

*Domenico Lagravinese*  
*Francesco Calamo Specchia*

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

**Presentazione Rapporto Prevenzione 2011  
Fondazione Smith Kline**

*a cura di A.Boccia, C.Cislaghi, A.Federici, D.Lagravinese, A.L.Nicelli, G.Renga,  
W.Ricciardi, C.Signorelli, M.Trabucchi, P.Villari*

**Roma, 8.2.2012**

## CONTRO I RISCHI DEL LOCALISMO

- Necessità di **omogeneizzazione** delle attività dei Dipartimenti

## L'INIZIATIVA DELL' OIP

- Tentativo di costruire **una sede per il confronto tra i “mondi” regionali** della prevenzione italiana
- Non tanto attivando un *benchmarking* quantitativo esterno di modello aziendalistico, ma spingendo a **interrogarsi reciprocamente sulla qualità**

## I MODELLI PIÙ DIFFUSI DI RILEVAZIONE EPIDEMIOLOGICA DELLA PREVENZIONE

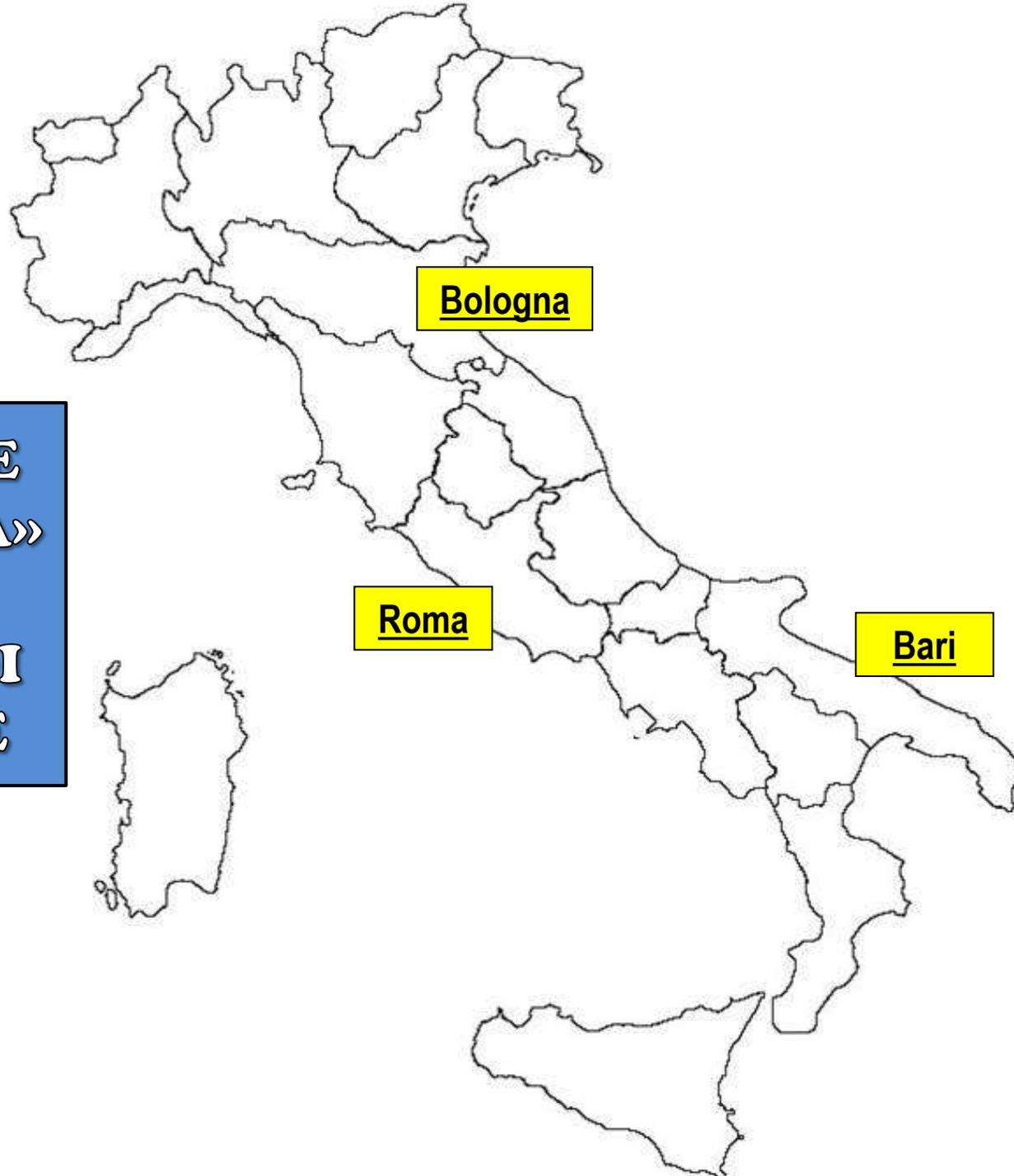
- Rilevazioni di **alcuni comportamenti o fattori di rischio**, o di **alcune attività di prevenzione** (alcune vaccinazioni, alcuni screening), talora contenute in rilevazioni epidemiologiche **“quantitative”** (dati oggettivi di servizio)
- Rilevazioni della **soggettività dei cittadini** e della **soggettività degli utenti**, con accenni a fattori o comportamenti a rischio.

## **IL MODELLO OIP (1): impostazione di fondo SOGGETTIVITÀ AUTOVALUTATIVA DEGLI OPERATORI**

- **Monitoraggio di tutte le attività** (o almeno di quelle principali) (*oltre 500 segnalazioni*)
- Rilevazione della **soggettività degli operatori** e della loro capacità professionale di valutazione e autovalutazione **qualitativa** (sul modello di una “*consensus conference*” diffusa)

**INCONTRI PER  
MACROAREE  
TERRITORIALI**

**COSTRUZIONE  
«PARTECIPATA»  
DEGLI  
STRUMENTI DI  
RILEVAZIONE**



## IL MODELLO OIP (2): metodologia OSSERVAZIONE IN TRE DIMENSIONI

«in profondità»,  
*al di là dell'aspetto puramente economico/finanziario*  
degli interventi

«di latitudine», sulle attività preventive svolte nei territori  
*al di là delle strette pertinenze dei DP*

«di longitudine», sulla prevenzione lungo tutto il suo iter:

- *conoscenze epidemiologiche* su cui si basa
- *condizioni legislative e organizzative* che la rendono possibile
- *interventi* attuati
- modalità della loro *valutazione*

# GLI STRUMENTI DI LAVORO

**1. Questionario**

**2. Griglia**

## *Questionario – parte I*

### **DIPARTIMENTO**

#### *nel suo complesso*

- **Relazioni formali e rapporti informali con Regione, Asl, m.m.g. e p.l.s.**
- **Necessità di comunicazione**
- **Stile di comunicazione**
- **Progetti autonomi e con finanziatori esterni**
- **Turnover dirigenziale ASL e Dipartimento**
- **Età media e rapporto di lavoro operatori**

## **Questionario – parte II**

### **AREE DEL DIPARTIMENTO**

- *Igiene degli alimenti*
- *Igiene della nutrizione*
- *Igiene pubblica*
- *Ambiente e salute*
- *Prev. malattie cronicodegenerative e screening*
- *Salute in ambiente di vita e di lavoro*
- *Educazione alla salute*
- *Sanità veterinaria*
- *Alim. di origine animale*
- *Allevamenti*

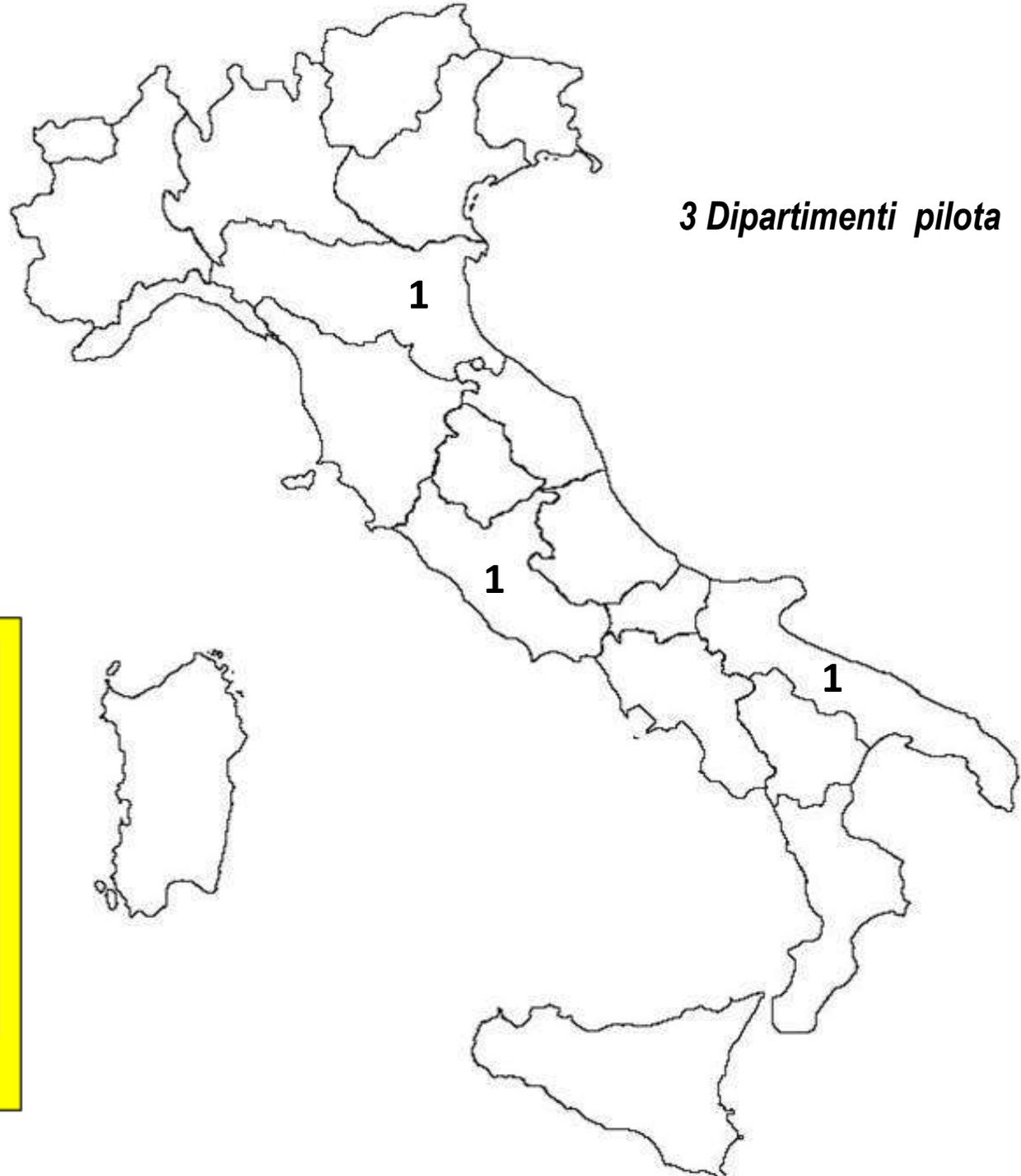
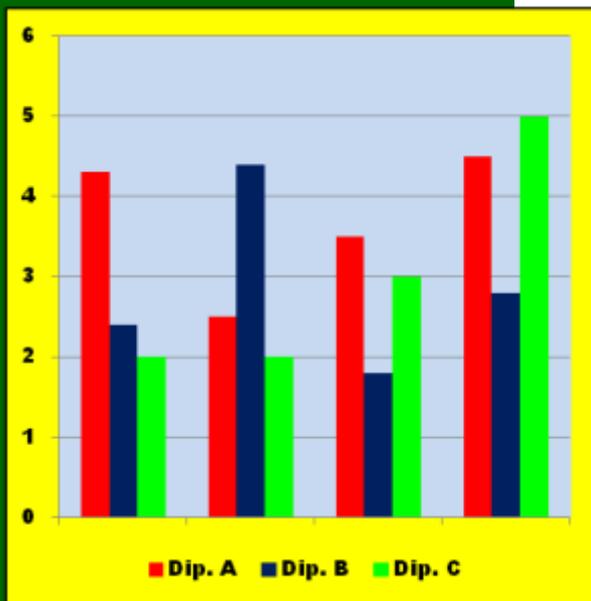
**Questionario – parte III**  
**punti forti e punti deboli**  
**considerazioni e**  
**commenti liberi**

- **Sensibilità sociale**  
**(attesa/richieste)**
- **Accettabilità sociale**  
**(attenzione/gradimento)**
- **Rilevanza epidemiologica**
- **Qualità**
- **Efficacia**
- **Efficienza**
- **Qualità della comunicazione**  
**esterna**
- **Necessità di**  
**approfondimenti**  
**epidemiologici**
- **Necessità di aggiornamenti**  
**teorici e operativi**

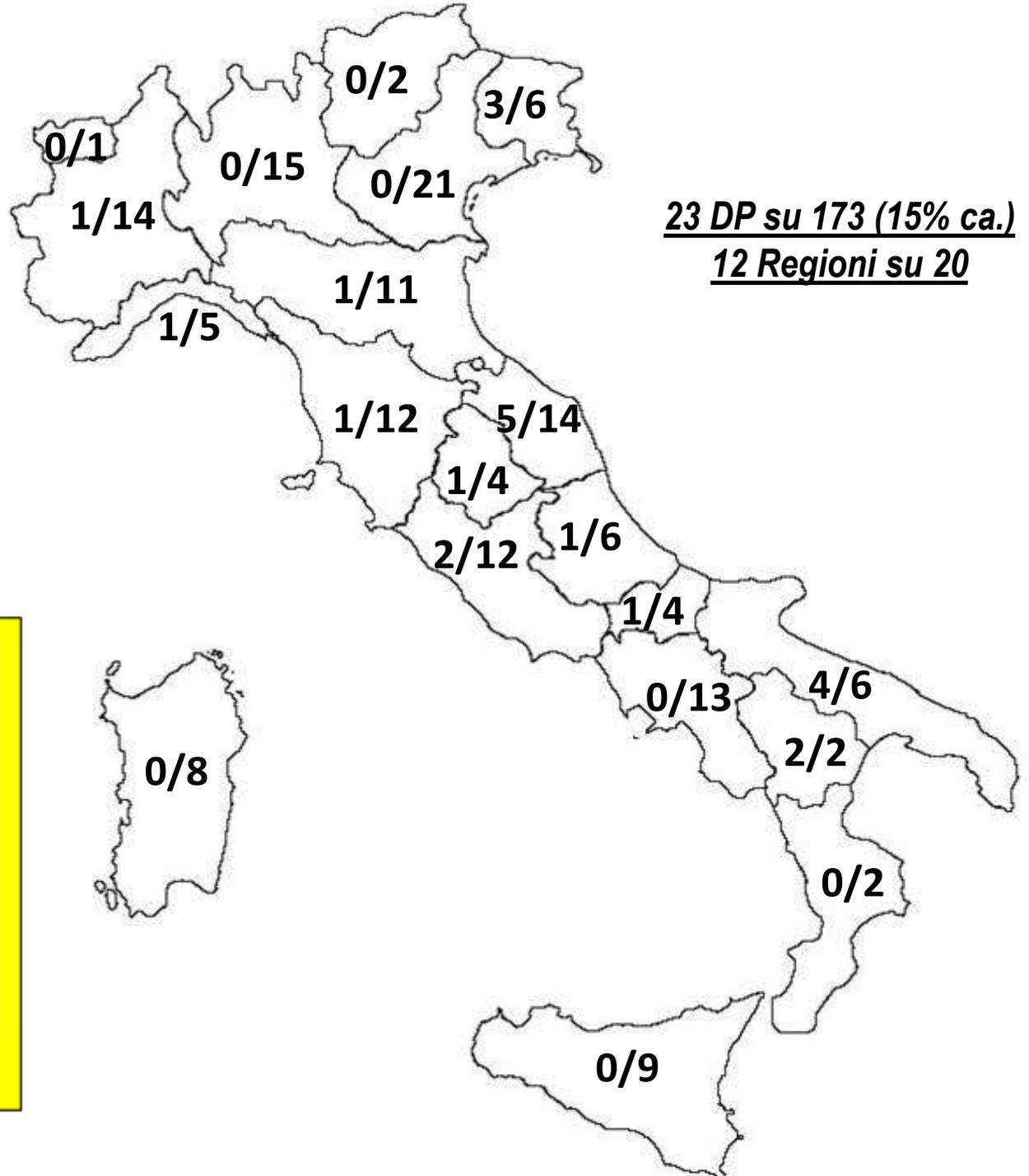
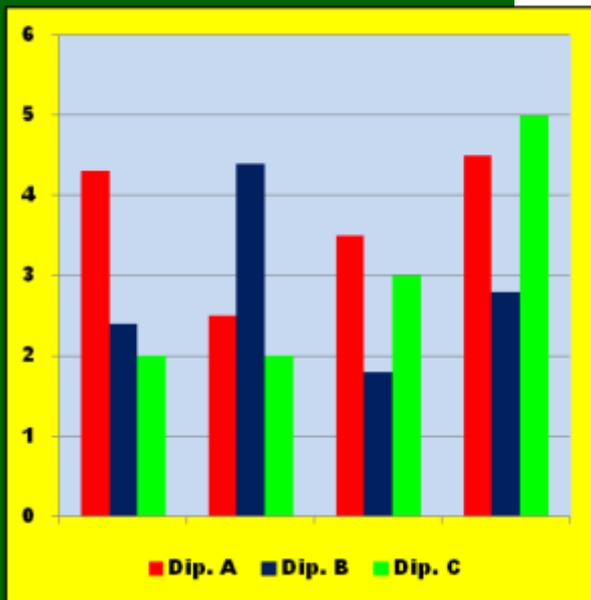
## ***Griglia di analisi e rilevazione***

- I. Analisi della **legislazione** regionale per la prevenzione
- II. Analisi delle attività di **epidemiologia** della Asl
- III. Analisi dei **flussi** informativi della Asl
- IV. Descrizione degli assetti dell'**organizzazione**  
e analisi delle **risorse** dei Dipartimenti di prevenzione
- V. Analisi delle **attività** preventive della Asl nei differenti  
settori di intervento e della loro **valutazione**

# RISULTATI



# RISULTATI



# RISULTATI

## *unitarietà dei rispondenti*

*Le risposte sono unitarie e prodotte collegialmente, ovviamente nella misura più ampia compatibile con gli oggettivi vincoli organizzativi. (...)*

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

OIP come  
“check”  
delle attività

# RISULTATI

## ***miglioramento degli strumenti***

Il lavoro di quest'anno è stato dunque mirato al chiarimento metodologico sugli strumenti di rilevazione (che poteva essere adeguatamente prodotto solo in un lavoro di "testaggio" sul campo), oltre che alle prime conoscenze che potevano risultare dalla loro applicazione; e conseguentemente anche *il miglioramento del questionario e delle griglie ha costituito in sé un risultato importante del lavoro dell'OIP in questa sua prima fase, oltre ai dati con cui essi sono stati riempiti.*

# INTERPRETAZIONE DEI DATI

## *nessuna inferenza generale*

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

*Rapporto Prevenzione 2011*

# DP "medio"

1/6 op.



1/20.000 ab.



330.000 ab.



< 2 anni

> 7 anni



1.900 kmq



1/50 kmq



1/2.000 ab

> 50 anni

a t. indet.



1/4



3/4 sanitari

di cui 1/3 TdP



di cui 1/10  
infirm.  
e ass. san.

1/3



# INTERPRETAZIONE DEI DATI

## *indicazioni*

Quattro nodi :

- Integrazione e comunicazione
- Risorse
- Organizzazione
- Promozione della salute

## Primo nodo - Integrazione e comunicazione

### *caposaldo integrazione*

Forte tensione *all'integrazione culturale, operativa e in larga parte umana e relazionale* tra gli operatori dei DP.

(«...l'integrazione professionale rappresenta "concettualmente" una delle ragioni fondamentali della organizzazione del lavoro in Dipartimenti», SItI)

### *comunicazione per l'organizzazione*

Consapevolezza della *crucialità assoluta della comunicazione*, tra colleghi e tra servizi, e verso utenti, società civile e istituzioni.

## Secondo nodo - Risorse

### ***scarsità drammatica di risorse***

Pur con compiti che aumentano, ***diminuiscono gravemente le risorse***, ed in particolare il personale (di età avanzata e basso turn-over).

A ciò fa fronte una ***capacità e una dedizione degli operatori*** (e una guida e stimolo dei dirigenti) vista come risorsa cruciale; che giunge nonostante tutto a produrre ***buoni risultati di funzionalità per i servizi***.

### ***auto-responsabilizzazione operatori***

Non è senza significato che gli operatori – in una importante ***assunzione di responsabilità*** – identifichino la propria competenza, abnegazione, capacità di collaborazione come chiave di volta per l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione.

## Terzo nodo - Organizzazione

- 1. eccessivo turnover dirigenziale  
ASL***
- 2. mancanza di chiaro disegno  
organizzativo***
- 3. carenze di pianificazione/  
eccesso di burocratizzazione  
autoreferenziale***
- 4. carenze di valutazioni  
di salute e gradimento,  
di audit e di best practices***

## Quarto nodo – Promozione della salute

### ***comunicazione per la prevenzione***

- Interventi di ***promozione della salute*** di varia natura e argomento, basati sullo ***strumento comunicazione***, sono il ***metodo di prevenzione più usato e più fortemente segnalato come punto qualificante delle attività***
- Anche attività ***ritenute lontane da esigenze comunicative***, quali per esempio vigilanza e controllo, si trasformano oggi sempre più in ***imperdibili occasioni di relazione informativa e formativa, educativa e promozionale***

# **POSSIBILI RICADUTE DELLE CONOSCENZE PROMOSSE DALL'OIP**

- **Studi di *organizzazione sanitaria***  
(sugli eventuali vantaggi operativi di avere nel Dipartimento il fulcro di tutte le attività preventive dell'Asl)
- **Studi di *economia sanitaria***  
(sugli eventuali risparmi di costi diretti e indiretti indotti dalle attività preventive segnalate dall'OIP come massimamente rilevanti e diffuse)
- **Studi di *EBP, prevenzione basata sull'evidenza***  
(sugli interventi evidenziati dall'OIP come i più praticati)

# POSSIBILI OBIETTIVI A MEDIO TERMINE DELL'OIP

## *Contribuire a:*

1. un **confronto stabile** dei diversi Piani regionali di prevenzione
2. programmi di **valutazione della performance sanitaria**
3. costruire **indicatori specifici** per le attività preventive
4. identificare **obiettivi** per la formazione continua degli operatori dei DP
5. sviluppare una forte **azione comunicativa generale** per promuovere una massa critica favorevole alla prevenzione

# OBBIETTIVI STRATEGICI DELL'OIP

- **Suscitare un confronto tra gli operatori dei Dipartimenti e tra tutte le loro Società scientifiche**, per arrivare:
  - ✓ a una *ipotesi organizzativa del Dipartimento* forte e condivisa da tutti i professionisti della prevenzione, auspicabilmente contenuta in un *documento di consenso OIP*;
  - ✓ e, intorno ad essa, ad un *allargamento degli spazi di praticabilità per la prevenzione* all'interno del Ssn
- In tal senso l'OIP può divenire una **importante occasione di leadership da parte della SItI**

DA SOLI SI VA PIÙ VELOCE.  
MA INSIEME SI VA PIÙ LONTANO.

L'OIP è un'occasione per **mettere insieme** tutte le volontà di **rilancio della prevenzione nel SSN**, e dei **Dipartimenti nelle attività di prevenzione**

