipartimentale si sia tradotto nella prassi operativa e nella gestione apportando i benefici organizzativi attesi. Talora, anzi, si sono *accentuate le divisioni già esistenti tra le U.o.* Sostanzialmente appare necessaria una riflessione autocritica dei vertici delle U.o. e del Dipartimento sulle cause che hanno rallentato/impedito il processo organizzativo di cambiamento. La situazione è resa ancora più difficile dalla problematica applicazione della legge regionale di riordino del sistema sanitario che istituisce una *unica azienda sanitaria con Dipartimento unico regionale*. L'attuale bozza di atto aziendale dovrebbe essere modificata con la istituzione di una *U.o.c. di Epidemiologia e Comunicazione* cui demandare anche la governance dei piani regionali di medicina preventiva e di promozione della salute

(segue)

TAB. 5.1. (segue)

- 
7. Per l'area della Sanità pubblica permane il dilemma della parziale espressività all'interno del Dipartimento: la Sanità pubblica così come proposta nel Piano regionale della prevenzione 2010-2012, necessita di *esprimersi pienamente al di fuori delle macrostrutture aziendali*, in quanto in tutte è compresa, sulla base del ciclo programmatico di Sanità pubblica:
- l'analisi dei bisogni che derivano dai contesti e dalla mappatura dei rischi (Epidemiologia descrittiva) e l'analisi dei bisogni espressi (Diagnosi di comunità)
  - la definizione degli obiettivi e la programmazione degli interventi (programmazione)
  - la scelta degli interventi secondo le *Best practices*
  - la valutazione dei risultati in termini di processo ed esito (Epidemiologia valutativa)
- Sono strumenti della Sanità pubblica l'epidemiologia, la promozione della salute, la conoscenza delle best practices nella costruzione e valutazione dei percorsi assistenziali rivolti alla collettività. L'assegnazione delle materie ambientali all'Arpa inoltre ha determinato un *vulnus incolmabile nella Sanità pubblica dipartimentale con la perdita possibilità di formulare reali mappe del rischio ambientale*, riducendo l'esame dell'impatto dei rischi ambientali sulla salute umana al mero rincorrere situazioni di superamento di limiti o di incidenti ambientali o eventi catastrofici. La necessità di rendere sostenibile il Ssn per i prossimi anni impone un ottimale utilizzo delle risorse. *Le competenze di Sanità pubblica sono distribuite e frammentate in più parti nelle Asl*. L'organizzazione aziendale vede la necessità di operare delle scelte per i percorsi assistenziali nel senso della costruzione e manutenzione di *linee produttive trasversali in grado di partecipare le risorse* (mettendo in comunione la fase d'indirizzo e quella operativa). Così nell'analisi dei bisogni (Sistemi di sorveglianza, Indicatori di salute, determinanti, bisogni espressi), nella programmazione, conduzione e valutazione degli interventi. Deve essere *completamente ridisegnato il ruolo unitario della disciplina di Sanità pubblica* nelle Aziende sanitarie
8. Si sente il bisogno di una *nuova strategia* che miri a innescare processi di sviluppo territoriale partendo dalla messa in coerenza, l'integrazione e la ricucitura delle programmazioni in atto nell'ambito delle linee strategiche generali formulate dalla regione e dallo stato e con la *partecipazione attiva di tutti i soggetti del territorio*
9. Dall'analisi degli elementi sopra riportati si evince che il Dipartimento di prevenzione, nonostante la formalizzazione completa della struttura, *manca di un effettiva integrazione fra i diversi servizi* (gruppi di lavoro, obiettivi comuni con programmazione congiunta, collaborazione fra il personale dei diversi servizi, utilizzo di risorse in comune). *Manca inoltre una strutturazione del sistema di qualità*. La *comunicazione esterna* non è considerata obiettivo e strumento di lavoro del Dipartimento di prevenzione
-

TAB. 5.2. *Considerazioni e commenti liberi sul questionario e sulle griglie (corsivi aggiunti)*

- 
1. Per le *Aree di competenza* sarebbe stato meglio riprendere le aree d'intervento previste nel Piano nazionale prevenzione, come suggerito a Roma. Abbiamo accorpato Igiene pubblica e Ambienti di vita, lasciando da solo Ambiente di lavoro (diverso modello organizzativo e stile gestionale).  
Dal questionario l'area dipartimentale della Sanità pubblica emerge *eccessivamente frammentata* (Ambiente e salute, Igiene pubblica, Ambiente di vita, Vaccinazioni, Prevenzione malattie infettive, screening, prevenzione malattie cronico-degenerative, educazione sanitaria, promozione della salute...). Le altre aree (Medicina del lavoro e Medicina veterinaria) *troppo poco dettagliate*. Questo tipo di raccolta delle informazioni non permette di valutare e soprattutto di confrontare il peso della componente igienistica nei Dipartimenti!  
*Bisogna capire se si vuole fare una ricognizione complessiva* o puntualizzare meglio le condizioni a livello nazionale dei Servizi di disciplina igienistica (Igiene sanità pubblica e Igiene degli alimenti e della nutrizione). Forse la Società scientifica degli igienisti dovrebbe fare un ingrandimento sullo stato attuale di questi servizi in Italia!
  2. La valutazione è *troppo soggettiva* e difficilmente misurabile.  
Alcuni termini come "necessità" sono *fuorvianti* in riferimento alla graduazione proposta.  
Per esempio la necessità ottima è positiva o negativa? Nel punto 3 per esempio da noi manca la dietista nell'igiene della nutrizione: la x va messa alla voce scarsa o alla voce ottima?  
I parametri valutativi *non prevedono la voce "sufficiente"*, mentre "scarsa" e "insufficiente" ci sembrano sinonimi; inoltre ci sembrerebbero più congruenti le voci "basso" "medio" e "alto"
  3. Griglia abbastanza complessa – servirebbe un po' più di tempo e una riflessione con il *coordinamento regionale*
  4. Le *aree tematiche* così come individuate nel presente non appaiono direttamente associabili all'organizzazione attuale dei Dipartimenti (V. 502/1992), per esempio distinzione tra Igiene degli alimenti e Igiene della nutrizione (facenti invece parte dell'unico Sian), accorpamento di "Salute in ambienti di vita e di lavoro" che invece è afferente a due diversi servizi (Spsal e Sisp).  
*Manca l'area "epidemiologia"* sebbene la stessa compaia nella tabella 2
-

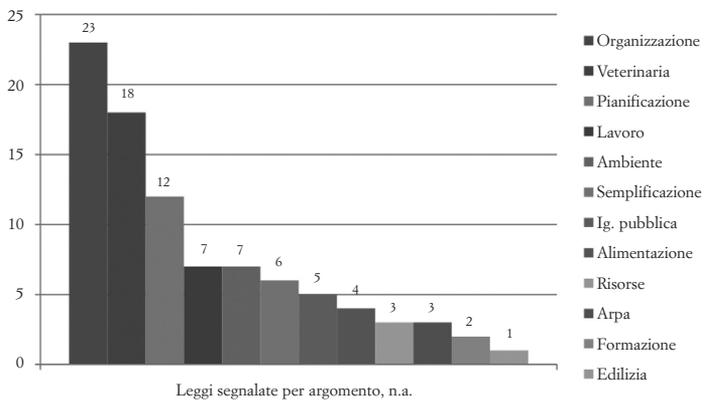
ALLEGATO 6  
ANALISI LEGISLAZIONE REGIONALE PER LA PREVENZIONE  
GRIGLIA 1

TAB. 6.0.

*Rispondenti: 17 Dipartimenti  
102 segnalazioni totali di 91 leggi  
diverse*

*Griglie in bianco 6  
Leggi segnalate in media da ogni  
Dipartimento rispondente 6*

FIG. 6.1.



TAB. 6.1.

LEGGI SEGNALATE	ARGOMENTO
1 - ORGANIZZAZIONE	
1 D.g.r. 866/2004	Istituzione e organizzazione della Rete epidemiologica
2 Legge regionale 25 febbraio 2010, n. 4 "Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali"	Istituzione dell'Osservatorio epidemiologico regionale
3 Legge regionale 25 febbraio 2010, n. 4 "Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali"	Modifica alla disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, all'accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private
4 Regolamento regionale 5 febbraio 2010, n. 3 "Requisiti strutturali per autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie"	Aggiornamento requisiti strutturali per autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie
5 Regolamento regionale 10 febbraio 2010, n. 5 "Modifiche e integrazioni al Regolamento regionale n. 5/2007 a oggetto: Modalità di costituzione e funzionamento della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale istituita con l.r. 3 agosto 2006, n. 25, artt. 3 e 7"	Le proposte della Conferenza assumono carattere vincolante per la Giunta regionale
6 Regolamento regionale 30 giugno 2009, n. 13 "Organizzazione del Dipartimento di prevenzione"	Istituzione della Consulta regionale dei direttori di Dipartimenti di prevenzione
7 D.g.r. 54/2004	"Linee-guida per l'adeguamento dei Dipartimenti di prevenzione ai contenuti della l.r. 13/2003 e del Psr 2003-6"
8 Legge 41/2006; 14/2007; 21/2008; Capo 2°: articolazione dell'Azienda sanitaria locale 57/2009; 23/2010; 2/2011 in materia di riordino del Servizio sanitario nazionale	Capo 4°: Area dipartimentale di prevenzione
9 Regolamento regionale 30 marzo 2007, n. 9 "Disposizioni regolamentari e attuative effetti per l'applicazione dell'art. 5 (Modifica ambiti territoriali delle Ausl) del Titolo II della Legge regionale 28 dicembre 2006, n. 39"	Definizioni Asl provinciali: denominazione, sede
10 Legge regionale "Riassetto organizzativo e territoriale del servizio sanitario regionale"	I Dipartimenti aziendali di prevenzione sono riorganizzati in Dipartimenti di prevenzione collettiva della salute umana e Dipartimenti di prevenzione della sanità e benessere animale

(segue)

TAB. 6.1. (segue)

LEGGI SEGNALATE	ARGOMENTO
11 Regolamento regionale 30 giugno 2009, n. 13. Organizzazione del Dipartimento di prevenzione	Organizzazione territoriale e funzionale del Dipartimento di prevenzione Istituzione Servizio tecnico della prevenzione
12 "Riordino e razionalizzazione del servizio sanitario regionale"	Art. 29 Organizzazione dipartimentale
13 "Norme per l'organizzazione e l'esercizio delle funzioni di prevenzione spettanti al servizio sanitario regionale"	Art. 6 Competenze del Dipartimento di prevenzione
14 Legge 40/2005	Conferma il ruolo dei Dipartimenti prevenzione
15 Legge regionale 3/99 Organizzazione dei Dipartimenti di prevenzione	Separazione della U.o. di Medicina del lavoro e dello Spill
16 Legge regionale 12/2008 accorpamento delle Aziende sanitarie e istituzione delle Aziende sanitarie provinciali	Separazione del Dipartimento di prevenzione Medico dal Dipartimento di prevenzione Veterinario
17 Legge regionale 25 febbraio 2010, n. 4 "Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali"	Norme per il potenziamento delle attività dei dipartimenti di prevenzione
18 Legge regionale 25 febbraio 2010, n. 4 "Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali"	Norme in materia di sistemi informativi e obblighi informativi
19 Legge regionale n. 43/81 artt. 7-8-9 Disciplina ed esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica	Funzioni di Igiene pubblica, profilassi ed ecologia, medicina legale
20 Legge regionale n. 25, del 3/08/2006 – Principio e organizzazione del servizio sanitario nazionale	Art. 13 – Dipartimento di prevenzione
21 Legge regionale 30/6/2009, n. 13	Organizzazione del Dipartimento di prevenzione
22 Rd. 773/31 Tullps	Commissione vigilanza pubblico e regolamento di attuazione
23 Legge regionale 25 febbraio 2010, n. 4 "Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali"	Centrale di acquisto territoriale della regione
<b>2 - PIANIFICAZIONE SOCIO-SANITARIA REGIONALE</b>	
1 P.s.s.r. 2006-2008 e 2010-2012	Pianificazione sociosanitaria regionale
2 Legge regionale 19 settembre 2008, n. 23 "Piano regionale di salute 2008-2010"	Approvazione Piano regionale della salute e regolamenti attuativi
3 Legge 5/2008 e succ. int.	Piano sanitario regionale 2008-2010
4 D.g.r. 75/11 del 2011	Piano sociale regionale 2011-2013
5 Piano regionale della prevenzione	Pianificazione regionale
6 D.g.r. Piano 2005-2008 + Piano prevenzione 2010-2012, d.g.r. 37-1222 del 17/12/2010	Assetto organizzativo della prevenzione Definizione di indicatori degli obiettivi dei principali progetti avviati

(segue)

TAB. 6.1. (segue)

7	Legge 1545/2010	Piano regionale della prevenzione 2010-2012
8	Legge regionale 19 settembre 2008, n. 23 "Piano regionale di salute 2008-2010"	Approvazione Piano regionale della salute e regolamenti attuativi
9	Piano regionale della prevenzione dicembre 2010	Piano di prevenzione regionale
10	Prp (approvato ministero della Salute 27/05/2011)	Individuazione linee di intervento
11	D.g.r. 1856/2010	"Recepimento intesa stato-regioni e province autonome del 29.4.2010 concernente il Piano nazionale della Prevenzione per gli anni 2010-12"
12	D.g.r. 1012/2010 Piano regionale Prevenzione 2010/12	Progettazione di specifici interventi nel campo della prevenzione Protezione risorsa idrica
3 - SEMPLIFICAZIONE		
1	Legge n. 1609/2009	Semplificazione di procedure autorizzative e certificazioni sanitarie
2	Legge regionale n. 22 del 24/07/2007 Abolizione del libretto sanitario per gli alimentari e formazione degli alimentaristi	Soppressione dell'obbligo d'idoneità del libretto sanitario
3	Legge n.21/2005	Abolizione certificati inutili
4	D.g.r. n. 910 del 31/05/2006	Sospensione dell'obbligo di presentazione del certificato di idoneità fisica per l'assunzione lavorativa
5	D.g.r. n.1066 del 21/06/2006	Attuazione in materia di polizia mortuaria della d.g.r. n. 296 del 2006 concernente la semplificazione delle procedure obsolete
6	Disegno di legge 28 luglio 2005	"Norme per la semplificazione in materia di igiene, medicina del lavoro e sanità pubblica e altre disposizioni per il settore sanitario"
4 - RISORSE		
1	Legge regionale 24 settembre 2010, n. 12 "Piano di rientro 2010-2012. Adempimenti"	Blocco turnover
2	Legge regionale 25 febbraio 2010, n. 4 "Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali"	Stabilizzazione del personale sanitario
3	D.g.r. n. 1321 del 15/07/2008 straordinario a seguito di contaminazione da diossina in allevamenti della provincia	Contributo economico su progetto
5 - ARPA		
1	Regolamento regionale 10 giugno 2008, n. 7 "Agenzia regionale per la protezione ambientale"	Istituzione

(segue)

TAB. 6.1. (segue)

LEGGI SEGNALATE	ARGOMENTO
2 Legge regionale n. 9 del 06/03/1998	Attribuzione delle materie ambientali alla costituen-
“Norme sulla istituzione e disciplina dell’Agenzia regionale per la protezione dell’ambiente (Arpa)”- modificata dalla Legge regionale n. 17 del 2001 e alla Legge regionale n. 29 del 31/11/2007	da Agenzia regionale per l’ambiente con assegnazione alla stessa delle funzioni di Laboratorio di Sanità pubblica per tutte le matrici ambientali, comprensive di campionamenti di piscine e acque destinate al consumo umano
3 D.g.r. n. 976 del 9/07/2003: “Endoproce-	Definizione delle competenze in base alle varie fatti-
dimenti Aziende Usl e Arpa per il rilascio dei pareri”	specie di eventi/situazioni/ricieste
D.g.r. n. 1067 del 21/06/2006: “Arpa-Ausl: Gestione degli esposti-segnalazioni”	
6 - VETERINARIA	
1 Legge regionale n. 23, del 19/9/2008	La rete della prevenzione Potenziamento nella sanità pubblica veterinaria
2 Regolamento (Ce) 1099/2009 del Consiglio del 24/09/2009	Tutela del benessere animale protezione degli animali durante l’abbattimento
3 Regolamento (Ce) 1/2005 del Consiglio del 22/12/2004	Protezione degli animali durante il trasporto e le operazioni correlate
4 Regolamento (Ce) 183/2005 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12/01/2005	Stabilisce requisiti per l’igiene dei mangimi
5 882/2004	Controlli ufficiali intesi a verificare la conformità alla normativa in materia di mangimi e di alimenti nonché alle norme sulla salute e sul benessere animale
6 D.d.n. n. 968 del 21/02/2011 (d.d. 1076/2009: Piano nazionale di sorveglianza e di vigilanza sanitaria sulla alimentazione degli animali – Piano Pluriennale 2009-2011; II° integrazione)	Attività di controllo sull’intera filiera mangimistica, dalla produzione primaria al mangimificio, trasportatore, distributore e allevatore che somministra mangimi Campionamenti di mangimi presso gli operatori della filiera mangimistica per ricerche analitiche previste dalla Comunità Europea Adeguamento della filiera mangimistica ai requisiti igienico sanitari della Comunità Europea e alla sicurezza igienico sanitaria delle produzioni mangimistiche con risvolti di sicurezza alimentare e di possibilità di scambi Ce Raggiungimento di requisiti igienico sanitari adeguati all’attività di esportazione verso Paesi terzi
7 D.lgs. 6/04/2006, n. 193	Codice comunitario dei medicinali veterinari
8 D.lgs. 16/03/2006, n. 158	Divieto di utilizzazione di talune sostanze ad azione ormonica, tireostatica e delle sostanze beta-agoniste nelle produzioni animali
9 D.d. n. 98 del 14/01/2011 (Piano nazionale residui 2011 – in applicazione del d.l.vo 158/06 e s.m.)	Attività di controllo su allevamenti per ricerca sostanze proibite, residui di farmaci e di contaminanti ambientali su animali e loro produzioni. Attività di campionamento di matrici varie (organiche, alimenti di o.a.) per ricerca sostanze proibite, residui di farmaci e di contaminanti ambientali

(segue)

TAB. 6.1. (*segue*)

10	D.d. n. 4917 del 01/06/2010. Il Farmaco veterinario: Piano regionale di farmaco-sorveglianza e Piano regionale di farmacovigilanza	Attività di controllo presso allevamenti, distributori (farmacie e grossisti), medici veterinari (ambulatori e zoiatri) della distribuzione e dell'uso dei farmaci veterinari Prevenzione di residui farmacologici in alimenti di origine animale e monitoraggio di reazioni avverse ai farmaci negli animali
11	L.r. n. 19 del 19/07/94	Controllo fenomeno del randagismo Prevenzione della rabbia Riduzione dei cani presenti nei rifugi Rispetto etico dell'animale
12	Legge n. 86/99	Prevenzione del randagismo
13	Profilassi Tbc-Br-Leb. D.p.g.r. 65-66-67-68 del 11/05/07	Controllo zoonosi Valorizzazione produzioni zootecniche Possibilità/facilitazioni per scambi internazionali Monitoraggio territoriale
14	Det. Dirig. 2052 del 12/03/2010	Categorizzazione biosicurezza allevamenti suini Valorizzazione prodotti zootecnici Possibilità/facilitazione di scambi internazionali Monitoraggio del territorio e del patrimonio
15	West Nile Disease circ. applic. 29184 del 25/02/2008	Monitoraggio diffusione del virus nel territorio Valutazione dei rischi di contagio per l'uomo
16	Dd. Gg. Rr. 272 del 22/02/2006 e 1435 del 02/08/2006 relative all'applicazione del Reg. Ce 1782/2003 sul principio di condizionalità della politica	Indagini e rendicontazioni finalizzate alla verifica sistematica e/o mirata della rispondenza a specifici requisiti di sanità, sicurezza alimentare e benessere animale delle imprese zootecniche e alimentari ai fini della erogazione di risorse finanziarie
17	Reg. Ce 852/2004	Applicazione dell'autocontrollo alla produzione primaria Obbligo della procedura Haccp nella produzione post primaria Obbligo della registrazione delle attività
18	D.l.vo 194/2008	Riscossione delle tariffe per rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali sugli alimenti e sui mangimi da parte degli Osa (art. 2); Destinazione dei proventi (art. 7); Rendicontazione (art. 12)
7 - LAVORO		
1	Disposizione – Accordo con Procura Repubblica per gestione infortuni sul lavoro	Uniformazione su tutto il territorio regionale della gestione dei flussi informativi e delle modalità di intervento
2	L.r. 279 del 4/03/2008 – Patto per la salute Allegato 1 – piano straordinario di vigilanza negli ambienti di lavoro	Interventi straordinari per la tutela nei luoghi di lavoro
3	D.g.r. 3/8/2007, 1004 – Documento di Interventi straordinari per la tutela della salute nei luoghi di lavoro per l'anno 2007	Interventi straordinari per la tutela della salute nei luoghi di lavoro

*(segue)*

TAB. 6.1. (segue)

LEGGI SEGNALATE	ARGOMENTO
4 Delibera giunta regionale 279 del 4/03/2008. Interventi straordinari per la tutela nei luoghi di lavoro – Patto per la salute nei luoghi di lavoro	del Allegato 1 – piano straordinario di vigilanza negli ambienti di lavoro
5 Legge regionale 26, del 9/08/2006	Art. 1 – Interventi straordinari per la tutela nei luoghi di lavoro
6 L.r. 52/81 art. 8 - Prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro	Controllo salubrità del territorio
7 Legge regionale n. 23, del 19/9/2008	Le fragilità collettive: i fattori di rischio occupazionali e ambientali. Le aree a rischio
8 - AMBIENTE	
1 Legge regionale 19 dicembre 2008, n. 44	Valori limite di emissione nell'atmosfera di policlorodibenzodiossina (Pcdd) e policlorodibenzofurani (Pcdf)
2 30/03/2009, n. 8 – Modifica alla l.r. 19/12/2008, n. 44	Aggiornamento dei valori limite nell'atmosfera di policlorodibenzodiossina (Pcdd) e policlorodibenzofurani (Pcdf)
3 D.g.r. 930/2010	Formazione venditori e utilizzatori prodotti fitosanitari
4 Decr. Pres. Reg. Fvg 16.12.2002 0394/Pres	Legge sui carburanti
5 Generalità della Giunta regionale 2939/2009 – documento di indirizzo su "Mobilità sostenibile e sicura in ambito urbano"	Funzioni di Igiene pubblica, profilassi ed ecologia, medicina legale
6 Legge regionale n. 4 del 13/02/2007	Definizione di requisiti e procedure univoche su tutto il territorio regionale
Regolamento regionale n. 2 del 01/04/2008	Disciplina in materia di requisiti igienico-sanitari delle piscine a uso natatorio e
"Disciplina di attuazione della l.r. 4/2007"	Regolamento regionale n. 2 del 01/04/2008
7 L.r. 15/12/2008, n. 35	Disciplina igienico-sanitaria delle piscine a uso natatorio
9 - IGIENE PUBBLICA	
1 D.g.r. 304/2011	Screening oncologici Omogeneizzazione interventi in ambito regionale
2 Legge regionale 23 del 19/9/2008	La promozione della salute: strategie di prevenzione
3 D.g.r. 1169/2008	Promozione educazione alla salute nelle scuole
4 L.r. 23/12/2008, 45 – Norme in materia sanitaria	Art. 10: norma per la prevenzione della diffusione delle malattie infettive
5 D.g.r. 2068/2010 – Approvazione nuovo calendario vaccinale	Offerta gratuita di tutti i vaccini dell'età evolutiva per target di riferimento Cosomministrazione con riduzione degli accessi agli ambulatori vaccinali Offerta gratuita alla coorte delle 17enni del vaccino anti Hpv

(segue)

TAB. 6.1. (segue)

10 - ALIMENTAZIONE	
1	N. 852/2004 igiene dei prodotti alimentari Sicurezza alimentare N. 854/2004 stabilisce norme specifiche per l'organizzazione dei controlli ufficiali sui prodotti di origine animale destinati al consumo umano N. 2073/2005 sui criteri microbiologici applicabili ai prodotti alimentari
2	Bur 08.07.2011 Piano integrato dei controlli sicurezza alimentare
3	D.g.r. 463/07 Formazione rilascio attestato alimentaristi
4	N. 853/2004 Norme specifiche in materia di igiene degli alimenti di origine animale
11 - FORMAZIONE	
1	Legge regionale 25 febbraio 2010, n. 4 Norme in materia di attività di formazione "Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali"
2	Legge regionale 25 febbraio 2010, n. 4 Norme in materia di formazione dei direttori generali "Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali"
12 - EDILIZIA	
1	Legge regionale n. 1 del 18/2/2004 Ridefinisce criteri per i permessi a costruire e stan- "Norme per l'attività edilizia" e dard dei requisiti minimi per la civili abitazioni e per Regolamento n. 9 del 03/11/2008 servizi recettivi peggiorativi rispetto alle normativa "Disciplina di attuazione dell'art.12, nazionale, con compromissione (in particolare per comma 1, della legge regionale n. 1 del l'utilizzo delle mansarde e seminterrati) della qualità 18/2/2004 delle abitazioni e dei recettivi (agriturismi)

TAB. 6.2.

---

ALCUNE CRITICITÀ SU CUI INTERVENIRE NORMATIVAMENTE

- 1 Superata la necessità di parere edilizio congiunto (igiene pubblica e medicina lavoro) perché non sempre il committente del parere è il datore di lavoro e dal fatto che bisogna ridurre la burocrazia
  - 2 Si segnala come criticità l'emanazione di norme regionali che possono interessare le attività del Dipartimento (per esempio richiesta di certificati per i "volontari della sicurezza" con requisiti quali buona salute fisica e mentale, assenza di daltonismo, assenza di uso di alcol e stupefacenti, capacità di espressione visiva '!' di udito e olfatto e assenza di elementi psicopatologici, anche pregressi '!!') ma sulle quali non siamo mai interpellati
  - 3 Coinvolgimento inutile nei collaudi degli impianti delle Asl senza indicazioni di tipo sanitario
  - 4 Regolamento di Polizia mortuaria
  - 5 Valutazione impatto sulla salute (Vis) – mancanza di normativa regionale e linee guida di riferimento
  - 6 Precarietà delle risorse che determina scarsa programmabilità degli interventi
  - 7 Nuovo Piano sanitario regionale e maggiore attenzione alla prevenzione
  - 8 Controlli specifici produzione primaria
  - 9 Occorre rivedere l'organizzazione del Dipartimento di prevenzione modulandola in termini di promozione della salute e screening oncologici, istituendo la macro-area della prevenzione con più dipartimenti
-

ALLEGATO 7  
ANALISI DELLE ATTIVITÀ DI EPIDEMIOLOGIA NELLA ASL  
GRIGLIA 2

TAB. 7.0.

*Rispondenti: 23 Dipartimenti*

TAB. 7.1.

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	Registro di cause di morte	19	4
2	Relazione sullo stato di salute Asl	13	10	10	3	11	2
3	Bilancio sociale di Asl	8	15	6	2	6	2
4	<i>Registri di patologie attivi e aggiornati nell'anno di rilevazione:</i>						
	Cedap (certificati assistenza al parto) (4)			4		4	
	Ca colon retto (3)			2	1	2	1
	Ca mammella (3)			2	1	2	1
	Ca utero (3)			2	1	2	1
	Tumori regionale (2)			2		1	1
	Mesotelioma (2)			1	1	1	1
	Registro Ivg (2)			1	1	1	1
	Diabetici (2)			1			1
	Sids (2)			1			1
	Malattie professionali (1)			1		1	
	Malattie cardiovascolari regionale (1)			1		1	
	Celiaci (1)			1		1	
	Mortalità provinciale (1)				1		1
	Diabete pediatrico (1)				1		1

(segue)

TAB. 7.1. (segue)

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
			<i>5 Studi e rilevazioni di rischio attive e aggiornate nell'anno di rilevazione:</i>			
Ondate di calore (2)			2		1	1
Ulisse (2)				2		2
Diossine (2)			1	1	1	1
Pls sovrappeso (1)				1		1
Pozzi contaminati (1)				1		1
Cancerogeni – registro esposti – tumori (1)				1		1
Respirare “comune” (1)				1		1
Sorveglianza pollini (1)				1		1
Screening ca colon retto (1)			1		1	
Biomonitoraggio metalli pesanti (1)			1		1	
<i>6 Rilevazioni delle percezioni soggettive di salute e di rischio attive e aggiornate nell'anno di rilevazione:</i>						
Passi (14)			13	1	11	3
Passi d'argento (7)			6	1	5	2
Okkio (11)			9	2	7	4
Hbsc (6)			4	2	4	2
Reazioni avverse Hpv (2)			2		2	
Casi pneumococco (2)			2		2	
Euro Qol (2004) (1)			1			1
Gyts (1)			1		1	
New Tribes (1)			1		1	
<i>n Altre iniziative epidemiologiche rilevanti (specificare):</i>						
Immunogenicità antiHb dopo 20 anni (2)			2			2
Incidenti domestici (2)			2		1	1
Indagine stato di salute residenti di un comune (1)				1	1	
Allattamento al seno (1)			1		1	
Indice di deprivazione sociale (1)			1		1	
Epiair 2 (1)			1			1

(segue)

TAB. 7.1. (segue)

Fragilità (1)	1	1
Profili di comunità, profili di salute e bilancio di missione (1)	1	1
Fratture di femore negli anziani (1)	1	1
Incidenti stradali (1)	1	1
Ssepi e Dors (epid.sovrazonale) (1)	1	1
Registro Sdo (1)	1	1
Dati demografici (1)	1	1
Pianoro study (1)	1	1
Moniter (1)	1	1
Cogeneratore (1)	1	1
Esposti campi elettromagnetici (1)	1	1
Valutazioni di impatto sulla salute (1)	1	1
“Gruppo Promozione Salute” (1)	1	1
“Comitato budget” (1)	1	1
Sindrome metabolica (1)	1	1

ALLEGATO 8  
ANALISI DEI FLUSSI INFORMATIVI DELLA ASL  
GRIGLIA 3

TAB. 8.0.

*Rispondenti: 23 Dipartimenti*

TAB. 8.1.

ANALISI FLUSSI INFORMATIVI ASL						
	Flussi in uscita			Flussi in entrata		
	nessuno	solo obbligatori	obbligatori e facoltativi	nessuno	solo obbligatori	obbligatori e facoltativi
Istat	6	<b>15</b>	2	<b>11</b>	9	3
Ispesl	9	9	5	9	9	5
Inail	6	8	9	5	9	9
Inps	<b>10</b>	<b>11</b>	2	11	<b>10</b>	2
Iss	2	6	<b>15</b>	3	6	14
Arpa	3	9	11	2	9	12
Direz. Prov. Lavoro	5	10	8	6	9	8
Istituti zooprofilattici	3	6	14	3	6	14
Regione	-	3	<b>20</b>	2	3	<b>18</b>
Province	7	5	11	6	6	11
Comuni	3	5	<b>15</b>	3	5	<b>15</b>
Circoscrizioni	<b>19</b>	3	1	<b>19</b>	3	1
Ministero salute	-	4	2	3	2	1
Bdn Anagrafe bestiame	-	2	-	-	2	-
Procura	-	1	1	-	1	1
Ministero economia	-	1	-	-	1	-
Forze dell'ordine	-	-	1	-	-	1
Capitaneria	-	-	1	-	-	1
Vigili del fuoco	-	-	1	-	-	1
Oer	-	-	1	-	-	1

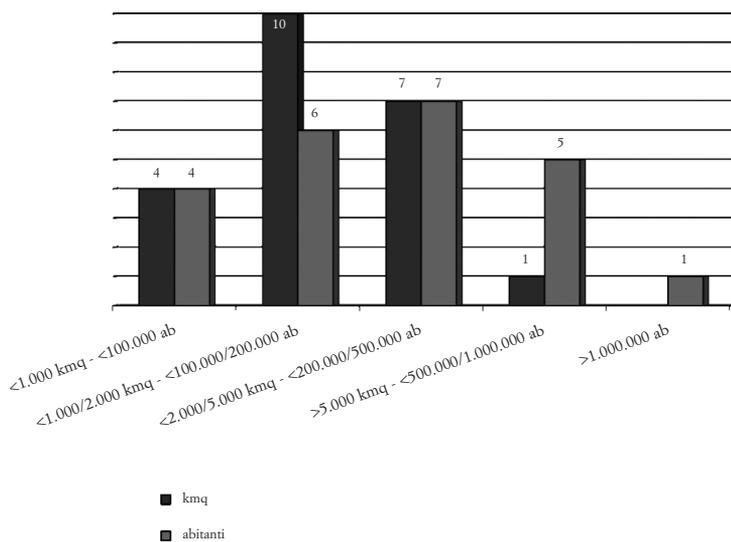
*Nota:* Grassetto: valori maggiori della colonna; cella grigia: valori minori della colonna.

ALLEGATO 9  
ASSETTO ORGANIZZATIVO E PERSONALE  
GRIGLIA 4 - PARTE I

TAB. 9.0.

*Rispondenti: 23 Dipartimenti (complessivamente)*  
N.B.: il dettaglio dei rispondenti è riportato in ogni singola riposta

FIG. 9.1. *Numero di Dipartimenti per la classe di numerosità abitanti (23 rispondenti)/ estensione territoriale (22 rispondenti)*



Nota: Media estensione kmq 1.904; media abitanti 333.950.

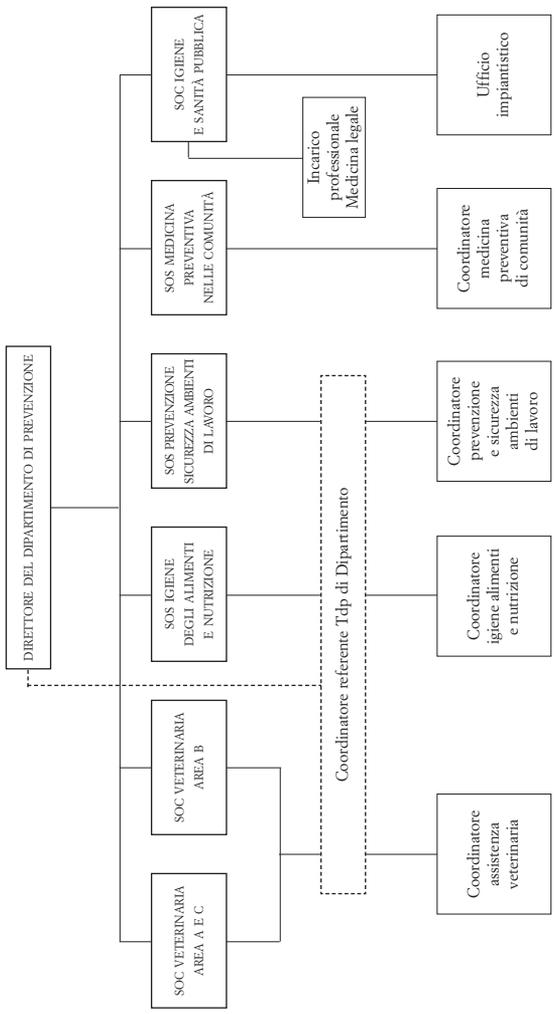


FIG. 9.2.1. *Alto Friuli*

FIG. 9.2.2. Bari

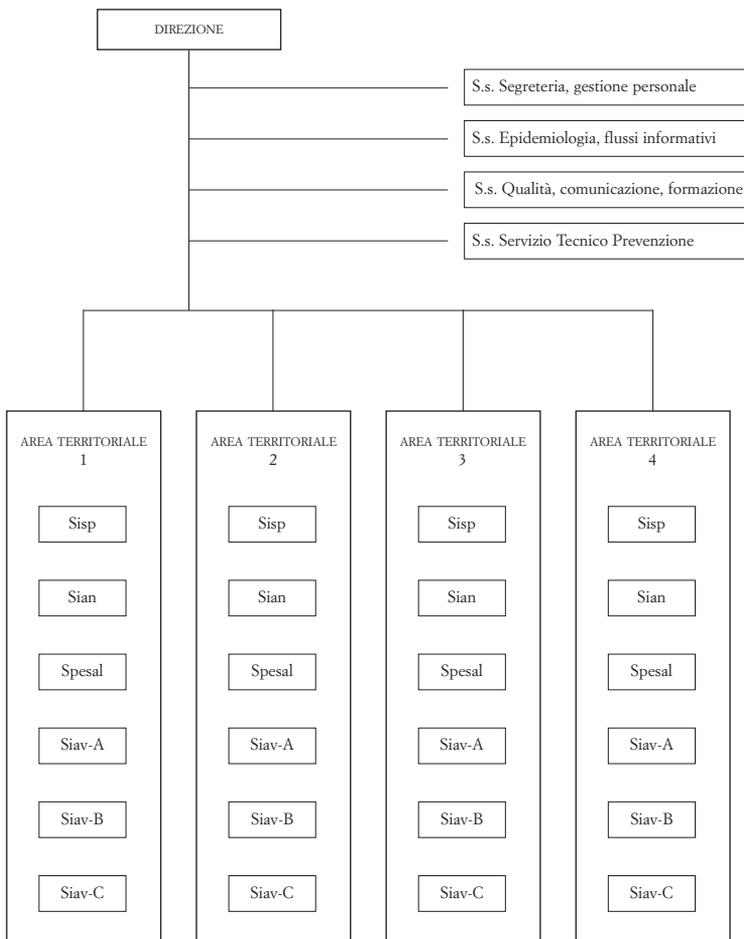
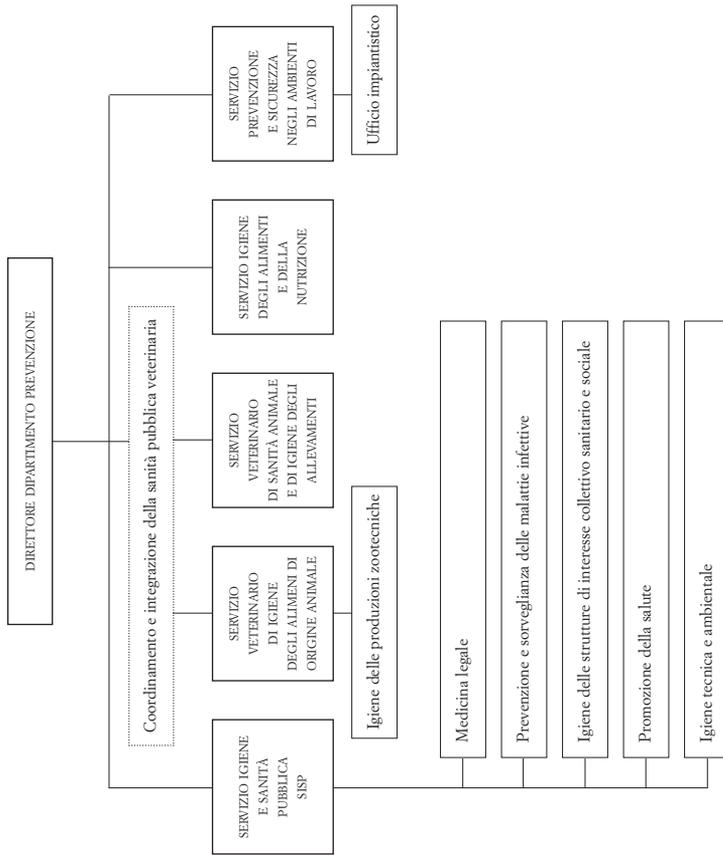


FIG. 9.2.3. Bassa friulana



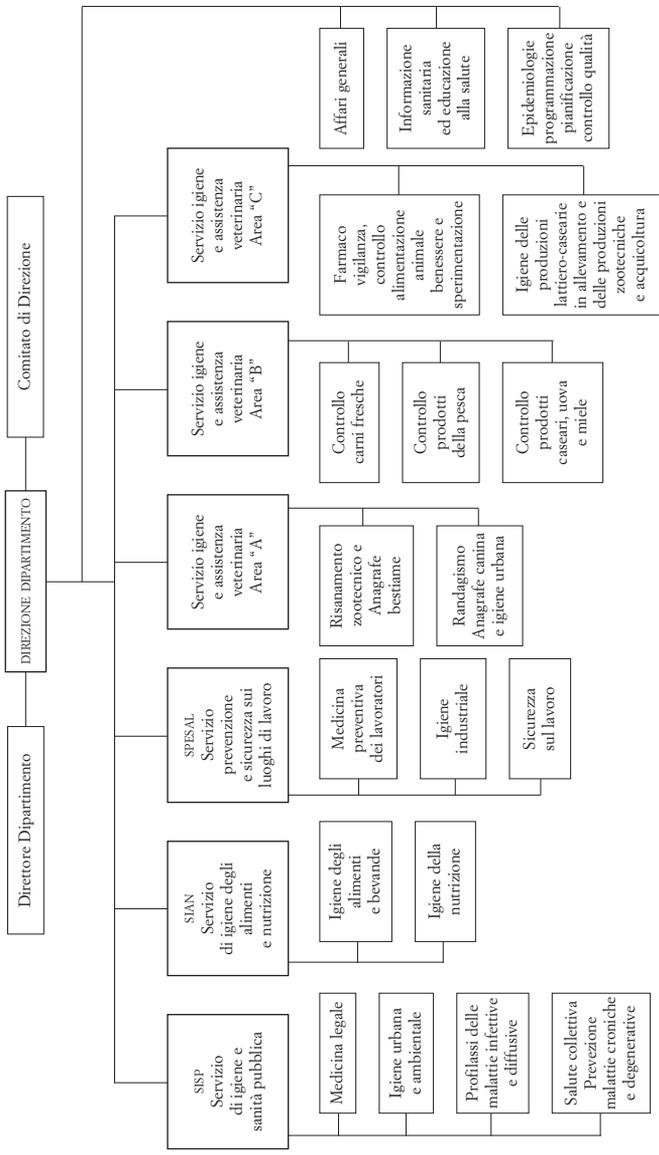


FIG. 9.2.4. Bat

FIG. 9.2.5. Brindisi

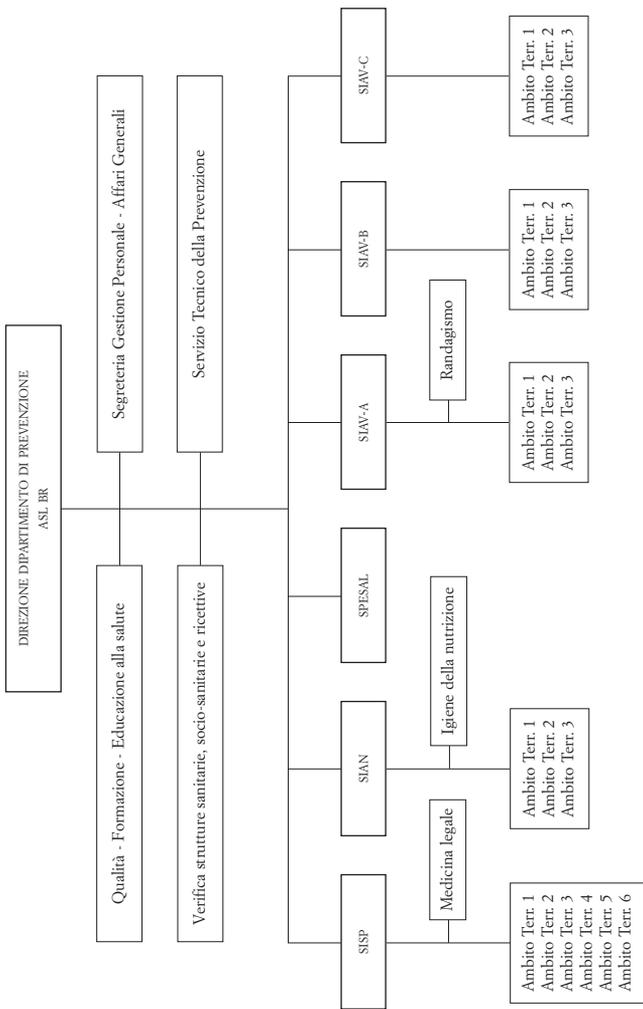
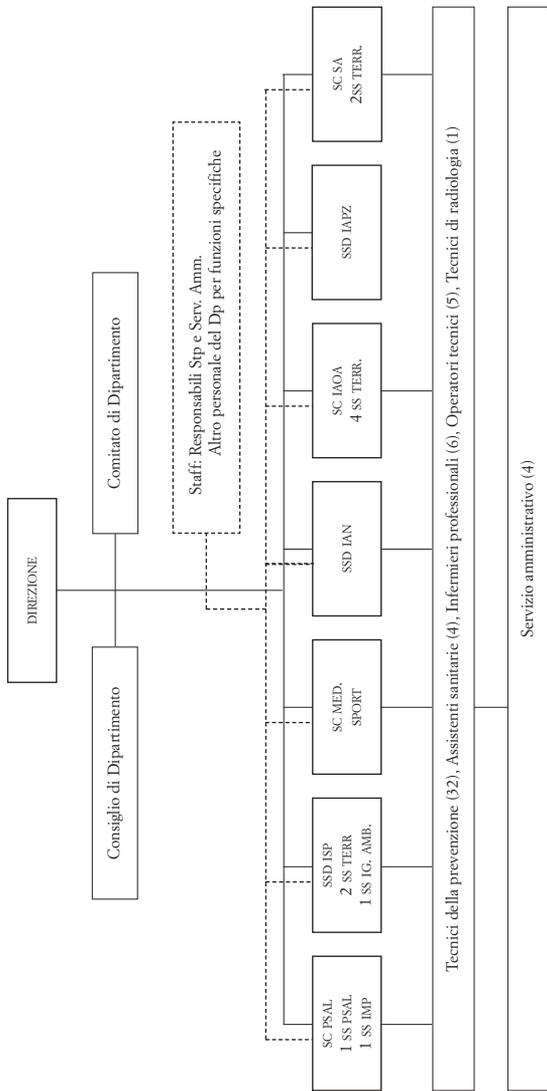


FIG. 9.2.6. Città di Castello



*Legenda:* PSAL, Salute nei luoghi di lavoro; IMP, Impiantistica; ISP, Igiene e sanità pubblica; IAN, Igiene alimenti e nutrizione; IAOA, Igiene alimentari di origine animale; IAPZ, Igiene allevamenti e produzioni zootecniche; SA, Sanità animale.

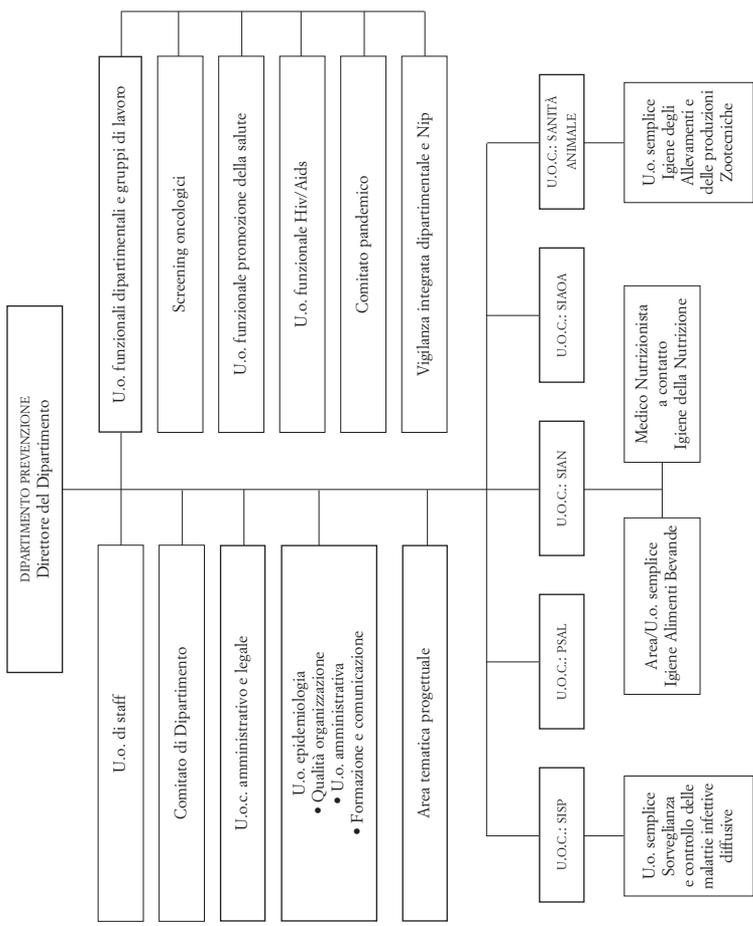


FIG. 9.2.7. Fano

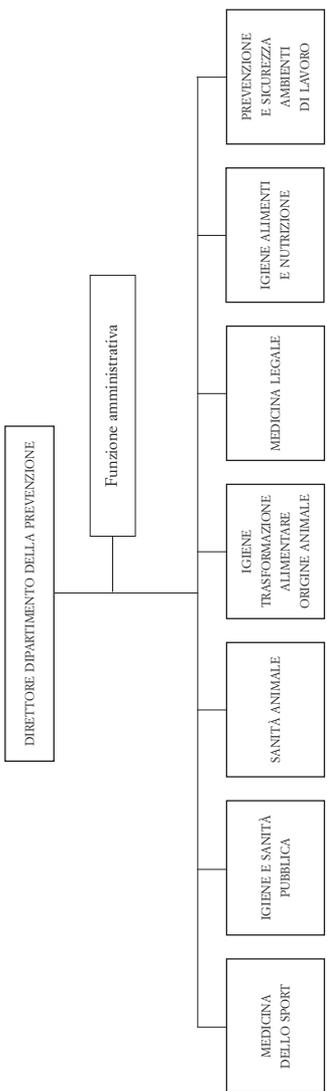


FIG. 9.2.8. Genova

Fig. 9.2.9, Lucca

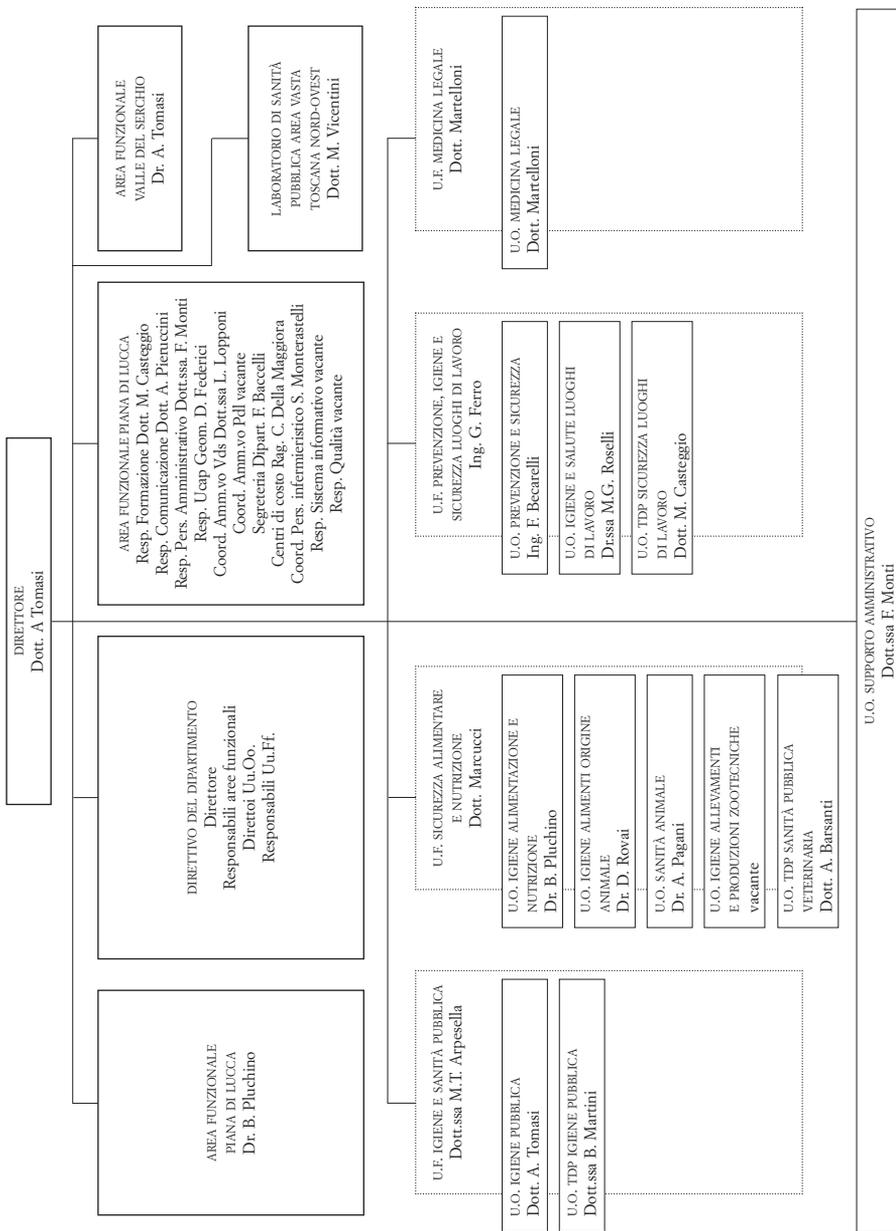


FIG. 9.2.10. Medio Friuli

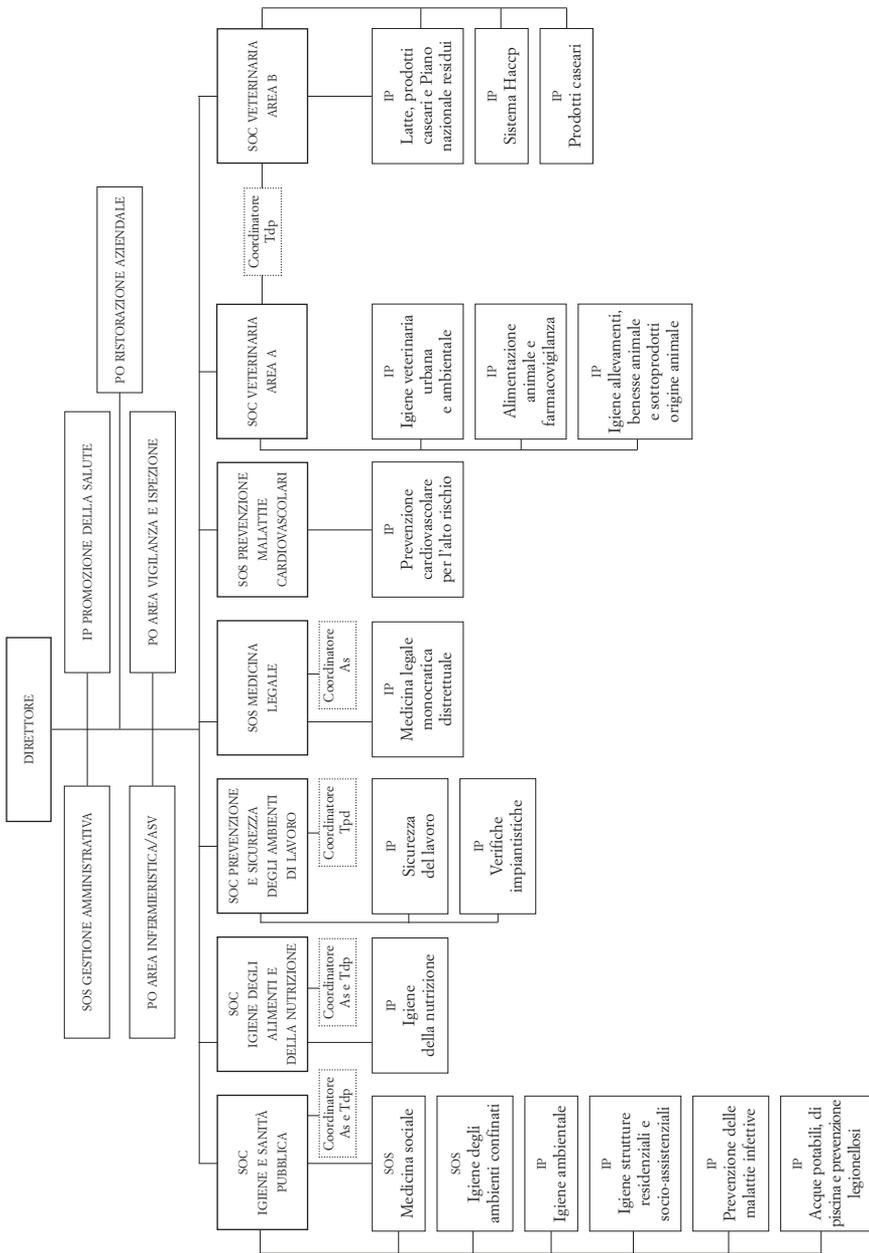
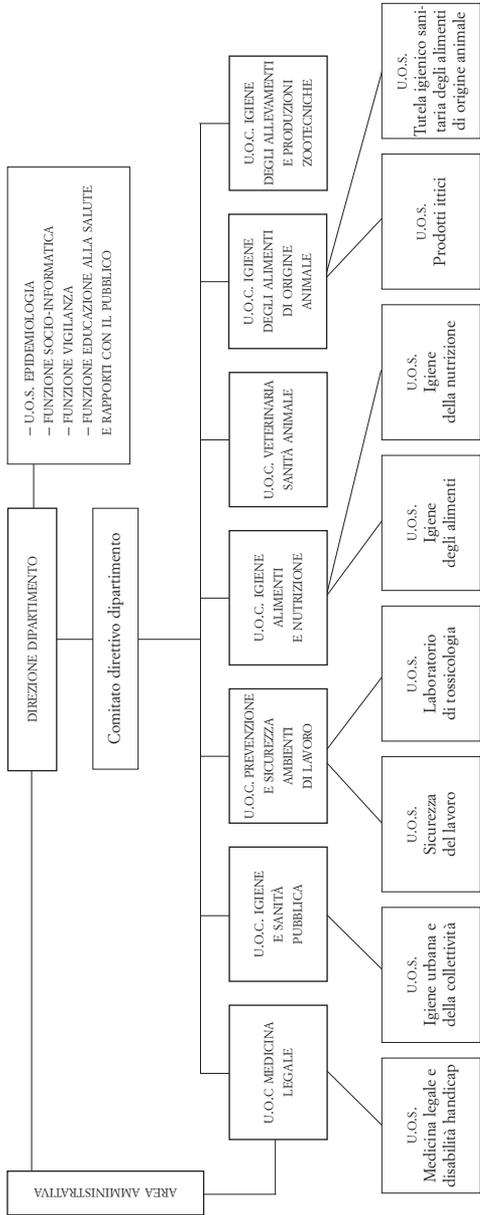


Fig. 9.2.11. Pesaro



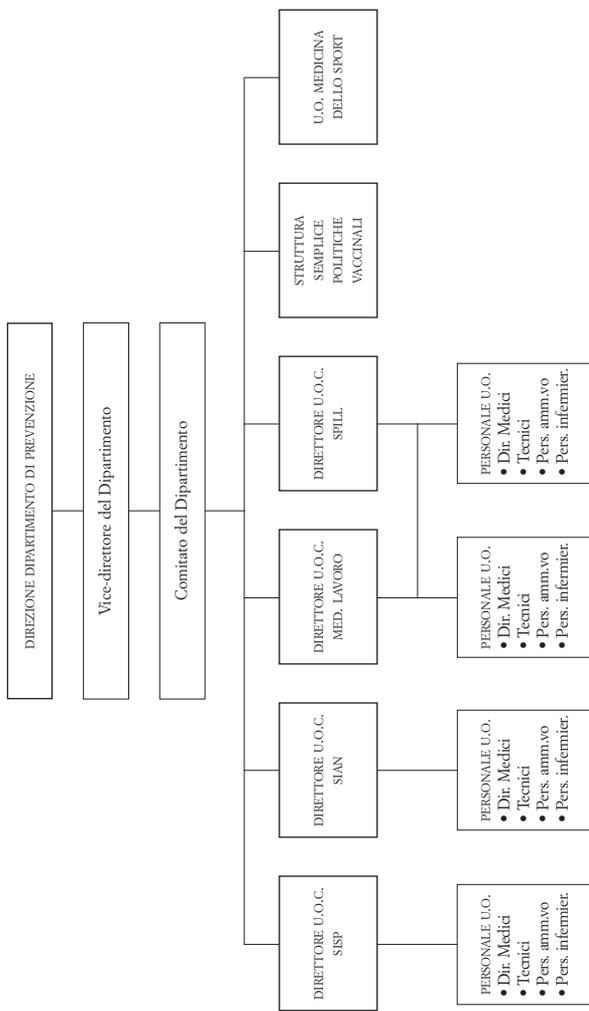


FIG. 9.2.12. Potenza

FIG. 9.2.13. *Taranto*

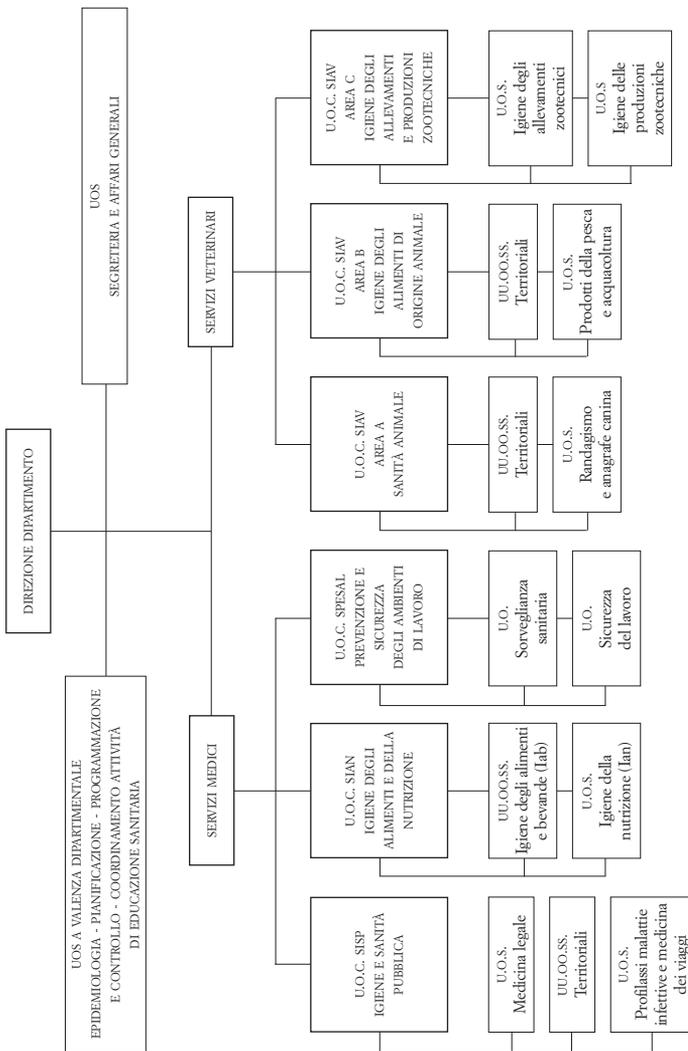
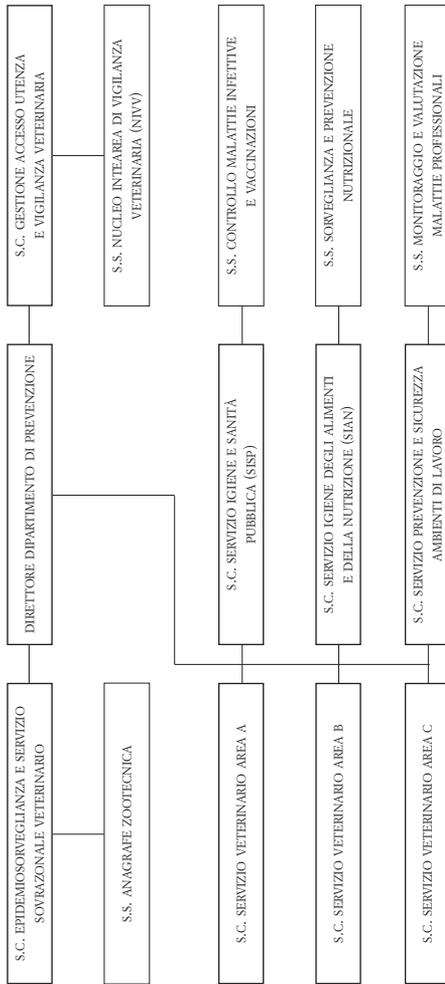


FIG. 9.2.14. Torino



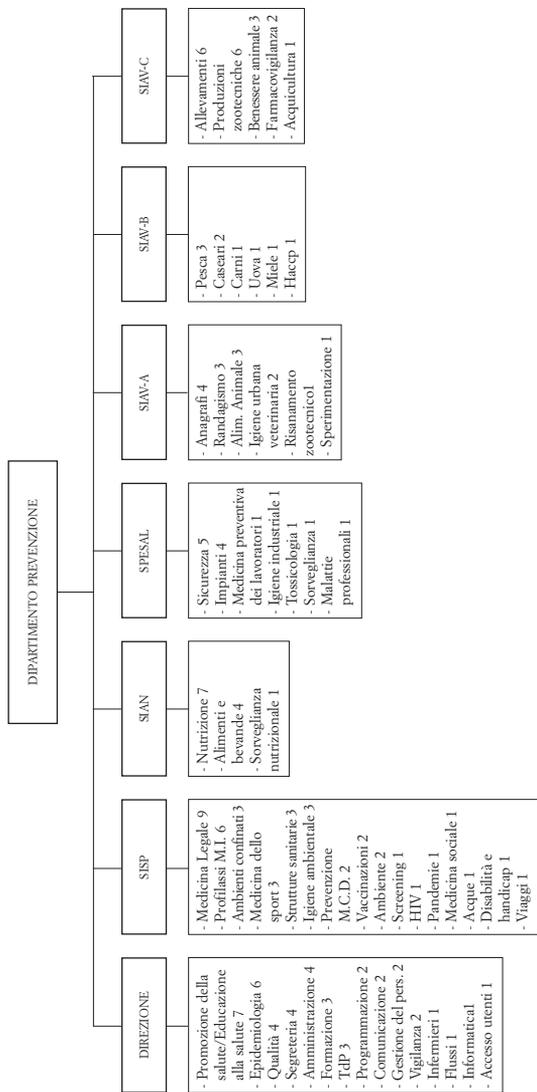
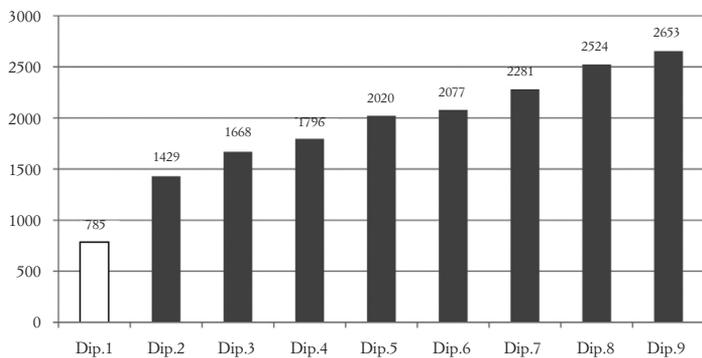
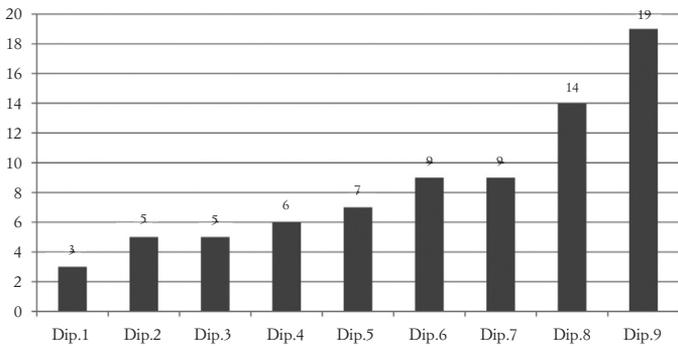


FIG. 9.2.15. *Organigramma-medio*

FIG. 9.3.1. *Abitanti per operatore*

Nota: Media: 1.915 abitanti per operatore; (media 8 elementi: 2.056 abitanti per operatore).

FIG. 9.3.2. *Kmq per operatore*

Nota: Media: 8,5 kmq per operatore.

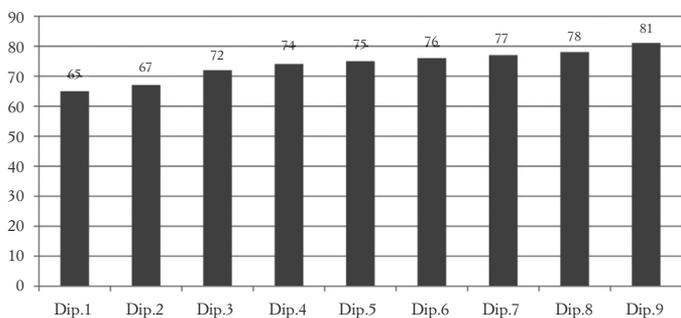
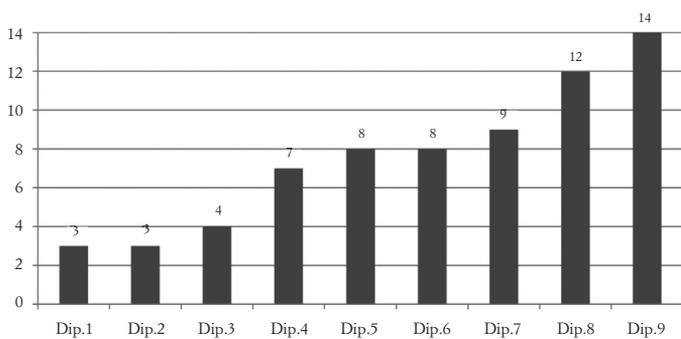
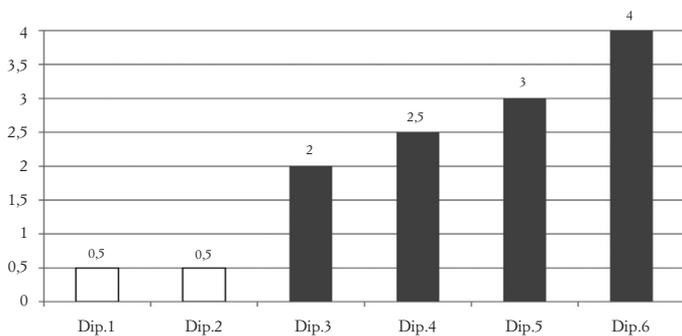
FIG. 9.3.3. *Personale sanitario sul totale del personale, %*FIG. 9.3.4. *Personale tecnico sul totale del personale, %*

FIG. 9.3.5. *Personale professionale sul totale del personale, %*

Nota: Presente in 6 Dipartimenti dei 9 rispondenti; (media 4 elementi; 2,3%).

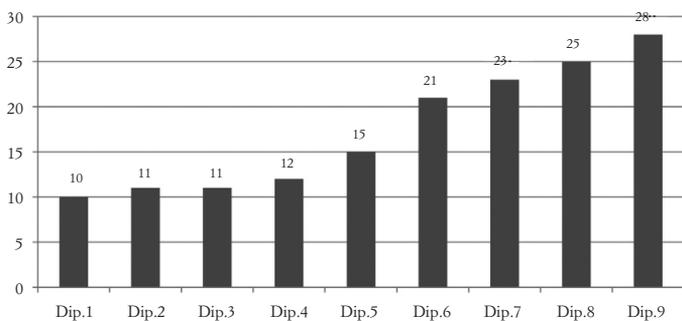
FIG. 9.3.6. *Personale amministrativo sul totale del personale, %*

FIG. 9.3.7. Ripartizione media del personale del Dipartimento tra i profili professionali, %

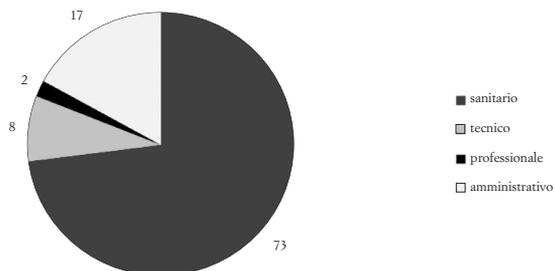
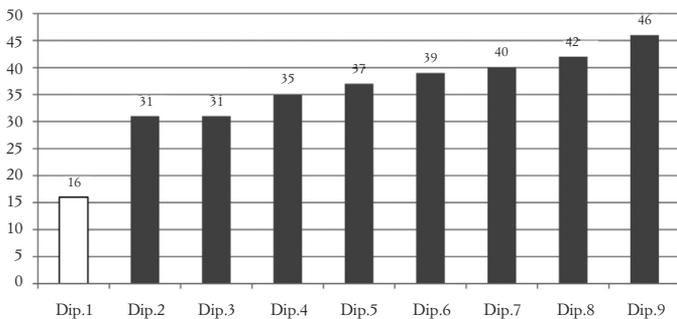
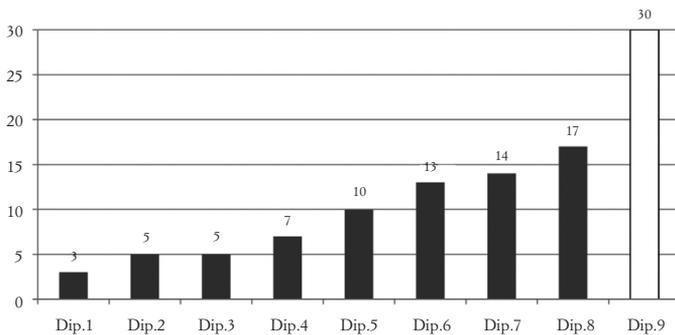


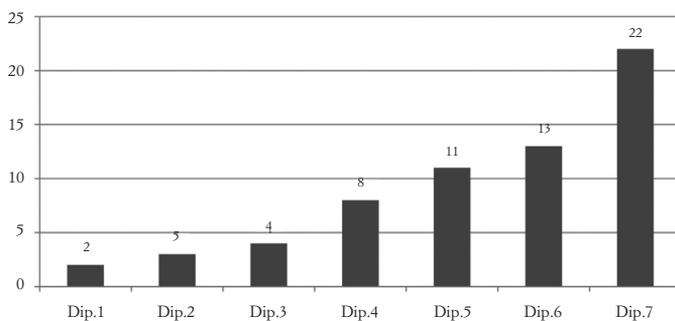
FIG. 9.3.8. Tecnici della prevenzione sul totale del personale sanitario, %



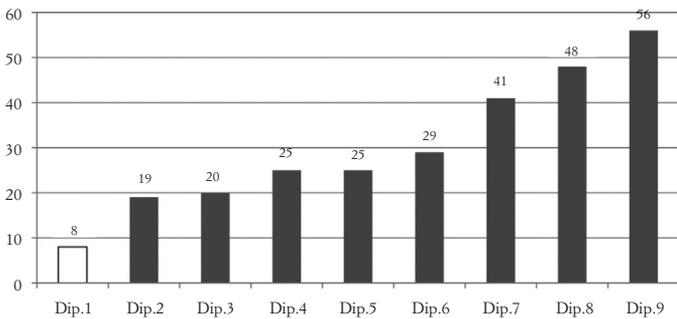
Nota: Media 35,2%; (media 8 elementi 37,6%).

FIG. 9.3.9. *Assistenti sanitari e infermieri sul totale del personale sanitario, %*

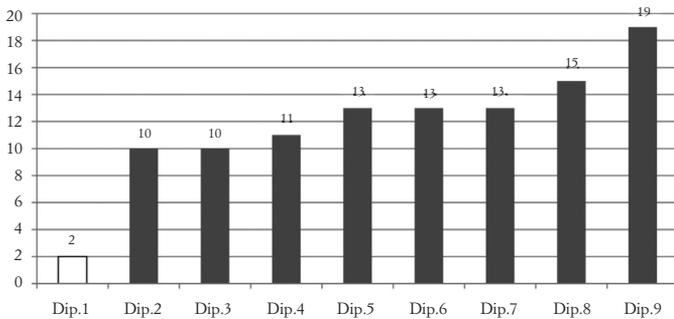
Nota: Media 11,5%; (Media 8 elementi 9,2%).

FIG. 9.3.10. *Personale della Direzione sul totale del personale, %*

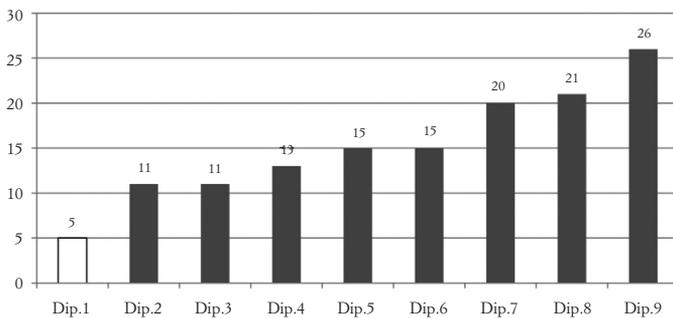
Nota: Presente in 7 Dipartimenti dei 9 rispondenti.

FIG. 9.3.11. *Personale Sisp sul totale del personale, %*

Nota: Media 8 elementi: 32,8%.

FIG. 9.3.12. *Personale Sian sul totale del personale, %*

Nota: Media 8 elementi: 13,0%.

FIG. 9.3.13. *Personale Spesal sul totale del personale, %*

Nota: Media 8 elementi: 16,5%.

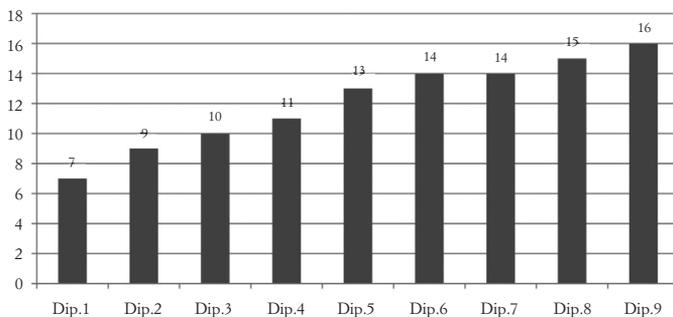
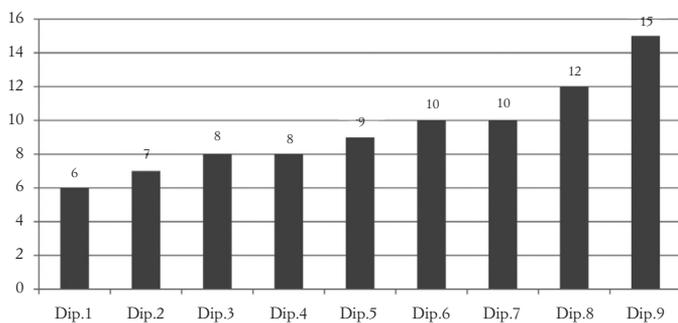
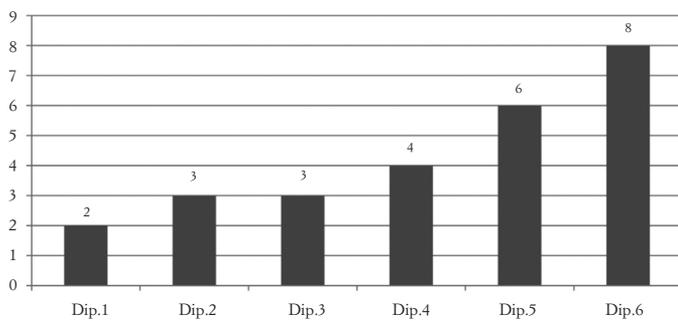
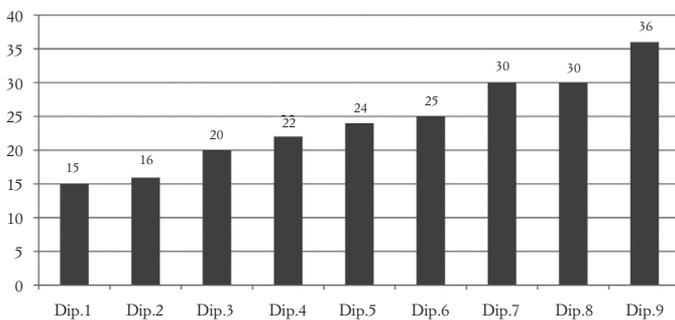
FIG. 9.3.14. *Personale Siav-A (sanità animale) sul totale del personale, %*

FIG. 9.3.15. *Personale Siav-B (alimenti di origine animale) sul totale del personale, %*FIG. 9.3.16. *Personale Siav-C (benessere animale) sul totale del personale, %*

Nota: Presente in 6 Dipartimenti dei 9 rispondenti.

FIG. 9.3.17. *Personale complessivo Siav sul totale del personale, %*



Nota: Media 25,2%.

FIG. 9.3.18. *Ripartizione media del personale del Dipartimento tra i servizi, %*

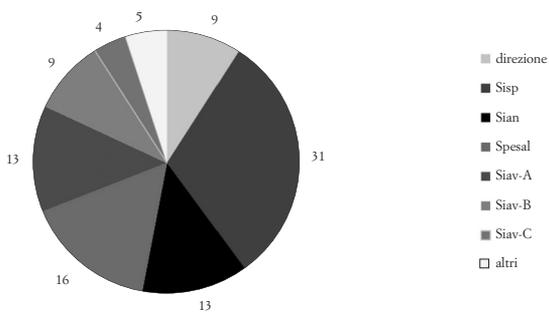
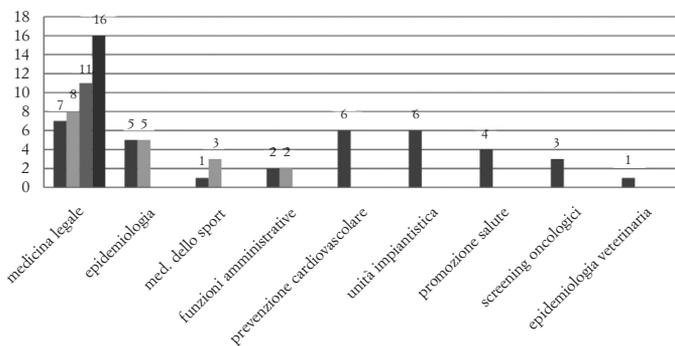


FIG 9.3.19. *Personale di altri servizi sul totale del personale, %*

*Nota:* Medie: medicina legale 10,5%; epidemiologia 5%; medicina dello sport 2%; funzioni amministrative 2%.

ALLEGATO 10  
STRUTTURE, STRUMENTI, FINANZIAMENTI  
GRIGLIA 4 - PARTE II

TAB. 10.0.

	STRUTTURE		STRUMENTI			FINANZIAMENTI	
		VEICOLI	OP/PC	INFORMATIZ- ZAZIONE (S/N)	MODALITÀ (A/C)	STANZIAMENTI	
Rispondenti	12 completi 5 solo totale 6 in bianco	14 completi 3 solo totale 6 in bianco	17 compilati 6 in bianco	19 compilati 4 in bianco	14 compilati 9 in bianco	1 completo 2 solo totale Dipartimento 1 solo totale Spesal 19 in bianco	

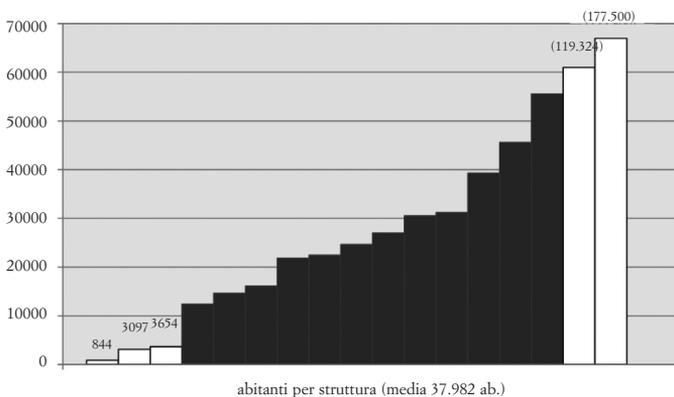
TAB. 10.1.

	STRUTTURE		STRUMENTI			FINANZIAMENTI	
		VEICOLI	OP/PC	INFORMATIZ- ZAZIONE (S/N <sup>1</sup> )	MODALITÀ (A/C <sup>2</sup> )	STANZIAMENTI	
Totale Dipartimento	media 22,7 <i>op./str. 18,3</i>	media 56,0	media 5,9	14 Si (1 <i>tranne</i> <i>Sian</i> ) 4 No 1 "parziale"	7 A 7 C	n.r.	
Direzione Dip.	media 2,2	media 6,2	media 4,4	Si 14 No 4	n.d.	n.r.	
Sisp	media 19,1	media 11,3	media 28,6	Si 14 No 4	n.d.	n.r.	
Sian	media 4,0	media 8,9	media 8,23	Si 13 No 5	n.d.	n.r.	
Spesal	media 3,4	media 9,3	media 5,98	Si 14 No 4	n.d.	n.r.	
Siav-A	media 5,3	media 10,3	media 5,15	Si 14 No 4	n.d.	n.r.	
Siav-B	media 5,3	media 7,3	media 7,17	Si 14 No 4	n.d.	n.r.	
Siav-C	media 3,7	media 5,4	media 9,24	Si 14 No 4	n.d.	n.r.	
Altro	media 5,8	media 1,4	media 31,0	Si 14 No 4	n.d.	n.r.	

<sup>1</sup> Le risposte "formale" o "solo formale" sono state considerate "No"

<sup>2</sup> Le risposte "formale" o "solo formale" sono state considerate nella categoria opposta

FIG. 10.1.



Nota: Media 9 elementi 22.312 ab.

FIG. 10.2. Numero medio di strutture del Dipartimento nelle quali ogni servizio è presente

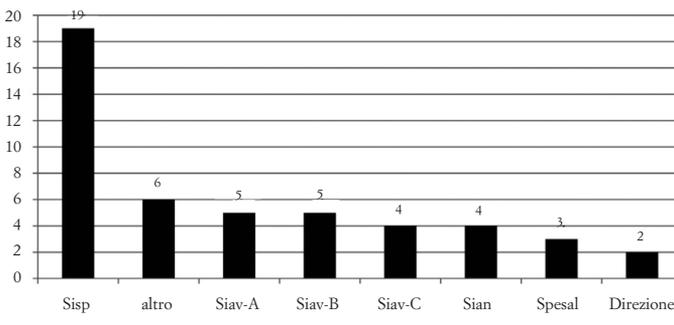


FIG. 10.3. *Presenza percentuale delle strutture di ogni servizio nel totale delle strutture del Dipartimento*

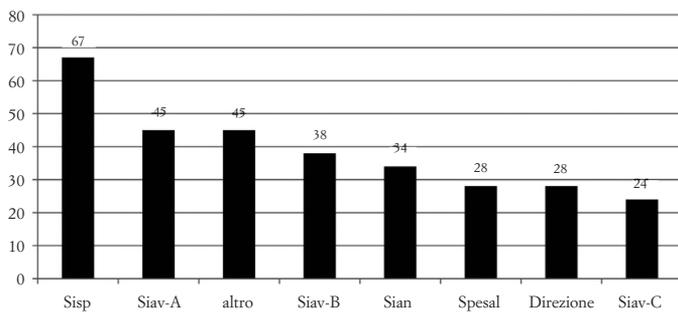
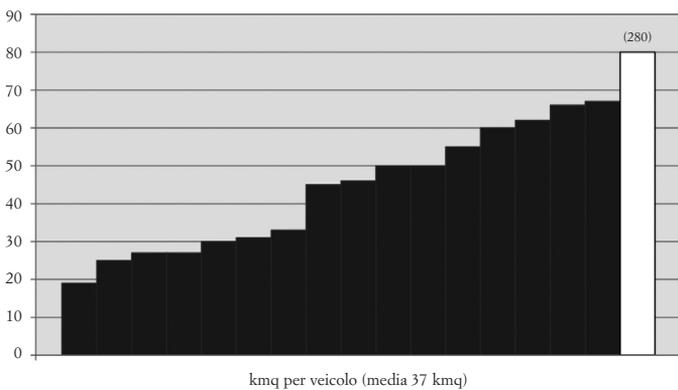
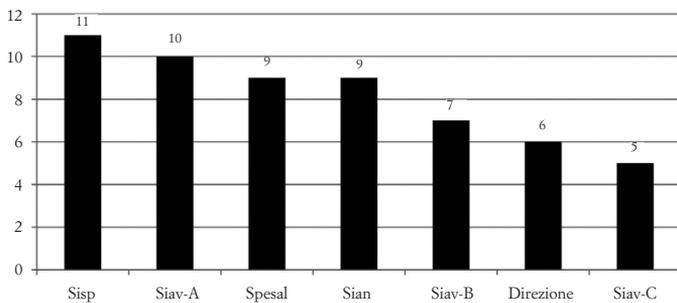
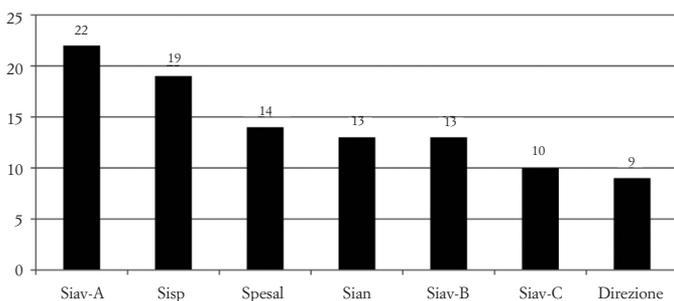


FIG. 10.4.



Nota: Media 16 elementi 43 kmq.

FIG. 10.5. *Numero medio di veicoli del Dipartimento per servizio*FIG. 10.6. *Ripartizione dei veicoli del Dipartimento tra i servizi, %*

ALLEGATO 11  
ANALISI DELLE ATTIVITÀ PREVENTIVE DELLA ASL  
GRIGLIA 5

TAB. 11.0.

<i>Risposte Dipartimenti:</i>		
<i>Rispondenti 17</i>	<i>Non rispondenti 4</i>	<i>Risposte non interpretabili 2</i>

TAB. 11.1.

SEGNALAZIONI TOTALI	INTERVENTI DIVERSI SEGNALATI	MEDIA INTERVENTI SEGNALATI PER DIPARTIMENTO
526	514	31

TAB. 11.2.

N° PROGRESSIVO NELLA GRIGLIA DI RILEVAZIONE	AMBITO	N° INTERVENTI SEGNALATI IN ORDINE DECRESCENTE
6	Vaccinazione	45
21	Prevenzione infortuni sul lavoro	37
4	Formazione	34
3	Promozione della salute nelle scuole	32
24	Promozione nutrizione corretta	30
1	Prevenzione ambientale	27
8	Prevenzione malattie infettive	24
20	Prevenzione incidenti domestici	20
2	Educazione alla salute	19
26	Tutela alimenti vegetali	17
7	Screening	17
27	Tutela acqua potabile	16
22	Prevenzione malattie professionali	15
19	Prevenzione incidenti stradali	15
5	Prevenzione materno infantile	15
32	Tutela fragilità (anziani, indigenti, migranti ecc.)	15

(segue)

TAB. 11.2. (segue)

N° PROGRESSIVO NELLA GRIGLIA DI RILEVAZIONE	AMBITO	N° INTERVENTI SEGNALATI IN ORDINE DECRESCENTE
35	Tutela viaggi/aeroporti/porti	12
10	Prevenzione cardiovascolare: prevenzione obesità donna/bambino	11
25	Tutela alimenti animali	11
29	Tutela salute mentale	11
34	Tutela attività sportive	11
28	Tutela acque di balneazione	10
30	Prevenzione handicap	9
33	Tutela salute reclusi	9
15	Prevenzione tumori cervice uterina	8
18	Prevenzione altre Malattie Cronico Degenerative	8
14	Prevenzione tumori seno	7
16	Prevenzione tumori colon/ retto	7
37	Prevenzione rischi clinici/ospedalieri	7
36	Farmacovigilanza	6
9	Prevenzione cardiovascolare: carta del rischio	5
12	Prevenzione cardiovascolare: prevenzione recidive	4
31	Prevenzione dipendenze patologiche	4
11	Prevenzione cardiovascolare: prevenzione complicanze diabete II	2
23	Prevenzione mobbing	2
17	Prevenzione tumori altro	2
38	Altro	2
13	Prevenzione cardiovascolare: altro	-

TAB. 11.3. ANALISI ATTIVITÀ PREVENTIVE ASL NEI DIFFERENTI AMBITI DI INTERVENTO

TAB. 11.3.1. Prevenzione ambientale

	PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Protocolli operativi Arpa	Asl		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Sorveglianza radon nelle scuole	Sisp	100	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Verifiche condizioni igienico-sanitarie dell'abitato su segnalazioni	Igiene sanità pubblica	135.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Controllo e vigilanza igienico sanitaria dell'ambiente e dell'abitato	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Pareri preventivi permessi a costruire, Dia, agibilità, autorizzazioni all'esercizio	Igiene sanità pubblica		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Pareri preventivi ed edilizia residenziale e commerciale, servizi	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		-	-	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Vigilanza su strutture a uso collettivo (scolastiche, sanitarie, recettive, di servizio alla persona)	Igiene sanità pubblica	135.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Gestione sistema di allerta sostanze chimiche e fisiche	Igiene sanità pubblica	135.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Attuazione regolamento reach	Igiene sanità pubblica	135.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	Valutazione ambientale strategica per il Piano regionale di miglioramento della qualità dell'aria	Servizio igiene ambientale della SOC Igiene e sanità pubblica	1.200.000	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	Valutazione ambientale strategica Rapporto preliminare piano regolatore generale comune	Servizio igiene ambientale della SOC Igiene e sanità pubblica	98.000	-	X	X	X	X	X	X	X	X	X

(segue)

TAB. 11.3.1. (segue)

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RUL EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
			X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
12 Valutazione impatto sulla salute inquinamento atmosferico	Servizio igiene ambientale della SOC igiene e sanità pubblica	98.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
13 Formulazione pareri di legge	Sisp - Lp. Igiene tecnica	109.000	-	X	X	-	X	-	-	X	-	
14 Stand per Obesity Day	Sian	200	X	-	X	-	X	-	-	X	-	
15 Studio epidemiologico popolazione zona industriale	Servizio igiene ambientale della SOC igiene e sanità pubblica	20.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
16 VAS Programma Provinciale Attuativo del Piano Regionale Gestione Rifiuti Speciali Pericolosi e non Pericolosi nonché Rifiuti Urbani Pericolosi	Servizio igiene ambientale della SOC igiene e sanità pubblica	541.000	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-
17 Collaborazione con i Comuni per la redazione del Regolamento Comunale per l'esercizio delle attività di Estetista, parrucchiere misto, tatuaggio e piercing	Servizio igiene ambientale confinati della SOC igiene e sanità pubblica		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18 Pubblicazione sul sito della nostra Azienda delle Linee Guida per la prevenzione dei rischi derivanti dalle attività di estetista e parrucchiere misto e delle Linee Guida per la prevenzione dei rischi derivanti dalle attività di tatuaggio e piercing	Servizio igiene ambientale confinati della SOC igiene e sanità pubblica		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19 Pedibus	S.s. Epidemiologia	400	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
20 Amianto	S.s. Ambienti di vita	2/3 della popolazione	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
21 Prevenzione amianto: piani di bonifica	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		-	X	X	-	X	-	X	-	X	-
22 Commissioni comunali campi elettromagnetici	Asl, comuni	100.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23 Pareri preventivi insediamenti produttivi e zootecnici	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		-	X	X	-	X	-	X	-	X	-
24 Certificazioni antiigienicità alloggi	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		-	X	X	-	X	-	X	-	X	-
25 Studio Monier	Regione	84.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
26 Studio Epiat2	Ccm - ministero della Salute	380.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
27 Studi di Impatto sulla salute di impianti industriali (produzione bitumi)	Comune/Amministrazione provinciale	18.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-

TAB. 11.3.2. *Educazione alla salute*

	PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI		RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Sicurezza stradale	Igiene sanità pubblica	25.000		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
2	Progetto di promozione attività fisica	Sisp	200		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
3	Attività fisica	Igiene sanità pubblica	100.000		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
4	Prevenzione delle patologie cronico degenerative attraverso la promozione dell'attività fisica e interventi mirati al miglioramento delle abitudini alimentari negli anziani.	U.o. coord attività educazione sanitaria Coordinamento socio-sanitario del territorio	90		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
5	Fumo	Igiene sanità pubblica			X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
6	Progetto prevenzione del tabagismo	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	Scuola primaria		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
7	Progetto "Comune senza fumo"	Sisp - L.p. Promozione della salute	5.000		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
8	Progetto "Comune senza fumo"	Sisp - L.p. Promozione della salute	15.000		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
9	Progetto "Utilizzo lingue minoritarie e dei migranti in campo incidenti domestici"	Referenti aziendali			-	-	X	-	-	-	-	-	-	-
10	Progetto "Utilizzo lingue minoritarie e dei migranti in campo infortuni sul lavoro"	Referenti aziendali. Inail, Sos medicina sociale			X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	Gruppi di cammino	S.s Epidemiologia	300		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
12	Intervento ab 1	S.s. Igiene e sicurezza ambienti di lavoro	150		-	-	-	-	X	-	X	-	X	-
13	Brochure su Anisakis				-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(segue)

TAB. 1.1.3.2. (segue)

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14 Brochure su zanzara tigre			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 Attivazione sportelli informativi dipartimentali			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
16 Formazione rischio lavorativo settore legno			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17 Progetto: nuove mode nuovi vaccini	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	Scuola secondaria	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
18 Progetto: aria e salute	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	Scuola primaria	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
19 Catalogo interventi educativi "Obiettivo Salute" su vari temi	Azienda Usl	35.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-

TAB. 11.3.3. *Promozione della salute nelle scuole*

	PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI		RIS. OPER.		EFE. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Prevenzione del tabagismo	Asl/Assessorato alle politiche per la salute	X	-	X	-	X	-	-	X
2	Smoke free Class	Ser.T	X	-	X	-	-	-	X	-
3	Prevenzione tabagismo	Dip. Prev. scuole interessate	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Grazie non fumo: prevenzione all'abitudine di fumo (2° modulo)	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	X	-	X	-	X	-	-	-
5	Piperita e la favola pulita-prevenzione all'abitudine di fumo (3° modulo)	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Prevenzione del fumo	Sian	-	-	X	-	-	-	-	-
7	Campagne contro il tabagismo nei giovani	Azienda UsI	X	-	X	-	-	-	X	-
8	"E vai con la frutta"	Assessorato alle politiche per la salute	X	-	X	-	X	-	-	X
9	Progetto frutta nelle scuole	Sian	-	-	X	-	-	-	-	-
10	Sportello della nutrizione	Asl	-	-	-	-	-	-	-	-
11	Educazione alimentare rivolta ai bambini di scuola materna e nido	U.o. coord attività educazione sanitaria	X	-	X	-	-	-	-	X

(segue)

TAB. 11.3.3. (segue)

	PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.				OB. SALUTE				RIS. OPER.				EFF. SAL.				GRADIM.
				SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO		
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
12	Educazione alimentare	Ccm	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	Interventi di promozione di una sana alimentazione rivolti a genitori, cuochi e maestre degli asili nido e delle scuole materne comunali	U.o. coord attività educazione sanitaria	140	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
14	Progetto Quadrifoglio (corretta alimentazione e attività fisica)	Sian	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	Pedibus	Igiene sanità pubblica	4.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
16	Pedibus	Sisp - L.p. Promozione della salute	200	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
17	Pedibus	S.s. Epidemiologia	400	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
18	Samba - incremento attività motoria	Igiene sanità pubblica	7.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
19	Life skills e peer education	Educazione sanitaria Dipartimento tutela salute mentale Dipartimento dipendenze	12.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
20	Progetto "Club dei vincenti"	Sisp - L.p. Promozione della salute	200	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
21	Educazione sessuale	Sicsp	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22	Promozione della salute sessuale: scuole superiori e medie	Servizio promozione della salute + distretti	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
23	Liberamento	Ser.T	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
24	Guadagnare salute in adolescenza (vari progetti)	Ss Epidemiologia	1.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X

(segue)



TAB. 11.3.4. *Formazione*

	PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RES. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
				-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
1	Formazione ex d.l. n.81			X		X		X		X		X	
2	Formazione Raccoglitori professionisti funghi			X		X		X		X		X	
3	Formazione Raccoglitori occasionali funghi			X		X		X		X		X	
4	Formazione e utilizzo fitosanitari			X		X		X		X		X	
5	Formazione utilizzo fitosanitari	Ass. categoria, Sian, Comuni	2.090	X		X		X		X		X	
6	Corso per venditori e utilizzatori di prodotti fitofarmaci	Sian			X								
7	Formazione tatuatori e piercer			X		X		X		X		X	
8	Formazione tatuatori e piercer			X		X		X		X		X	
9	Formazione alimentaristi			X		X		X		X		X	
10	Audit delle imprese alimentari: muffe e micotossine negli alimenti	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	Personale dipendente Uu.Ou.									X	
11	Moduli formativi/informativi sulla celiachia a ristoranti pubblici e privati e studenti scuole alberghiere	U.o. coord attività educazione sanitaria	200			X						X	
12	Corso alimentaristi	Sian			X								
13	Corsi per addetti alle mense scolastiche	Sian			X								

(segue)

TAB. 11.3.4. (segue)

14	Formazione personale addetto alla manipolazione di alimenti	U.o. Igiene alimenti e nutrizione	13.000/anno operatori del settore (ricaduta su tutta la popolazione)	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
15	Aggiornamenti in educazione sanitaria	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	Personale dipendente Uu.Oo.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X
16	Progettazione e valutazione i promozione della salute – fase 1 e fase 2 di formazione sul campo	Servizio promozione della salute + Sian	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	Info day su Guadagnare salute 27-9-2011			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	Formazione Pblsd			X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
19	Mmg e PIs: Screening e stili di vita	Formazione comunicazione qualità aziendale Igiene sanità pubblica Direzioni di distretto	121+16	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
20	Mmg e PIs: Valutazione cartta del rischio cardio-vascolare	Formazione comunicazione qualità aziendale Igiene sanità pubblica Direzioni di distretto	121+16	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
21	Operatori sanitari: Stili di vita e screening	Formazione comunicazione qualità aziendale Igiene sanità pubblica Direzioni di distretto	800	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
22	Operatori sanitari: Stili di vita e screening	Formazione comunicazione qualità aziendale Igiene sanità pubblica Direzioni di distretto	800	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
23	Corso prev. Incidenti domestici e stradali	Sisp – L.p. Promozione della salute	25	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-

(segue)

TAB. 11.3.4. (segue)

	PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
24	Corso counseling breve antiababagio	Sisp- Ip. Promozione della salute	50	-	X	X	-	X	-	-	-	X	X
25	Aggiornamento in emergenze vaccinali	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	Personale dipendente Uu.Oo.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X
26	Formazione sul campo: Le azioni di miglioramento nel campo delle vaccinazioni e della prevenzione delle malattie infettive anche emergenti	Servizio profilassi malattie infettive		X	-	X	-	X	-	X	-	-	X
27	Progetti formativi n. 27 anno 2011	Dipartimento di prevenzione	Dipendenti Asl	X	-	X	-	X	-	-	-	X	X
28	Corso nazionale di medicina dei viaggiatori	Asl, università	25 studenti anno	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	Prev. stress	Zona 1 su determina regionale	200	X	-	X	-	X	-	X	-	-	X
30	Aggiornamenti in medicina necroscopica	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	Personale dipendente Uu.Oo.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X
31	Aggiornamento per il personale del Dipartimento di prevenzione	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	Personale dipendente Uu.Oo.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X
32	I nutrienti e l'attività fisica	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	Personale dipendente Uu.Oo.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X
33	Corsi di formazione in Epidemiologia di base	Azienda Usl	70	X	-	X	-	-	-	X	-	X	X
34	Corsi su metodologia in promozione della salute		150	X	-	X	-	-	-	X	-	X	X

TAB. 11.3.5. *Prevenzione materno infantile*

	PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Procreazione sicura e consapevole	Servizi consultoriale distrettuale		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Promozione della salute: Genitori più	Dipartimento tutela materno infantile Servizi consultoriale distrettuali Igiene sanità pubblica	2.500	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
3	Promozione allattamento al seno	Sisp	900	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
4	Progetto per la prevenzione e il contrasto delle mutazioni genitai femminili (Mgf)	Interaziendale		-	-	X	-	X	-	-	-	X	-
5	Prevenzione Ivg donne straniere: attività di formazione, informazione e lavoro su miglioramento accessibilità dei servizi in collaborazione con i mediatori culturali e le associazioni di volontariato/gruppi di interesse	Ministero della Salute, Ccm, Irccs regionale, referente aziendale		X	-	X	-	X	-	X	-	-	-
6	Genitori + "Corsi preparato - Visite nuovi nati e ambulatorio mamma bambino"	Distretti sanitari		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	Piramide della salute	Servizio promozione della salute		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	Mamme libere dal fumo	Coordinamento osteriche	60	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
9	Okkio alle tre A	Uoian e S.s. Epidemiologia		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
10	Visite medico-fiscali: tutela delle lavoratrici madri	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
11	Intervento 3	S.c. Assistenza consultoriale	0-3 anni	X	-	X	-	X	-	X	-	-	-
12	Corsi preparato	Sisp	300	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-
13	Visite mediche in gravidanza	Consulitorio		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14	Registro diabetici in età infantile	Interaziendale territoriale e ospedaliero	300	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
15	Studio percorso nascita	Azienda Usi	3.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-

TAB. 11.3.6. Vaccinazione

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 Studio reazioni avverse Hpv	Centri vaccinali		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
2 Varicella	Centri vaccinali	7.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
3 Hpv	Centri vaccinali	13.000	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
4 Infanzia: anche per Meningococco C, Pneumococco epivalente, Hpv alle 11enni	Igiene sanità pubblica Distretto centri di salute	4.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
5 Adulti: influenza, difto-tetano, viaggiatori, donne fertili suscettibili per rosolia	Distretto centri di salute Mmg Igiene sanità pubblica	30.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
6 Campagne vaccinali	Sisp – Ip Prevenzione malattie infettive	25.000	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
7 Programma di miglioramento qualità serv. vacc.	Sisp – Ip Prevenzione malattie infettive	25.000	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
8 Vaccinazione antinfluenzale: promozione negli operatori sanitari – strutture sanitarie (comprese case riposo conv. ecc)			X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
9 Miglioramento della qualità dei processi vaccinali: applicazione Incident Reporting, nell'ambito del Dipartimento di prevenzione	Servizio profilassi malattie infettive		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
10 Rilevazione sull'opinione delle famiglie sulle vaccinazioni	Servizio profilassi malattie infettive	Fase pilota: circa 300 soggetti	-	-	X	-	X	-	X	-	X	-
11 Rilevazione attiva sugli eventi avversi alle vaccinazioni	Servizio profilassi malattie infettive	Sorveglianza su soggetti vaccinati 0-17 anni	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-

(segue)

TAB. 11.3.6. (segue)

12	Offerta attiva vaccinazione antipapilloma virus in ragazze di 12 e 15 anni	Servizio profilassi malattie infettive	Circa 4.000 ragazze/anno	-	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
13	Piano nazionale eliminazione morbillo e rosolia congenita	Servizio profilassi malattie infettive	Incontri periodici con i pediatri per aumentare la compliance alle vaccinazioni	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
14	Raggiungimento copertura vaccinale	S.s. Strategie vaccinali	Intera popolazione	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
15	Profilassi dei viaggi e delle migrazioni	S.s. Strategie vaccinali	Popolazione infantile	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
16	Campagna vaccinazione antiinfluenzale	Asl	51.000	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-	X
17	Campagna vaccinazione anti Hpv	Asl	1.000	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-	X
18	Intervento 3	S.c. Assistenza consultoriale	0-3 anni	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
19	Anti Polio-Dtp-Ep B-haemofilus	U.o. Igiene		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	Anti Pneumo	U.o. Igiene		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	Anti Meningo C	U.o. Igiene		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22	Anti Mpr	U.o. Igiene		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	Anti Hpv	U.o. Igiene		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	Interv. 1	Sisp	20.000 vacci-naz./anno	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	Copertura vaccinale antiDtp nel bambino a 24 mesi	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	Copertura vaccinale antipolio nel bambino a 24 mesi	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(segue)

TAB. 11.3.6. (segue)

	PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
27	Copertura vaccinale anti Hbv nel bambino a 24 mesi	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	Copertura anti Hib nel bambino a 24 mesi	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	Copertura vaccinale anti Mpr nel bambino a 24 mesi	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30	Copertura vaccinale anti rosolia nelle donne fertili sieronegative	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31	Copertura vaccinale anti malattie inv. da Pneumococco nel bambino a 24 mesi	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
32	Copertura vaccinale anti meningococco nel bambino a 24 mesi	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33	Copertura vaccinale antivaricella nel sogg. di 12 anni suscettibile	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
34	Copertura vaccinale antinfluenzale (popolazione >65 anni)	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35	Copertura vaccinale anti malattia inv. da Pneumococco >65 anni	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36	Copertura vaccinale anti Hpv (coorte 11 anni)	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
37	Copertura vaccinale anti Hpv nei soggetti 15-18 anni	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(segue)

TAB. 11.3.6. (segue)

38	Copertura vaccinale anti Hpv nei soggetti di 25 anni	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
39	Promozione del vaccino anti Hpv (target 12enni) con incontri in tutte le scuole secondarie di primo grado con studenti, genitori e insegnanti	U.o. coord attività educazione sanitaria	1089	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
40	Promozione del vaccino anti Hpv nelle scuole secondarie di secondo grado (target 17enni)	U.o. coord attività educazione sanitaria	815	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
41	Vaccinazioni obbligatorie	Siesp		-	-	X	-	-	-	-	-	-	-
42	Vaccinazioni raccomandate	Siesp		-	-	X	-	-	-	-	-	-	-
43	Vaccinazioni internazionali	Siesp		-	-	X	-	-	-	-	-	-	-
44	Offerta attiva della vaccinazione antipneumococcica	U.o.s. Prevenzione malattie infettive	3.000 cittadini	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
45	Verifica dello stato vaccinale e invito certificato con eventuale chiamata attiva per completare il ciclo vaccinale, soprattutto antidiftetatico	U.o.s. Prevenzione malattie infettive	600/anno	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-

TAB. 11.3.7. Screening

	PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Popolazione Immigrata (Tbc)	Assessorato alle politiche della salute		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
2	Mammella	Centro screening Distretto U.o. Presidi ospedalieri	36.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
3	Screening mammografico	Sisp	13.500/anno	-	X	-	X	-	X	-	X	-	
4	Screening mammografico Collaborazione con associazioni di volontariato (Lilt) per riunioni informative destinate alle donne immigrate	Lilt		-	-	-	-	-	-	-	-	-	
5	Seno	Organizzazione regionale		-	-	-	-	-	-	-	-	-	
6	Seno	Organizzazione regionale		-	-	-	-	-	-	-	-	-	
7	Cervice uterina	Centro Screening Distretto U.o. Presidi ospedalieri	16.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
8	Screening tumore cervice	Sisp	13.900/anno	-	X	-	X	-	X	-	X	-	
9	Screening organizzato tumore cervice uterina	S.s. Promozione salute e della prevenzione oncologica	5% femmine assistite resi- denti fascia età 25-64 anni	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
10	Cervice	Organizzazione regionale		-	-	-	-	-	-	-	-	-	
11	Cervice	Organizzazione regionale		-	-	-	-	-	-	-	-	-	

(segue)



TAB. 11.3.8. *Prevenzione malattie infettive*

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 Epatite A		1.500	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
2 Popolazione immigrata vaccinazioni			X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
3 Notifica malattie infettive	Distretto igiene sanità pubblica	135.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
4 Inchieste epidemiologiche	Distretto igiene sanità pubblica		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
5 Indagini epidemiologica	Siesp		-	-	X	-	X	-	X	-	-	-
6 Vaccinazione antirabbica	Siesp		X	-	X	-	X	-	X	-	-	-
7 Indagini epidemiologica e provvedimenti Mta	Sian		X	-	-	-	X	-	X	-	-	-
8 Profilassi farmacologica e interventi coercitivi	Distretto Igiene sanità pubblica		X	-	X	-	X	-	X	-	-	X
9 Flussi informativi/sorveglianza	Sisp-I.p. Prevenzione malattie infettive	Tutta la popolazione	-	X	X	-	X	-	X	-	-	X
10 Indagini epidemiologiche	Sisp-I.p. Prevenzione malattie infettive		-	X	X	-	X	-	X	-	-	X
11 Progetto di monitoraggio degli esiti di trattamento della Tbc	Regione		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 Indagini ambientali con campionamenti di acqua calda sanitaria per la prevenzione della legionellosi in strutture ricettive, case riposo, strutture sanitarie, piscine e incontri pubblici per sensibilizzazione	Servizio Acque potabili, di piscina e prevenzione legionellosi		-	X	X	-	X	-	X	-	-	X
13 Prevenzione delle malattie infettive nei viaggiatori internazionali	Servizio profilassi malattie infettive	Circa 1.500 soggetti/anno	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-

(segue)



TAB. 11.3.9. *Prevenzione cardiovascolare: carta del rischio*

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 Carta del rischio			X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
2 Carta del rischio Resp Sos			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3 Carta del rischio Mmg			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 Carta del rischio applicazione carta da parte Mmg su fascia da 35 a 69 anni	Dsp e Dipartimento cure primarie	5.000	X	-	X	-	X	-	-	-	X	-
5 Carta del rischio applicazione carta per età: donne 55 aa, uomini 45 (progetto in corso di definizione)	Dsp e Dipartimento cure primarie	N.d.	X	-	X	-	X	-	-	-	X	-

TAB. 11.3.10. *Prevenzione cardiovascolare: prevenzione obesità donna/bambino*

	PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL.. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Pedibus	Dsp	400	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
2	Bilancio di salute PIs, misura Bmi e counselling breve Attivazione Progetto di promozione della salute secondo Guadagnare Salute Dpcm 4 maggio 2007	Distretto PIs Mmg Igiene sanità pubblica Igiene nutrizione Educazione sanitaria		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
3	Fumo, alcol, sedentarietà, obesità-sovrappeso	Distretto PIs Mmg Igiene sanità pubblica Igiene nutrizione Educazione sanitaria Sian		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Attività ambulatoriale	Sian		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	Dietetica preventiva in menopausa			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	Dietetica preventiva nei soggetti che hanno smesso di fumare			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	Campus dedicato alla corretta alimentazione			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	Valutazione menù scolastici e capitolati	Dsp	Tutte le scuole dell'obbligo nel territorio	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
9	Promozione corrette abitudini alimentari con offerta alimenti equilibrati nei distributori automatici			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	Nutrizione corretta	Dsp		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	Incontri promozione sani stili di vita con donne in menopausa, donne in gravidanza, donne terza età	Dsp e Dipartimento cure primarie	200	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-



TAB. 11.3.13. *Prevenzione cardiovascolare: altro*

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TAB. 11.3.14. *Prevenzione tumori seno*

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 Screening seno	Asl/Ares/Oer	143.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
2 Screening seno	Centro screening Distretto U.o. Presidi ospedalieri	36.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
3 Screening seno	Sisp	6.836	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
4 Screening seno	Resp. Sos		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 Consolidamento dei livelli di qualità (aumento inviti e risposte all'invito)	U.o.c. Pianificazione e innovazione Dsp (Centro screening)	Atteso stimato per il 2011: 102.025 inviti e 77.950 risposte	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
6 Invito al percorso di screening da parte della U.o. Senologia per utenti ad accesso spontaneo	U.o.c. Pianificazione e innovazione Dsp (Centro screening)	34.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
7 Promozione ulteriore del coinvolgimento dei soggetti fragili nei programmi di screening	U.o.c. Pianificazione e innovazione Dsp (Centro screening)	69 donne detenute e 3.900 donne straniere	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-

TAB. 11.3.15. *Prevenzione tumori cervice uterina*

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 Screening	Asl/Ares/Oer	365.702	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
2 Screening cervice uterina	Centro screening Distretto U.o. Presidi ospedalieri	16.000	X	-	X	-	X	-	X	-	-	X
3 Screening cervice uterina	Sisp	15.653	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
4 Screening cervice uterina	Ambulatorio ginecologico della S.c.a.c.	18-24 anni	X	-	X	-	X	-	X	-	-	-
5 Consolidamento dei livelli di qualità (aumento inviti e risposte all'invito)	U.o.c. Pianificazione e innovazione Dsp (Centro screening)	Atteso stimato per il 2011: 82.052 inviti e 49.213 risposte	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
6 Invito al percorso di screening per utenti che hanno effettuato solo accesso spontaneo	U.o.c. Pianificazione e innovazione Dsp (Centro screening)	60.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
7 Promozione ulteriore del coinvolgimento dei soggetti fragili nei programmi di screening	U.o.c. Pianificazione e innovazione Dsp (Centro screening)	69 donne derenate e 3.900 donne straniere	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
8 Monitoraggio e valutazione delle evidenze scientifiche emergenti e partecipazione a studi sperimentali riguardanti innovazioni tecnologiche screening con introduzione dell'utilizzo di altri test di screening (test Hpv)	U.o.c. Pianificazione e innovazione Dsp (Centro screening)	N.d. (in fase di attivazione)	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-

TAB. 11.3.16. *Prevenzione tumori colon/retto*

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
			X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
1 Screening colon retto	Centro screening Distretto P U.o. Presidi ospedalieri	39.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
2 Colon/retto	Sisp	6724	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
3 Gestione del rischio individuale per familiarità rivolto ai familiari di primo grado di soggetti con adenoma avanzato o cancro screen detected	S.s. Promozione salute e della prevenzione oncologica	Contatto con 80% dei familiari indicati dai probandi	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
4 Consolidamento dei livelli di qualità (aumento inviti e risposte all'invito)	U.o.c. Pianificazione e innovazione Dsp (Centro screening)	Atteso stimato per il 2011: 113.702 inviti e 62.556 risposte	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
5 Invito al percorso di screening per utenti che hanno effettuato solo accesso spontaneo	U.o.c. Pianificazione e innovazione Dsp (Centro screening)	N.d. (in fase di attivazione)	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
6 Promozione ulteriore del coinvolgimento dei soggetti fragili nei programmi di screening	U.o.c. Pianificazione e innovazione Dsp (Centro screening)	N.d. (in fase di attivazione)	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
7 Monitoraggio e valutazione delle evidenze scientifiche emergenti e partecipazione a studi sperimentali riguardanti innovazioni tecnologiche screening con introduzione dell'utilizzo di altri test di screening di 2° (per esempio colon-tac virtuale, Dna test, video capsula ecc.)	U.o.c. Pianificazione e innovazione Dsp (Centro screening)	N.d. (in fase di attivazione)	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-

TAB. 11.3.17. *Prevenzione tumori: altro*

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 Attivazione Progetto di promozione della salute secondo Guadagnare Salute Dpcm 4 maggio 2007 fumo, alcol, sedentarietà, obesità-sovrappeso	Distretto PIs Mmg Igiene sanità pubblica Servizio igiene nutrizione Servizio educazione sanitaria		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2 Piramide della salute	Servizio promozione della salute		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TAB. 11.3.18. *Prevenzione altre malattie cronico degenerative*

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 Promozione dell'attività motoria (Pnpiam)	Regione Puglia/Dipartimento prevenzione	50 ultra-50 emmi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2 Promozione attività motoria	Sisp - I.p. Promozione della salute	100	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
3 Sessua progetto su prevenzione Bpco. screening con spirometria	In collaborazione Mmg e Sert		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 Gruppi di cammino			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 Attività ambulatoriale	Sian		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6 Corretta alimentazione nella popolazione	Sian		-	-	X	-	-	-	-	-	-	-
7 Progetto integrato per la prevenzione della sindrome metabolica e del rischio cardiovascolare			X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
8 Studio Respirare "comune"	Università, Aosp, Azienda Usl	1.200	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-

TAB. 11.3.19. *Prevenzione incidenti stradali*

	PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Guida sicura in assenza di alcol e droghe	Dipartimento prevenzione	800 alunni	-	X	X	-	X	-	X	-	-	X
2	Promozione della salute (autoscuole esercizi pubblici)	Igiene sanità pubblica Distretto Sezione epidemiologia	15.000	X	-	X	-	X	-	X	-	-	X
3	Progetto "Sicuramente"	Sisp - L.p. Promozione della salute	300	-	X	X	-	X	-	X	-	-	X
4	Sicuramente	Servizio promozione della salute		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	Interventi su alcol e lavoro	Spsall	N.d.	-	X	X	-	X	-	X	-	-	X
6	Acquisizione dati epidemiologici	Igiene sanità pubblica Distretto Sezione epidemiologia		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	Scegli la strada della sicurezza	Servizio promozione della salute		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	Pedibus	Epidemiologia e S.c.a.c		X	-	X	-	X	-	X	-	-	X
9	Strada sicura: la prevenzione degli incidenti stradali - scuola primaria di II grado e scuole superiori	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		-	-	X	-	X	-	X	-	-	-
10	Moduli formativi/informativi su nuove tecniche didattiche destinati a Polizia stradale, Polizia municipale, Istruttori scuola guida e per gli insegnanti referenti patentino nelle scuole	U.o. coord attività educazione sanitaria Coordinamento socio-sanitario del territorio	166	X	-	X	-	X	-	X	-	-	X
11	Educazione stradale nelle scuole	Siesp		-	-	X	-	-	-	-	-	-	-

(segue)

TAB. 11.3.19. (segue)

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL.		OB.		RIS.		EFF.		GRADIM.	
			EPID.		SALUTE		OPER.		SAL.			
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
12 Guida Sicura nei professionisti (autotrasportatori) Dsp		3.500 (ricaduta su tutta la popolazione)	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
13 Studio uso cinture di sicurezza della prevenzione del rischio lavorativo.		10.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
14 Promozione uso seggiolini per bambini in automobile		3.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
15 Progetto sicurezza stradale nelle scuole		3.300 studenti	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-

TAB. 11.3.20. Prevenzione incidenti domestici

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL.		OB.		RIS.		EFF.		GRADIM.	
			EPID.		SALUTE		OPER.		SAL.			
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Sezione epidemiologia												
1 Acquisizione dati epidemiologici			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2 Genitori più/Anziani in cammino		40.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
Distretto												
Dipartimento tutela materno infantile												
Centro infanzia												
Riabilitazione aziendale												
Igiene sanità pubblica												
3 Sopralluoghi scuole materne		300	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
4 Interventi nella Univ. Terza età		60	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-
5 Corso di aggiornam. "Prevenire è meglio che... riabilitare!"		Previsi 90 posti per discenti	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-

(segue)



TAB. 11.3.20. (segue)

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI		CITTADINI COINVOLTI		RIL. EPID.	OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
			SI	NO		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
17 Incontri di educazione alla prevenzione del rischio presso centri di aggregazione di anziani. Successivi accessi domiciliari (verifiche e counselling), da parte di anziani "esperti" formati dal Dsp			X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
18 Messa a punto di un modello di comunicazione del rischio di incidente domestico in età pediatrica efficace per donne migranti e famiglie di nuovi cittadini della regione			X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
19 Progetto di riduzione del rischio di caduta nell'anziano fragile a domicilio: Intervento da parte di un Fisioterapista di promozione dell'attività fisica adattata (su 3 distretti)			X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
20 Riduzione del rischio incidenti domestici sulla fascia 0-6 anni - formazione rivolta ai genitori tramite i servizi socio-educativi; formazione sul tema rivolta alle educatrici dei servizi 0-6			X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X

TAB. 11.3.21. *Prevenzione infortuni sul lavoro*

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1 Promozione salute alcol e lavoro	Dipartimento prev./Società alcolisti		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
2 Cantieri alcol-free	Psal-Servizi alcolgia-Medici competenti		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
3 Applicazione linee guida alcol/lavoro	Psal-Ass	30	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-
4 Alcol e lavoro	Spsall	N.d.	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-
5 Promozione salute in agricoltura, edilizia e metallurgia	Regione/Asl		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
6 Agricoltura più sicura	Psal-Ass. Categ.		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
7 Agricoltura	Resp Soc med lavoro	55 aziende	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
8 Progetto agricoltura: vigilanza in aziende agricole, rivenditori e noleggiatori di macchine agricole secondo quanto previsto dal piano regionale		500 lavoratori	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
9 Vigilanza luoghi di lavoro	Psal	N.d.	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-
10 Vigilanza comparti a maggior rischio e informazione alle imprese	U.o. Medicina del lavoro		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11 Vigilanza ditte	Spsall	N.d.	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-
12 Vigilanza	Procura	Popolazione lavorativa	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
13 Vigilanza sui cantieri (controlli)			-	-	X	-	X	-	X	-	X	-
14 Sicurezza nelle scuole	Resp Sos med lavoro	3.500 studenti	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-

(segue)

TAB. 11.3.21. (segue)

	PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
15	Sicurezza nuli cartotecniche	Asl, Oo. Ss., industriali	2.000	X	-	X	-	X	-	X	-	-	X
16	Interv. ab 3	S.c. igiene lavoro		X	-	X	-	X	-	X	-	-	-
17	Interv. ab 4	S.c. igiene lavoro	3.600 addetti nel 2008	X	-	X	-	X	-	X	-	-	-
18	Interv. ab 5	S.c. igiene lavoro	3.600 addetti nel 2008	X	-	X	-	X	-	X	-	-	-
19	Movimentazione meccanica merci	Asl, Oo. Ss., industriali	3.000	X	-	X	-	X	-	X	-	-	X
20	Polveri e fumo	Resp Soc med lavoro	200 lav	X	-	X	-	X	-	X	-	X	X
21	Prevenzione	Regione	Popolazione lavorativa	X	-	X	-	X	-	X	-	-	X
22	Educazione alla salute dei lavoratori esposti	Spisal		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	Sportello informativo dedicato a imprese e lavoratori			-	X	-	X	X	-	X	-	-	-
24	Report statistico su infortuni sul lavoro e malattie professionali			-	X	-	X	X	-	X	-	-	-
25	Progetto nazionale su infortuni mortali e gravi			-	X	-	X	X	-	X	-	-	-
26	Visite apprendisti minorenni senza rischio			-	X	-	X	X	-	X	-	-	-
27	Ricorso avverso giudizio medico competente			-	X	-	X	X	-	X	-	-	-
28	1: Prp: creazione sistema informativo regionale	Spesal		X	-	X	-	X	-	X	-	-	X
29	2: Prp: potenziamento azioni di controllo e vig. nel comparto costruzioni	Spesal		-	X	-	X	X	-	X	-	-	X

(segue)



TAB. 11.3.22. *Prevenzione malattie professionali*

	PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Esposizione professionale a sostanze cancerogene	Psal-Consulenti tecnici-Medici competenti-Rete oncologica regionale		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
2	Attuazione regolamenti Reach/Clp	Psal-Isp-Assoc.Categoria		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
3	Inscrittimento Mp Ispesl	Ispesl	N.d.	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-
4	Indagine Mp 50% Pervenute al 30/6/2010	Psal	30	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-
5	Verifica protocolli sanitari estesi dai medici competenti Spsall	Spsall	N.d.	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-
6	Interv. ab6	S.c. igiene lavoro	160	-	-	-	-	X	-	X	-	X	-
7	Interv. ab7	S.c. igiene lavoro	500	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-
8	Malattie da sovraccarico articolare	Asl	30.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
9	Alcol e lavoro	Asl, Inail, organismo paritetico	50.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
10	Vigilanza comparti a maggior rischio e informazione alle imprese	U.o. Medicina del lavoro		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	Vigilanza	Procura	Popolazione lavorativa	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
12	Educazione alla salute dei lavoratori esposti	Spsal		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(segue)



TAB. 11.3.24. *Promozione nutrizione corretta*

	PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.			
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Qualità nutrizionale nelle ristorazioni collettive Mense scolastiche e strutture sanitarie e socio-sani- tarie residenziali e semiresidenziali con mensa	Distretto Igiene della nutrizione Igiene sanità pubblica	15.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-		
2	Interventi formativi alimentazione prima infanzia	Sian	200	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-		
3	Promozione applicazione linee guida alimentazione nidi	Sian	N.d.	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-		
4	Progetto "Merende x tutti" comune A - dal 2007	Asl, comune, scuole primarie, ditta di ristorazione	750 alunni e 62 insegnanti	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-		
5	Progetto "Merende x tutti" comune B - dal 2010	Asl, comune, scuola, ditta ristorazione	210 alunni + 20 insegnanti	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-		
6	Progetto "Mangiare sano" comune C - dal 2007	Asl, comune, scuola	390 alunni + 134 insegnanti	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-		
7	Progetto "La merenda ideale" comune D dal 2011	Asl + scuola + comune	252 alunni + 23 insegnanti	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-		
8	Progetto "Merende x tutti" comune E dal 2007, sospeso, e riprenderà nel a.s. 2011/12	Asl, comune, scuole primarie	163 alunni e 13 insegnanti	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-		
9	Progetto "Merende x tutti" comune F dal 2007	Asl, comune, scuola, ditta ristorazione	240 alunni e 12 insegnanti	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-		
10	Progetto "Merende x tutti" comune G dal 2007	Asl, comune, scuola, ditta ristorazione, ass. genitori	254 alunni + 2 insegnanti	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-		
11	Progetto "Buine di bevi" comune H dal 2009	Asl, scuola, Centro espressioni cinematografiche	40 alunni e 2 insegnanti	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-		
12	Progetto "Merenda" comune I dal 2009	Asl, scuola	66 alunni e 10 insegnanti	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-		
13	Progetto: Linee d'indirizzo per l'alimentazione nei nidi d'infanzia	Asl, regione, Irc regionale		-	-	X	-	-	-	-	-	X	-		

(segue)



TAB. 11.3.25. Tutela alimenti animali

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.		
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1 Tracciabilità carni bovine	Regione/Asl		-	X	-	X	-	-	-	-	X	-	X
2 Monitoraggio listeria e salmonella	Iaoa		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3 Programma di controlli ufficiali	Siaoa	109.000	X	-	X	-	X	-	-	X	-	X	-
4 Controllo per la trichinella su suini ed equini	Soc veter.		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	-
5 Piano dipartimentale integrato	S.c.i.a. di origine animale	Tutta la popolazione	-	X	X	-	X	-	-	X	-	X	-
6 Formazione ai ristoratori che utilizzano pesce crudo	S.c.i.a. di origine animale	Popolazione che consuma pesce crudo	-	X	-	-	X	-	X	-	X	-	X
7 Controlli macellazioni	Asl	Capi macellati: 5.700 bovini, 1.200 suini, 10.000 caprini	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 Vigilanza nei macelli	Sviao		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9 Controlli ufficiali nelle attività di competenze	Sviao		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 Prevenzione pericolo Anisakis	U.o.c. Sanità veterinaria	Tutta la popolazione del territorio Ausl	X	-	X	-	X	-	-	X	-	X	-
11 Prevenzione pericolo Bse	U.o.c. Sanità veterinaria	Tutta la popolazione del territorio Ausl	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X

TAB. 11.3.26. Tutela alimenti vegetali

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 Piano nazionale residui fitosanitari	Regione/Asl	241 aziende	-	X	-	X	-	X	-	X	-	-
2 Piano residui fitosanitari	Asl	8 campioni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3 Sorveglianza prodotti fitosanitari	Sian	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 Piano nazionale ricerca micotossine	Asl/Usmaf	144 aziende	-	X	-	X	-	X	-	X	-	-
5 Piano nazionale residui isotopi	Arpa/Asl	-	-	X	-	X	-	X	-	X	-	-
6 Formazione operatori della ristorazione scolastica	U.o. Igiene Alimenti e Nutrizione	30 operatori	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
7 Promozione della qualità nutrizionale dei pasti erogati nella ristorazione collettiva	-	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
8 Programma di controlli ufficiali	Sian	109,000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
9 Formazione Osa in materia micologica	Is.C.An	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-
10 Applicazione piano dipartimentale sicurezza alimentare	S.C.Lan	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-
11 Campionature in attuazione piano di controllo regionale	Sian	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12 Vigilanza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13 Prevenzione	-	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
14 Controllo ufficiale	Sian	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15 Tutela dei celaci nella ristorazione pubblica e commerciale con momenti di formazione e specifici interventi di controllo	-	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
16 Interventi volti a favorire il normale inserimento dei soggetti malati di celiachia nella vita sociale	-	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
17 Controllo della filiera con particolare attenzione alle Utente sensibili (scuole, ospedali, residenze per anziani, comunità di recupero).	-	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-









TAB. 11.3.31. *Prevenzione dipendenze patologiche*

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 Smokefree class competition	Sisp - I.p. Promozione della salute	1.000	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X
2 Interventi informazione sanitaria su effetti fumo su apparato respiratorio all'interno dei corsi anti fumo organizzati dal Sert	Sert		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3 Unplugged	S.s. Epidemiologia, Sert, S.c.a.c	Ancora da realizzare	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
4 Prevenzione di dipendenze e comportamento additivi nella popolazione a rischio	Sert		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TAB. 11.3.32. *Tutela fragilità (anziani, indigenti, migranti, ecc.)*

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 Anziani in cammino			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2 Gruppi di cammino	S.s. Epidemiologia	300	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
3 "Mettermoci in moto" intervento di promozione attività fisica negli anziani	U.o.c. Medicina dello sport	400 anziani	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
4 Piano di prevenzione di caldo per la terza età	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
5 Sistema sorveglianza ondate di calore	Regione, Azienda Usl	60.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-

(segue)



TAB. 11.3.33. *Tutela salute reclusi*

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 Protocollo operativo	Regione/Asl		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
2 Tumori			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3 Prevenzione tumori			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 Incidenti domestici			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 Campagna vaccinazione antinfluenzale	S.s. penitenziaria	3.000	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-
6 Vaccinazioni	Sisp	100/anno	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7 Progetto screening malattie infettive	Uop		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 Promozione salute relativamente alle principali malattie infettive trasmissibili (Tbc in particolare) per detenuti in collaborazione con medico carceri (individuazione percorsi sanitari, protocolli ecc.)			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9 Miglioramento igienico e nutrizionale dei pasti offerti e dell'alimentazione in genere, oltre a formazione e l'aggiornamento periodico dei detenuti addetti alla ristorazione e del personale di sorveglianza	U.o. Igiene alimenti e nutrizione	1.000 detenuti	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-

TAB. 11.3.34. Tutela attività sportive

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 Controlli sanitari per attività agonistica e non agonistica	Medicina dello sport- Assoc. sportive		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2 Promozione dell'attività fisica della popolazione adulta/anziana: "una comunità in movimento"	Servizio promozione della salute		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3 Piramide della salute	Servizio Promozione della salute		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 Visite e certificazione idoneità agonistica	Medicina dello sport	Anno 2010 pazienti 12.564	X	-	X	-	X	-	X	-	-	X
5 Visite e certificazione soggetti portatori handicap	Medicina dello sport	24	X	-	X	-	X	-	X	-	-	X
6 Intervento 3	S.c. Medicina dello sport	4.013	X	-	X	-	X	-	X	-	-	X
7 Controllo idoneità impianti	Asl	10 impianti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 Istituzione di servizio di Medicina dello sport			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9 Visite mediche preventive	Medicina dello sport		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 Educazione sanitaria nelle scuole	Medicina dello sport		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11 "Samba" (Sorveglianza attività motoria bambini scuole elementari)	U.o.c. Medicina dello sport	600 (alumni, insegnanti e genitori)	X	-	X	-	X	-	X	-	-	X

TAB. 11.3.35. Tutela viaggi/aeroporti/porti

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 Centro medicina viaggi e delle migrazioni	Asl/Università		X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
2 Ambulatorio di medicina dei viaggi			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3 Ambulatorio medicina dei viaggi			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 Ambulatorio profilassi internazionale	Sisp-I.p. Prevenzione malattie infettive	1.000	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5 Ambulatorio medicina dei viaggi	Sisp		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6 Ambulatorio vaccinazioni internazionali	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		-	-	X	-	X	-	X	-	X	-
7 Vaccinazioni	Sisp	900/anno	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8 Medicina dei viaggiatori	Asl	600	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-
9 Consulenze	Sisp	300/anno	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10 Medicina dei viaggi del Servizio profilassi malattie infettive			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11 Informazioni per i viaggiatori all'estero	U.o. Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		-	-	X	-	X	-	X	-	X	-
12 Promozione di una migliore conoscenza delle vaccinazioni, attraverso la redazione e diffusione di una dispensa sui "Protocolli vaccinali nell'adulto e nel viaggiatore internazionale"	U.o.s. Prevenzione malattie infettive	300 (Mmg, PIs, medici ospedale, specialisti territorio, ecc.)	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-

TAB. 11.3.36. *Farmacovigilanza*

	PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
				SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Rilevazione eventi avversi vaccinazioni	Sisp-I.p. Prevenzione malattie infettive	25.000	X	-	X	-	X	-	X	-	-	X
2	Informativa al ministero con inserimento nel database ministeriale delle reazioni avverse ai vaccini	S.c. Assistenza farmaceutica assistenziale	Tutta la popolazione vaccinata	X	-	X	-	X	-	X	-	-	X
3	Monitoraggio segnalazioni reazioni avverse da farmaco o da vaccino	Distretto		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	Sistema di sorveglianza sugli effetti dei farmaci	Servizio farmaceutico aziendale territoriale		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	Produzione reportistica per prescrittori	Azienda Usl	800	X	-	X	-	X	-	X	-	-	X
6	Studi audit clinico	Azienda Usl	2.400	X	-	X	-	X	-	X	-	-	X

TAB. 11.3.37. *Prevenzione rischi clinici/ospedalieri*

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI	CITTADINI COINVOLTI	RL. EPID.		OB. SALUTE		RIS. OPER.		EFF. SAL.		GRADIM.	
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1 Controllo infezioni ospedaliere Controllo legionellosi	Direzioni presidio ospedaliero	360 pl	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
2 Commissione infezioni ospedaliere	Azienda Usl	122.000	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
3 Protocollo aziendale post esposizione Collaborazione a stesura protocollo post esposizione rischio biologico e a individuazione dei percorsi e delle collaborazioni anche esterne all'azienda territoriale	Servizio di protezione aziendale		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 Partecipazione a campagna Mani pulite, progetto Oms	Dmo e Cio del Pou	Circa 52.000 Tutti gli utenti Pou	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
5 Cartella operatoria-applicazione di tutte le L.g. Ministeriali di R.m. elaborazione e implementazione sicurezza in sala operatoria	Dmo E.g.o. Rischio clinico	Circa 22.000 media int. chir. in tutto il Pou	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
6 Formazione di referenti dei servizi e dei facilitatori	Medicina legale		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7 Valutazione e gestione delle emergenze post vaccinali	U.o.s. Prevenzione malattie infettive	55 operatori (200.000 cittadini)	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X

TAB. 11.3.38. *Altro*

PRINCIPALI INTERVENTI/ PIANI/ PROGETTI	SOGGETTI ORGANIZZATIVI RESPONSABILI O COLLABORANTI				CITTADINI COINVOLTI	RIL. EPID.				OB. SALUTE				RIS. OPER.				EFF. SAL.				GRADIM.			
	SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1 Profilassi malattie bestiame	X	-	X	-	109.000	X	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-
2 Visite fiscali	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TAB. 11.4.

ATTIVITÀ DI CONTESTO PER I DIVERSI INTERVENTI	N.A. SEGNALAZIONI		SI %	NO %
	SI	NO		
Presenza di almeno una segnalazione SI/No su indagini pre-intervento, obiettivi, risultati, effetti Indagini epidemiologiche pre-intervento	317	364 (69% dei rispondenti)	74,7	25,3
Chiara indicazione obiettivi di salute	316		98,1	1,9
Rilevazione risultati operativi	339		94,1	5,9
Rilevazione effetti di salute	314		59,5	51,5
Rilevazione effetti di gradimento	303		59,7	51,3

FIG. 11.1. *Articolazioni organizzative (eccetto "Dipartimento") responsabili da sole o in collaborazione degli interventi, n.a. di segnalazioni*

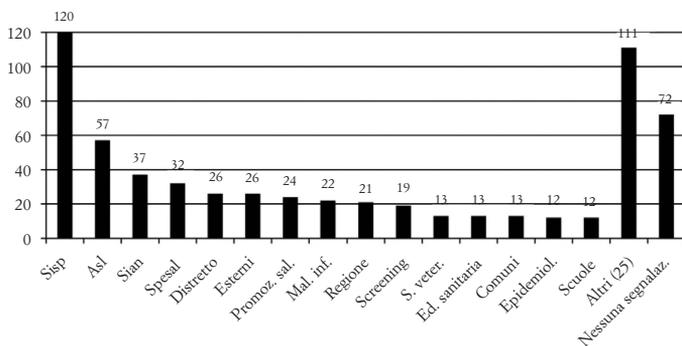


FIG. 11.2. *Classi di numerosità dei cittadini coinvolti negli interventi, % di segnalazioni*

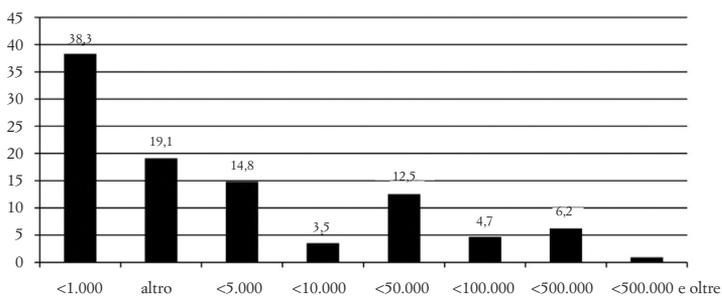
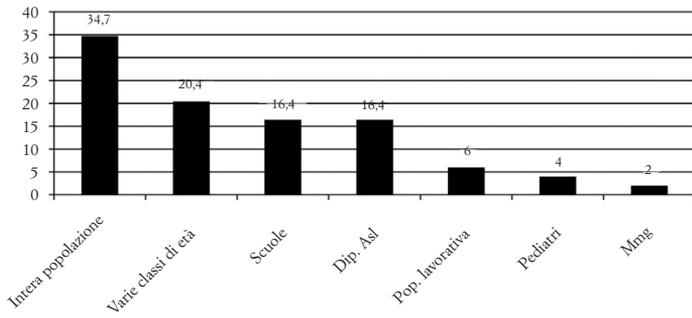
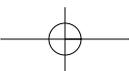


FIG. 11.3. Classe di numerosità "altro" dei cittadini coinvolti negli interventi, % di segnalazioni per tipologia





## LE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE

