

A cura di
FABRIZIO FAGGIANO, MAURIZIO BASSI,
MICHELE CONVERSANO, FAUSTO FRANCA,
DOMENICO LAGRAVINESE, ANNA LISA NICELLI,
ROBERTA SILIQUINI E FRANCESCO CALAMO-SPECCHIA

RAPPORTO PREVENZIONE 2017

**Nuovi strumenti
per una prevenzione efficace**

FrancoAngeli



Fondazione Smith Kline

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



La Fondazione Smith Kline è un'istituzione indipendente costituitasi in Italia nel 1979 e giuridicamente riconosciuta nel 1982 come Ente Morale non-profit dal Presidente della Repubblica (DPR 917).

Nel 1987 è riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come *Centro di Collaborazione per la Formazione del Personale Sanitario* e nel 1997 come *Centro di Collaborazione in Management Ospedaliero* in Italia.

La Fondazione ha ottenuto dal 2004 al 2010 la Certificazione di Qualità per la progettazione e l'organizzazione di eventi formativi in ambito socio-sanitario e per la progettazione e l'erogazione di servizi di formazione dedicati ai professionisti della sanità nell'ambito dell'Educazione Continua in Medicina.

Da sempre è impegnata in studi e ricerche sulle dinamiche formative degli Operatori sanitari. Negli ultimi tempi il focus delle attività si è progressivamente spostato, con un'attenzione specifica alle tematiche di economia e politica socio-sanitaria, con particolare riferimento alle strategie di prevenzione e all'appropriatezza del trattamento delle patologie cronico-degenerative.

Nella sua veste di "coagulante" di competenze e conoscenze diverse, la Fondazione si pone come punto di riferimento e "incubatore" di progettualità per Operatori sanitari, Istituzioni e ONG, allo scopo di offrire contributi originali nel complesso panorama delle dinamiche sanitarie.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

A cura di
FABRIZIO FAGGIANO, MAURIZIO BASSI,
MICHELE CONVERSANO, FAUSTO FRANZIA,
DOMENICO LAGRAVINESE, ANNA LISA NICELLI,
ROBERTA SILIQUINI E FRANCESCO CALAMO-SPECCHIA

RAPPORTO PREVENZIONE 2017

Nuovi strumenti per una prevenzione efficace

FrancoAngeli



Fondazione Smith Kline

La Fondazione Smith Kline ringrazia la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIfI) e i suoi Gruppi di Lavoro per il costante supporto scientifico.

Copyright © 2018 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione, di *Roberta Siliquini* pag. 7

Osservatorio Italiano Prevenzione (Oip): rilevazioni 2017 di *Francesco Calamo-Specchia, Domenico Lagravinese*

1. L'Oip dal 2010 al 2017 » 11
2. I risultati 2017 » 40
3. Conclusioni e prospettive » 209

I nuovi Ipest per promuovere la prevenzione efficace

1. Ipest, ovvero Interventi di Prevenzione Efficaci, Sostenibili e Trasferibili: rivisitare una idea consolidando il metodo, di *Silvia Caristia, Fabrizio Faggiano* » 219
2. Il counselling delle 5 A per la cessazione del fumo di tabacco: un Intervento di Prevenzione Efficace, Sostenibile e Trasferibile, di *Andrea Binatti, Silvia Caristia, Germano Bettoncelli* » 233
3. I gruppi di cammino per la promozione dell'attività fisica tra gli adulti: un Intervento di Prevenzione Efficace, Sostenibile e Trasferibile, di *Sara Bortoluzzi, M. Elena Coffano, Silvia Caristia* » 243

4. “Communities That Care” i comportamenti a rischio tra gli adolescenti: un Intervento di Prevenzione Efficace, Sostenibile e Trasferibile, di *Valentina Gentile, Alessandro Coppo, Silvia Caristia* pag. 261
5. L'autoprelievo per il test HPV per la prevenzione del cervicocarcinoma in donne non aderenti allo screening: un Intervento di Prevenzione Efficace, Sostenibile e Trasferibile, di *Lina Jaramillo, Silvia Caristia, Paolo Giorgi Rossi* » 273
6. Il counselling per prevenzione dell'HIV e delle altre IST tra MSM: un Intervento di Prevenzione Efficace, Sostenibile e Trasferibile, di *Sara Bortoluzzi, Silvia Caristia, Aferdita Bicaku, Chiara Pasqualini* » 298
7. La profilassi pre-esposizione (PrEP) può essere un Ipest? La parola agli esperti della prevenzione dell'HIV, di *Sara Bortoluzzi, Silvia Caristia, Chiara Pasqualini, Giancarlo Orofino* » 310

Prefazione

di *Roberta Siliquini*¹

Il 2017, ultimo anno della XVII Legislatura Repubblicana, ha fatto registrare una produzione normativa e programmatoria per la sanità pubblica senza precedenti: dalla definizione dei nuovi LEA – in cui si dà ampio spazio alle attività preventive –, ai nuovi Piani nazionali di prevenzione vaccinale e di contrasto all'antimicrobico-resistenza, al decreto Lorenzin di estensione degli obblighi vaccinali, all'approvazione di leggi attese da anni su responsabilità e sicurezza nelle strutture sanitarie.

Tali risultati sono stati raggiunti, oltre al ruolo fondamentale di un Ministro della Salute estremamente longevo e sensibile al tema quale il Ministro On. Beatrice Lorenzin, anche grazie al lavoro indefesso e approfondito sui diversi temi di chi, a vario titolo, in Sanità, si occupa di prevenzione.

E non vi è dubbio alcuno che, tra questi, sia stato fondamentale il ruolo degli igienisti così come dei medici di medicina generale e dei pediatri. Ruoli diversi, nel Servizio Sanitario Nazionale, che sono stati tuttavia mossi da una comunione di intenti per nulla banale e, alla luce di quanto avvenuto, straordinariamente efficace.

La prevenzione rimane tuttavia un 'vulnus' non ancora totalmente sanato all'interno del nostro sistema sanitario.

Soffre di una concreta quanto cronica carenza di finanziamenti nonché di una carenza di modelli organizzativi condivisi che rende difficile la valutazione dell'efficacia dei processi ai fini dell'individuazione delle best practices.

La mancata omogeneizzazione di modelli organizzativi dei Dipartimenti di Prevenzione è infatti una delle risultanze del processo di Regionalizzazione della Sanità che, più che altri ambiti, rende strutturalmente difficile la rilevazione delle attività e della loro efficacia: proprio in un ambito in cui le certezze scientifiche sono difficilmente reperibili attraverso modelli standardizzabili come i trial.

1. Presidente del Consiglio Superiore di Sanità.

Tale disomogeneità è anche causa della difficoltà, a livello centrale, di reperimento dei dati: difficoltà che si sta cercando di superare attraverso la messa in rete informatica di alcuni flussi informativi ad hoc (cfr. Anagrafe vaccinale) ma che difficilmente potrà essere totalmente messa a regime in tempi brevi per attività meno strutturate come, ad esempio, quelle inerenti la promozione della salute.

In estrema sintesi: abbiamo riconosciuto da tempo come le attività preventive siano l'unico modo per garantire la sostenibilità del nostro Servizio Sanitario universalistico tuttavia, quasi sempre, quanto facciamo anche con le poche risorse a disposizione, risulta di difficile lettura e poco utile alla diffusione scientifica. Appropriately ed efficacia devono diventare lessico comune anche e soprattutto per le attività preventive.

Ritengo che il Dipartimento di Prevenzione debba giocare un ruolo fondamentale in questo auspicabile processo. Posto che la prevenzione è tema di tutti e nessuno può chiamarsi fuori, il Dipartimento deve diventare il centro strategico di queste attività:

- definizione degli obiettivi da tradurre in azioni (poste in essere da tutti gli operatori sanitari e non);
- coordinamento degli sforzi organizzati della società per la promozione della salute e la prevenzione;
- censimento delle attività di prevenzione condotte sul territorio di competenza;
- valutazione dell'efficacia del proprio ruolo strategico
- confronto con altre realtà al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse su best practices (anzi, su Ipest...).

Il Dipartimento di Prevenzione è il luogo ideale dove porsi obiettivi reali di "One Health". Perdere questa occasione significa abdicare al ruolo.

Per tali ragioni sono estremamente grata agli estensori del rapporto Oip e Ipest per il ruolo fondamentale che hanno svolto nel delineare le attività dei Dipartimenti di Prevenzione in Italia e le buone pratiche che meriterebbero ampia diffusione.

Questo rapporto ha raggiunto l'82% dei Dipartimenti di Prevenzione. Gli obiettivi, molto condivisibili, del coinvolgimento degli operatori così come della rilevazione qualitativa, hanno spaziato, attraverso una nuova griglia di rilevazione, su tutti i temi della prevenzione: dalle vaccinazioni alle ludopatie, dalle emergenze migranti alle attività di promozione della salute.

L'augurio è che tale faticosa rilevazione insieme alla nuova analisi delle buone pratiche trovi terreno fertile tra i Direttori del Dipartimento di Prevenzione affinché ne facciano oggetto di discussione, al fine di trovare punti di incontro sulle buone pratiche da proporre con forza nelle proprie sedi, ai collaboratori e ai decision makers.

Osservatorio Italiano Prevenzione (Oip): rilevazioni 2017

di *Francesco Calamo-Specchia*¹, *Domenico Lagravinese*²

1. Coordinatore nazionale Oip, professore associato di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

2. Responsabile scientifico nazionale Oip, direttore Dipartimento di prevenzione, Bari, delegato SItI.

1. L'Oip dal 2010 al 2017

1. Un Osservatorio per la prevenzione

Nel novembre del 2010, lanciata dalla Fondazione Smith Kline (Fsk) e tempestivamente raccolta dalla Società Italiana di Igiene (SItI), ha preso il via una esperienza di costruzione – ampiamente partecipata da parte degli operatori dei Dipartimenti italiani – di strumenti di valutazione qualitativa e di rilevazione quantitativa di tutte le attività di prevenzione svolte nel Ssn, che ha condotto all'istituzione di un *Osservatorio Italiano sulla Prevenzione (Oip)*.

Tale ardua sfida è stata ritenuta necessaria perché le esigenze di specificità organizzativa negli interventi preventivi dei diversi territori regionali sembravano aver generato qualche sordità verso le necessità imprescindibili di omogeneità del Ssn nel suo complesso; e perché una certa scotomizzazione del contesto nazionale degli interventi sanitari pareva venire disegnando per il nostro Paese un nuovo scenario di particolarismi e disegualianze come quello a suo tempo sanato dalla legge 833.

In un contesto culturale orientato dunque al *rilancio del Ssn come promotore del diritto alla salute di tutti i cittadini, che può essere garantito al massimo grado solo rifacendo della prevenzione il centro motore forte e riconosciuto di tutto il sistema sanitario, e della prevenzione primaria il fulcro di tutte le attività preventive*, l'Oip ha individuato tre fondamentali obiettivi strategici:

- porsi come possibile localizzazione comune e sintesi per le *diverse esperienze geografiche* e per le *differenti appartenenze professionali*, contribuendo con le sue indagini a realizzare un confronto tra le diverse esperienze e i diversi “mondi” della prevenzione italiana;
- attivare sia un sistema di *controllo epidemiologico oggettivo* per rilevare assetti organizzativi, dotazioni, attività della prevenzione nel nostro

Paese, sia un sistema di *ascolto e confronto degli orientamenti e atteggiamenti soggettivi dei suoi operatori*, sottoponendo ai Dipartimenti rispettivamente una griglia di rilevazione oggettiva di dati e informazioni, ed un questionario di valutazione e di autovalutazione soggettiva degli operatori;

- arrivare infine, analizzando risposte e pareri forniti dagli operatori delle diverse Regioni italiane, alla definizione di «che cosa è» e di «che cosa fa» il Dipartimento, ma soprattutto di «che cosa sarebbe auspicabile che fosse e che facesse»; portando in tal modo un contributo al *disegno di una ipotesi di Dipartimento forte e condivisa* – e tanto più forte quanto più condivisa – che in maniera forte e condivisa possa poi essere proposta ai referenti istituzionali e politici del Ssn.

Finalizzazione ultima dell'Oip è dunque *favorire un cambiamento dei Dipartimenti*, nei termini di un loro miglioramento e rafforzamento sia organizzativo che “politico” ed istituzionale.

2. 2010: i criteri ispiratori delle rilevazioni

Per un impegno così “alto”, politico ed articolato, non si trattava dunque tanto o solo di attivare un *benchmarking* di modello aziendalistico; *non si trattava cioè tanto o solo di pesare e comparare rigidamente quantità, quanto anche e soprattutto di interrogarsi reciprocamente sulla qualità*; riaffermando così anche operativamente la convinzione che la salute-qualità non si possa rappresentare in maniera soddisfacente con dati sulla sola quantità-servizio.

Per tali fini e in tale ottica la costruzione dell'Oip è stata dunque avviata seguendo alcune direttrici principali¹:

- **partecipazione** degli operatori alla costruzione degli strumenti di rilevazione (le griglie di rilevazione e il questionario di valutazione utilizzati dall'Oip sono derivati dalle sollecitazioni e segnalazioni proposte dagli operatori stessi dei Dipartimenti in tre incontri interregionali – Bologna, Roma, Bari – nel 2010);
- **stimolo al confronto e all'integrazione tra gli operatori** perché fornissero a griglie e questionario risposte unitarie e prodotte collegialmente (sul modello di una “*consensus conference*” dipartimentale diffusa);
- **stimolo alla soggettività autovalutativa degli operatori** (fino ad allora meno esplorata, a differenza della soggettività dei cittadini e degli utenti,

1. Lagravinese D., Calamo-Specchia F. (2010), *Costruzione dell'osservatorio*, in Boccia A. et al. (a cura di), *Rapporto prevenzione 2010 – La formazione alla prevenzione*, Bologna, il Mulino.

analizzata ad es. in programmi nazionali come Passi, Okkio, ecc.); l'Oip poteva costituire in tal modo una opportunità per costruire una voce politicamente rilevante di tutti gli operatori italiani della prevenzione;

- **originalità** nel richiedere *rilevazioni quantitative di aspetti mai prima organicamente indagati* (dal turnover dirigenziale di Asl e Dipartimenti alle dotazioni di risorse strumentali di quest'ultimo, ecc.), e nel prevedere *ampio spazio per le rilevazioni qualitative* (dalla qualità delle relazioni istituzionali del Dipartimento a quella della comunicazione esterna e interna, dalla accettabilità sociale degli interventi di prevenzione alla equità sociale che essi riescono a promuovere, ecc.).

3. 2011-2015: le prime tre rilevazioni

Alle *prime due tornate di rilevazione* attivate dall'Oip nel 2011/2012 hanno partecipato complessivamente 65 Dipartimenti (ossia il 40% degli allora 161 Dipartimenti italiani). In esse sono stati utilizzati cinque griglie di rilevazione e un questionario di valutazione (tab. 1), che hanno generato dati quantitativi e qualitativi che, pur raccolti senza pretese di rappresentatività statistica (l'adesione dei Dipartimenti alle rilevazioni era puramente volontaria), hanno fornito interessanti indicazioni².

Sulla scorta delle risultanze di tali significative esperienze di rilevazione, e per preparare al meglio l'obiettivo di un incremento di copertura di tutto il territorio nazionale e di un ulteriore miglioramento della qualità dei dati, nel 2013-14 l'Oip ha quindi effettuato una messa a punto dei tempi e delle metodiche di lavoro, che ha portato al *ripensamento della periodicità delle rilevazioni* e alla *riorganizzazione e snellimento complessivo degli strumenti di indagine*³.

Si è quindi deciso che i dati *oggettivi e quantitativi* circa l'organizzazione e l'attività dei Dipartimenti, raccolti nel 2011-2012 con cadenza annuale, venissero rilevati a partire dal 2015 con *cadenza biennale*, e si articolasse intorno a una *griglia di rilevazione* snellita; mentre la somministrazione

2. Lagravinese D., Calamo-Specchia F. (2011), *Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip): precisazioni metodologiche e primi risultati*, in Boccia A. et al. (a cura di), *Rapporto prevenzione 2011 – Le attività di prevenzione*, Bologna, il Mulino; Lagravinese D., Calamo-Specchia F. (2012), *Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip): conferme sperimentali e prospettive di stabilizzazione*, in Boccia A. et al. (a cura di), *Rapporto prevenzione 2012 – La governance della prevenzione*, Bologna, il Mulino.

3. Calamo-Specchia F., Nicelli A.L., Valsecchi M. (2013), *Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip): verso una copertura completa del territorio nazionale*, in Cislighi C. et al. (a cura di), *Rapporto prevenzione 2013 – L'economia della prevenzione*, Bologna, il Mulino.

Tab. 1 - Oip 2011-2012. *Questionario di valutazione e griglie di rilevazione – schema degli ambiti e argomenti*

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

Tab. 1 - segue

<i>Questionario – parte I Dipartimento nel suo complesso</i>	<i>Questionario – parte II Aree del Dipartimento</i>	<i>Questionario – parte III Aree del Dipartimento e Dipartimento nel suo complesso</i>	<i>Griglie</i>
Età media, rapporto di lavoro e motivazione degli operatori	Qualità della comunicazione esterna		
Promozione dell'equità sociale negli interventi	Necessità di approfondimenti epidemiologici		
	Necessità di aggiornamenti teorici e operativi, e loro ambiti e argomenti		

del *questionario di valutazione soggettiva*, semplificato anch'esso, si è stabilito dovesse assumere una *cadenza quadriennale*, che consentisse di mantenere una tribuna di grande ascolto potenziale aperta sulla voce degli operatori, e potesse costituire, con cadenze sufficientemente ampie, un importante appuntamento per una verifica nazionale del “comune sentire” diffuso nei Servizi.

Dalle *griglie di rilevazione* sono state eliminate quelle dedicate ai flussi informativi Asl, alle leggi regionali sulla prevenzione, alle risorse finanziarie del Dipartimento – che si erano mostrate di compilazione indaginosa, ed avevano prodotto risultati di non grande interesse; e sono state accorpate e semplificate quelle dedicate alle risorse strumentali e strutturali. Le rilevazioni quantitative, riorganizzate dunque in una *unica griglia*, ne sono risultate riarticolate in cinque sezioni (precedute da una parte iniziale dedicata alla raccolta di notizie sul compilatore), comprendenti complessivamente 24 domande (tab. 2a):

1. analisi degli assetti organizzativi del Dipartimento (10 domande);
2. analisi delle risorse del Dipartimento (3 domande);
3. analisi delle attività di epidemiologia della Asl (5 domande);
4. analisi delle attività vaccinali (5 domande);
5. analisi di tutte le attività preventive del Dipartimento e della Asl (1 domanda).

Dal *questionario di valutazione soggettiva* è stata invece eliminata per intero la parte II, e condensate la I e III parte attraverso un sostanziale dimezzamento delle domande (tab. 2b).

Tab. 2 - Domande Oip 2011-2017

Tabella 2a Griglia	2011	2012	2015	2017
<i>Leggi</i>				
Norme/leggi che abbiano un peso (<i>positivo o anche negativo</i>) sulla prevenzione				
All'interno delle norme/leggi indicate, articoli, commi, ecc. che sono più rilevanti per quanto riguarda gli effetti positivi o negativi sulla prevenzione				
Di ognuno di tali articoli/commi ecc., valutazione della loro applicazione				
Valutazione se la norma/legge in toto abbia sortito degli effetti				
Altre criticità ai fini della prevenzione su cui potrebbe essere opportuno intervenire con una normazione				
Lineamenti e orientamenti generali e di massima di tale normazione				
<i>Collegamenti istituzionali Asl</i>				
Flussi in uscita e in entrata, obbligatori e facoltativi				
<i>Epidemiologia Asl</i>				
Registro di cause di morte				
Relazione sullo stato di salute				
Bilancio sociale				
Registri di patologie				
Studi e rilevazioni di rischio				
Rilevazioni delle percezioni soggettive di salute e di rischio				
Altre iniziative epidemiologiche rilevanti				
Risultati inseriti formalmente nella programmazione/ valutazione aziendale e regionale				
<i>Personale</i>				
Personale totale in organico				
Personale in servizio				
Personale con l.104				
Personale con limitazioni funzionali				
Personale di specialistica ambulatoriale rispetto al personale a tempo indeterminato				
Personale in organico appartenente al Ruolo sanitario				
Di cui Tecnici della prevenzione in organico				
Di cui Assistenti sanitari in organico				
Personale in organico appartenente al Ruolo tecnico				
Di cui laureati in organico				

Tab. 2 - segue

<i>Tabella 2a Griglia</i>	2011	2012	2015	2017
Personale in organico appartenente al Ruolo professionale				
Personale in organico appartenente al Ruolo amministrativo				
<i>Strutture</i>				
Numero di strutture edilizie in cui sono collocate le differenti funzioni operative.				
In quante delle sedi è presente ognuna delle articolazioni organizzative				
<i>Veicoli</i>				
Numero di veicoli in dotazione, per Servizio				
Personale con veicolo disponibile per attività di servizio				
<i>Finanziamenti</i>				
Introiti ex D.lgs. 194/08 e 758/94				
Coinvolgimento nella contrattazione del <i>budget</i>				
Finanziamenti arrotondati alle migliaia di €				
Modalità di assegnazione del <i>budget</i> assegnato o contrattato				
Di cui erogati				
Di cui impiegati				
<i>Informatizzazione</i>				
Rapporto unità di personale/numero di <i>computer</i> in dotazione				
Esistenza di un sistema di informatizzazione delle procedure (oltre la mera disponibilità di supporti informatici)				
<i>Dimensionamento</i>				
Ambito territoriale del dipartimento				
Popolazione servita dal dipartimento				
Numero di Comuni serviti				
<i>Organizzazione</i>				
Profilo professionale del Direttore				
Sesso				
Età				
Da quanto tempo è in carica l'attuale Direttore del Dipartimento	(1)	(1)		
Da quanto tempo è in carica l'attuale direttore generale Asl	(1)	(1)		
Direttori UOC f.f. sul totale				

Tab. 2 - segue

<i>Tabella 2a Griglia</i>	2011	2012	2015	2017
Tempo da cui i Direttori UOC f.f. ricoprono il loro incarico				
Esistenza di certificazione/accreditamento per il dipartimento				
Sistema di gestione della qualità	(1)	(1)		
Sistema di controllo di gestione				
Inizio assetto organizzativo attuale				
Accorpamenti				
Comitato di Direzione				
Presenza di un LSP				
Presenza di una Unità di epidemiologia				
Organigramma del Dipartimento				
<i>Attività preventive Asl</i>				
Analisi di tutte le attività preventive Asl nei differenti ambiti di intervento				
Attività di contesto per i diversi interventi: indagini epidemiologiche-obiettivi di salute – risultati operativi – effetti di salute – effetti di gradimento				
Personale cui è affidata l'effettuazione delle vaccinazioni				
Chi gestisce l'ambulatorio vaccinale				
Anagrafe vaccinale informatizzata				
Chiamata attiva alla vaccinazione				
Copertura vaccinale per coorti di nascita				
Programmi di richiamo vaccinale				
<i>Contrasto delle disuguaglianze</i>				
Vaccinazioni				
<i>Screening tumore del seno</i>				
<i>Screening tumore dell'utero</i>				
<i>Screening tumore del colon-retto</i>				
Ricerca Tbc asintomatica				
Eas – promozione della salute				
<i>Attività innovative</i>				
Analisi di strumenti urbanistici				
Valutazioni e osservazioni su progetti ricadenti in VIA				
Valutazioni sull'impatto ambientale dell'inquinamento atmosferico				
Promozione del capitale sociale				
Facilitazione dell'accesso ai Servizi per i soggetti svantaggiati e fasce deboli				

Tab. 2 - segue

Tabella 2a Griglia	2011	2012	2015	2017
Contrasto dei gruppi antivaccinisti e dell'esitazione vaccinale				
Contrasto del bullismo e del cyberbullismo				
Contrasto del <i>mobbing</i>				
Contrasto della violenza di genere				
Contrasto del <i>doping</i>				
Contrasto della ludopatia				
Attività <i>online</i> (siti <i>Internet</i> , <i>app</i> , <i>chat</i> , ecc.)				
Valutazioni di EBP				
Ospedale a misura di bambino				
<i>Screening</i> cardiovascolari				
Monitoraggio vaccinale				
Emergenza migranti				
Terapia osservata direttamente (DOT) per la Tbc				
Eventi formativi ECM				
Ufficio promozione della salute				
Implementazione di un Regolamento anticorruzione e trasparenza dipartimentale				
Implementazione di un Sistema di misurazione e valutazione delle performance dipartimentali				
Centro medicina dei viaggi e delle migrazioni				

(1) Presenti nel 2011 e 2012 come rilevazioni del Questionario

Tabella 2b - Questionario	2011	2012	2015	2017
Adattabilità ai progetti regionali				
Rapporti con l'Assessorato regionale (autonomia decisionale)				
Contributo alla definizione degli obiettivi regionali				
Rapporti con la dirigenza Asl (autonomia decisionale)				
Contributo alla definizione degli obiettivi aziendali				
Rapporti con il Dipartimento veterinario				
Rapporti con l'Ospedale				
Rapporti con il Distretto				
Rapporti con i Medici di medicina generale e con i Pediatri di base				
Rapporti con l'Unità di epidemiologia				