

***Domenico Lagravinese
Francesco Calamo Specchia***

**OSSERVATORIO ITALIANO SULLA
PREVENZIONE (OIP):
CONFERME SPERIMENTALI E
PROSPETTIVE DI STABILIZZAZIONE**

**Rapporto Prevenzione 2012
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***

L'INIZIATIVA DELL' OIP

- Tentativo di costruire **una sede per il confronto** tra le diverse esperienze e i diversi “mondi” della prevenzione italiana, ponendosi come possibile localizzazione comune e sintesi per le *diverse esperienze geografiche* e per le *differenti appartenenze professionali*.
- Non tanto attivando un *benchmarking* quantitativo esterno di modello aziendalistico, ma spingendo gli operatori a **interrogarsi reciprocamente sulla qualità** (sul modello di una “*consensus conference*” diffusa).

CARATTERI DI ORIGINALITÀ DELL'OIP

1. Partecipazione degli operatori alla costruzione degli strumenti di rilevazione

Il questionario di valutazione e le griglie di rilevazione utilizzati per l'indagine dell'Oip sono stati messi a punto nel 2010 in **tre incontri di macroarea regionale tenutisi a Bologna, Roma e Bari, cui hanno partecipato oltre 100 operatori dei Dipartimenti di prevenzione di tutta Italia.**

CARATTERI DI ORIGINALITÀ DELL'OIP

2. Costante “manutenzione” partecipata degli strumenti di rilevazione

Il questionario e le griglie usciti dagli incontri del 2010 sono stati successivamente validati nel 2011 in una **prima tornata** di rilevazioni, che ha riguardato 23 Dipartimenti di prevenzione (15% del totale nazionale) distribuiti in 12 Regioni, e quest'anno da una **seconda tornata** con 60 Dipartimenti (40% del totale nazionale) di 19 regioni.

CARATTERI DI ORIGINALITÀ DELL'OIP

3. Stimolo al confronto e all'integrazione tra gli operatori

L'approccio “partecipato” dell'Oip ha segnalato fortemente l'opportunità che le risposte fornite dagli operatori a questionario e griglie fossero **unitarie e prodotte collegialmente**, dopo una interlocuzione e un confronto più ampio possibile tra tutte le diverse professionalità presenti nei Dipartimenti (come in una “*consensus conference*” diffusa).

OIP come
“check”
delle attività

CARATTERI DI ORIGINALITÀ DELL'OIP

4. Stimolo alla soggettività autovalutativa degli operatori

L'Oip tende a far emergere, in un questionario a ciò specificamente dedicato, la **soggettività degli operatori** dei Dipartimenti, finora meno esplorata, i loro orientamenti e le loro esperienze, le loro sensazioni e le loro aspettative; e a stimolare dunque la loro capacità professionale di valutazione, autovalutazione e riprogettazione delle proprie attività, del proprio contesto di lavoro, ecc.

CARATTERI DI ORIGINALITÀ DELL'OIP

5. Ampio spazio per le rilevazioni qualitative

L'OIP rileva aspetti fortemente qualitativi, dalla qualità delle **relazioni istituzionali** del Dipartimento a quella della **comunicazione esterna e interna**, dalla **accettabilità sociale** degli interventi di prevenzione, alla **equità sociale** che essi riescono a promuovere, alla **efficacia della legislazione regionale**, ecc.

CARATTERI DI ORIGINALITÀ DELL'OIP

6. Rilevazioni quantitative originali

Gli elementi quantitativi desumibili da dati oggettivi di servizio, anch'essi rilevati dall'OIP, si riferiscono nella loro grande maggioranza ad aspetti di solito meno indagati in maniera organica: dalle **attività di epidemiologia** della Asl all'**età media** degli operatori, dal **turnover dirigenziale** di Asl e Dipartimento alle dotazioni di **risorse strumentali e strutturali** di quest'ultimo, ecc.

CARATTERI DI ORIGINALITÀ DELL'OIP

7. Monitoraggio di tutte le attività preventive nel territorio

L'Oip è mirato sul territorio, *anche al di là delle strette pertinenze dei Dipartimenti*, e rileva non solo le attività di prevenzione più consuete (vaccinazioni, screening, ecc.), e perciò stesso più conosciute e più monitorate, ma *tutte le attività di prevenzione, di qualsiasi segno e natura*, realizzate da qualsiasi referente istituzionale, sanitario o extrasanitario, pubblico e/o privato.

oltre 1.100
segnalazioni

CARATTERI DI ORIGINALITÀ DELL'OIP

8. Monitoraggio del contesto in cui tali attività si svolgono

Tali attività vengono nelle rilevazioni dell'Oip peraltro non solo “contate”, ma anche seguite lungo tutto il loro iter: dalle **conoscenze epidemiologiche su cui si basano** (registri di patologia e di mortalità, studi ad hoc, flussi informativi, ecc.), alle **condizioni legislative e organizzative** che ne rendono possibile l'attuazione, alle modalità della loro **valutazione** (di risultato, di salute, di gradimento).

GLI STRUMENTI DI LAVORO

Questionario

Griglie

- **Relazioni formali e rapporti informali con Regione, Asl, unità di epidemiologia, M.m.g. e P.I.s. e altri referenti istituzionali extra-Asl**
- **Necessità, situazione attuale e stile della comunicazione esterna e interna**
- **Ritorni comunicativi dalla Asl**
- **Esistenza di controlli di qualità**
- **Progetti autonomi e con finanziatori esterni (istituzionali o commerciali)**
- **Turnover dirigenziale ASL e Dipartimento**
- **Età media, rapporto di lavoro e motivazione degli operatori**
- **Promozione dell'equità sociale negli interventi**

Questionario – parte II

AREE DEL DIPARTIMENTO

- *Igiene degli alimenti*
- *Igiene della nutrizione*
- *Igiene pubblica*
- *Ambiente e salute*
- *Prev. malattie cronico-degen.*
- *Salute in ambiente di lavoro*
- *Sanità veterinaria*
- *Educazione alla salute*
- *Medicina legale*

Questionario – parte III

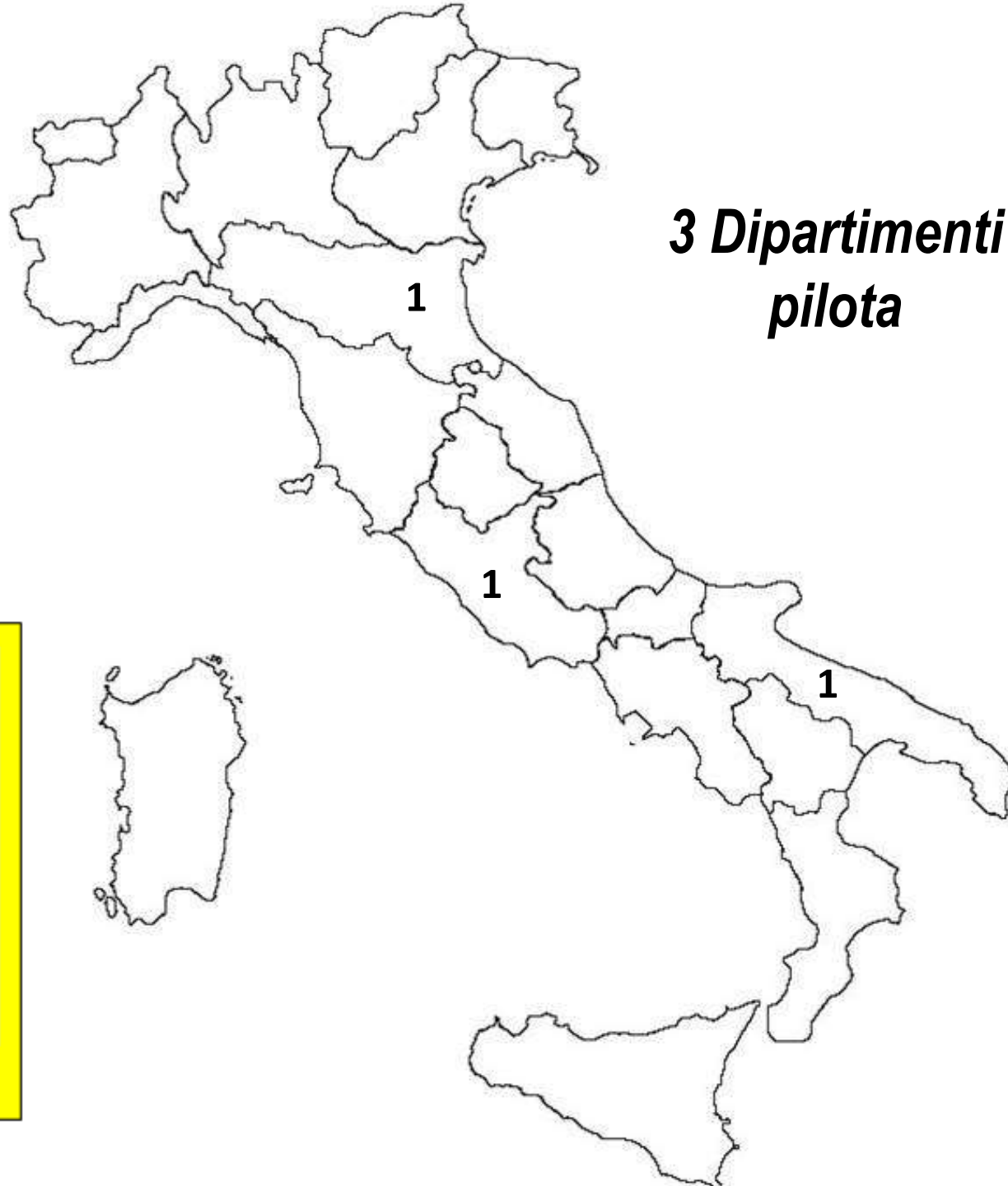
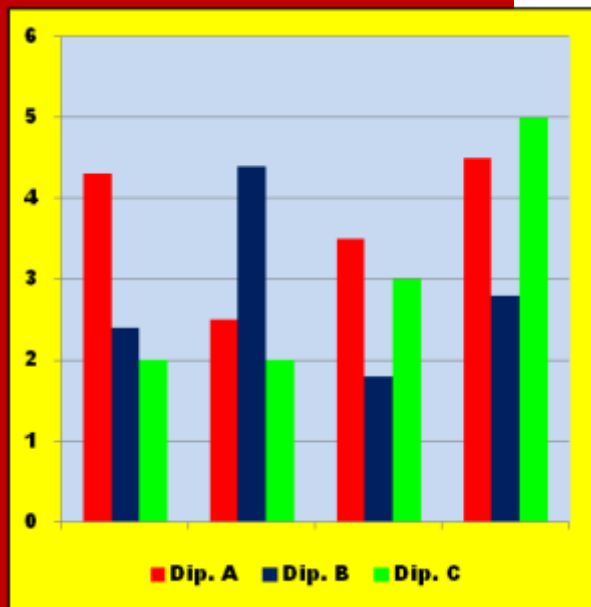
- *punti forti e punti deboli*
- *considerazioni e commenti liberi*

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

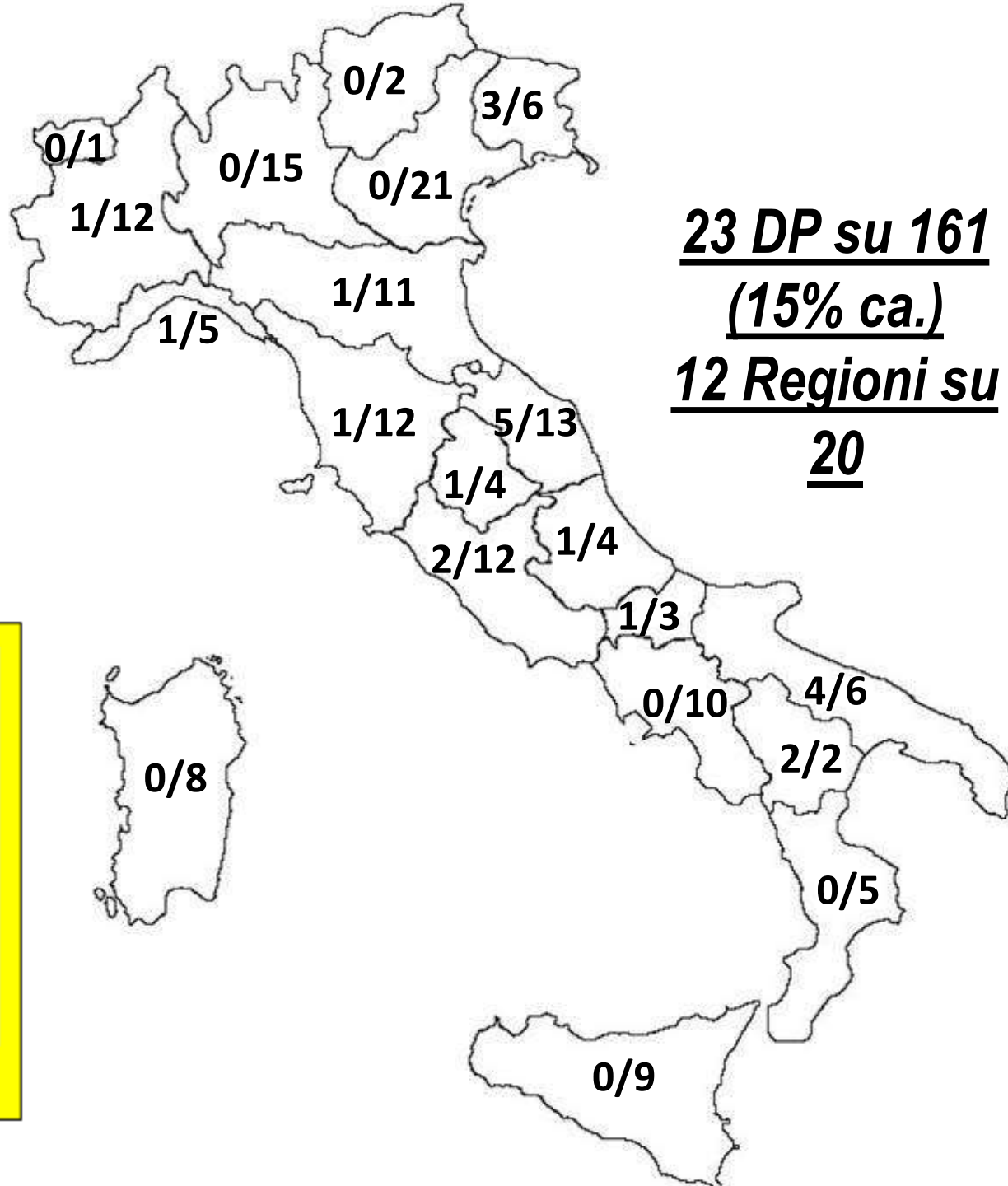
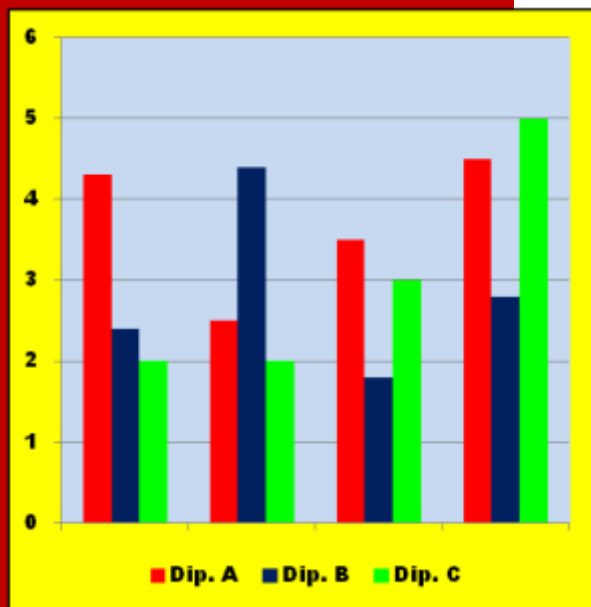
Griglie di analisi e rilevazione

- 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
(*personale, strutture, strumenti, finanziamenti*)
- V. Analisi delle **attività** preventive della Asl nei differenti
settori di intervento, e della loro **valutazione**
(*di risultato, di salute, di gradimento*)

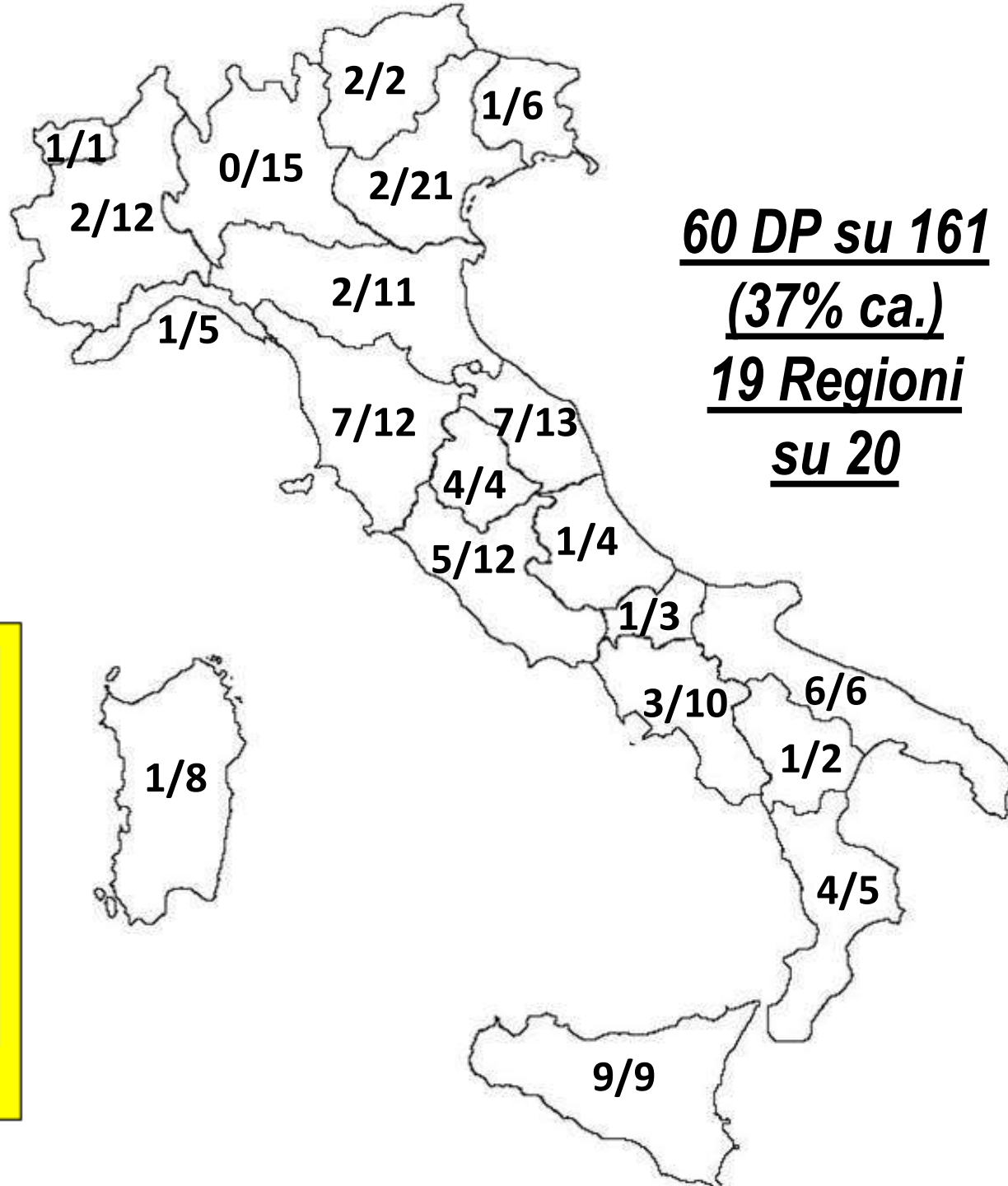
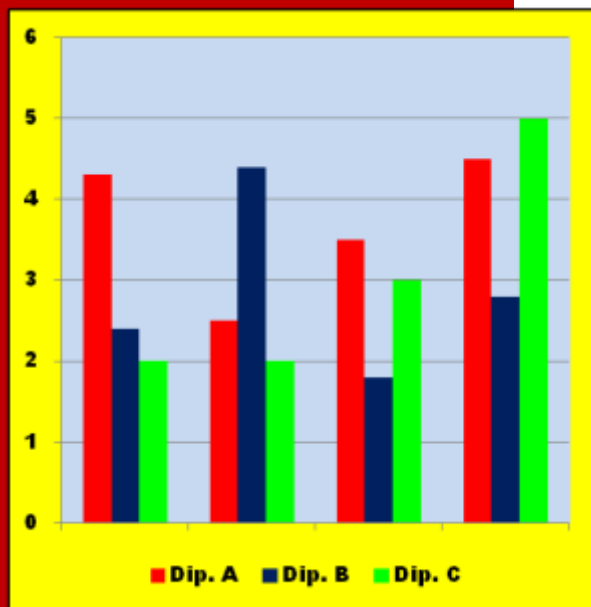
**CAMPIONE
IPOTIZZATO
NEL 2010**



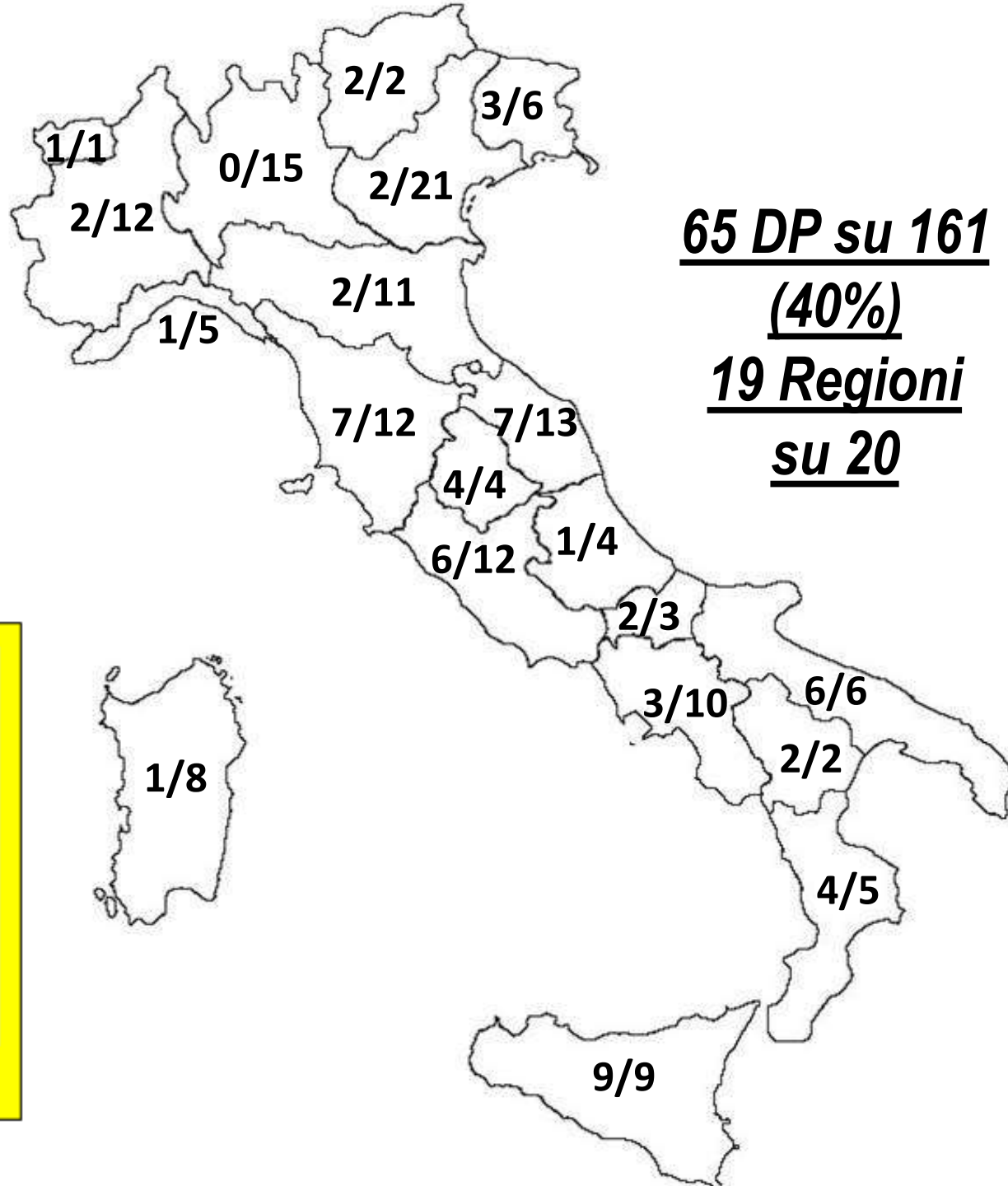
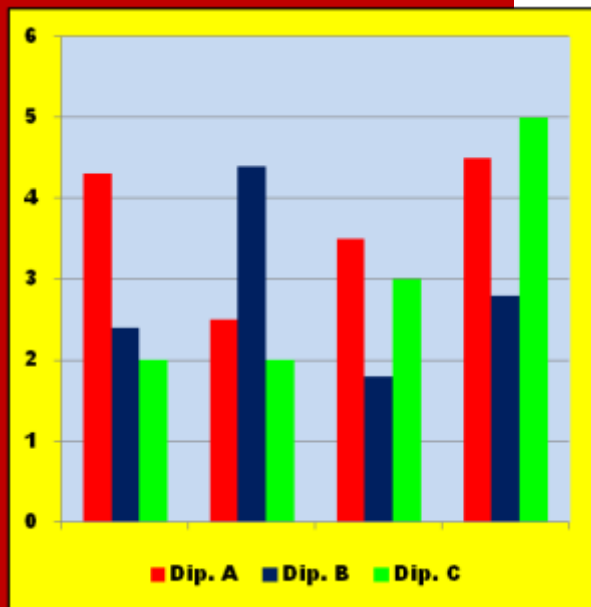
**RILEVAZIONI
EFFETTUATE**
nel 2011



**RILEVAZIONI
EFFETTUATE**
nel 2012



**TOTALE
DELLE
RILEVAZIONI
2011
e
2012**



INTERPRETAZIONE DEI DATI 2012

nessuna inferenza generale

«...ci si riferisce a dati – anche se ormai abbastanza numerosi – pur sempre non esaustivi, e comunque raccolti senza pretese di rappresentatività statistica; che possono dunque fornire interessanti suggestioni o indicazioni di massima, ma sui quali non è possibile costruire rappresentazioni o inferenze generali.»

Rapporto Prevenzione 2012

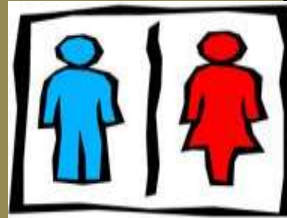
DP "medio"

1/3 op.



430.000 ab.

1/36.000 ab.



ASL

<2 anni

>7 anni



DIP



1/90 kmq

2.400 kmq

tecn.
40%
laureati



1/2.200 ab
>50 anni
a t. indet.



1/3

1/3



70%
sanitari

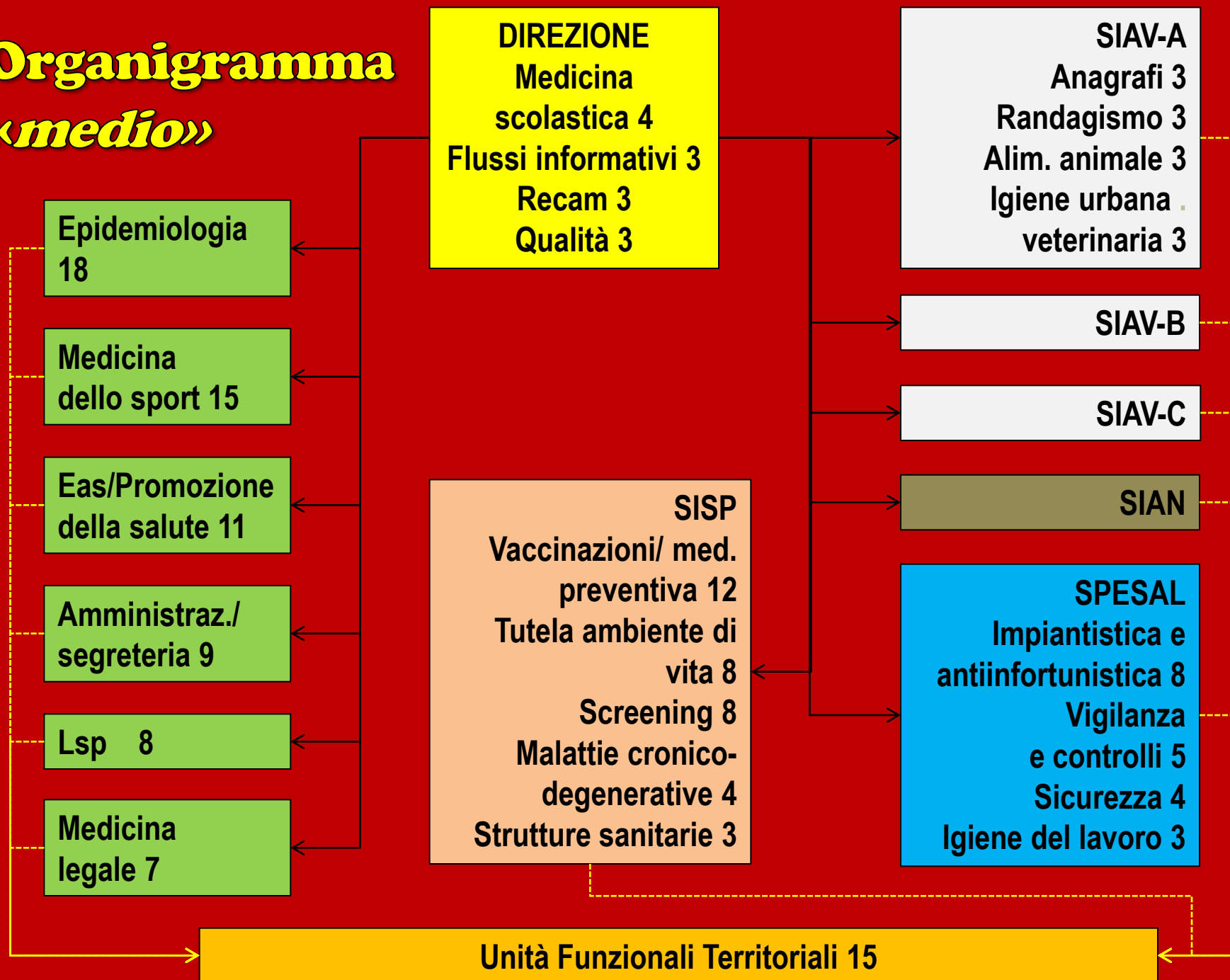


di cui 1/3 TdP



di cui 1/20
infirm.
e ass. san.

Organigramma «medio»



INDICAZIONI DESUMIBILI DAI DATI

dieci nodi

1. Integrazione
2. Comunicazione
3. Risorse
4. Organizzazione
5. Operatori
6. Formazione continua

7. Vaccinazioni
8. Promozione della salute
9. Epidemiologia
10. Ebp (*evidence based prevention*)

Primo nodo – Integrazione

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

Secondo nodo – Comunicazione

In tale ottica di indispensabilità dell'integrazione, si conferma nei Dipartimenti una diffusa consapevolezza della **crucialità assoluta della comunicazione, in tutte le sue accezioni: interpersonale tra colleghi e verso utenti, cittadini e portatori d'interesse, con l'associazionismo e il territorio, tra servizi dipartimentali e con tutte le unità organizzative Asl, con le istituzioni sanitarie territoriali e nazionali.**

Terzo nodo – Risorse

A fronte di compiti che aumentano, **diminuiscono drasticamente le risorse**, ed in particolar quella più cruciale, ossia il personale; che è segnalato come di età avanzata e a basso turn-over.

Le segnalazioni della carenza di risorse sono ampie e dettagliate, e riguardano oltre al personale, anche le risorse per la formazione, quelle strutturali ed economiche, e la mancata informatizzazione.

Quarto nodo – Organizzazione

Gli operatori dei Dipartimenti sottolineano con forza anche nel 2012 come rimangano gravi ostacoli al lavoro in alcuni assetti organizzativi non accettabili.

Tra di essi, si segnalano **l'assenza di linee guida** e di **chiari e stabili riferimenti tecnici e amministrativi** e la mancanza di **una pianificazione delle attività**, che lasciano spazio ad una **burocratizzazione autoreferenziale degli interventi** anch'essa fortemente segnalata tra i punti deboli del Dipartimento.

Quinto nodo – Operatori

A carenze di risorse e disfunzionalità organizzative fa fronte però una **capacità** ed una **dedizione** degli operatori (e una funzione di guida e stimolo dei dirigenti) vista anche quest'anno come risorsa cruciale; che giunge anche quest'anno nonostante tutto a produrre buoni risultati di funzionalità per i servizi, con interventi efficaci, efficienti e graditi. E 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.

Sesto nodo – Formazione continua

La *manca*za di *formazione continua/aggiornamento* è tra i punti deboli più segnalati e più lamentati dagli operatori; che ne sentono fortemente la necessità, la identificano come un punto cardine per la qualità degli interventi del Dipartimento, ma ne giudicano gli interventi correntemente effettuati come complessivamente *di scarsa qualità*.

**SCUOLA
«DIFFUSA»
DI SANITÀ
PUBBLICA ?**

Settimo nodo – Vaccinazioni

Tra gli interventi la **maggior frequenza di segnalazioni** è quella per l'area vaccinazioni, con oltre 60 segnalazioni.

Le vaccinazioni prevalgono come argomento anche tra i tavoli di relazione formale attivati dai Dipartimenti con i diversi referenti esterni; e sono molto diffusamente segnalate come punto forte dei Dipartimenti, e come argomento fondamentale per le attività di formazione continua/aggiornamento.

Ottavo nodo – Promozione della salute

Si segnala la presenza diffusa di interventi di promozione della salute di varia natura ed argomento, ma che condividono con la formazione, l'educazione alla salute, il *counselling*, l'informazione ai cittadini, l'essere **basati sullo strumento comunicazione**; e che attraversano trasversalmente la più gran parte delle aree, fino ad evidenziarsi come il metodo di prevenzione non medica probabilmente più usato, e più fortemente segnalato come punto qualificante delle attività.

Nono nodo – Epidemiologia

Ciò che agli operatori pare forse ancora più preoccupante quanto a funzionalità della organizzazione è la mancanza in generale di valutazione dei risultati del lavoro; ed in particolare la mancanza di valutazioni fondate su dati di salute.

Decimo nodo – Ebp (evidence based prevention)

La necessità di diffondere sempre più le acquisizioni e la pratica della Prevenzione basata sull'evidenza è ampiamente segnalata dai Dipartimenti rispondenti all'Oip.

Per non procedere nel lavoro in maniera autoreferenziale occorre incrementare le attività di valutazione Ebp.

OBIETTIVI STRATEGICI DELL'OIP

- Coprire tutto il territorio nazionale.
- Porsi sempre più sia come **sistema di controllo epidemiologico oggettivo** per rilevare dotazioni, attività, performance della sanità pubblica, sia come **sistema di ascolto e confronto degli orientamenti e atteggiamenti soggettivi** dei suoi operatori.
- Suscitare un **dibattito 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*.

PER CONSEGUIRE TALI OBIETTIVI

1. integrazione istituzionale

Capacità di lavorare in strettissima sinergia ed integrazione con *i referenti istituzionali nazionali e regionali*, anche per evitare duplicazioni di richieste di dati ai Dipartimenti.

PER CONSEGUIRE TALI OBIETTIVI

2. potenziamento delle risorse Oip

Potenziamento delle risorse dell'Oip, in termini sia di *risorse strumentali informatiche*, sia di *operatori dedicati*, che fungano nelle diverse Regioni da sollecitatori, facilitatori, effettori, supervisor delle rilevazioni.

Tale **rete di operatori** potrebbe essere costituita da studenti di area preventiva e di sanità pubblica; coadiuvati magari da un operatore per ogni Dipartimento, selezionato tra gli iscritti alla Siti e alle altre società scientifiche e professionali della sanità pubblica.

PER CONSEGUIRE TALI OBIETTIVI

3. potenziamento della visibilità Oip

Organizzare un *incontro nazionale ad hoc*, specificamente dedicato non solo alla illustrazione dettagliata dei risultati dell'Oip, ma anche e soprattutto all'avvio di un processo di confronto serrato, scientifico e "politico", tra le visioni culturali, istituzionali ed organizzative del Dipartimento, tendente a costruire il più ampio consenso professionale intorno ad una ipotesi unitaria.

PER CONSEGUIRE TALI OBIETTIVI

4. ulteriore potenziamento del sostegno della SItI

Trasmettere con forza l'idea che le rilevazioni dell'Oip non galleggino nel vuoto, né costituiscano uno sterile esercizio accademico, ma rappresentino il cuore e il centro e l'occasione imperdibile di una ***iniziativa strategica, nella quale la SItI convoglia tutto il suo impegno e tutta la sua determinazione***, e dalla quale ci si aspettano indicazioni importanti e condivise di cambiamento, su cui poi puntare con tutta la propria forza di *lobbyng*.

PER CONSEGUIRE TALI OBIETTIVI

5. allargamento dei promotori oltre la SItI

Il gruppo di lavoro dell'Oip andrebbe necessariamente e tempestivamente allargato – almeno, ma non solo – a ***veterinari, medici del lavoro, infermieri, assistenti sanitari, tecnici della prevenzione***; e il gruppo dei promotori dell'Oip a ***tutte le associazioni scientifiche e professionali della prevenzione e della sanità pubblica, o a quante più possibile.***

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

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

