

Francesco Calamo-Specchia^{1,2}, Elio Borgonovi^{2,3}, Carla Collicelli⁴
Michele Conversano^{5,6}, Lucio Da Ros², Enrico Di Rosa^{5,7}
Ludovica Durst⁴, Antonio Ferro^{5,8}, Fausto Francia⁵
Domenico Lagravinese^{5,9}, Paolo Pandolfi^{5,10}, Luca Gino Sbrogiò^{5,11}
Carlo Signorelli^{5,12}, Emanuele Torri^{5,13}

Osservatorio Italiano Prevenzione (Oip): le rilevazioni 2021 sulle attività di contrasto della pandemia di Covid-19

1. Introduzione

Come ormai ben noto nel mondo della sanità pubblica italiana, e come già segnalato su questa rivista nel 2017¹, è operante dal 2010 l'Osservatorio Italiano Prevenzione (Oip), costituitosi su impulso della Fondazione Smith Kline, tempestivamente raccolto dalla Società Italiana di Igiene (Siti), cui si sono associate successivamente la Società Italiana di Medicina Veterinaria Preventiva (Simevep) e la Società Nazionale Operatori della Prevenzione (Snop).

Per i Dipartimenti, non esistevano nel 2010 (e per la verità continuano a non esistere), rilevazioni epidemiologiche sistematiche nazionali sulle quali fosse possibile fondare *standard* nazionali di risorse, organizzazione, attività, risultato. Scopo dell'Oip era dunque realizzare un confronto tra le differenti esperienze geografiche e le diverse appartenenze professionali del mondo della prevenzione italiana per arrivare a ipotesi condivise di tali *standard*.

¹Coordinatore Oip; ²Fondazione Smith Kline; ³Cergas Bocconi; ⁴Cnr Cid-Ethics; ⁵Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica - Siti; ⁶Dip. Prevenzione Taranto; ⁷Dip. Prevenzione Asl Roma 1; ⁸Aps Trento; ⁹Dip. Prevenzione ASL Bari; ¹⁰Dip. Sanità Pubblica Bologna; ¹¹Dip. Prevenzione Ulss 3 Serenissima; ¹²Univ. Vita Salute S.Raffaele; ¹³Dipartimento Salute e Politiche Sociali PA Trento

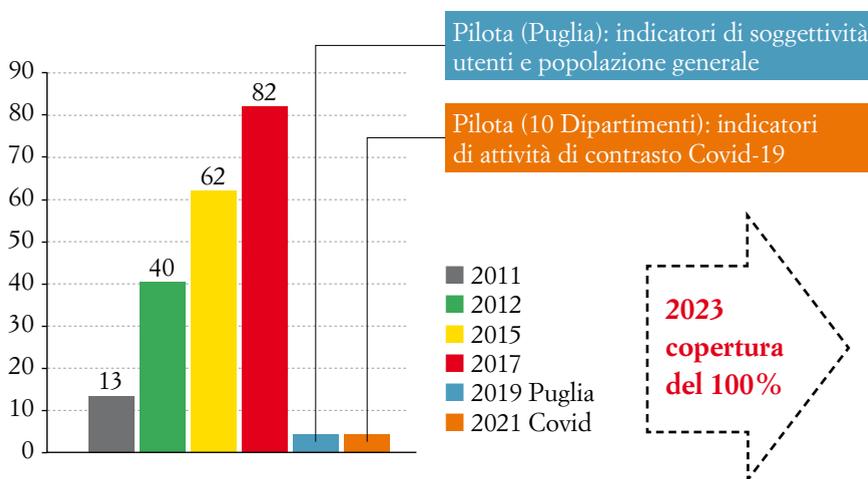
Principali elementi di originalità dell'Oip sono stati fin dal suo inizio una costruzione partecipata dagli operatori, la rilevazione di indicatori quantitativi mai rilevati prima e l'allargamento all'ampio settore delle rilevazioni qualitative e della soggettività degli operatori e dei cittadini.

Con tale approccio l'Oip ha mirato fin dal suo inizio ad approntare un sistema di rilevazione con la rassegna più completa possibile di indicatori, e ad effettuare le rilevazioni più complete possibile (ossia nei Dipartimenti di tutte le Regioni italiane), nella consapevolezza che solo tale completezza - ponendo di fatto i presupposti di quel sistema nazionale di epidemiologia del territorio che ancora ci manca - può fornire la possibilità di una riarticolazione organizzativa dei Dipartimenti su base scientifica.

Utilizzando in complesso oltre 200 indicatori, l'Oip è così giunto a coprire, nella sua quarta rilevazione, ben l'82% dei Dipartimenti italiani; e si è quindi preparato a compiere lo sforzo mirante a coprire per intero il territorio nazionale testando nel 2019, in un territorio più circoscritto (ossia nella regione Puglia), la novità assoluta per la sanità pubblica italiana degli indicatori di soggettività (*figura 1*).

Il sopravvenire dell'emergenza legata alla pandemia ha evidentemente

Figura 1 - Percentuale Dipartimenti partecipanti Oip sul totale dei Dipartimenti italiani



suggerito di rimandare al 2022/23 la rilevazione generale prevista per il 2021, per poter dare il proprio contributo di conoscenza in una fase tanto difficile per l'organizzazione sanitaria italiana.

Coerentemente alla sua vocazione, ed in considerazione della presenza di numerose altre rilevazioni mirate specificamente sull'andamento dei casi, l'efficacia dei vaccini ecc, l'attenzione dell'Oip è stata dunque rivolta, nel luglio 2021, alla rilevazione dei principali aspetti organizzativi del complesso sistema messo in atto per contrastare la pandemia di Covid-19.

Stante la drammaticità del momento, che assorbiva totalmente gli sforzi dei Collegi del territorio, le rilevazioni non hanno potuto naturalmente avere altro che la forma di uno studio pilota, cui sono state raccolte adesioni su base volontaria.

2. Risultati delle rilevazioni Oip del 2021 sulle attività di contrasto della pandemia di Covid-19

2.1 Partecipanti

Alle rilevazioni hanno preso parte 10 Dipartimenti distribuiti in 7 Regioni (*tabella 1*).

La popolosità di tali Dipartimenti varia da un minimo di circa 300.000 abitanti a un massimo di oltre 1.200.000, ed essi servono nel loro complesso circa 6.800.000 cittadini, ossia l'11,5% dei circa 59.260.000 cittadini italiani. Tra i Dipartimenti partecipanti ve ne sono a caratterizzazione metropolitana, cittadina, montana, e di localizzati al nord, al centro e al sud del nostro Paese.

Pur non trattandosi dunque di un campione selezionato per essere statisticamente significativo, esso può però costituire uno spaccato della realtà della sanità pubblica italiana sufficientemente rappresentativo, o comunque, di sicuro, fortemente suggestivo.

Va peraltro tenuto presente che nessuna delle domande sottoposte ai Dipartimenti, contenute in una griglia informatica, richiedeva una risposta obbligatoria; ciò ha determinato dunque che l'universo dei rispondenti sia anche significativamente diverso da domanda a domanda (dal massimo di tutti e 10 i Dipartimenti ad un minimo di 3). Nelle figure che vengono presentate qui di seguito, insieme ad ogni risultato delle rilevazioni viene ad ogni modo indicato in alto a sinistra il numero di Dipartimenti rispondenti che lo ha generato.

Tabella 1 - Dipartimenti partecipanti alle rilevazioni e numerosità della popolazione

10		7		
Dipartimenti	Popolazione	Regioni		
1	Bari	1.230.000	Lombardia (1)	1
2	Bologna	885.000	Veneto (1)	2
3	Lecce	782.000	Trentino (1)	3
4	Pordenone	309.000	Friuli V. G. (2)	4
5	Roma	1.039.000	Emilia-Romagna (1)	5
6	Sondrio	297.000	Lazio (1)	6
7	Taranto	560.000	Puglia (3)	7
8	Trento	538.000		
9	Udine (univ.)	544.000		
10	Venezia	617.000		
Totale		6.801.000	11,5 % (59.258.000)	

Nessuna risposta obbligatoria; dunque numero variabile di rispondenti per ogni domanda

Nelle rilevazioni si è posta attenzione in particolare:

- all'effettuazione dei tamponi per la ricerca diagnostica;
- all'effettuazione delle vaccinazioni, analizzando sia la fase della organizzazione delle attività sia quella della somministrazione del vaccino;
- alla formazione degli operatori coinvolti nella campagna vaccinale;
- alla comunicazione circa la pandemia e tutti gli aspetti ad essa collegati.

Va sottolineato che più del 40% delle domande prevedeva una risposta "sì/no", oppure da fornire selezionandola in una scelta multipla, il che è servito a rendere meno gravoso questo impegno; del quale l'Oip è comunque molto grato a tutti i Responsabili dei Dipartimenti partecipanti, che hanno una volta di più mostrato la propria coscienza professionale e sensibilità scientifica, anche in un momento per loro così operativamente impegnativo come quello in cui la rilevazione è avvenuta.

2.2 Tamponi

La distribuzione per fascia di età della popolazione dei 10 Dipartimenti mostra l'attesa distribuzione simil-gaussiana, con un addensamento nelle fasce di età intermedie (approssimativamente dai 40 ai 70 anni).

Tale distribuzione, come ci si poteva aspettare, si riproduce abbastanza fedelmente nelle popolazioni dei positivi ai tamponi sia molecolari che antigenici, con una eccezione evidente per la fascia di età dai 31 ai 35 anni, che mostra un numero considerevole di positivi a tamponi molecolari (*figura 2*).

Figura 2 - Utilizzo di tamponi e positività per fascia di età

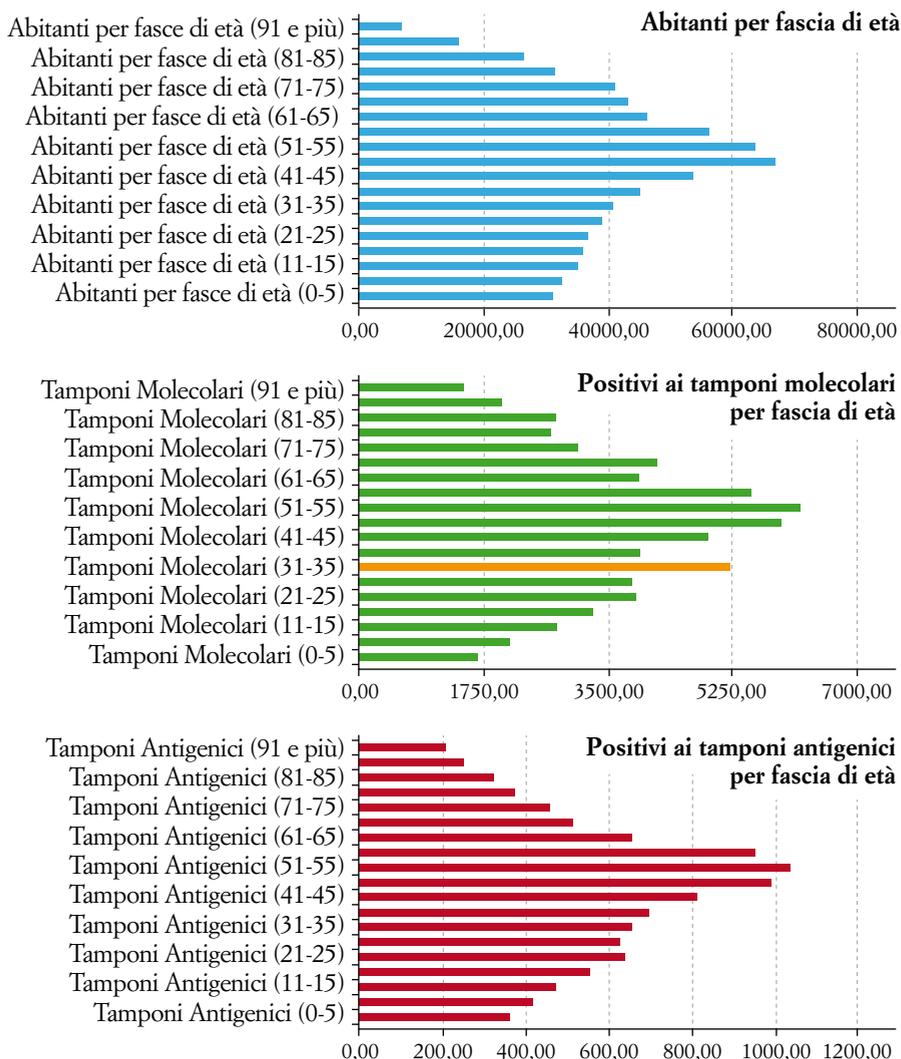
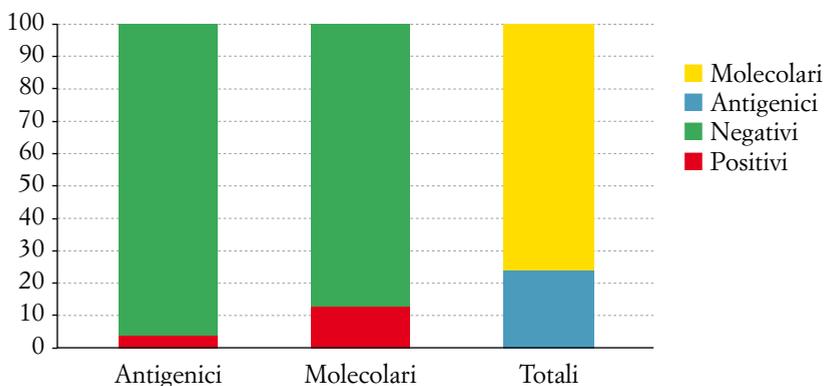


Figura 3 - Tipologia di tamponi utilizzati e percentuali di positività



Si tratta evidentemente di un dato troppo grezzo per permettere inferenze di alcun tipo; ma si potrebbe ad esempio avanzare l'illazione che tra i giovani sia stato presente un maggior ricorso ai tamponi, in particolare quelli ritenuti più attendibili, perché collegato ad una più alta renitenza di questa fascia di età alle pratiche vaccinali.

Circa i tre quarti dei tamponi effettuati sono di tipo molecolare, nonostante il loro maggior costo e un certo maggior grado di difficoltà nel sottoporvisi; e in questo caso si potrebbe ipotizzare un ulteriore effetto dovuto ad una percepita loro maggiore attendibilità.

Peraltro, essi hanno fornito una percentuale di risposte positive circa doppia rispetto a quelli antigenici (*figura 3*).

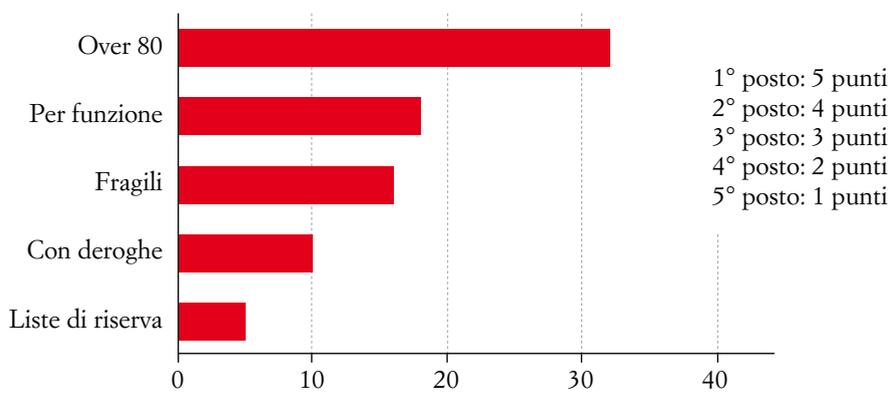
Il ricorso maggiore ai tamponi molecolari, e la loro più alta percentuale di positivi, può però trovare spiegazione - oltre che nella già citata loro percepita maggiore affidabilità da parte dei cittadini e dei sanitari - anche nelle scelte nazionali e regionali che prevedevano, nelle fasi della pandemia alle quali si riferisce l'indagine, l'utilizzo dei tamponi molecolari per la conferma diagnostica in molti dei pazienti con tampone antigenico positivo, e soprattutto l'utilizzo del solo test molecolare come "test di guarigione", per sancire la fine dell'isolamento per i positivi.

2.3 Vaccinazioni

2.3.1 Invito alla vaccinazione e rifiuto vaccinale

È stato chiesto ai Dipartimenti di indicare l'ordine di priorità tra le prime 5 categorie di soggetti cui è stata somministrata la vaccinazione; ed è

Figura 4 - Priorità della vaccinazione anti-Covid per categorie

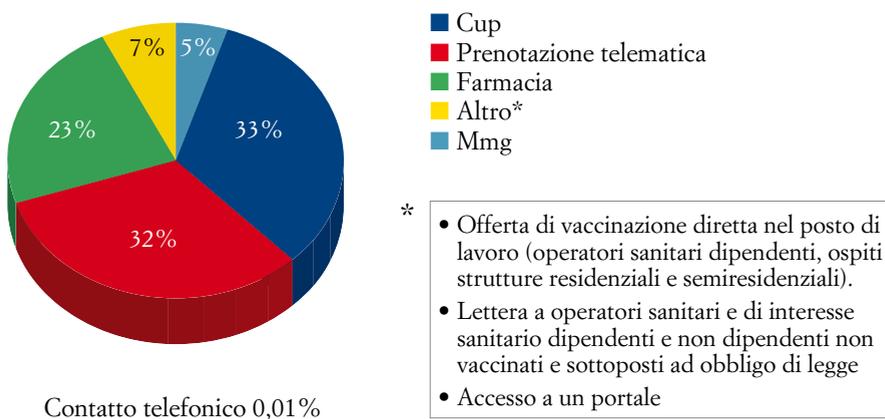


stato quindi costruito un semplice istogramma assegnando per ogni Dipartimento - come indicato in *legenda* nella *figura 4* - 5 punti alla categoria vaccinata per prima, 4 punti alla categoria vaccinata per seconda, ecc.

Sommando i punteggi ottenuti in ogni Dipartimento si è evidenziato che la categoria che ha generalmente goduto della priorità nella vaccinazione è quella dei soggetti di età superiore agli 80 anni.

Analizzando poi le modalità di invito alla vaccinazione adottate nei diversi Dipartimenti (che ne hanno ovviamente utilizzata anche più d'una), si rileva (*figura 5*) come siano state usate prevalentemente il Cup e la

Figura 5 - Percentuali di invitati alla vaccinazione per modalità d'invito



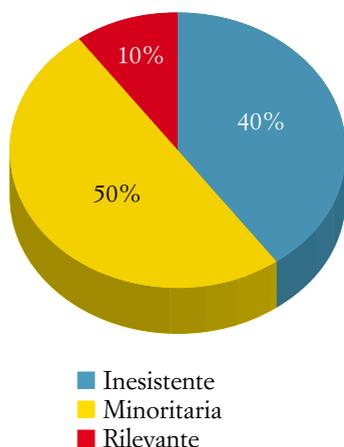
prenotazione telematica, e come anche le farmacie abbiano costituito un ottimo strumento di offerta vaccinale. Scarso viceversa appare il contributo dei medici di medicina generale, ed anche il ricorso ad altre modalità (prenotazione sul posto di lavoro, in strutture residenziali, ecc).

La percentuale di rifiuti di tale invito vaccinale è stata stimata dai Responsabili dei Dipartimenti come abbastanza contenuta, ma comunque non trascurabile: se nella metà dei 10 Dipartimenti essa è stata considerata inesistente, in quattro Dipartimenti è stata giudicata presente, seppur minoritaria, e in uno è stata ritenuta rilevante (*figura 6*).

Nel tentativo di analizzare meglio tale fenomeno di rifiuto vaccinale, si è indagato su quali tra i diversi ambienti e settori cui era stata rivolta l'offerta si fossero mostrati meno disponibili ad accoglierla (pur non richiedendo una distinzione tra le diverse categorie di soggetti presenti in tali ambiti).

I Responsabili dei Dipartimenti hanno stimato (*figura 7*) che la maggior quota di resistenza - stimabile tra una e due persone su dieci invitate - si sia riscontrata in ambito scolastico e nelle carceri; mentre le percentuali di rifiuto - pur basse, ma presenti - tra il personale socio-sanitario (in realtà una contraddizione in termini) devono costituire un elemento di riflessione significativo, se non un campanello d'allarme.

Figura 6 - Percentuale di non adesione all'offerta vaccinale stimata



Quali potrebbero essere nel complesso i fattori di tale più o meno strisciante resistenza all'offerta vaccinale?

La risposta, nelle stime dei Responsabili dei Dipartimenti, indica prevalentemente una eccessiva percezione del rischio vaccinale, e per converso una scarsa percezione del valore preventivo del vaccino (*figura 8*). Peraltro, va notato che i primi 6 fattori per importanza su un totale di 8 segnalati dai rispondenti, riguardano l'ambito della percezione, della fiducia, della comunicazione; il che deve far riflettere sulla necessità di interventi sempre più efficaci sotto il profilo della comunica-

Figura 7 - Percentuale stimata di non adesione all'offerta vaccinale, in base agli ambiti

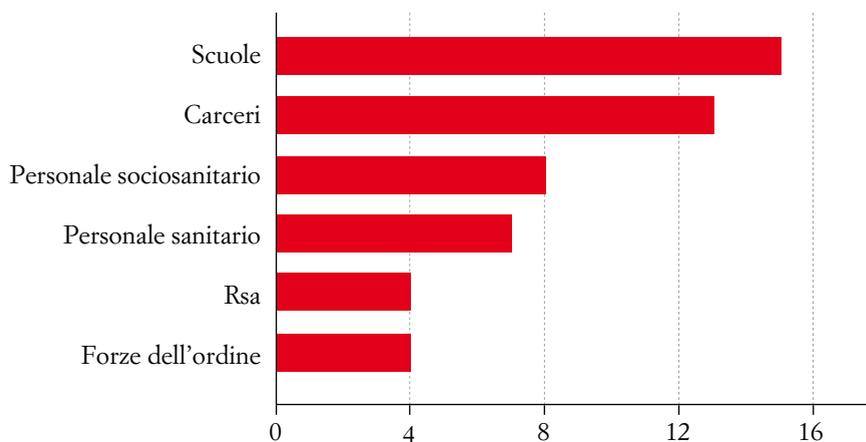
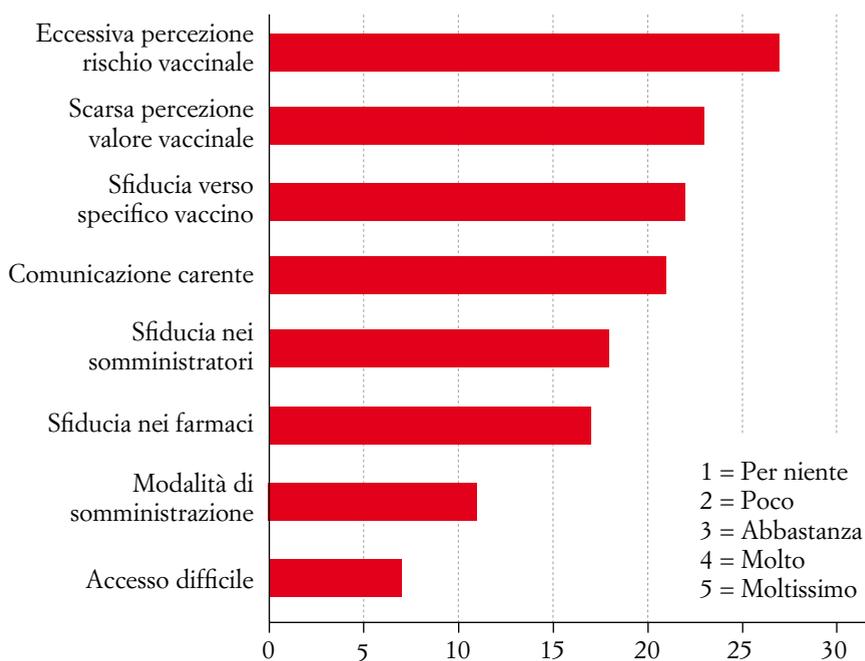


Figura 8 - Fattori stimati di esitanza vaccinale

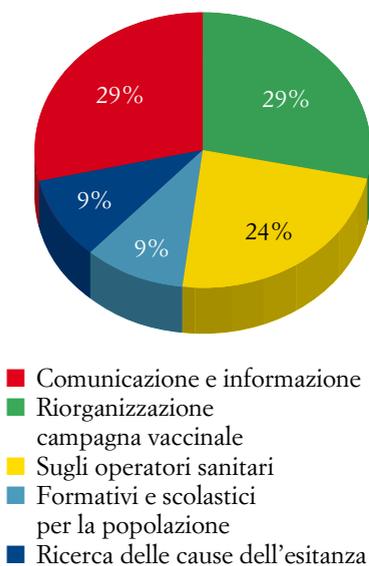


zione, della formazione, dell'*advocacy*, che appaiono davvero come l'elemento cruciale nella campagna vaccinale.

Ciò sembra confermato dalla scarsa stima da parte dei Responsabili dei Dipartimenti che elementi di disfunzionalità operative, riguardanti ad esempio la modalità di somministrazione o l'accesso al luogo di vaccinazione, possano aver influito sulla quota di non adesione alla campagna stessa. Del resto, lo stesso andamento generale della vicenda Covid-19 nel Paese, e lo spazio ottenuto appunto da temi e iniziative ideologicamente antivacciniste, più che mirate su specifici elementi di disfunzionalità operativa, conferma largamente questa sensazione riferita nella rilevazione, che si mostra dunque a parere di chi scrive ben fondata e non viziata da uno sguardo "di parte".

Tra gli interventi condotti nei Dipartimenti contro il rifiuto o l'esitanza vaccinale, quelli che per circa un terzo si sono svolti nel settore della comunicazione e dell'informazione (*figura 9*) si sono dunque rivelati correttamente orientati. Nello specifico, la metà di tali interventi hanno utilizzato il *web* e la stampa, mentre Tv e radio, organizzazione di eventi *ad hoc* ed azione diretta di operatori sanitari (medici di medicina generale, farmacisti, ecc) hanno coperto quasi per intero il resto della gamma di canali utilizzati (*figura 10*).

Figura 9 - Tipi di intervento contro l'esitanza vaccinale



Pochi appaiono viceversa gli interventi formativi per la popolazione e per gli operatori sanitari (questi ultimi invece particolarmente opportuni anche in considerazione delle sacche antivacciniste presenti tra i sanitari, come appena segnalato), rispetto anche agli interventi di riorganizzazione, pur necessari e importanti ma forse non cruciali ai fini del raggiungimento degli obiettivi della campagna vaccinale quanto quelli comunicativo/motivazionali; ed in particolare quanto quelli che si propongano di agire sulla amplissima quota irrazionale o fran-

camente antiscientifica delle posizioni ostili alla vaccinazione.

Un grande impulso infine andrebbe dato, alla luce di queste considerazioni, alla conduzione di ulteriori e più approfondite ricerche sul territorio, mirate sulla popolazione generale, circa le cause e le dinamiche dell'esitanza vaccinale; che potrebbero permettere di strutturare ed orientare con sempre maggiore efficacia i necessari interventi comunicativi, formativi, informativi.

2.3.2 Aspetti logistici

Tra i dati inerenti gli elementi organizzativi e logistici della campagna, sono stati anzitutto rilevate alcune informazioni circa i luoghi in cui si sono svolte le attività vaccinali.

Ampio appare il numero medio di luoghi di vaccinazione utilizzati per ogni Asl (*figura 11*), con una larga utilizzazione - oltre che ovviamente di spazi Asl - anche di spazi pubblici di varia natura, come palazzetti dello sport, stadi, scuole, caserme, ecc. Ed il richiamo contenuto in figura a "cinema, casinò, vaporetto" utilizzati come luoghi di vaccinazione (...oltre a permettere facilmente l'identificazione del Dipartimento che li ha messi in opera!) costituiscono una testimonianza della creatività e della volontà fattiva con cui si è cercato di far fronte all'emergenza mobilitando ogni risorsa disponibile.

Tali luoghi di vaccinazione hanno funzionato per un numero di ore giornaliere che è arrivato fino alle 13/14, ma che per le strutture Asl è risultato in media di 8 ore, la durata inferiore tra tutti i centri vaccinali (*figura 12*). Ciò può forse essere messo in relazione alla scansione giornaliera di turni e frequenze in ambito sanitario.

Le strutture Asl sono viceversa luoghi di vaccinazione in cui non manca mai una *check list* delle informazioni e dei controlli operativi necessari (*tabella 2*), sul modello ad esempio di quella approntata dalla SItI².

Figura 10 - Interventi di comunicazione e informazione contro l'esitanza: canali utilizzati

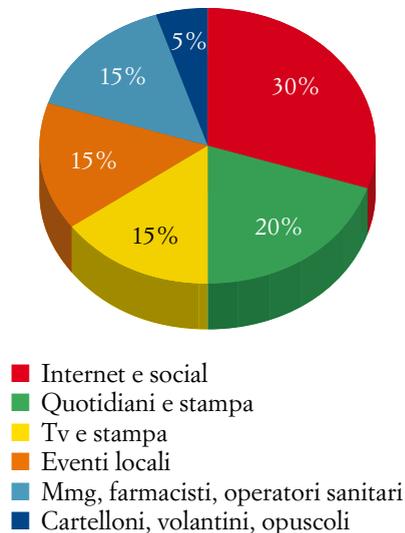


Figura 11 - Luoghi di vaccinazione: numero medio di sedi utilizzate

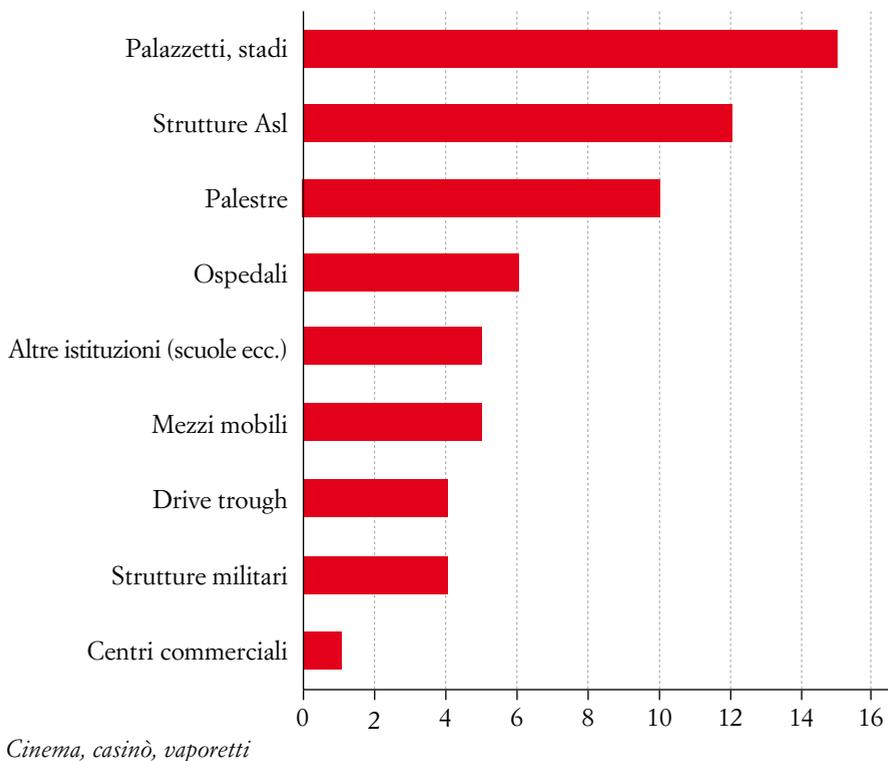
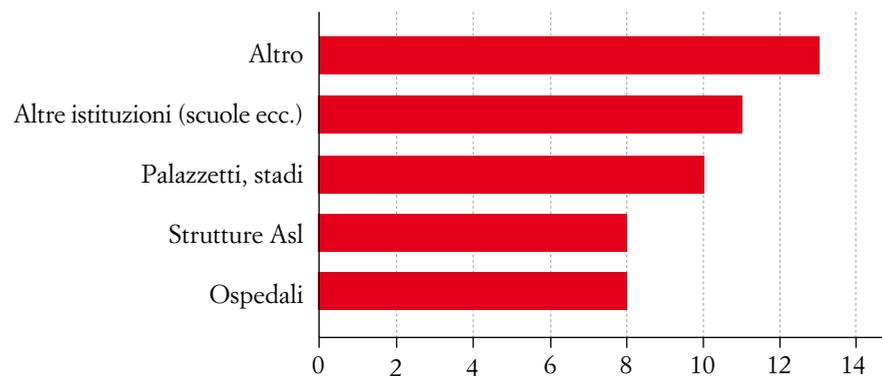


Figura 12 - Luoghi di vaccinazione - numero medio di ore di apertura



Va viceversa segnalata la carenza di *check list* nelle farmacie (*figura 13*), che - come altre notazioni confermeranno più avanti - sembrano quasi costituire in qualche modo un “mondo a sé” nel quadro degli interventi anti-pandemia del Ssn.

Tabella 2 - Check list Asl delle informazioni e dei controlli operativi necessari alla vaccinazione

B. Controlli operativi - conferma delle avvenute attività

Di seguito una lista che aiuti a verificare che i passi propedeutici fondamentali siano stati tutti compiuti correttamente. Questa check list va applicata in ogni regione, distintamente per ogni vaccino. Va applicata per ogni giorno di vaccinazione con riassunti settimanali e mensili.

Livello regionale (Struttura di riferimento - Unità Operativa/Servizio Prevenzione)

- Verifica della operatività per stoccaggio delle dosi presso centro/i di conservazione a livello regionale
- Verifica e controllo:
 - dosi residuali disponibili
 - dispositivi sanitari per le vaccinazioni (siringhe, ecc)
- Verifica e controllo della ricezione del numero di dosi ricevute:
 - direttamente dal produttore
 - dal centro dispacciamento nazionale
- Verifica e controllo della ricezione del numero e della idoneità dei dispositivi sanitari ricevuti
- Verifica numero dosi e dispositivi sanitari da inviare a singole aziende sanitarie
- Individuazione, verifica e controllo della operatività dei centri di conservazione dosi presso aziende sanitarie
- Invio dosi e dei relativi dispositivi sanitari ai singoli centri/punti di ricezione aziende sanitarie
- Ricezione conferma avvenuta consegna dosi e relativi dispositivi sanitari alle aziende sanitarie
- Verifica consistenza delle scorte della fornitura non consegnata alle aziende sanitarie:
 - vaccini
 - dispositivi sanitari
- Verifica e riepilogo nei centri/punti di somministrazione:
 - dosi di vaccino somministrate
 - dispositivi sanitari utilizzati o risultati inutilizzabili

Livello di Azienda Sanitaria Locale (Dipartimento di Igiene e Prevenzione)

Per ogni Azienda:

- Verifica tempistiche previste per la consegna dei lotti di varie tipologie di vaccini e dispositivi sanitari
- Programmazione delle liste di assistiti per ogni centro/punto vaccinale distinte per tipo di vaccino e modello vaccinale
- Pianificazione operativa della somministrazione per ogni tipologia di vaccino
- Contatto assistiti per programmazione sedute di vaccinazione (compreso richiamo)
- Trasmissione liste vaccinandì a centri/punti vaccinali
- Verifica avvenuta vaccinazione dei soggetti
- Contatto per eventuale recupero dei soggetti che non abbiano ricevuto la vaccinazione come da programma
- Aggiornamento appuntamenti per vaccinazioni e recuperi

Per ogni tipologia di vaccino - separatamente

- Individuazione sedi di ricezione delle dosi per stoccaggio locale
- Conferma presenza attrezzature per conservazione in ciascuna sede locale
- Verifica numero dosi da inviare a sedi locali /centri/punti vaccinali
- Verifica e conferma numero dosi ricevute da ciascun centro/punto locale

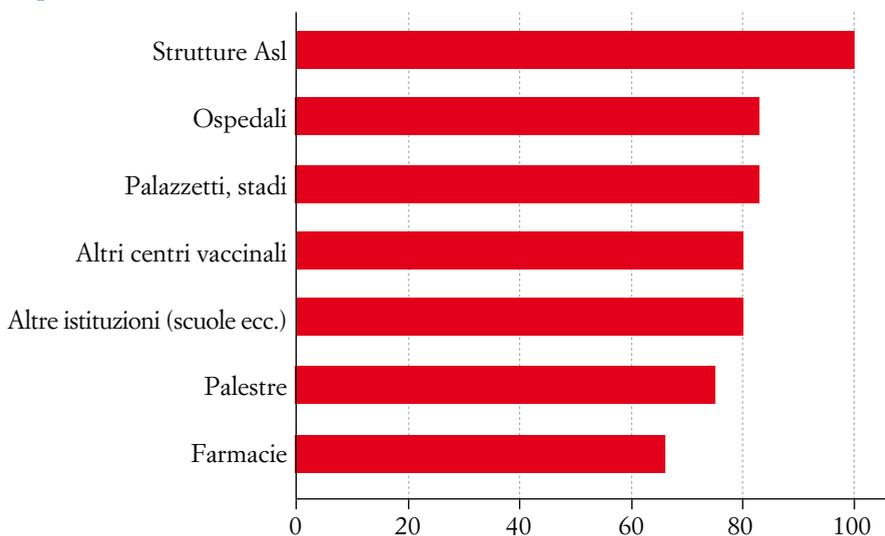
Per ogni sede locale

- Individuazione dei centri/punti vaccinali attivati/modello centro vaccinale utilizzato
- Verifica e conferma disponibilità attrezzature/dispositivi di protezione individuale/Kit emergenza per ogni centro/punto vaccinale
- Conferma responsabile medico e membri di ciascuna equipe vaccinale
- Conferma training per ciascun membro delle squadre vaccinali o individuazione nominativi assistiti da vaccinare
- Conferma avvenuto contatto con assistiti/caregiver/medico di medicina generale degli assistiti da vaccinare
- Definizione numero vaccinandì per ogni centro/punto vaccinale
- Distribuzione dosi ai centri/punti vaccinali
- Conferma ricezione numero dosi in ogni centro/punto vaccinale

Per Centro/Punto Vaccinale - (erogatore di un solo tipo di vaccino):

- Verifica delle scorte presenti e dello stato di conservazione di:
 - dosi vaccinali
 - presidi sanitari vaccinali
- Conferma della presenza delle attrezzature e verifica dell'accessibilità ai sistemi informatici
- Verifica delle altre attrezzature necessarie per la vaccinazione (sedie, lettino, tavolino, scrivania, ecc)
- Check processo di: accoglienza/anamnesi/raccolta consenso/ricostituzione dosi/iniezione/registrazione avvenuta vaccinazione/osservazione/allontanamento soggetto vaccinato
- Controllo e conferma numerosità consensi informati raccolti
- Controllo e conferma registrazione a sistema di dosi erogate
- Verifica numero dosi somministrate e dispositivi sanitari utilizzati
- Verifica e controllo di dosi e dispositivi sanitari:
 - restituiti
 - residui scorte

Figura 13 - Presenza di check list nei diversi luoghi di vaccinazione, in percentuale



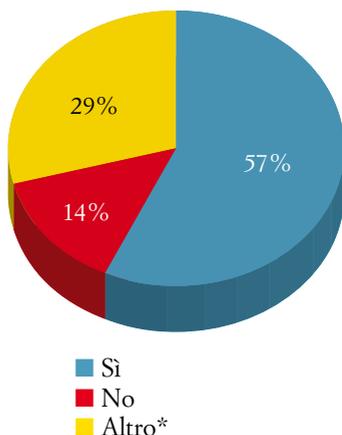
2.3.3 Aspetti legati all'inoculazione

In più della metà dei Dipartimenti viene effettuato un consenso informato con moduli compilati prima della vaccinazione e ritirati al momento della inoculazione (*figura 14*), ma la scelta del vaccino da inoculare è permessa al vaccinando solo in un Dipartimento su 10.

Nelle diverse categorie di vaccinand, per gli ultraottantenni ed i fragili sono stati utilizzati tra i diversi vaccini disponibili solo Comirnaty (di Pfizer-BioNtech) e Spikevax (Moderna) in quantità pressoché uguale, mentre Vaxzevria (di AstraZeneca-Univ.Oxford) ed in particolare il vaccino Janssen Ad26.COV2.S (Johnson&Johnson) sono stati utilizzati in tutte le altre categorie (*figura 15*). Ovviamente la differenza tra i produttori dei vaccini viene riportata per indicare la sottostante differenza nella tipologia dei vaccini: Comirnaty e Spikevax a mRNA, mentre Janssen e Vaxzevria a vettore virale non replicante; ciò permet-

te anche di sottolineare come l'offerta vaccinale si basi sulla scelta corretta di offrire diverse tipologie di vaccini a diversi sottogruppi di popolazione.

Figura 14 - Consenso informato con moduli compilati prima della vaccinazione e raccolti al momento della vaccinazione



- *
• compilazione di modulo cartaceo e registrazione sul portale regionale
• raccolta su supporto informatico con firma su tablet

2.3.4 Aspetti legati al personale

La media delle unità di personale delle diverse qualifiche presenti nei diversi centri vaccinali è riportata in *figura 16*.

La figura evidenzia in particolare come in ospedali e strutture Asl gli infermieri siano ovviamente i più presenti, ma essi presidiano anche palazzetti ed altri centri; e come medici e infermieri in pensione costituiscano il nerbo del personale presente in palazzetti e centri vari. In farmacia sono invece presenti solo farmacisti, dato che conferma quella sensazione di una certa loro "separatezza" cui sopra si faceva riferimento.

Figura 15 - Dosi somministrate nelle diverse categorie di soggetti in percentuale, per tipo di vaccino

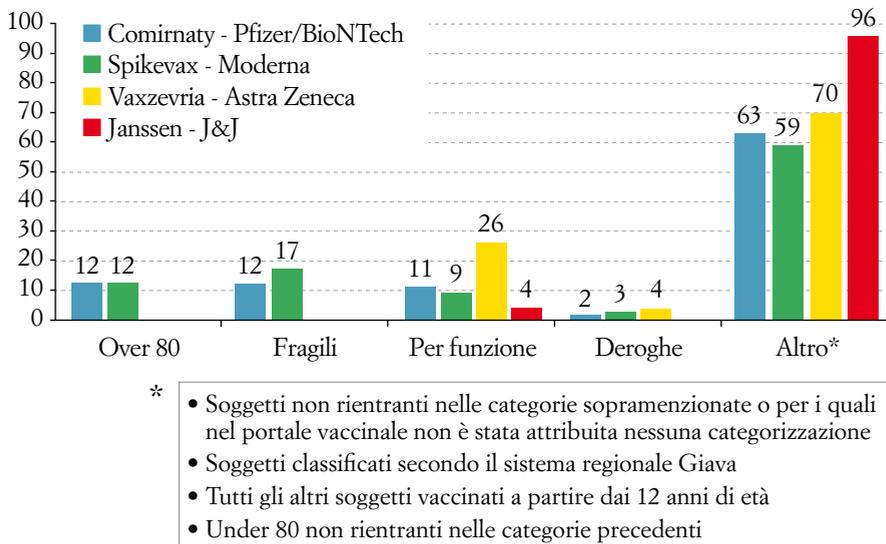
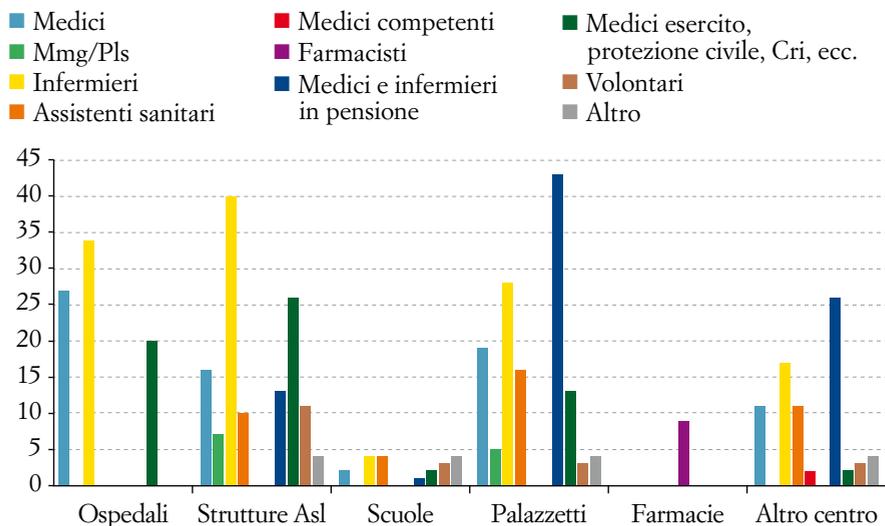


Figura 16 - Media delle unità di personale presenti nei diversi centri vaccinali, per qualifica



Una stima delle attività prevalenti svolte dalle diverse figure professionali impegnate nella campagna vaccinale anti-pandemia (considerata per grandi linee nelle sue fasi di accettazione del vaccinando - anamnesi e raccolta del consenso - inoculazione del vaccino - registrazione e dimissione) mostra come i medici siano impegnati prevalentemente in accettazione e anamnesi, i volontari nella accettazione, gli infermieri nella registrazione e nella inoculazione, medici e infermieri in pensione nella inoculazione (*figura 17*).

Riguardo poi alle diverse attività e al personale che se ne occupa in riferimento alla sua dislocazione nei vari luoghi di vaccinazione, si stima che di accettazione (*figura 18*) in tutti i centri si occupino prevalentemente volontari e altro personale (tranne che nelle farmacie, dove se ne occupano i farmacisti); di anamnesi (*figura 19*) in tutti i centri si occupino prevalentemente i medici (tranne che nelle farmacie, dove se ne occupano i farmacisti); di inoculazione (*figura 20*) si occupino preva-

Figura 17 - Media delle stime delle percentuali in cui il personale si occupa delle differenti fasi della vaccinazione

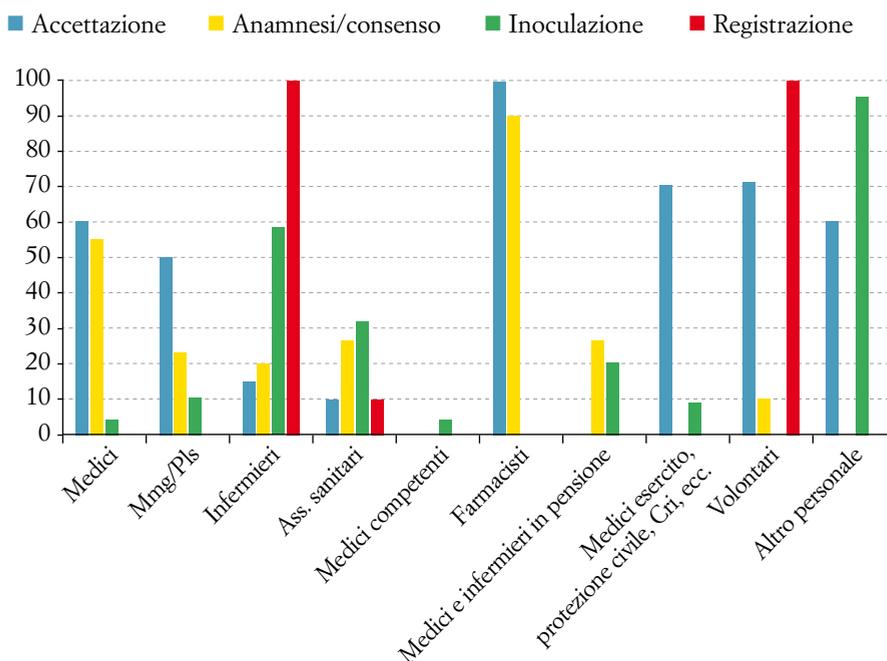


Figura 18 - Media delle stime delle percentuali di personale che si occupa dell'accettazione sul totale del personale nei centri vaccinali

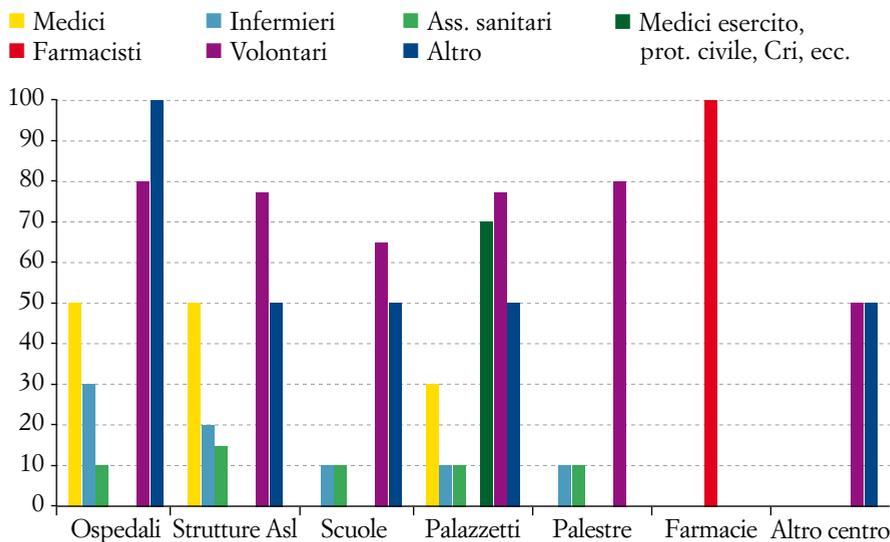


Figura 19 - Media delle stime delle percentuali di personale che si occupa di anamnesi e consenso informato sul totale del personale nei centri vaccinali

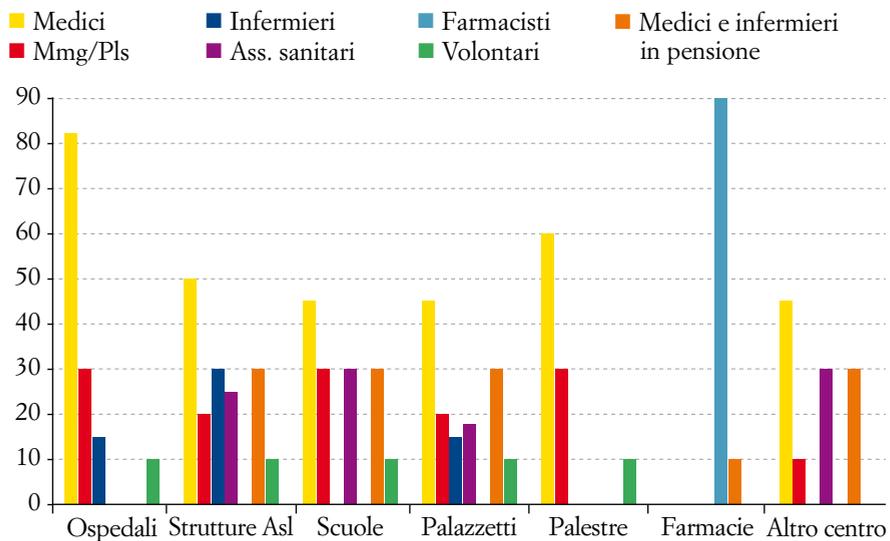


Figura 20 - Media delle stime delle percentuali di personale che si occupa dell'inoculazione sul totale del personale nei diversi centri vaccinali

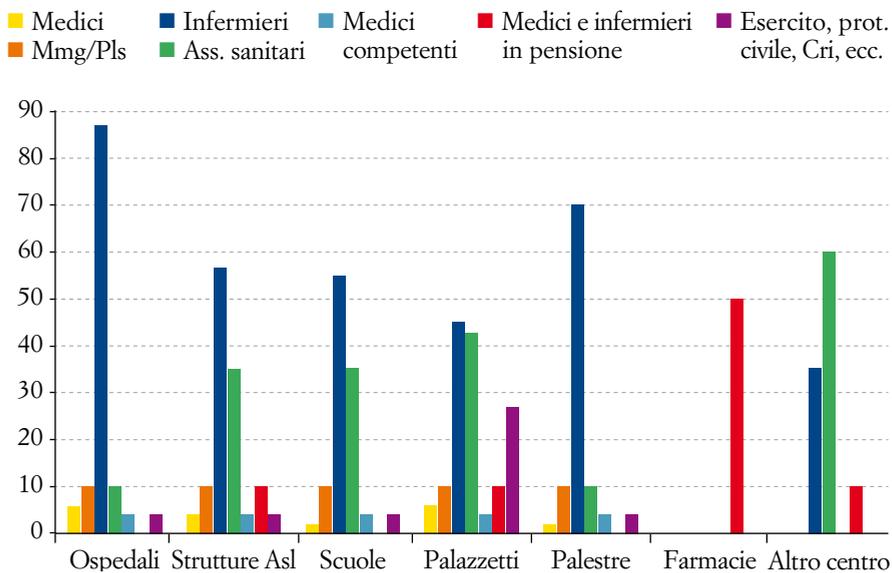
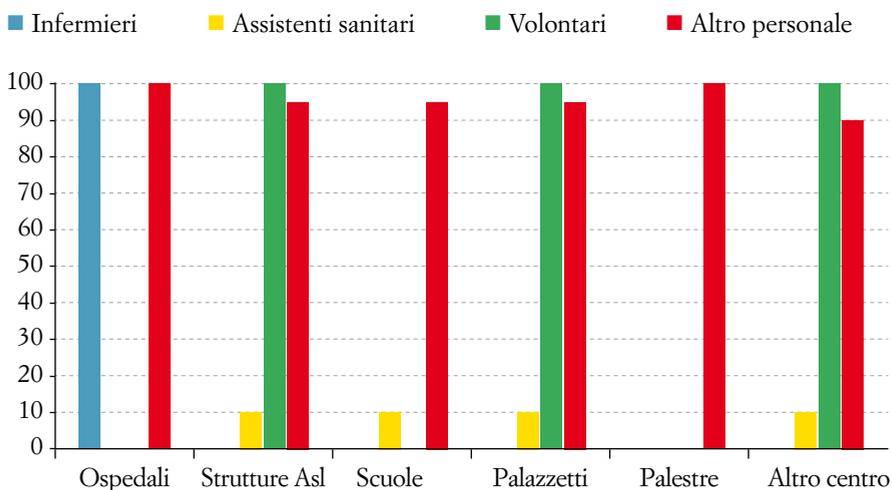


Figura 21 - Media delle stime delle percentuali di personale che si occupa della registrazione sul totale del personale nei diversi centri vaccinali



lentamente gli infermieri (tranne che nelle farmacie, dove se ne occupano i medici in pensione, e negli altri centri, dove se ne occupano gli assistenti sanitari); di registrazione si occupino in ospedale altro personale e infermieri, e in tutti gli altri luoghi i volontari e altro personale (*figura 21*).

2.4 Comunicazione e formazione in tema di pandemia

Alla luce di quanto sopra affermato circa la crucialità degli aspetti comunicativi per una gestione ottimale e una efficacia sempre più alta delle attività di contrasto della pandemia, appare non del tutto

soddisfacente che meno di un quarto dei Dipartimenti abbia attivato procedure codificate di formazione degli operatori in tema “pandemia di Covid-19 - campagna vaccinale” (*figura 22*).

Entrando poi nello specifico degli interventi attivati (*tabella 3*), le tecniche utilizzate per tali procedure sono prevalentemente i classici corsi di formazione in presenza, generali e per neoassunti, accompagnati anche dall'utilizzo del *web* in varie forme; gli obiettivi e i contenuti non si limitano alle competenze professionali sanitarie ma toccano anche le strategie organizzative e le competenze informatiche; e il personale cui sono rivolti - oltre evidentemente che gli operatori dei centri vaccinali - comprende vari specialisti ed anche personale amministrativo.

La diffusione di procedure codificate di comunicazione verso la popolazione appare invece più ampia (per quanto vada sempre tenuto bene presente come nella esiguità del campione considerato anche la differenza di un solo Dipartimento in più o in meno possa spostare sensibilmente la quota percentuale della rilevazione), essendo diffusa in 9 Dipartimenti su 10 (*figura 23*).

Tali procedure riconoscono una gamma di tecniche piuttosto ampia (*tabella 4*) che va dalla stampa, alla Tv, al *web*, ad eventi appositamente or-

Figura 22 - Esistenza di procedure codificate di formazione degli operatori

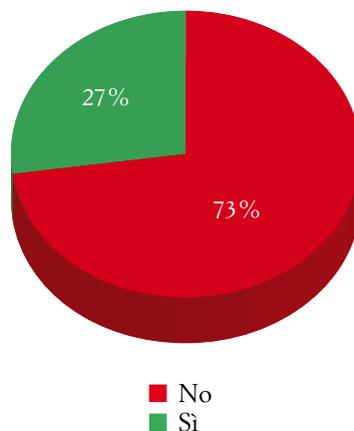
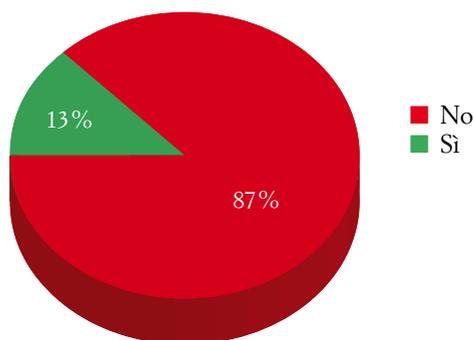


Tabella 3 - Interventi di formazione degli operatori

Tecniche	Obiettivi e contenuti	Bersagli
<ul style="list-style-type: none"> • Corsi di formazione per neoassunti • Formazione generale per: <ul style="list-style-type: none"> • somministrazione del vaccino e indicazione degli effetti collaterali • primo soccorso negli ambulatori vaccinali • utilizzo delle piattaforme di registrazione delle vaccinazioni • Incontri di formazione webinar e in presenza • Tutorial e diffusione di materiale cartaceo 	<ul style="list-style-type: none"> • Preparazione degli operatori alle attività di servizio • Incremento delle competenze professionali di natura sanitaria • Aggiornamento tecnico scientifico sulla campagna vaccinale e vaccini in disponibilità • Aggiornamento sulle strategie organizzative e tematiche inerenti • Modalità di conservazione, preparazione e somministrazione dei vaccini • Utilizzo dell'applicativo informatico regionale di registrazione della vaccinazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Operatori sanitari di nuova assunzione • Medici in formazione specialistica • Operatori dei centri vaccinali • Personale amministrativo

Figura 23 - Esistenza di procedure codificate di comunicazione nei Dipartimenti



ganizzati, al coinvolgimento dei Comuni, ecc; a conferma della “istintiva” e peraltro elementare percezione che in una campagna di popolazione sia appunto il coinvolgimento della popolazione il fattore assolutamente prevalente (ottimi vaccini, efficientissimi *hub* e valentissimi vaccinatori senza nessuno che voglia vaccinarsi perdonò evidentemente ogni effetto e ogni senso).

Obiettivi e contenuti del-

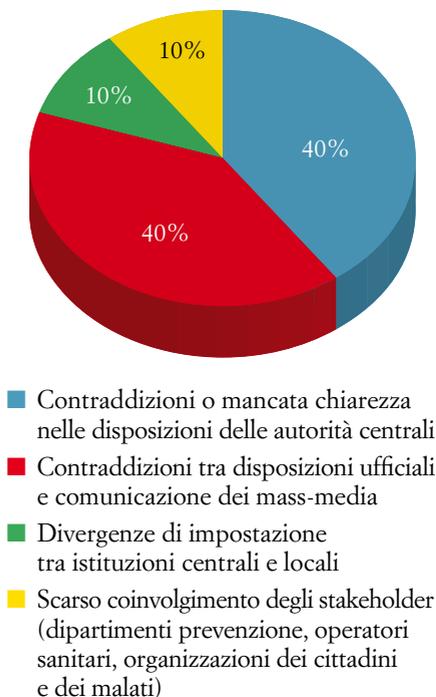
Tabella 4 - Interventi di comunicazione verso la popolazione generale

Tecniche	Obiettivi e contenuti	Bersagli
<ul style="list-style-type: none"> • Comunicati stampa, conferenze stampa • Sito web aziendale, canali social • Numero verde aziendale • Interviste, articoli stampa, Tv e radioinfografiche • Eventi mirati (<i>open day, open night, ecc.</i>) • Informative territoriali tramite i Comuni e nei centri vaccinali 	<ul style="list-style-type: none"> • Informazioni sulla campagna vaccinale (<i>disponibilità di vaccino, nuove aperture, sedi e orari, aspetti logistici, prioritarizzazioni e strategie, modalità di prenotazione ed accesso, andamento, dati di copertura vaccinale, numero di dosi eseguite, ecc.</i>) • Informazioni sui vaccini (caratteristiche, controindicazioni, sicurezza, effetto protettivo, ecc.) • Informazioni sull'andamento dell'epidemia • Guadagnare la fiducia dei cittadini, contrastare la diffidenza • Sensibilizzazione alla vaccinazione (vaccinazione come diritto da esigere e come momento di responsabilità e solidarietà sociale) • Chiamata attiva per categorie di fragilità o per sottogruppi di popolazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Popolazione generale • Fasce di popolazione interessate progressivamente dalla vaccinazione • Sottogruppi mirati di popolazione (over 65, popolazione giovane attiva, giovani dai 19 ai 39 anni, insegnanti, Forze dell'Ordine, soggetti fragili, socialmente svantaggiati e comunità <i>hard to rich, ecc.</i>)

la comunicazione verso la popolazione riguardano correttamente sia alcuni doverosi aspetti informativi (istruzioni per l'adesione alla campagna vaccinale, andamento della stessa e dell'epidemia, notizie sulle caratteristiche dei vaccini, ecc) sia soprattutto quella indispensabile azione di *advocacy* e di "educazione civica" su solidarietà sociale, diritti, doveri, della quale per la verità occorrerebbe ricordarsi anche in momenti di non pandemia, costituendo la sua riuscita uno dei fattori chiave per il successo di ogni organizzazione, ed a maggior ragione di una organizzazione etica come il Servizio sanitario nazionale che nel consenso dei cittadini fonda la radice stessa della sua esistenza e da esso trae ogni sua legittimazione e ogni sua forza.

La comunicazione - seppure stavolta considerata nella sua componente

Figura 24 - Problemi di rapporto tra le istituzioni, nazionali, regionali e locali, nel corso della campagna vaccinale



“interna” al Ssn - si mostra come un fattore cruciale anche per i problemi di rapporto inter-istituzionali insorti durante la gestione della pandemia, che i Responsabili dei Dipartimenti identificano in larga parte con i problemi nelle relazioni con la stampa e con i problemi di armonizzazione e trasmissione delle varie disposizioni tra i differenti livelli organizzativi sanitari, più ancora che con divergenze di merito (figura 24).

In realtà, anche la comune percezione degli ultimi mesi ha evidenziato la necessità di un vigoroso coordinamento, dal livello centrale a quelli più periferici, dei momenti della comunicazione pubblica di ogni aspetto attinente la pandemia; nella pur illusoria speranza di un auspicabilissimo futuro forte controllo e limitazione delle voci estemporanee, non qualificate, ridondanti, non coordinate al raggiungimento di un obiettivo comune.

3. Conclusioni

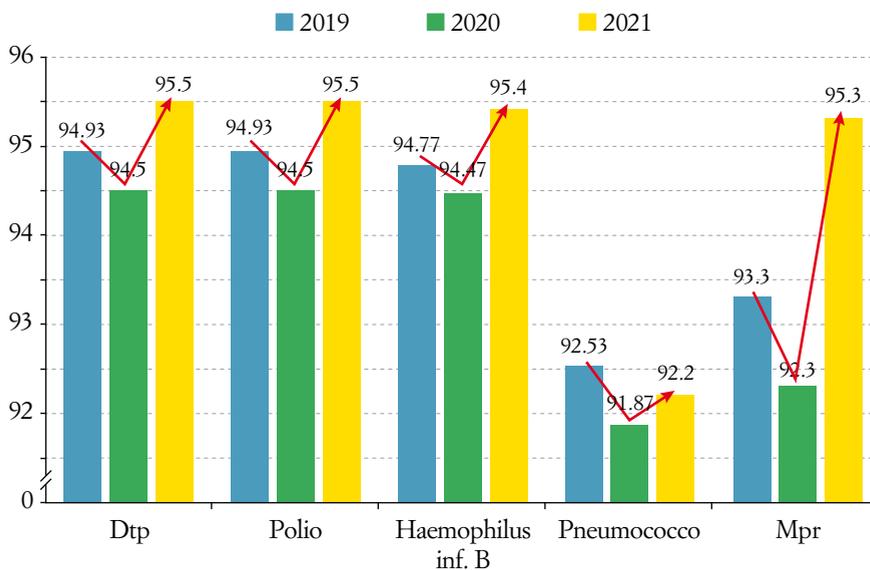
Il dato che sembra emergere con grande forza dalle rilevazioni Oip 2021 è quello della centralità assoluta, “strategica” in una campagna di prevenzione e vaccinazione di massa delle attività comunicative e di relazione con la popolazione e il territorio con le sue istituzioni e associazioni. Esso è peraltro il dato che appare meno “transeunte”, ossia che meno risente e meno risentirà dei cambiamenti già occorsi nelle attività anti-Covid-19, e che ancora vi occorreranno.

Una conferma indiretta può arrivare dalla figura 25, che registra l’andamento della copertura vaccinale per altre vaccinazioni, riportata dai

Dipartimenti partecipanti alla rilevazione, nel periodo della pandemia di Covid-19, e che mostra l'andamento comune e piuttosto singolare di una flessione nel 2020 seguita da un rialzo nel 2021 fino a livelli superiori a quelli del 2019. Tale andamento può avere evidentemente molte spiegazioni, ma può essere suggestivo correlarlo all'evoluzione del "comune sentire" circa i vaccini (e forse anche circa il sistema sanitario nel suo complesso) in cui si è passati da una quota iniziale pre-Covid-19 di disinteresse, diffidenza o quasi ostilità piuttosto diffusa (gli assalti ai Pronto Soccorso, le aggressioni fisiche ai medici, ecc.) ad una fase di sfiducia e disorientamento collegata alle gravi situazioni prodotte inizialmente dalla pandemia e dalla mancanza di un vaccino, ad una fase in cui il vaccino finalmente disponibile è stato giustamente inquadrato come l'unica possibilità per uscire dalle difficoltà della pandemia, probabilmente trascinando con sé con la forza dell'evidenza i settori non ideologici dell'antivaccinismo, e determinando una attitudine favorevole verso tutte le altre vaccinazioni.

Tale risultato potrà essere consolidato quanto più si riuscirà a realizzare una forte alleanza con soggetti ed agenzie culturali e comunicative, formative ed informative pubbliche e private, con l'obiettivo non solo di

Figura 25 - Copertura altre vaccinazioni



incrementare la *health literacy* collettiva, ma anche e soprattutto di stimolare atteggiamenti e motivazioni verso gli interventi sanitari che si fondino solo sulla conoscenza corretta e per così dire “certificata” dei loro effetti di salute (che peraltro sarà certificata efficacemente solo da un Ssn che lavori coscientemente sulla propria immagine di certificatore efficace...!), e che vengano depurati da resistenze o opposizioni preconcette o ideologiche.

Il dato messo in evidenza in questo lavoro, che segnala la scuola come paradossalmente l’ambito delle maggiori resistenze antivacciniste, mostra tutta l’urgenza per la Sanità pubblica, a livello nazionale e nei singoli territori, di costituirsi pienamente come elemento produttore di conoscenze e atteggiamenti - ossia di cultura - senza tentennamenti, dimenticando antiche diffidenze e scetticismi verso tutto ciò che non sia intervento biomedico immediatamente misurabile, e sviluppando politiche pienamente culturali e strategie ragionate di alleanze con tutti i soggetti - e di presenza in tutti i momenti - che “fanno opinione” in ogni territorio.

Un dispiegamento completo del progetto Oip, quale quello auspicato in recenti convegni e pubblicazioni scientifiche³, prevede anche questo itinerario, percorribile grazie alla attivazione di una struttura Oip multipartita che tenga insieme una forte base di sorveglianza epidemiologica del territorio, epidemiologia dei servizi, riflessioni e interventi in campo di sociologia sanitaria, attraverso il tessuto connettivo di un sistema diffuso di comunicazione sanitaria fondato sull’ascolto/rilevazione, e poi sugli interventi nel territorio: dalle Scuole di sanità pubblica per gli operatori, ai protocolli di progettazione e valutazione degli interventi partecipata dai cittadini, dai protocolli di *advocacy* verso la popolazione generale, agli interventi mirati in realtà istituzionali (*in primis* le scuole) effettuati in strettissima sinergia con le istituzioni stesse.

Risulta infatti confermato anche nelle rilevazioni Oip 2021 come gli aspetti percettivi generati dal sistema organizzativo siano quelli di gran lunga più rilevanti per un buon successo delle campagne sanitarie di collettività, esattamente come gli aspetti auto-percettivi delle popolazioni cui le campagne si rivolgono.

Più in generale, le nostre rilevazioni confermano anche come una campagna vaccinale richieda una organizzazione estremamente complessa, che necessita di strategie codificate e di professionisti preparati in termini scientifici e comunicativi; e sottolineano come la rete dei Dipartimenti di prevenzione possa costituire l’interlocutore privilegiato per coloro che vo-

gliano conoscere, analizzare, valutare gli interventi di Sanità pubblica al fine di intraprendere percorsi di miglioramento.

Assume dunque ulteriore rilevanza l'opportunità di condurre nel corrente anno la campagna di rilevazione nazionale Oip, che prevede una ampia quota di indicatori qualitativi e soggettivi mirati su operatori e popolazione; e che potrà fornire dunque una indicazione di come possa essere strutturato un sistema epidemiologico che fornisca ai decisori davvero tutte le informazioni che servono, raccolte in tutti gli ambiti cruciali per la salute, senza eccezioni, che permettano interventi di tutela e promozione della salute intesa davvero operativamente e pienamente nella sua accezione bio-psico-sociale.

Bibliografia

1. F. Calamo-Specchia, A. L. Nicelli, M. Valsecchi, *Osservatorio Italiano Prevenzione (Oip) dal 2010 a oggi: realizzazioni e possibilità di sviluppo*, Tendenze nuove, 5-110, 1, 2017
2. Cfr. https://www.vaccinarsi.org/assets/uploads/files/SITI_OIP_Decalogo_per_il_piano_vaccinale_anti_COVID_19.pdf
3. F. Calamo-Specchia, *Verso un sistema stabile di epidemiologia incardinato nei Dipartimenti di prevenzione*, In: *Rapporto Prevenzione 2019-2020. Dieci anni di Oip. Realtà e prospettive*, pag. 129-194, FrancoAngeli, Milano, 2020