

Francesco Calamo-Specchia^{1,2}, Camilla Falivena³
Massimo Andreoni^{4,5}, Elio Borgonovi^{2,3}, Giampietro Chiamenti⁶
Carla Collicelli⁷, Michele Conversano^{8,9}, Lucio Da Ros²
Enrico Di Rosa^{8,10}, Antonio Ferro^{8,11}, Fausto Francia⁸
Paolo Pandolfi^{8,12}, Luca Gino Sbrogiò^{8,13}, Carlo Signorelli^{8,14}
Emanuele Torri^{8,15}, Gianluca Voglino²

Osservatorio Italiano Prevenzione (Oip): 1° Rilevazione Rapida 2022 sulle attività di vaccinazione anti *Covid-19*

1. Introduzione

Come ormai ben noto nel mondo della sanità pubblica italiana, è operante dal 2010 l'Osservatorio Italiano Prevenzione (Oip)¹, costituitosi su impulso della Fondazione Smith Kline, tempestivamente raccolto dalla Società Italiana di Igiene (SIItI), cui si sono associate successivamente la Società Italiana di Medicina Veterinaria Preventiva (Simevep) e la Società Nazionale Operatori della Prevenzione (Snop).

1. Una testimonianza completa delle attività dell'Oip, oltre che nel sito www.osservaprevenzione.it è rinvenibile nella serie dei Rapporti Prevenzione editi dal 2010 a cura della Fondazione Smith Kline, ed in particolare nei seguenti lavori in essi contenuti: D. Lagravinese, F. Calamo-Specchia, *Costruzione dell'osservatorio*, in (a cura di Boccia A. et al.): *Rapporto prevenzione 2010 - La formazione alla prevenzione*, pag. 17-54, Il Mulino, Bologna, 2010; D. Lagravinese, F. Calamo-Specchia, *Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip): precisazioni metodolo-*

¹Coordinatore Oip; ²Fondazione Smith Kline; ³CERGAS Bocconi; ⁴Università di Tor Vergata, Roma; ⁵SIMIT - Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali; ⁶Past President Fimp - Federazione Italiana Medici Pediatri; ⁷CNR CID-Ethics; ⁸SIItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica; ⁹Dip. Prevenzione Taranto; ¹⁰Dip. Prevenzione ASL Roma 1; ¹¹APSS Trento; ¹²Dip. Sanità Pubblica AUSL Bologna; ¹³Dip. Prevenzione ULSS6 Euganea; ¹⁴Università Vita Salute S. Raffaele; ¹⁵Dipartimento Salute e Politiche Sociali PA Trento.

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*.

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 (*figura 1*) ben l'82% dei Dipartimenti italiani; e si è quindi preparato a compiere lo sforzo mirante a coprire per inte-

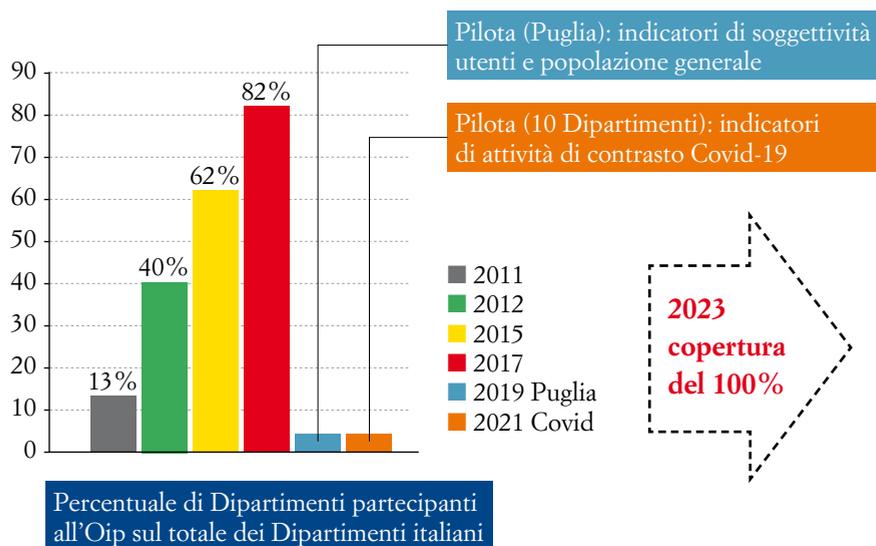
giche e primi risultati, in (a cura di Boccia A. et al.): *Rapporto prevenzione 2011 - Le attività di prevenzione*, pag. 19-218, Il Mulino, Bologna, 2011; D. Lagravinese, F. Calamo-Specchia, *Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip): conferme sperimentali e prospettive di stabilizzazione*, in (a cura di Boccia A. et al.): *Rapporto prevenzione 2012 - La governance della prevenzione*, pag. 17-322, Il Mulino, Bologna, 2012; F. Calamo-Specchia, A.L. Nicelli, M. Valsecchi, *Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip): verso una copertura completa del territorio nazionale*, in (a cura di Cislighi, C. et al.): *Rapporto prevenzione 2013 - L'economia della prevenzione*, pag. 19-57, Il Mulino, Bologna, 2013; F. Calamo-Specchia, A.L. Nicelli, M. Valsecchi, *L'Osservatorio italiano prevenzione (Oip) 2015: storia, risultati, prospettive*, in (a cura di) M. Bassi, F. Calamo-Specchia, et. Al., *Rapporto prevenzione 2015 - Nuovi strumenti per una prevenzione efficace*, pag. 13-108, Franco Angeli editore, 2015; F. Calamo-Specchia, D. Lagravinese, *Osservatorio Italiano Prevenzione (Oip): rilevazioni 2017*, in (a cura di) F. Faggiano, F. Calamo-Specchia, et. al, *Rapporto prevenzione 2017 - Nuovi strumenti per una prevenzione efficace*, pag. 9-216, Franco Angeli editore, 2018; F. Calamo-Specchia, *Il primo obiettivo strategico Oip e il suo conseguimento tramite gli obiettivi operativi 2010-17* (pag. 13-25); F. Calamo-Specchia, *Il secondo obiettivo strategico Oip e proposta di obiettivi operativi per conseguirlo a partire dal 2020* (pag. 26-47) e F. Calamo-Specchia, D. Lagravinese, *Gli indicatori strutturali, funzionali e di soggettività degli operatori* (pag. 51-95), tutti in (a cura di F. Calamo-Specchia, et Al.) *Rapporto Prevenzione 2019-2020. Dieci anni di Oip. Realtà e prospettive*, FrancoAngeli, Milano, 2020.

ro 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.

Ma il sopraggiungere della emergenza legata alla pandemia ha evidentemente 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-19². Stante la drammaticità del momento, che assorbiva totalmente gli sforzi dei Colleghi 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.

Figura 1 - Rilevazioni Oip 2011 - 2021



2. "Osservatorio Italiano Prevenzione (Oip): le rilevazioni 2021 sulle attività di contrasto della pandemia di Covid-19" - F. Calamo Specchia et al., Tendenze Nuove, Numero 1 - 2022; 1-27; DOI: 10.32032/TENDENZENUOVE20220103.PDF

2. Le rilevazioni rapide Oip del 2022 sulle attività di vaccinazione anti Covid-19

Nel febbraio 2022 si è deciso di aggiungere ulteriore conoscenza a quanto già evidenziato con la rilevazione del 2021 circa la risposta organizzata del Ssn alla pandemia di Covid-19.

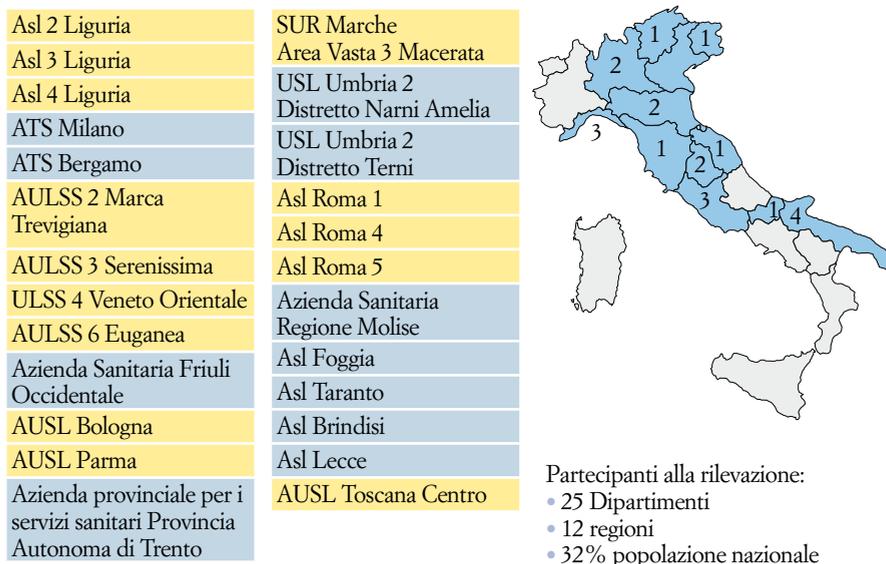
Si è dunque approntato un questionario rapido, contenente poche domande centrate su alcuni nodi ritenuti cruciali nella organizzazione delle attività vaccinali; quali in particolare la numerosità degli *hub* vaccinali e il personale impiegato, il numero delle somministrazioni vaccinali giornaliere e l'effettuazione delle attività di tracciamento.

Il questionario, messo a punto dal Board della Prevenzione - Oip, in collaborazione con la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIIP) è stato inviato a oltre 75 Direttori di Dipartimento di Prevenzione di 15 Regioni e 2 PPAA (Pubbliche Amministrazioni).

Dettagli del questionario sono riportati in Appendice.

Alle rilevazioni - mirate sul dicembre 2021 - hanno preso parte 25 Dipartimenti distribuiti in 12 Regioni (figura 2), che hanno fornito le loro risposte nell'arco del febbraio- marzo 2022.

Figura 2 - Rilevazione rapida Oip mirata su dicembre 2021



La popolosità di tali Dipartimenti varia da un minimo di circa 150.000 abitanti a un massimo di quasi 3.500.000, ed essi servono nel loro complesso più di 18.000.000 di cittadini, ossia circa un terzo degli oltre 59.000.000 di 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.

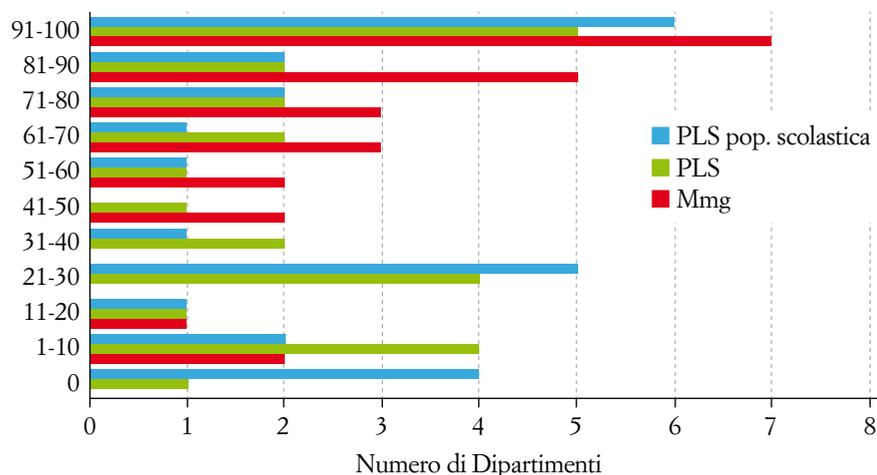
Pur non trattandosi dunque di un campione selezionato per essere statisticamente significativo, esso può però costituire uno spaccato della realtà della sanità pubblica italiana sufficientemente rappresentativo, o comunque di sicuro fortemente suggestivo.

2.1 Personale e strutture impiegati nella campagna vaccinale anti Covid-19

Dalle stime dei Responsabili dei Dipartimenti che hanno compilato il questionario rapido Oip risulta come in quasi la metà dei Dipartimenti una quota superiore all'80% dei medici di medicina generale (Mmg) abbia aderito alla campagna vaccinale. I Mmg hanno comunque aderito in una quota pari o superiore ad 1 su 2 nell'80% dei Dipartimenti (*figura 3*).

Meno soddisfacente il rilievo relativo ai pediatri di libera scelta (PLs): l'80% e oltre di partecipazione si riscontra infatti solo in un terzo dei Dipartimenti per i PLs che aderiscono alle vaccinazioni in ambito scolastico, e in meno del 30% dei Dipartimenti per i PLs in generale.

Figura 3 - Percentuale stimata di sanitari che hanno aderito alla campagna vaccinale



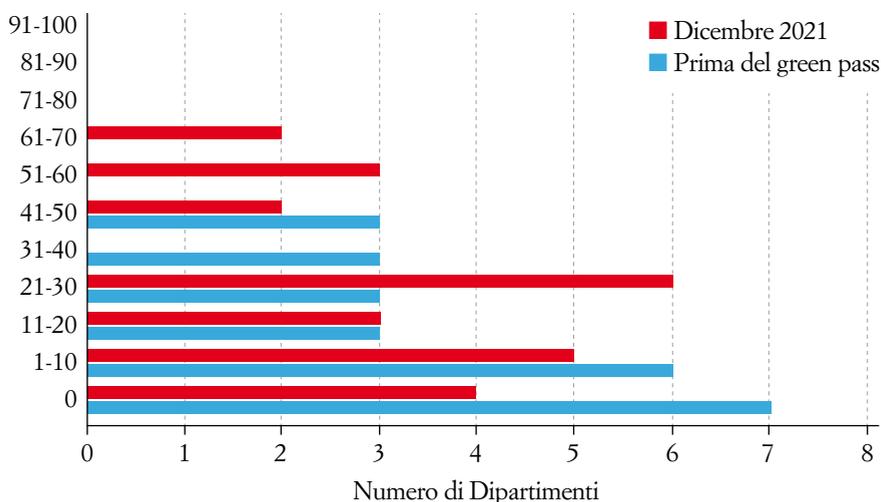
Va segnalato peraltro che i Pls che hanno aderito alla campagna scolare sono non più di 1 su 10 in un quarto dei Dipartimenti (con zero adesioni in 4 Dipartimenti), e i Pls che hanno aderito in generale alla campagna vaccinale sono non più di 1 su 10 in un quinto dei Dipartimenti.

Anche la stima delle farmacie che hanno aderito alla campagna vaccinale mostra un quadro non particolarmente lusinghiero (figura 4). Infatti, in epoca anteriore alla introduzione del *green pass*, in nessun Dipartimento si è verificata una partecipazione di oltre la metà delle farmacie presenti, nel 30% dei Dipartimenti non si è riscontrata la partecipazione di alcuna farmacia, e in più del 50% dei Dipartimenti le farmacie aderenti sono state solo 1 su 10 o meno.

Nel dicembre 2021 la situazione appare migliorata: la quota massima di farmacie partecipanti sale al 70% in 2 Dipartimenti, si dimezza quasi il numero di Dipartimenti in cui nessuna farmacia aderisce alla campagna vaccinale, e in quasi 3 Dipartimenti su 4 almeno una farmacia su 3 contribuisce allo sforzo di vaccinazione anti *Covid-19*.

Per quanto attiene agli *hub* vaccinali in generale, la stima dei Dipartimenti rispondenti ne segnala in epoca anteriore alla introduzione del *green pass* un massimo di 583 in totale, con una media quindi di circa 23 *hub* per Dipartimento (figura 5). Essi sono presenti in numero pari o inferiore a 10 quasi nella metà dei Dipartimenti, e superiore ai 50 in soli tre Dipartimenti.

Figura 4 - Percentuale stimata di farmacie che hanno aderito alla campagna vaccinale



Nel dicembre 2021 il numero degli *hub* si dimezza e scende a 286, con una media di circa 11 per Dipartimento. Anche in questo caso la rilevazione mostra come quasi il 70% dei Dipartimenti utilizzino fino a 10 *hub*, un altro 30% ne utilizzi da 11 a 30, ed uno solo ne utilizzi più di 50.

Analizzando poi la riduzione del numero di *hub* in quota percentuale per ogni Dipartimento (*figura 6*), si può rilevare come effettivamente in ol-

Figura 5 - Numero di *hub* impiegati nella campagna vaccinale

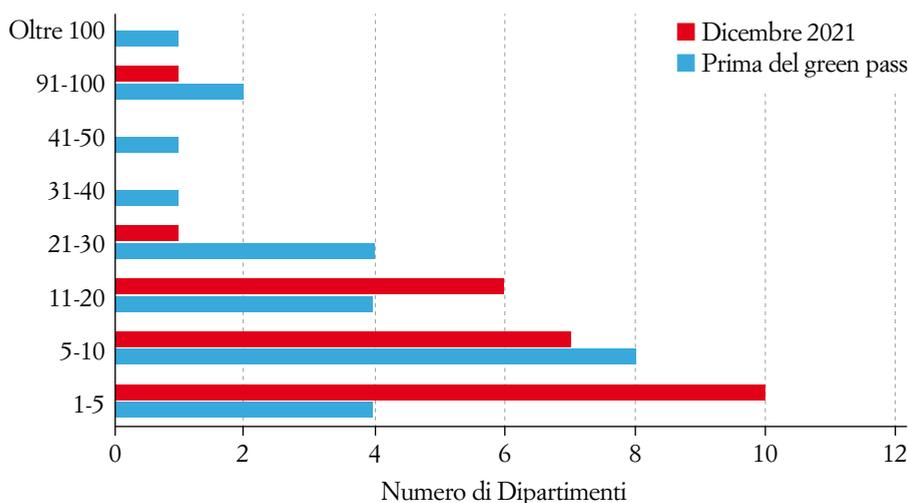
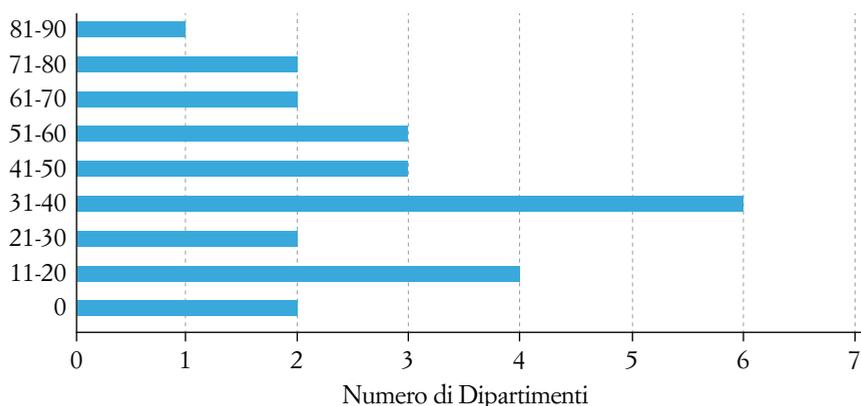


Figura 6 - Riduzione percentuale degli *hub* vaccinali da prima del green pass a oggi



tre i due terzi dei Dipartimenti tale riduzione sia del 50% o meno (la percentuale di riduzione più frequente è tra il 30 e il 40%, registratasi in 1 Dipartimento su 4) e in uno solo sia superiore all'80%.

2.2 Somministrazioni vaccinali giornaliere

Una comparazione desunta dalle stime dei Dipartimenti rispondenti mostra una diminuzione di 86.100 somministrazioni giornaliere nel totale di quelle effettuate complessivamente dai 24 Dipartimenti; che passano dal dato storico massimo di 236.407 somministrazioni giornaliere totali a quello di 150.307 somministrazioni giornaliere totali effettuate nel dicembre 2021 (con una diminuzione di oltre un terzo).

Si riscontra una diminuzione nel dicembre 2021 anche nella media di somministrazioni giornaliere per Dipartimento - circa 6.000 - rispetto al massimo "storico" delle somministrazioni vaccinali giornaliere, pari a circa 9.450. Più nel dettaglio, si passa da un massimo storico di 41.600 somministrazioni giornaliere nel Dipartimento con più somministrazioni tra i 25 rispondenti, ad un massimo di 36.000 somministrazioni giornaliere nello stesso Dipartimento, che è il più attivo anche nel dicembre 2021; mentre il minimo di somministrazioni - 700 - è lo stesso nello "storico" e nel dicembre 2021, e anch'esso si riscontra nel medesimo Dipartimento.

Le somministrazioni giornaliere hanno raggiunto nello "storico" un picco massimo superiore alle 16.000 in due Dipartimenti; in un quinto dei Dipartimenti sono rimaste al massimo sotto le 3.000, e complessivamente in oltre il 50% dei Dipartimenti sotto le 9.000. Nel dicembre 2021 il picco massimo di oltre 16.000 somministrazioni è stato raggiunto solo in un Dipartimento, mentre sotto le 3.000 somministrazioni sono un terzo dei Dipartimenti, e complessivamente sotto i 9.000 oltre il 90% di essi (*figura 7*).

Comparando poi il numero medio delle somministrazioni vaccinali alla popolosità dei diversi Dipartimenti (*figura 8*) si evidenzia come esso abbia storicamente raggiunto un massimo pari o inferiore all'1,5% della popolazione residente nel 75% dei Dipartimenti, e si sia spinto fino al 2% della popolazione in un altro 15% circa dei Dipartimenti; mentre nel dicembre 2021 il 70% dei Dipartimenti mantiene la media giornaliera delle inoculazioni sotto l'1% della popolazione, e un altro 25% circa non supera l'1,50% della popolazione, confermando così la tendenza alla riduzione generale delle pratiche vaccinali anti *Covid-19*.

La riduzione percentuale non è comunque correlata né alla popolosità né all'ampiezza dei Dipartimenti né alla loro collocazione geografica; e nem-

Figura 7 - Somministrazioni vaccinali giornaliere in numero assoluto

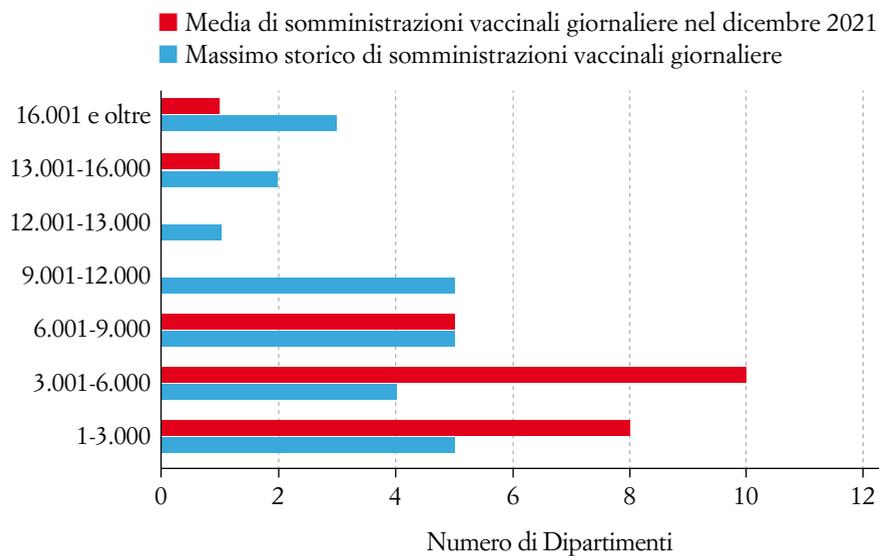
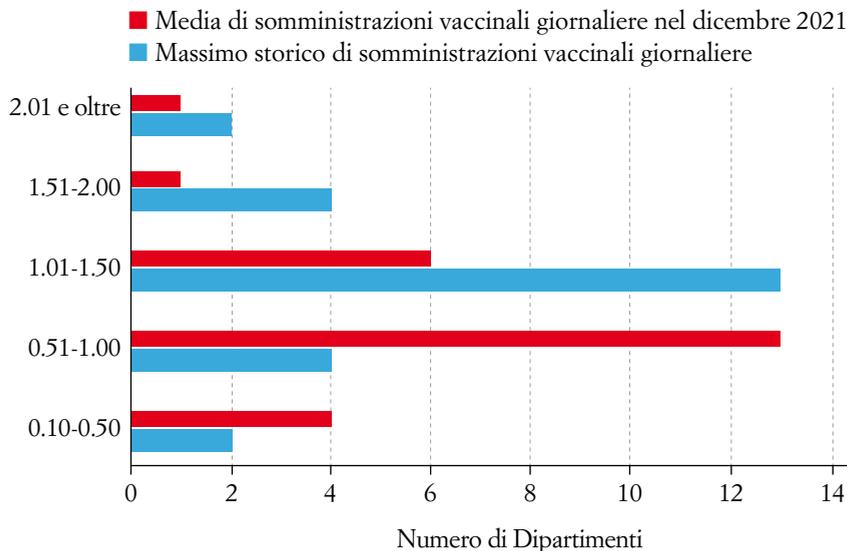


Figura 8 - Somministrazioni vaccinali giornaliere in % della popolazione residente



meno al loro livello di attività vaccinale, come si mostra in *tabella 1*. Le dinamiche che ne sono alla base dovrebbero essere dunque meglio indagate (verosimilmente cercandole nell'ambito dell'andamento dell'epidemia, degli atteggiamenti culturali collettivi, dei fattori organizzativi sanitari, ecc).

Tabella 1 - Riduzione percentuale delle vaccinazioni giornaliere rispetto al massimo storico per Dipartimento

	Vaccinazioni giornaliere massime effettuate	Graduatoria per vaccinazioni effettuate	Diminuzione percentuale	Graduatoria per diminuzione percentuale
Dipartimento A	41.630	1	66%	4
Dipartimento B	20.850	2	41%	11
Dipartimento C	16.586	3	80%	2
Dipartimento D	15.000	4	44%	9
Dipartimento E	14.930	5	13%	19
Dipartimento F	12.033	6	88%	1
Dipartimento G	10.004	7	36%	13
Dipartimento H	10.000	8	33%	14
Dipartimento I	10.000	8	57%	7
Dipartimento J	10.000	8	40%	12
Dipartimento K	9.500	9	43%	10
Dipartimento L	8.703	10	58%	6
Dipartimento M	8.200	11	65%	5
Dipartimento N	7.794	12	40%	12
Dipartimento O	7.000	13	17%	18
Dipartimento P	6.739	14	71%	3
Dipartimento Q	6.000	15	11%	20
Dipartimento R	5.000	16	56%	8
Dipartimento S	3.376	17	30%	15
Dipartimento T	3.200	18	40%	12
Dipartimento U	2.600	19	19%	17
Dipartimento V	2.500	20	33%	14
Dipartimento W	2.062	21	25%	16
Dipartimento X	2.000	22	0%	21
Dipartimento Y	700	23	0%	21

2.3 Tracciamento dei contatti

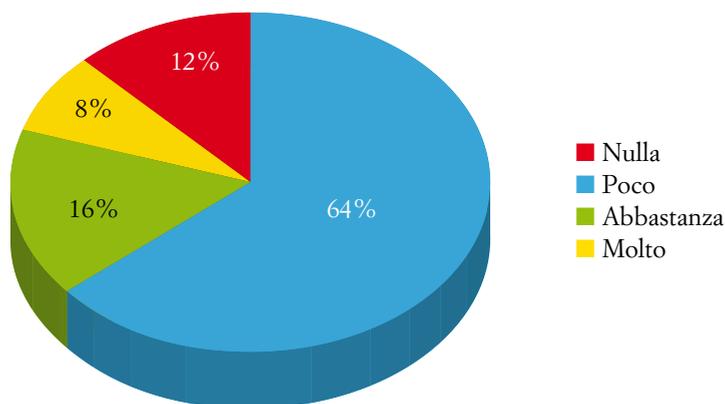
Il tracciamento, ossia l'attività di ricerca e gestione dei contatti³ di un caso confermato di Covid-19, permette di individuare e isolare rapidamente gli eventuali casi secondari e interrompere così la catena di trasmissione della malattia, ed è definito sul sito del Ministero della Salute "un'azione di sanità pubblica essenziale per combattere l'epidemia in corso".

Tutti i Dipartimenti partecipanti all'indagine rapida Oip 2022 tranne uno affermano di effettuarlo, ma in un terzo dei Dipartimenti esso viene condotto con modalità selettive, cioè solo per alcuni ambiti (generalmente sanitari, scuola, strutture per fragili, ecc).

Ciononostante, 3 Dipartimenti rispondenti su 4 stimano che il tracciamento sia per nulla o poco efficace in situazione di alta endemia (figura 9).

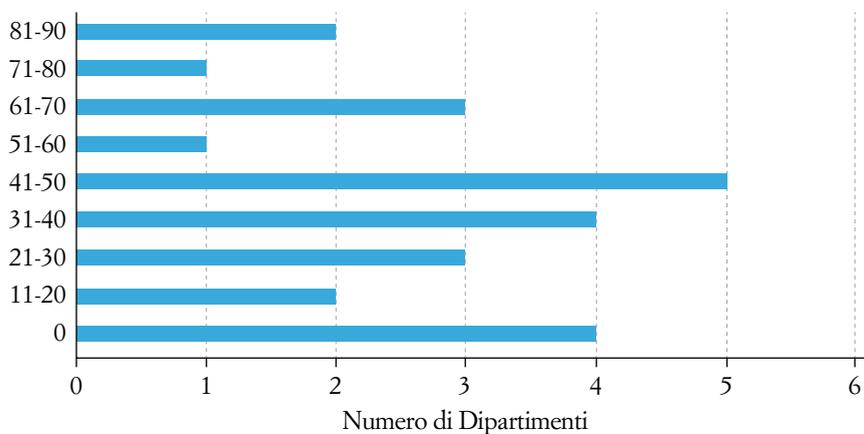
Il tracciamento viene affidato prevalentemente a personale misto (dipendente/non dipendente), tranne che in 2 Dipartimenti in cui è svolto solo da personale dipendente, in un caso tutto del Dipartimento e nell'altro caso al 60% del Dipartimento e al 40% di altri servizi Asl. Nel personale

Figura 9 - Stima dell'efficacia del tracciamento in situazione di alta endemia



3. Un contatto di un caso di Covid-19 è qualsiasi persona esposta ad un caso probabile o confermato di Covid-19 in un lasso di tempo che va da 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso. Se il caso non presenta sintomi, si definisce contatto una persona che ha avuto contatti con il caso indice in un arco di tempo che va da 48 ore prima della raccolta del campione che ha portato alla conferma e fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

Figura 10 - Proporzione di dipendenti del Dipartimento addetti al tracciamento



misto che effettua il tracciamento, nel 70% dei Dipartimenti la proporzione di dipendenti è comunque il 50% o meno (*figura 10*).

3. Discussione e conclusioni

È possibile, pur con tutti i limiti legati ad una indagine fondata su stime e a partecipazione volontaria, trarre dai risultati sopra presentati alcuni rilievi interessanti, evidentemente per nulla conclusivi, ma che sembrano però segnalare nodi di discussione e di approfondimento forse non trascurabili.

Mentre appare sostanzialmente soddisfacente la partecipazione dei Mmg alla campagna vaccinale anti Covid-19, non altrettanto si può dire dei Pls e delle farmacie; queste ultime si confermano - come già nella precedente rilevazione Oip 2021⁴ - un mondo non perfettamente coordinato con il resto del mondo della sanità pubblica in questo specifico frangente. Il coinvolgimento delle farmacie dovrebbe invece essere perseguito come una buona pratica, da promuovere favorendo il superamento delle barriere cognitive che limitano le

4. "Osservatorio Italiano Prevenzione (Oip): le rilevazioni 2021 sulle attività di contrasto della pandemia di Covid-19" - F. Calamo Specchia et al., Tendenze Nuove, Numero 1 - 2022; 1-27; DOI: 10.32032/TENDENZENUOVE20220103.PDF

possibilità di una loro partecipazione ai modelli di cure integrate⁵.

Particolarmente soddisfacenti - nonostante il prevedibile calo registrato nei dati relativi al dicembre 2021 - appaiono viceversa la situazione complessiva sia degli *hub* vaccinali, se si tiene conto che ogni Dipartimento è riuscito mediamente ad allestirne oltre 20, sia delle somministrazioni vaccinali, giunte ad una media giornaliera di ben 9.000, e a una copertura giornaliera dell'1,5-2% della popolazione residente nei vari Dipartimenti.

Più controversa la questione del tracciamento, pur effettuato in tutti i Dipartimenti (anche se in un terzo di essi con modalità selettiva, e comunque affidato ad una ampia quota di personale non dipendente), ma largamente stimato dai Responsabili dei Dipartimenti come per nulla o poco efficace in situazione di alta epidemia. Pur mostrando una forte disomogeneità tra le Asl in termini di composizione delle squadre di tracciamento e distribuzione di ruoli e responsabilità, evidenziata peraltro anche in recenti indagini⁶, l'impiego di diverse figure professionali in gran parte non strutturate può essere però considerato in linea con le raccomandazioni per il tracciamento diffuse dall'Oms⁷.

L'adesione alla campagna vaccinale da parte dei Mmg e l'attività di tracciamento hanno confermato una crescente integrazione funzionale dei Dipartimenti di prevenzione, già emersa in recenti indagini focalizzate sul-

5. Tali barriere cognitive sono state identificate in un recente studio, nel quale tutti i partecipanti (farmacisti, clinici e decisori) hanno espresso scarsa fiducia circa la capacità delle farmacie di fornire assistenza ai pazienti in un modello di assistenza integrata ed hanno evidenziato una resistenza dei farmacisti ad impegnarsi, nel quadro di una loro generale resistenza ai cambiamenti; mentre clinici e decisori hanno manifestato il timore che il potenziale implicito conflitto di interessi dei farmacisti ne possa condizionare o distorcere il ruolo sanitario. Cfr: Lake, J.D., Rosenberg-Yunger, Z.R.S., Dainty, K.N. et al. (2020), *Understanding perceptions of involving community pharmacy within an integrated care model: a qualitative study*. BMC Health Serv Res 20, 396.

6. Salmaso S., Zambri F., Renzi M. e Giusti A. (2020), *Interrompere le catene di trasmissione di COVID-19 in Italia: indagine tra i Dipartimenti di Prevenzione*. E&P Repository

7. "Idealmente, le persone preposte al tracciamento dovrebbero essere reclutate dalla propria comunità e avere un livello adeguato di alfabetizzazione generale, forti capacità di comunicazione, conoscenza della lingua locale e comprensione del contesto e della cultura locali. Una forza lavoro per la ricerca di contatti può essere attinta da molti contesti, includendo individui collegati al governo locale, alla società civile, alle organizzazioni non governative, alle università e ai volontari della comunità. I supervisori dovrebbero essere assegnati a tutte le squadre di tracciamento per consentire il supporto tecnico e logistico, la risoluzione dei problemi e il monitoraggio della qualità". Cfr: *WHO Interim guidance, Contact tracing in the context of COVID-19*, 1 February 2021

la gestione dell'emergenza⁸. Nell'emergenza cioè, seppur in maniera contingente, pare essere stata superata quella discrepanza tra integrazione istituzionale formale e integrazione funzionale operativa che talvolta ha caratterizzato i Dipartimenti in epoca pre-pandemica⁹.

In conclusione, pare infine difficile sottrarsi ad una considerazione per così dire "metodologica". La natura stessa delle attività di contrasto di ogni pandemia, con le loro dimensioni di scala amplissima, con la quantità di compiti da assolvere e di energie da approfondire da parte di tutti gli operatori, con la concomitanza di esigenze medico-legali ed istituzionali oltre che scientifiche e informative di registrazione di dati di varia natura, si presta solo con grande difficoltà a rilevazioni epidemiologiche su base volontaria, se non di approfondimento o di ampiezza limitate.

E ciò vale a maggior ragione in particolare per una pandemia come quella da *Covid-19*, caratterizzata da un agente virale inizialmente di fatto sconosciuto nella sua natura microbiologica e nei suoi effetti clinici, che ha richiesto e richiede un surplus di sforzi per identificare strategie di contrasto corrette e poi per riuscire a seguire e rispondere adeguatamente giorno per giorno a un quadro in vorticoso mutamento, non solo sotto il profilo bio-patogenico e assistenziale, ma anche e di conseguenza culturale, sociale, politico, istituzionale.

Il fattore decisivo per ottenere dati tempestivi, costanti, completi, affidabili non può essere dunque confidare nella - peraltro elevatissima - abnegazione e disponibilità di Colleghi già fortemente impegnati su molteplici fronti; ma piuttosto costruire finalmente quel sistema stabile e omogeneo su tutto il territorio nazionale di epidemiologia di contesto e di territorio che è la finalità strategica dell'Oip fin dalla sua costituzione, che integri in uno schema ragionato tutti i dati utili alla presa corrente di decisioni sulla salute dei cittadini, e che sembra il solo sulla cui articolazione possa poggiare un sistema di rilevazione di emergenza rapidamente attivabile che conti su operatori già dedicati e su strutture e canali comunicativi già in essere, e che non sia da costruire ogni volta in maniera affrettata ed estemporanea.

È questa la sfida che sta ora di fronte all'Oip, e che appare decisiva oltre che per il senso stesso della sua esistenza anche per un miglioramento complessivo dell'efficacia del Ssn.

8. Cavazza M., Del Vecchio M., Preti L.M. e Rappini V. (2021), *Dipartimenti di Prevenzione durante la pandemia tra le criticità strutturali e l'emergenza*, in CeRGAS SDA Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2021*, Milano, Egea, pp. 604-627

9. Del Vecchio M., Prenestini A. e Rappini V. (2015), *Livelli di integrazione dei dipartimenti di prevenzione*, in CeRGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2015*, Milano, Egea, pp. 441-477

Appendice - 1° Questionario Oip 2022

Nella vostra ASL o nell'area di competenza del vostro dipartimento di prevenzione:

1. Quanti sono, in percentuale sul totale (vostra miglior stima):
 - I medici di medicina generale (MMG) che hanno aderito alla campagna vaccinale anti COVID?: (indicare la % dei MMG)
 - I pediatri di libera scelta (PLS) che hanno aderito alla campagna vaccinale anti COVID?: (indicare la % dei PLS)
 - I PLS che contribuiscono alla vaccinazione anti COVID della popolazione scolare? (indicare la % dei PLS)
 - Le farmacie che hanno aderito alla campagna vaccinale prima dell'obbligo di green pass (23 luglio 2021)? (indicare la % farmacie)
 - Le farmacie che aderiscono adesso? (indicare la % farmacie)
2. Quanti hub vaccinali sono stati presenti al massimo? (numero)
3. Quanti hub vaccinali sono presenti ora? (numero)
4. Qual è il numero massimo (vostra miglior stima) di somministrazioni giornaliere effettuate? (numero)
5. Qual è il numero medio (vostra miglior stima) di somministrazioni giornaliere effettuate nel mese di dicembre 2021? (numero)
6. Fate il tracciamento? Si/no
 - se sì: lo fate selettivo (cioè solo per alcuni setting tipo sanitari, scuola, strutture per fragili)? Si/No
7. Che personale effettua il tracciamento? (una tra le alternative)
 - Dipendente
 - se dipendente: in che proporzione sono del DP/ di altri servizi aziendali (indicare la percentuale DP sul totale)
 - Non dipendente
 - Misto
 - se misto: in che proporzione dipendenti/non dipendenti, (indicare la percentuale dipendenti sul totale)
8. Quanto stimate che sia efficace il tracciamento in situazione di alta epidemia (alta circolazione virale, più di 150 su 100.000)? (una tra le alternative)
 - nulla
 - poco
 - abbastanza
 - molto