

SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA
AZIENDA U.S.L. n. 7 CARBONIA

Deliberazione n. 358

Adottata dal Direttore Generale in data 13 FEB. 2004

Oggetto: **ISTITUZIONE DELLA STRUTTURA SEMPLICE DI
"EPIDEMIOLOGIA APPLICATA" - AFFERENTE AL
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

Su proposta del Direttore Sanitario;

- Visto** il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni;
- Vista** la Legge Regionale 26 gennaio 1995, n. 5, recante "Norme di riforma del servizio sanitario regionale";
- Atteso** che con la medesima Legge Regionale, in recepimento del citato D.Lgs n. 502/92 e successive modifiche, la Regione Autonoma della Sardegna, nell'istituire i Dipartimenti di Prevenzione in ogni singola A.S.L. (art. 11) ed individuare al suo interno le macro-funzioni di prevenzione collettiva, attribuisce al medesimo Dipartimento le funzioni di epidemiologia, che infine trovano nei Distretti Sanitari (art. 17) i terminali per l'osservazione e l'analisi epidemiologica su base locale;
- Richiamata** la propria Deliberazione n. 1102 del 04-06-1997, con la quale sono state assunte le linee guida per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda U.S.L. n. 7 ed esplicitati i principi che sottendono l'integrazione funzionale al suo interno e nei rapporti con le altre articolazioni aziendali, in particolare con i Distretti Sanitari;
- Considerato** che la funzione epidemiologica rappresenta una competenza multi-disciplinare e trasversale che interagisce con tutte le articolazioni organizzative del Dipartimento di Prevenzione ed, inoltre, che attraverso tale funzione quest'ultimo deve potersi meglio relazionare con le altre macro-strutture aziendali interessate alla epidemiologia del territorio per l'assistenza sanitaria, come i Distretti Sanitari e la Direzione Medica Ospedaliera;
- Atteso** che l'Azienda identifica nel contributo allo sviluppo dei sistemi informativi sanitari, nella diffusione di una cultura epidemiologica di base tra gli operatori dell'Azienda e nel supporto alla programmazione di attività fondate sulle evidenze epidemiologiche, nell'analisi dei bisogni sanitari e realizzazione di indagini epidemiologiche ad hoc, gli obiettivi generali per l'epidemiologia in seno al Dipartimento di Prevenzione della A.S.L. n. 7 di Carbonia;
- Acquisita** la relazione del Direttore Sanitario sulla «istituzione della Struttura Semplice di Epidemiologia Applicata», che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale;

- Rilevata** la necessità di conseguire un modello organizzativo in linea con un'attività di prevenzione basata sui bisogni prioritari di salute della popolazione di riferimento e, quindi, la necessità di un assetto organizzativo più funzionale al raggiungimento degli obiettivi di sanità pubblica;
- Ritenuta** necessaria, alla luce di tali considerazioni, l'individuazione della Struttura Semplice di Epidemiologia Applicata afferente al Dipartimento di Prevenzione, al fine di integrare e coordinare le diversificate attività epidemiologiche in esso svolte;

IL DIRETTORE GENERALE

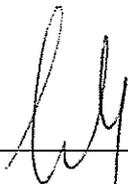
Sentiti il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario,

DELIBERA

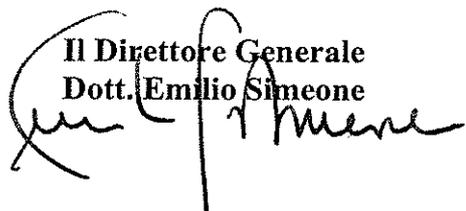
per le considerazioni esposte in premessa:

- di istituire la Struttura Semplice di Epidemiologia Applicata, a valenza dipartimentale, in staff alla direzione del Dipartimento di Prevenzione;
- di dare quindi atto che gli obiettivi specifici della Struttura Semplice di Epidemiologia Applicata, sulla base dei profili epidemiologici aziendali, sono definiti dal Responsabile del Dipartimento di Prevenzione, d'intesa con i Responsabili dei Servizi delle aree dipartimentali della prevenzione collettiva e degli altri Servizi aziendali interessati e con il dirigente al quale sarà affidato l'incarico di responsabilità di detta Struttura Semplice;
- di dare altresì atto che, relativamente all'incarico di responsabilità da conferire, trattandosi di Struttura Semplice a caratterizzazione trasversale rispetto alle funzioni specialistiche del Dipartimento di Prevenzione, si dovrà tener conto dell'appartenenza a tutte le aree della prevenzione collettiva, sia mediche che veterinarie, e relative discipline;
- di dare mandato al Responsabile del Dipartimento di Prevenzione di proporre, con atto motivato, l'individuazione del professionista al quale affidare l'incarico di responsabilità della Struttura Semplice di Epidemiologia Applicata, tenendo conto delle attitudini personali e delle capacità professionali possedute, in relazione sia alle conoscenze specialistiche nelle materie statistico-epidemiologiche ed economico-sanitarie che alle esperienze documentate di studio presso istituti di rilievo nazionale o internazionale e alla esperienza già acquisita in precedenti incarichi svolti (nel qual caso, si dovrà tener conto delle valutazioni del Collegio Tecnico esplesate ai sensi dell'art. 32 del vigente CCNL - parte normativa - dell'Area relativa alla Dirigenza Medica e Veterinaria);
- di dare altresì mandato al Responsabile del Dipartimento di Prevenzione per la individuazione, in una fase successiva, dei componenti il Nucleo Epidemiologico Aziendale, sentiti i pareri dei Responsabili dei Servizi interessati.

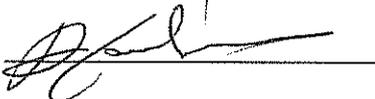
DIR. AMM.



Il Direttore Generale
Dott. Emilio Simeone



DIR. SAN.



Il Responsabile del Servizio Affari Generali

Attesta che la deliberazione

n. 358 del 13 FEB. 2004

è stata pubblicata

nell'albo pretorio dell'Azienda USL n° 7

a partire dal 16 FEB. 2004 e 1 MAR. 2004

Resterà in pubblicazione per 15 giorno consecutivi

Ed è stata posta a disposizione per la consultazione



RESPONSABILE DEL SERVIZIO AFFARI GENERALI
(Dr.ssa Margherita Cannas)

Allegati n. _____

Destinatari::

- ❖ Direttore Sanitario
- ❖ Direttore Amministrativo
- ❖ Direttore Dipartimento di Prevenzione
- ❖ Direttore Medico Ospedaliero
- ❖ Responsabile Servizio Igiene e Sanità Pubblica
- ❖ Responsabile Servizio Veterinario



Direzione Sanitaria

Oggetto: istituzione della Struttura Semplice di Epidemiologia Applicata

L'epidemiologia può essere definita come lo studio dell'occorrenza della malattia nell'uomo e negli animali e dei fattori che la influenzano, anche in relazione alle caratteristiche ambientali. Trattandosi di ricerca sull'occorrenza di tali fenomeni nelle "popolazioni", l'epidemiologia rappresenta una competenza condivisa da tutta la medicina preventiva, sia umana che veterinaria, e non solo, poiché essa è per molti versi indipendente dalla natura dell'evento in studio (è infatti forte la sua connotazione statistico-descrittiva, che ne fa una competenza, per altro, non tipica ed esclusiva della sola medicina).

Sul piano metodologico, l'epidemiologia può quindi essere concepita come una "competenza trasversale" alle aree dipartimentali di sanità pubblica, della tutela della salute negli ambienti di lavoro e della sanità pubblica veterinaria, atta ad analizzare, descrivere ed interpretare i fenomeni partendo dalla "centralità del bisogno sanitario"; il che, in una visione moderna di approccio alla lettura dei bisogni/problemi di salute, contribuisce anche, ed in modo determinante, al superamento di alcuni limiti legati ad un approccio preventivo che vedesse solo nella rigida logica della "centralità dei Servizi" il proprio modo di esprimersi.

A tali premesse si aggiungono altre considerazioni di base:

- per poter contribuire al miglioramento dello stato di salute della popolazione, si deve poter disporre di maggiori informazioni che permettano il governo del sistema, a tutti i livelli. In altre parole, lo sviluppo della competenza epidemiologica è necessaria come supporto ai processi decisionali, in modo tale che si possano pianificare e gestire gli interventi sanitari sulla base di informazioni sempre più comprensibili ed affidabili;
- la produzione e l'accuratezza di tali informazioni (ovvero il passaggio dal semplice "dato" all'indicatore e quindi alla "informazione") può essere migliorata attraverso l'individuazione di una struttura che supporti e coordini (sotto l'aspetto metodologico) quella che possiamo definire come "funzione epidemiologica" del Dipartimento di Prevenzione (D.P.) nel suo complesso.

Lo sviluppo organizzativo della funzione epidemiologica in seno al D.P. può infatti trarre spunto dalla recente definizione di "Sanità Pubblica" data dall'O.M.S., come: *l'insieme degli «sforzi organizzati della società per sviluppare politiche per la salute pubblica, la prevenzione delle malattie, la promozione della salute e per favorire l'equità sociale nell'ambito di uno sviluppo sostenibile»*. Poiché questa definizione riassume tutti gli elementi caratterizzanti del moderno concetto di Sanità Pubblica, ne consegue che "promuovere la salute" significa conferire alle popolazioni i mezzi per assicurare il maggior controllo possibile sul proprio livello di salute e di migliorarlo attraverso attività che in parte attengono al sistema sanitario e in parte ad altri settori della società. Le attività del D.P. costituiscono dunque un sotto-insieme del più ampio insieme delle azioni di promozione della

salute e devono quindi essere il risultato del coordinamento di diversi attori, sia interni al sistema sanitario che esterni ad esso, al fine di contribuire allo sviluppo di comportamenti e condizioni sociali in grado di incrementare i livelli di salute della comunità.

Per tale aspetto, le problematiche legate alla "promozione della salute" si caratterizzano, come molte altre in ambito sanitario, per la loro complessità. È una complessità che si avverte su fronti diversi, dalla dimensione territoriale dei "bisogni" di salute a quella delle risposte sanitarie, sino alla interazione tra "sistemi". Sempre l'O.M.S., infatti, con "promozione della salute" indica: *«il processo che mette in grado le persone e le comunità di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla»*. La promozione della salute rappresenta quindi, come si è detto, non soltanto il progressivo miglioramento della tecnologia sanitaria, ma più propriamente un "processo globale". È infatti evidente che la promozione della salute va vista in una integrazione più ampia del solo "sistema" sanitario. Salute significa anche "ambiente", "stili di vita", "luoghi di lavoro", "alimentazione", ecc...

Alla complessità si tende solitamente a dare una risposta organizzativa, per molti versi necessaria, in termini di "specializzazione tecnico-professionale" (sia di ambito medico che veterinario), che richiede però di esser ricondotta ad una sorta di "unità", ovvero alla possibilità che la realtà complessa sia compresa, per quanto possibile, nella sua globalità ed interezza. La promozione della salute, anche attraverso le funzioni di prevenzione collettiva negli ambienti di vita e di lavoro svolte dal D.P., apre quindi a problematiche che richiedono l'attivazione di un complesso di strumenti e di misure che definiscano (o meglio, contribuiscano a definire) i sistemi per la conoscenza e la valutazione, rispetto all'intero arco delle competenze specialistiche che entrano in gioco.

Va precisato comunque che l'approccio della "osservazione epidemiologica" per la conoscenza/valutazione costituisce, da sempre, un aspetto fondamentale del "sistema" sanitario. Ma, attualmente, è lo stesso concetto di "conoscenza" che ha bisogno in qualche modo di essere aggiornato alla luce delle nuove esigenze legate al "governo" della sanità. Spesso infatti, sempre in relazione al concetto di complessità, i bisogni sanitari presentano caratteri che prescindono dai luoghi fisici nei quali si esprimono e, per altro verso, le stesse risposte raramente si esauriscono in tali luoghi. Questo fa sì che gli strumenti per la conoscenza in ambito sanitario abbiano quasi sempre una dimensione apparentemente contraddittoria: "limitata" ed allo stesso tempo "eccedente" la singola realtà.

Un moderno sistema delle conoscenze si configura quindi non come un archivio autonomo, ma come una "finestra" su un sistema di archivi. L'auspicata "integrazione organizzativa" nell'approccio epidemiologico in ambito dipartimentale assume pertanto una rilevanza strategica nel far sì che gli strumenti epidemiologici non si inaridiscano nell'ambito del "settoriale", ma si aprano alla complessità del "molteplice".

Recentemente, anche la Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 25 luglio 2002 (Repertorio Atti n. 1493), approvando le «Linee guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività del Dipartimento di Prevenzione delle ASL», ha rilevato alcune criticità sul piano generale che vale la pena sottolineare: *«L'organizzazione delle funzioni di prevenzione delle A.S.L. soffre di alcune limitazioni, (come:) ... assenza di reale integrazione tra professionalità; scarsa integrazione con gli altri servizi sanitari, soprattutto con quelli territoriali; carenze nella formazione e nella qualità professionale del lavoro, con ricadute sul grado di motivazione dei professionisti»*.

Inoltre, lo stesso documento aggiunge che, frequentemente, nel D.P. l'attività è praticamente centrata su prestazioni a domanda dei singoli cittadini o, comunque, connotabili come servizi di attesa (o di reazione, se sfocianti in compiti di polizia giudiziaria o simili) e che: ***“... ciò ostacola la programmazione delle attività di prevenzione per obiettivi. Succede così che situazioni di grave rischio per la salute e degne di un intervento prioritario, non vengano adeguatamente studiate e documentate, per dare la precedenza ad attività di minor respiro. In questo modo si crea un circolo vizioso in cui un servizio, oberato da adempimenti dall'impatto sulla salute perlomeno dubbio, non potrà documentare la distribuzione dei problemi del suo territorio ad un livello di evidenza tale da consentire interventi mirati di prevenzione, i cui benefici potrebbero essere rilevanti e misurabili”***.

D'altra parte, pur senza abbassare la guardia nei confronti di rischi noti, è la stessa società che richiede alla prevenzione di cimentarsi con responsabilità nuove, di fronte a rischi nuovi. ***“L'identificazione di questi rischi”***, continua il documento, e ***“la valutazione del loro impatto sulla salute e la gestione delle iniziative di prevenzione efficaci e praticabili sono le responsabilità nuove che i D.P. devono saper assumere ad integrazione di quanto previsto dagli adempimenti di legge e in collaborazione con tutti i soggetti della prevenzione (cittadini, imprese, forze sociali, altre istituzioni)”***.

Condividendo appieno sia l'analisi svolta sul piano generale, sia le preoccupazioni espresse e le indicazioni per il cambiamento delineate nell'appena richiamato atto di indirizzo, anche per lo sviluppo della “funzione epidemiologica” nel D.P. della nostra Azienda Sanitaria, appare opportuno partire da tali elementi, traducibili nelle seguenti evidenze:

- le statistiche sanitarie correnti “storiche” (per esempio: la struttura della popolazione; la mortalità; le malattie a denuncia obbligatoria, comprese le antropozoonosi; ecc...), benché presenti, non risultano sufficientemente integrate tra loro e “valorizzate” attraverso un compiuto livello di elaborazione ed analisi; ciò comporta uno scarso utilizzo delle informazioni epidemiologiche nei processi di decisione (anche “alti”, quali i processi pianificatori);
- la carenza di analisi del quadro dei bisogni e dei rischi condiziona, non solo, la possibilità di svolgere in modo appropriato ogni processo pianificatorio in sanità ma, anche, la corretta valutazione e programmazione degli interventi nel territorio;
- ai livelli superiori, come la Direzione Sanitaria aziendale, la carenza di informazioni relative agli esiti degli interventi sanitari effettuati (connotabile, in questo caso, come “epidemiologia valutativa”) preclude, inoltre, la valutazione sia di efficacia sanitaria (rapporto esiti/bisogni) che di efficienza sanitaria (rapporto esiti/risorse), lasciando spazio spesso alla, pur importante, possibilità di valutazioni di efficienza come rendimento/produttività (rapporto prestazioni/risorse).

Un ulteriore elemento da tenere in considerazione è inoltre quello della “consapevolezza di dover operare con risorse limitate”, che introduce nella logica della programmazione sanitaria, oltre ai concetti efficacia e di efficienza produttiva ed allocativa, anche il principio di “priorità”.

Il D.P. dovrebbe infatti perseguire contestualmente due livelli di obiettivi: quelli nazionali e quelli rispondenti a priorità o profili epidemiologici locali. Gli obiettivi di

prevenzione di livello nazionale sono definiti sulla base di profili epidemiologici comuni a tutte le realtà territoriali o sulla base di considerazioni di gravità generale; mentre l'opportunità di definire obiettivi specifici sul piano locale è propria di ogni singola Azienda Sanitaria. Tali obiettivi hanno inoltre il pregio di essere progettati dagli attori diretti della prevenzione e, quindi, ne verrebbe esaltata la valenza sul piano della collaborazione ed intesa con altri attori, sanitari e non sanitari, del territorio. In questi livelli, la ricerca rappresenta lo strumento di lavoro principale per l'identificazione sia di obiettivi che di priorità. Infatti, la definizione degli obiettivi di salute di livello locale deve basarsi sull'analisi dello specifico profilo epidemiologico e di contesto e sulla definizione delle priorità.

Nelle citate «Linee guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività del D.P.» si afferma infatti che: ***“La definizione di espliciti criteri di priorità è un compito irrinunciabile di un sistema sanitario dotato di risorse limitate. I criteri della frequenza, urgenza e gravità del problema di salute vanno declinati con le conoscenze sulla efficacia degli interventi, al fine di programmare politiche dai risultati misurabili”***.

Se il D.P. deve rispondere ad un mandato così ambizioso deve poter operare secondo moderne metodologie di lavoro. Fra queste, quella che viene oggi riconosciuta più efficace è la metodologia di lavoro per gruppi multi-dimensionali (multi-disciplinari e/o multi-professionali e/o multi-settoriali), che rappresentano al tempo stesso “espressione” e “strumento” di integrazione, in grado di definire gli obiettivi tenendo conto dei problemi di salute prioritari. Questo approccio necessita di un bagaglio metodologico che affonda le sue radici nella cultura stessa della Sanità Pubblica, quella cioè su cui poggiano i processi e gli interventi della prevenzione. In questa cultura possono essere riconosciuti alcuni elementi caratterizzanti:

- la **valutazione dei bisogni e l'identificazione del rischio** (*risk assessment*): queste metodologie rappresentano le basi di qualunque pratica di progettazione per obiettivi. Si tratta della cultura epidemiologica della quantificazione dei fenomeni di interesse sanitario, strumento essenziale per compiere una corretta analisi dello scenario e dunque per la definizione di priorità di intervento;
- la **prevenzione basata sulle prove di efficacia** (*evidence-based prevention*): la comunità scientifica internazionale è infatti impegnata nella ri-formulazione delle basi teoriche delle pratiche sanitarie. La diffusione di questa cultura, capillarmente e a tutti i livelli in cui vengono definite politiche di prevenzione, è condizione non solo per lo sfortimento delle pratiche “rituali” dei D.P., attraverso l'eliminazione di quelle inefficaci ma, anche (ed auspicabilmente) per l'aumento di quelle efficaci.

In altre parole, sempre il richiamato accordo Stato-Regioni del 25-07-2002 aggiunge che: ***“La chiave di volta per la soluzione ai problemi di integrazione risiede però nelle modalità di lavoro ed in una più adeguata formazione degli operatori. Si propone pertanto un processo che identifica per il D.P. il ruolo da svolgere nella definizione del profilo epidemiologico, nella scelta delle priorità, nell'individuazione degli interventi efficaci, nella loro progettazione, esecuzione e valutazione”***. E ancora, che: ***“In particolare l'epidemiologia, come funzione sottesa a tutte le fasi del processo illustrato, costituisce l'elemento più dinamico e utile per ri-orientare culturalmente i Servizi; inoltre essa rappresenta un ponte tra la prevenzione e l'assistenza sanitaria”***.

L'assistenza sanitaria, quella specificamente centrata sui percorsi di diagnosi-cura-riabilitazione, sia d'ambito distrettuale che ospedaliero, non è infatti estranea alla prospettiva di sviluppo della funzione epidemiologica, anche di ambito "clinico" (basti pensare alla prevenzione secondaria e relativi screenings), accanto alle competenze epidemiologiche propriamente afferenti alla prevenzione collettiva e precedentemente descritte.

In quest'ottica, le professionalità con competenza statistico-epidemiologica strutturate all'interno del D.P. potranno rendersi utili per collaborare con le altre strutture aziendali per lo sviluppo di progetti di intervento, linee guida e/o protocolli comportamentali, nonché per la progettazione di studi clinici nell'ambito della Medicina Basata sulle Prove di Efficacia (*Evidence Based Medicine*).

Per tali ragioni, sempre l'intesa Stato-Regioni del 25-07-2002 conclude che: ***"Per lo svolgimento del suo ruolo il D.P. necessita di una adeguata formazione degli operatori ed una interiorizzazione, da parte dei servizi, della cultura della prevenzione e degli elementi e strumenti precedentemente ricordati"***. E ancora, che: ***"Per questo motivo l'epidemiologia, più che essere chiamata in modo rituale tra le funzioni del D.P., dovrebbe diventare patrimonio genetico di chi si occupa di prevenzione"***.

Inoltre, poiché lo sviluppo della funzione epidemiologica del D.P. si innesta nel più ampio obiettivo di sviluppo complessivo dei sistemi informativi aziendali e, anzi, ne costituisce un "nodo" importante, capace (attraverso proprie metodologie e strumenti) di aggregare ed analizzare alcuni dati al fine di contribuire all'analisi dei rischi e dei "bisogni" sanitari, si dovrà innanzitutto tener presente l'importanza di un suo sviluppo organico, che "aggiunga valore" ai sistemi informativi ed eviti sovrapposizioni e ridondanze funzionali, in particolare rispetto a competenze già allocate e svolte dal Settore Sistemi Informativi (vedasi art. 9 del "Regolamento interno dell'Azienda" adottato con Deliberazione n. 1479 del 04-09-1998, approvata con D.A.I.S. n. 282/1 del 15-10-1998).

A tale proposito, fermo restando che compete e continuerà a competere ai Sistemi Informativi il complesso delle funzioni aziendali relative alla strutturazione/standardizzazione di tutta quella serie di flussi informativi relativi ad elementi connotabili come "nuovi" ed introdotti con le leggi di riordino (per esempio: il monitoraggio dei L.E.A., dei D.R.G., ecc..., anche ai fini della gestione budgetaria e della contabilità direzionale), è altrettanto evidente l'esigenza di strutturare anche la funzione epidemiologica, attualmente frammentata e "dispersa" nei diversi ambiti, sia di prevenzione collettiva che di assistenza sanitaria distrettuale ed anche ospedaliera.

Per le ragioni fin qui esposte, si rende quindi necessario procedere all'organizzazione della funzione epidemiologica che, opportunamente strutturata e coordinata, all'interno della sua sede "naturale" rappresentata dal D.P. (art. 11 della L.R. n. 5/95), possa fornire un miglior contributo per l'assoluzione di alcuni debiti informativi (a partire dall'analisi epidemiologica ed elaborazione di statistiche sanitarie correnti "storiche"), oltre che sviluppare altre iniziative, sempre all'interno di quella che, in sintesi, è stata definita come "funzione epidemiologica".

In particolare, si propone che tale funzione sia affidata ad una Struttura Semplice a valenza dipartimentale, denominata di "Epidemiologia Applicata", posizionata in staff alla Direzione del D.P., e che comprenda un team di referenti (Nucleo Epidemiologico Aziendale) delle aree dipartimentali della sanità pubblica, della tutela della salute negli ambienti di

lavoro e della sanità pubblica veterinaria, nonché delle aree dell'assistenza ospedaliera e distrettuale (art. 17 della citata L.R. n. 5/95), per il cui tramite la funzione epidemiologica potrà nel tempo indirettamente arricchirsi (ai sensi dell'art. 70, comma 3, lettera b, del D.P.R. n. 270/2000) anche della collaborazione dei Medici di Medicina Generale. La Struttura Semplice di Epidemiologia Applicata potrà inoltre svolgere attività di "service" per le altre articolazioni aziendali e di supporto/collaborazione per le funzioni di epidemiologia valutativa della Direzione Sanitaria aziendale.

Le **funzioni** fondamentali della Struttura Semplice di Epidemiologia Applicata, come è stato anticipato, sono quelle di analisi del quadro dei "bisogni" e dei rischi della popolazione, curando il controllo di qualità e di elaborazione elementare dei dati epidemiologici. Tra i propri **compiti**, uno dei primi e fondamentali che dovrà assumersi la Struttura è quello di supporto alla costruzione di una rete epidemiologica intra-aziendale per:

- **la diffusione di una cultura epidemiologica di base tra gli operatori dell'Azienda;** per il perseguimento di tale compito, la Struttura Semplice di Epidemiologia Applicata dovrà progettare ed organizzare corsi introduttivi e di formazione permanente sui temi di "Epidemiologia di base e metodologia statistica applicata all'epidemiologia" rivolti agli operatori di varie qualifiche e Servizi;
- **la costituzione di un "centro di documentazione" di *evidence-based prevention* o Prevenzione Basata sulle Prove di Efficacia,** con raccolta e messa a disposizione di documenti e dati su esperienze, studi e ricerche sui temi della epidemiologia, analisi del rischio, promozione della salute, ecc...

La struttura Semplice di Epidemiologia Applicata, in staff alla Direzione del D.P. e perciò in relazione agli obiettivi specifici indicati dal Responsabile e concertati in ambito dipartimentale, potrà quindi sviluppare le seguenti **attività** principali:

- promozione delle metodologie, delle procedure e degli strumenti di osservazione epidemiologica per lo sviluppo della funzione locale di epidemiologia e sensibilizzazione e formazione del personale sanitario alla attenta produzione di dati epidemiologici;
- coordinamento del gruppo tecnico (nucleo epidemiologico aziendale) e collaborazione alla elaborazione ed attuazione di studi ad hoc e progetti di interesse locale;
- contributo metodologico alla razionalizzazione delle statistiche sanitarie correnti "storiche" e degli archivi di base (o "basi anagrafiche");
- analisi, utilizzando i metodi e gli strumenti epidemiologici, dei bisogni di salute presenti e apporto metodologico ai processi di valutazione di efficacia degli interventi sanitari, collaborando con le altre strutture aziendali e di staff alla Direzione Sanitaria aziendale, anche ai fini della stesura di relazioni sullo stato sanitario delle popolazioni (umana e animale) di riferimento.

Carbonia, 27 gennaio 2004

Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Rita Cantone

