

CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ - SESSIONE XLIV - ASSEMBLEA GENERALE

Seduta del 22 novembre 2000

IL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ ASSEMBLEA GENERALE

VISTA la nota del 25 settembre 2000, con la quale il Dipartimento ha chiesto al Consiglio Superiore di Sanità di riprendere l'esame del documento "Proposta di Linee Guida per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione delle ASL", inviato il 28 novembre 1998;

VISTA la successiva nota del 16 ottobre 2000 con la quale il Dipartimento ha inviato il documento modificato ed integrato alla luce di quanto previsto dal decreto legislativo 229/99 e sul quale ha chiesto il parere di questo Consiglio;

PREMESSO

- che il Consiglio effettuò una prima analisi del testo del 28 novembre 1998 e vi apportò osservazioni e modifiche;
- che il Consiglio, su invito del Dipartimento competente, non si esprime allora definitivamente, in attesa dell'esito dell'iter del decreto legislativo 229 conclusosi nel giugno 1999;

ESAMINATO il nuovo testo predisposto dal competente Dipartimento;

VISTI

- l'art. 7 del D.Lgs 502/92, come modificato dall'art. 8 del D.Lgs 517/93 e dall'art. 7-bis del D.Lg 19 giugno 1999, n. 229 "Collocazione istituzionale del dipartimento di prevenzione della azienda unità sanitaria locale";
- l'art. 7-ter "Funzioni del dipartimento di prevenzione" e l'art. 7-quater "Organizzazione del dipartimento di prevenzione" del medesimo D.L.vo 229;

CONSIDERATO

- che la sezione III, in fase istruttoria, ha ritenuto necessario dare una diversa impostazione al documento fornendo in particolare linee guida per la definizione di obiettivi comuni di salute e di procedure di valutazione e promozione del loro perseguimento alla luce dei essenziali di assistenza;
- che la Sezione ha ritenuto che il Governo centrale non debba fornire indicazioni dettagliate di requisiti, attività, processi e prestazioni bensì debba offrire indicazioni per lavorare per obiettivi e progetti in quanto è solo in quest'ottica che le intenzionalità dei diversi soggetti della prevenzione possono esprimersi, confrontarsi, tradursi in consenso intorno a decisioni, svilupparsi in azioni e finalmente prestarsi a valutazioni di risultato, di qualità e di costo;

VISTO il testo rielaborato dalla sezione III;

ESPRIME PARERE

FAVOREVOLE all'allegato documento " Linee di guida per la prevenzione sanitaria e per l'organizzazione del dipartimento di prevenzione delle ASL".

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE

LINEE DI GUIDA PER LA PREVENZIONE SANITARIA E PER L'ORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLE ASL

Premessa

L'organizzazione delle funzioni di prevenzione delle ASL soffre di alcune limitazioni ben evidenziate dalla Relazione sullo stato di attuazione dei Dipartimenti di Prevenzione (DP) derivata da un'indagine recentemente svolta nell'ambito della Commissione Parlamentare d'Inchiesta sul sistema sanitario. In essa sono indicati in particolare: ritardi nella istituzione dei Dipartimenti; assenza di reale integrazione tra professionalità; scarso investimento di risorse; scarsa integrazione con gli altri servizi sanitari, soprattutto con quelli territoriali; confusione di ruolo con i servizi dell'ARPA per la prevenzione ambientale; carenze nella formazione e nella qualità professionale del lavoro, con ricadute sul grado di motivazione dei professionisti.

Frequentemente poi nei DP i carichi di lavoro sono vincolati a compiti di polizia giudiziaria o simili e 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.

I DP continuano così ad organizzarsi intorno a compiti e pratiche la cui efficacia ed appropriatezza non sempre sono provate o possono non essere più attuali e, comunque, non vengono periodicamente sottomesse a verifica.

D'altra parte è la stessa società che richiede alla prevenzione di cimentarsi con responsabilità nuove, di fronte a rischi nuovi, pur senza abbassare la guardia nei confronti di rischi tradizionali. L'identificazione di questi rischi, la valutazione del loro impatto sulla salute e la gestione delle iniziative di prevenzione efficaci e praticabili sono le responsabilità nuove che i DP 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).

Per far fronte a queste nuove responsabilità occorre imparare a lavorare per obiettivi e progetti: questo è il solo contesto che garantisce che le intenzionalità dei diversi soggetti della prevenzione possano esprimersi, confrontarsi, tradursi in consenso intorno a decisioni, svilupparsi in azioni e finalmente prestarsi a valutazioni di risultato, di qualità, di costo.

Questo documento, rispettoso della regionalizzazione del sistema sanitario, risponde all'esigenza di fornire linee di guida per la definizione di obiettivi comuni di salute e delle procedure di valutazione e promozione del loro perseguimento alla luce dei livelli essenziali di assistenza. In esso si possono riconoscere tre sezioni distinte:

- nella prima vengono trattati gli **obiettivi di salute della prevenzione** (obiettivi di salute che possono essere raggiunti tramite interventi di prevenzione) che, fissati nell'ambito di leggi nazionali e del Piano Sanitario Nazionale, o identificati nei Piani Sanitari Regionali, le Regioni devono fare propri. A questo proposito il documento si propone di descrivere le modalità per definire questi obiettivi e di suggerire il percorso attraverso cui garantire che in ogni ambito geografico essi si traducano in scelte programmatiche ed operative, verificabili nei processi e nei risultati;
- la seconda sezione ha caratteristiche di linee di indirizzo del "buon operare" secondo criteri di integrazione che possono essere assicurati solo da un'ottica di **lavoro per obiettivi**. Dal momento che l'organizzazione dei Servizi del DP ricade nelle responsabilità delle singole Regioni e ci si trova in presenza di un'operazione già realizzata, anche se talora in forma non completa, viene fornita in ALLEGATO una lista di esempi, peraltro non esaustiva né vincolante, di articolazione organizzativa, di ripartizione delle attività e di integrazione funzionale dei servizi. Questi esempi hanno lo scopo di fornire suggerimenti alle Regioni in fase di completamento e di messa a regime;
- nella terza sezione si suggeriscono i processi in grado di assicurare che i livelli minimi di prevenzione vengano distribuiti equamente su tutto il territorio nazionale (**livelli essenziali di prevenzione**). Infatti la ricerca di un corretto equilibrio tra l'autonomia regionale nella organizzazione dei servizi e la massimizzazione dell'efficienza complessiva permette la riduzione del rischio di sperequazioni, oggi evidenti. Da qui la necessità di definire il ruolo delle Regioni e delle amministrazioni nel prevenire tali rischi.

Un documento di indirizzo sulla prevenzione deve trarre oggi le sue radici dalla definizione di **Sanità pubblica** data dall'Oms nel 1996. Questa è 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, risulta utile analizzarla più nel dettaglio: **prevenzione** viene qui intesa non solo come insieme di attività volte a prevenire l'insorgenza della malattia, ma anche ad arrestarne l'evoluzione e a ridurre le conseguenze una volta che essa si è instaurata. Sotto questo profilo il termine prevenzione va dunque interpretato in stretta connessione con almeno altri due termini della definizione: promozione della salute ed equità sociale.

Promuovere la salute significa conferire alle popolazioni i mezzi per assicurare il maggior controllo 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 di prevenzione costituiscono dunque un sottoinsieme del più ampio insieme della promozione della salute e devono allora essere il risultato del coordinamento di diversi attori, sia interni al sistema sanitario che esterni ad esso, al fine di contribuire allo sviluppo di politiche in grado di incrementare i livelli di salute della comunità.

L'equità sociale non è solo un principio che, insieme al rispetto della dignità umana, alla tutela del soggetto debole e alla solidarietà, costituisce la piattaforma etica del nostro sistema sanitario, ma anche un valido strumento di programmazione. Essa può essere rappresentata come uguale accesso alle cure a parità di bisogno, uguale utilizzazione dei servizi a parità di bisogno ed uguale qualità del servizio per tutti. Essa rappresenta anche, un criterio di efficienza allocativa: i gruppi sociali svantaggiati in quanto a

salute rappresentano infatti 'sacche di prevenibilità' su cui è più efficiente agire, con gli strumenti opportuni ed efficaci, per guadagnare salute.

Un ultimo elemento da tenere in considerazione è quello di **sviluppo sostenibile**: la consapevolezza di dover operare con risorse sempre più limitate introduce nella logica della programmazione sanitaria i concetti di priorità, di efficacia e di efficienza produttiva ed allocativa. Sotto questo tema si può collocare la linea di riflessione sulla **prevenzione efficace** (Evidence-based prevention) che sta attraversando, con un certo ritardo rispetto a ciò che si verifica in altri paesi, tutta la comunità professionale degli operatori di prevenzione. Questa riflessione sta sfociando da un lato nella stesura di una lista di attività dei DP che, ancor oggi normate da leggi e regolamenti nazionali, presentano evidenze di comprovata inefficacia e per le quali si aspetta una iniziativa di abrogazione, dall'altro nell'individuazione di attività preventive ancora insufficientemente praticate, sebbene possiedano un bagaglio di prove di efficacia che ne consiglia l'adozione.

Il documento, infine, adotta il **punto di vista di chi deve beneficiare della prevenzione** e non di chi fa prevenzione. Pertanto ogni potenziale fonte di conflitto di competenze, come quella tra politiche del lavoro e politiche sanitarie o quella tra politiche ambientali e politiche sanitarie, viene risolto alla luce dell'interesse del cittadino utente. Il principio da cui parte il documento è che ogni Regione deve definire al proprio interno, attraverso un sistema di intese, la distribuzione di responsabilità che meglio si adatta alla storia locale e alle risorse disponibili, a patto di assicurare che gli obiettivi di prevenzione essenziali vengano perseguiti.

1. La definizione degli obiettivi di salute della prevenzione.

I DP si trovano a perseguire due tipologie diverse 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; fanno riferimento ai diritti fondamentali del cittadino che lo Stato ha il dovere di tutelare, anche in contrasto con gli interessi particolari. Si tratta quindi di obiettivi dei quali lo Stato deve garantire i livelli essenziali di assistenza, ai quali si raccomanda di vincolare una parte dei trasferimenti della quota capitaria.

Gli obiettivi di livello nazionale sono definiti dai Piani sanitari nazionali oppure sono previsti da normative di legge; essi sono riconducibili, oltre che ad analisi del profilo epidemiologico della nazione, anche a documenti, indicazioni, raccomandazioni internazionali nonché alla letteratura scientifica.

Ogni Regione deve, all'interno del proprio Piano sanitario regionale oppure in documenti di analoga valenza programmatica, da un lato declinare gli obiettivi previsti dal PSN, dall'altro definire nuovi obiettivi qualora necessari al contesto regionale. Lo strumento dell'accordo e dell'intesa di programma rappresenta il momento istituzionale di messa in opera della progettazione relativa agli obiettivi fissati.

L'opportunità di ridefinire operativamente obiettivi generali e di definire nuovi obiettivi è propria di tutti i livelli della gestione della salute; tali obiettivi potrebbero essere definiti da ogni singola ASL e anche dai singoli servizi e rappresentare la base su cui negoziare eventuali modificazioni del budget. Gli obiettivi fissati a livelli più periferici rispetto alla Regione hanno il pregio di essere negoziati dagli attori diretti della prevenzione e quindi di esaltare la valenza di collaborazione e intesa con attori non sanitari (per esempio i Sindaci dei comuni interessati) con cui concordare la progettazione attuativa. In questi livelli la ricerca rappresenta lo strumento di lavoro principale per l'identificazione di obiettivi e 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 di espliciti criteri di priorità.

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. Altro criterio essenziale è quello della esemplarità, tenendo anche conto dell'importanza della mediazione fra le istanze scientifiche, politiche e sociali, rappresentate queste ultime dalla pressione dei media e delle associazioni di cittadini. L'applicazione di criteri espliciti di priorità rende più efficace la comunicazione delle politiche a tutti i livelli di governo della salute, e più accettabili eventuali rinunce ad azioni ritenute dalla comunità importanti.

Nella definizione degli obiettivi di salute della prevenzione, viene raccomandata l'adozione di specifiche check-list come quella che segue:

- Quali sono le condizioni e gli eventi che vengono giudicati dalla comunità meritevoli di azioni atte a prevenirli?
- Come si quantificano? E con quali indicatori?

- Quale popolazione è a rischio?
- Quali sono i più importanti determinanti?
- Esistono interventi specifici di provata efficacia?
- Quale valenza esemplare (per il sistema, per i servizi, per i cittadini) hanno questi interventi?
- Quale coinvolgimento del cittadino come soggetto attivo e propositivo?

Fra le caratteristiche di un buon obiettivo di salute la misurabilità è quella che ne permette la valutazione di processo e di esito oltre che la corretta progettazione operativa. Viene qui raccomandato che gli obiettivi siano dotati, fin dalla loro stesura, dell'indicazione dell'**impatto sulla salute** che si vuole raggiungere e quindi dell'indicatore di esito che si potrà usare per la valutazione del loro raggiungimento. Si raccomanda di porre attenzione affinché l'indicatore di esito venga definito, per quanto possibile, come indicatore di salute e non come proxy dello stesso, perlopiù associato all'erogazione di prestazioni. Ciò permette di valutare il suo raggiungimento in termini di guadagno di salute, seppure non nell'immediato, ma comunque verificabile nel tempo.

Inoltre, poiché il PSN pone l'equità come punto qualificante delle politiche di salute, ogni definizione di politiche di prevenzione dovrebbe prevedere, oltre alla valutazione dell'impatto sulla salute, anche la misura dell'impatto sulle differenze sociali. Tale valutazione si dovrà esprimere ai diversi livelli di identificazione degli obiettivi e anche nella declinazione operativa degli obiettivi stessi.

La definizione dell'impatto atteso sulla salute dovrebbe essere parte integrante sia della definizione degli obiettivi (ai diversi livelli descritti in precedenza) sia della fase di declinazione operativa degli obiettivi stessi (accordo/intesa, progettazione, attuazione).

La definizione di obiettivi di salute per la prevenzione deve essere in primo luogo collegata alla definizione della responsabilità del raggiungimento dell'obiettivo stesso: si assiste oggi a situazioni in cui la responsabilità è identificata dalla normativa o è legata a specifici mansionari o ancora deriva dalla tradizionale attribuzione ad alcuni Servizi di aree di intervento specifiche. In questa situazione, obiettivi nuovi oppure obiettivi complessi oppure obiettivi a forte valenza di integrazione tra servizi possono rimanere sulla carta in assenza di una precisa identificazione di responsabilità.

L'assunzione di responsabilità può avvenire a differenti livelli:

- promozione: si intende la responsabilità di mettere in atto le opportune iniziative necessarie a identificare specifici attori che progettino e attuino gli interventi senza che il soggetto responsabilizzato intervenga in queste fasi (livello di garanzia). Questo appare oggi come il livello minimo di responsabilità del DP rispetto agli obiettivi di salute;
- promozione e collaborazione: oltre al livello precedente, la responsabilità investe anche la partecipazione alla fase progettuale e di coordinamento delle iniziative (livello di garanzia collaborativa). Questo appare il livello di responsabilità proprio del DP per la maggior parte delle attività di promozione/educazione alla salute che trovano protagonisti operatori presenti in altri livelli assistenziali.
- promozione, collaborazione e azione: oltre al livello precedente, l'assunzione della responsabilità è anche relativa all'esecuzione di specifiche azioni all'interno del progetto (livello di garanzia attiva). Questo livello caratterizza molte delle attività del DP (sistemi di vigilanza, ispezione, controllo; controllo dei rischi alimentari; ecc.).

2. Il Dipartimento di Prevenzione

La prevenzione è oggi considerata una attività complessa che richiede strategie capaci di coinvolgere professionalità diverse in azioni a largo raggio quali, per esempio, le campagne di promozione della salute. Infatti, la moderna definizione di Sanità Pubblica pone l'accento sulle capacità di organizzare gli sforzi della società sulla base di obiettivi condivisi e diversificati quali, ad esempio, quelli della modifica degli stili di vita, del miglioramento dell'ambiente, per non parlare dei fattori di malattia emergenti quali quelli sociali e quelli direttamente legati al concetto di equità. Questi nuovi confini della prevenzione accentuano il ruolo che la ricerca, sia relativa alla misura dei bisogni che alla valutazione di impatto degli interventi, assume all'interno dei servizi di prevenzione.

Se i DP devono rispondere ad un mandato così ambizioso devono operare secondo moderne metodologie di lavoro; fra queste, quella che viene oggi riconosciuta più efficace è il **lavoro per obiettivi**. Il suo significato è quello di riunire gruppi multidimensionali (multidisciplinari, multiprofessionali, multisettoriali) che siano in grado di definire gli obiettivi tenendo conto dei problemi di salute prioritari; inoltre i gruppi dovranno occuparsi della progettazione di interventi basati sulle prove di efficacia, i cui esiti di salute siano misurabili. Questo richiede che i DP siano in grado di dotarsi di una organizzazione flessibile, a geometria variabile, capace di riunire intorno ad obiettivi complessi professionalità diverse, anche esterne al SSN. Questo approccio necessita di un bagaglio metodologico che affonda le sue radici nella cultura della Sanità Pubblica, cioè nel corpus dottrinale su cui poggiano i processi e gli interventi della prevenzione. In questa cultura possono essere riconosciuti alcuni elementi caratterizzanti:

- valutazione dei bisogni e identificazione del rischio (risk assessment): queste metodologie, che hanno ormai raggiunto un livello di maturazione tale da essere assimilate a discipline, 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. L'affermarsi di queste metodologie, cui si è assistito nel corso degli anni, permette oggi stime molto accurate della dimensione, sia oggettiva che soggettiva (percezione dei rischi) dei fenomeni della salute, che è presupposto indispensabile per il superamento dell'organizzazione dei servizi sulla base della pratica degli adempimenti "per compiti";
- Sanità Pubblica basata sulle prove di efficacia (Evidence-based public health): la comunità scientifica internazionale, dall'inizio degli anni '90, è impegnata nella riformulazione delle basi teoriche delle pratiche sanitarie. Queste, tradizionalmente definite sulla base della logica eziopatogenetica, hanno dimostrato la loro fragilità e sono oggi ritenute soltanto un complemento alla logica delle prove di efficacia. Questa nuova cultura, che sta oggi mobilitando il meglio della comunità dei professionisti, sta già portando, nel campo della prevenzione, alla stesura di una lista di pratiche delle quali siano presenti in letteratura scientifica solide prove di inefficacia, per promuovere una iniziativa volta alla loro abolizione. La diffusione di questa cultura capillarmente a tutti i livelli in cui vengono definite politiche di prevenzione è condizione non solo per lo sfortimento delle pratiche rituali dei DP, attraverso l'eliminazione di quelle inefficaci ma, anche, auspicabilmente, per l'aumento di quelle efficaci.
- analisi sistemica: la necessità di organizzare gli sforzi della società richiede da parte dei professionisti della prevenzione, la capacità di utilizzare gli strumenti propri dell'approccio sistemico (analisi organizzativa, analisi per processi e re-ingegnerizzazione ecc.). Tale capacità va sviluppata nei diversi ambiti di lavoro: dal servizio o unità operativa, alla comunità, senza soluzione di continuo. Nel primo ambito tali strumenti consentono ai professionisti della prevenzione di riprogettare i servizi il che, alla luce della Evidence-based public health, si tradurrà in miglioramenti dell'efficacia e dell'efficienza produttiva. Nell'altro ambito (la comunità) l'approccio sistemico dovrebbe condurre ad una integrazione del DP con gli altri livelli di assistenza e favorire il coinvolgimento degli altri soggetti della sussidiarietà orizzontale (volontariato, terzo settore, organizzazioni cittadini e utenti, mondo della formazione, settori produttivi, istituzioni locali), aumentando le probabilità di successo.
- comunicazione: è oggi una funzione critica anche per i DP; deve contribuire alle analisi della percezione del rischio e quindi alla gestione dei rapporti con il pubblico in situazioni di rischio ambientale, al fine di produrre una corretta informazione attraverso i canali di maggiore diffusione. Una efficace comunicazione con i cittadini deve essere di supporto agli interventi di promozione della salute aiutando ad indurre i cambiamenti auspicati. Deve rappresentare lo strumento per la condivisione dei criteri di priorità degli interventi, a tutti i livelli della concertazione (tecnica, istituzionale e di comunità) indispensabile per rapporti improntati alla trasparenza, ma anche per incrementare la possibilità di perseguimento degli obiettivi individuati. In quest'ottica la comunicazione assolve alle importanti funzioni di marketing sociale e di sviluppo del senso di affiliazione nel cittadino, contribuendo ad aumentare la credibilità del DP.
- assicurazione di qualità (quality assurance): da un lato deve promuovere la valutazione critica e continua dei processi e degli esiti dei progetti e in generale del lavoro dei servizi; dall'altro, deve predisporre culturalmente i professionisti alla verifica continua della coerenza e appropriatezza delle loro attività e degli interventi effettuati, rispetto agli obiettivi di prevenzione identificati. Il tutto al fine di innescare, insieme ad un atteggiamento critico e costruttivo, meccanismi di revisione e miglioramento continuo della qualità professionale, della qualità tecnologica e della qualità relazionale.

La pratica della prevenzione, così come delineata in queste pagine, dovrebbe essere considerata con un atteggiamento sperimentale nel senso che tutti i servizi che adotteranno i punti di vista raccomandati, sarebbero da considerarsi oggetto/soggetto di ricerca, adottando gli accorgimenti opportuni per permettere una consuetudine di autovalutazione continua.

Il lavoro per obiettivi con le sue caratteristiche di "buon operare" è al tempo stesso espressione e strumento di integrazione; inoltre questa modalità di lavoro rappresenta un continuo stimolo a sviluppare le abilità di ricerca del DP, e ad applicarle in progetti che mirino alla valutazione del rischio, alle analisi di contesto della popolazione e alla valutazione dell'impatto delle politiche sanitarie e di altri interventi, anche non sanitari, sulla salute della comunità e sulle diseguaglianze nella salute stessa.

L'assetto organizzativo del DP, ormai definito nelle sue linee essenziali dal DLgs 229/99, prevede tre aree dipartimentali (Sanità pubblica, Tutela della salute negli ambienti di lavoro e Sanità pubblica veterinaria) e Servizi. L'articolazione dei servizi, se interpretata in modo rigido come separazione o, addirittura, con esasperata rivendicazione di specificità settoriale, rappresenta uno degli ostacoli più seri all'adozione diffusa di una progettazione per obiettivi.

Tale situazione sembra caratterizzare la maggior parte dei DP come emerge sia dalla Relazione sullo Stato Sanitario del Paese che dall'Indagine Parlamentare dell'ottobre 2000. D'altra parte proprio le stesse fonti richiamano la necessità che le Regioni provvedano, nella loro autonomia, al completamento delle strutture organizzative dei DP.

Sembra pertanto utile che questo documento fornisca, a titolo puramente indicativo e in modo certamente non esaustivo, alcuni esempi di articolazione organizzativa dei DP, di ripartizione delle attività e di integrazione con strutture interne ed esterne all'ASL.

Queste indicazioni, non vincolanti, vengono sintetizzate in ALLEGATO.

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 DP il ruolo da svolgere nella definizione del profilo epidemiologico, nella scelta delle priorità, nell'individuazione degli interventi efficaci, nella loro progettazione, esecuzione e valutazione.

Nelle tabelle che seguono (tab. A - tab. E) tale ruolo è illustrato per alcuni obiettivi paradigmatici dell'Area di Sanità Pubblica del DP.

Per lo svolgimento del suo ruolo il DP 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.

In particolare l'epidemiologia, come funzione sottesa a tutte le fasi del processo illustrato, costituisce, insieme alla comunicazione ed alla qualità, l'elemento più dinamico e utile per riorientare culturalmente i Servizi; inoltre essa rappresenta un ponte tra la prevenzione e l'assistenza sanitaria. Per questo motivo l'epidemiologia, più che essere richiamata in modo rituale tra le funzioni del DP, dovrebbe diventare patrimonio genetico di chi si occupa di prevenzione.

3. Assicurazione dei livelli essenziali di prevenzione

Ruolo delle Regioni

L'autonomia regionale nell'organizzazione dei servizi rappresenta un valore aggiunto alla definizione, alla promozione e al raggiungimento degli obiettivi di salute. Ad esempio, rende possibili declinazioni di obiettivi comuni più mirate alla realtà locale, identificazioni di obiettivi che siano effettivamente rispondenti a bisogni specifici di salute e soluzioni operative effettivamente sostenibili. Questo può avvenire a condizione che si sviluppino meccanismi virtuosi non tanto di controllo quanto di confronto e di valutazione, al fine di innescare processi di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza produttiva.

Sembra opportuno, innanzitutto, che le Regioni definiscano gli obiettivi di salute per la prevenzione all'interno dei propri Piani sanitari. Questi obiettivi regionali sono distinguibili in tre tipologie:

- uguali a quelli del Piano Sanitario Nazionale
- uguali a quelli del Piano Sanitario Nazionale ma con standard migliorativi rispetto al guadagno di riserva di salute
- nuovi rispetto al Piano Sanitario Nazionale e rispondenti a specifici profili epidemiologici locali.

E' inoltre importante sottolineare che la declinazione operativa degli obiettivi passi attraverso alcune modalità che possono essere riassunte in:

- definizione di **progetti obiettivo** o piani per la prevenzione specifici nell'ambito della programmazione regionale di breve (annuale) o medio (triennale) periodo
- inserimento di tali **progetti e piani** o di singoli obiettivi di prevenzione nelle apposite intese di programma o accordi tra la Regione e le aziende
- inclusione degli obiettivi specifici nell'ambito del sistema di valutazione dei Direttori Generali
- costituzione di centri regionali di documentazione di Evidence Based Public Health (EBPH)
- creazione di **indicatori** specifici regionali di valutazione del raggiungimento degli obiettivi di salute
- progettazione di interventi di **formazione continua** per gli operatori regionali della prevenzione sulla base della individuazione degli specifici bisogni formativi, avvalendosi anche delle Società scientifiche interessate, dell'Università, dell'ISS, dell'ISPESL.

E' inoltre da sottolineare il ruolo che le Regioni possono svolgere attraverso l'accreditamento istituzionale dei servizi. A questo proposito è necessario ricordare che il DPR 14 gennaio 1997, che ha approvato i requisiti strutturali, tecnologici o organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie, non ha previsto alcun requisito per il DP. La maggior parte delle Regioni che hanno successivamente prodotto documenti e deliberato leggi in tema di accreditamento regionale seguendo le indicazioni del DPR, non hanno a loro volta contemplato requisiti specifici per il DP. Sembra pertanto opportuno suggerire che le Regioni, all'interno dei propri atti, prevedano requisiti per l'accreditamento del DP, coerenti possibilmente con quanto previsto in queste linee di guida.'

Un altro elemento essenziale al mantenimento dei livelli minimi di prevenzione è il finanziamento. Fino ad ora il PSN attribuiva una soglia minima di finanziamenti alla prevenzione (normalmente il 5%), vincolo che verrà presumibilmente a cadere nei prossimi anni. Eppure tale vincolo rappresenta un elemento essenziale di assicurazione di omogeneità a livello nazionale. Si raccomanda che le regioni identifichino modalità di conservazione di tale vincolo minimo in futuro naturalmente suscettibile di maggiori

finanziamenti.

Ruolo dell'Amministrazione centrale

Il **Ministero della Sanità**, in quanto garante dei livelli uniformi di prevenzione, svolge la funzione di indirizzo e coordinamento nei confronti delle Regioni. Tale funzione si esplica attraverso le seguenti azioni:

- **monitoraggio degli obiettivi di salute** per la prevenzione presenti nei Piani Sanitari Regionali o in documenti di analoga valenza strategica, ad esempio attraverso una specifica Conferenza Nazionale annuale sul tema
- definizione di un **piano nazionale di indicatori** specifici attraverso il recepimento degli indicatori regionali e la loro condivisione, nelle apposite sedi, al fine di ottenere flussi informativi che siano dinamici, affidabili e aggiornati, avvalendosi anche dei dati prodotti dagli organismi centrali quali ISTAT, ISS e ISPESL al massimo livello di disaggregazione
- stimolo allo sviluppo (all'interno della Conferenza Stato/Regioni) di un confronto tra le diverse Regioni al fine di identificare le progettazioni e attuazioni che hanno consentito performance migliori

(benchmarking)

- **finanziamento** di specifici **progetti obiettivo** interregionali che rappresentino un meccanismo di traino per quelle Regioni in cui, per motivi strutturali o per dimensioni, risultino di più difficile attuazione gli obiettivi nazionali
- promozione di un centro nazionale di **technology assessment** sulle pratiche di prevenzione, avvalendosi del contributo di tutte le Regioni interessate.
- attivazione di gruppi di confronto interregionali in tema di **accreditamento istituzionale** al fine di favorire l'introduzione, nei provvedimenti regionali, di un set comune di requisiti ulteriori (organizzativi soprattutto, ma anche strutturali e tecnologici) per il DP
- promozione di sistemi di **accreditamento all'eccellenza** dei DP orientati al miglioramento continuo della qualità organizzativa e tecnico-operativa degli stessi
- sviluppo di un sistema di definizione di obiettivi per la **formazione continua** per gli operatori del DP e di specifici percorsi di formazione, adottando il sistema dei crediti formativi, per la garanzia di livelli uniformi di formazione avvalendosi anche delle Società scientifiche interessate, dell'Università, dell'ISS, dell'ISPESL anche ai fini dell'armonizzazione tra formazione di base, specialistica e permanente.

L'Amministrazione centrale, anche avvalendosi della Conferenza Stato-Regioni, definisce le procedure da attuarsi in caso di Regioni che non mettano in atto le misure organizzative necessarie per il raggiungimento degli obiettivi essenziali di prevenzione, o per le quali gli indicatori relativi documentino il non raggiungimento di tali obiettivi.

Allegato

Questo allegato si propone di riassumere il profilo legislativo del DP e di offrire esempi, certamente non vincolanti, della articolazione e delle funzioni del medesimo, nonché di ripartizione delle attività; si propone inoltre di suggerire modelli per l'integrazione tra DP e strutture interne o esterne alla ASL.

L'articolazione, come emerge dalla lettura del D. Lgs 229/99, prevede per le tre aree dipartimentali di Sanità pubblica, Tutela della salute negli ambienti di lavoro e Sanità pubblica veterinaria, strutture organizzative specificamente dedicate a:

- a) igiene e sanità pubblica
- b) igiene degli alimenti e della nutrizione
- c) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro
- d) sanità animale
- e) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati
- f) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

Le strutture organizzative previste sono distinte in servizi o unità operative; in alcune realtà regionali sono invece distinte in aree funzionali zonali costituite da unità multifunzionali professionali.

I servizi veterinari godono di autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale.

La struttura organizzativa Igiene degli alimenti e della nutrizione dovrebbe essere sviluppata, secondo il preesistente Decreto del Ministero della Sanità 16/10/98 (G.U. 258 del 4-11-1998), attorno a due Aree Funzionali:

1. Igiene degli alimenti e delle bevande
2. Igiene della nutrizione

E' stata però proposta, a ragione della complessità di tale ambito, una ulteriore suddivisione dell'Area Igiene della Nutrizione in due Aree:

- a) Sorveglianza nutrizionale e rilievi dello stato di nutrizione
- b) Interventi di prevenzione nutrizionale e di consulenza dietetico nutrizionale

Anche per la struttura organizzativa Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro è stata proposta la suddivisione in due Aree funzionali:

- a) Prevenzione igienico-sanitaria
- b) Prevenzione tecnica

Nel documento elaborato da una Commissione interdipartimentale istituita presso il Dipartimento di Prevenzione del Ministero della Sanità con l'apporto dell' ISS, dell' ISPESL, di Società scientifiche e di Associazioni di categoria, viene proposto di aggiungere alle strutture organizzative previste dal D. Lgs. 229/99 un Servizio di Medicina Legale (tab. 8) ed una Struttura di supporto al DP, articolata in un Nucleo amministrativo centrale ed un Nucleo epidemiologico (tab. 1).

A proposito del Sistema di supporto vengono suggerite anche altre formule ritenute più funzionali ai fini dell'integrazione dipartimentale come, ad esempio, la costituzione di quattro Nuclei (amministrativo/contabile, epidemiologico, di educazione e promozione alla salute, di prevenzione delle malattie), con le attività previste nella tabella 9. L'utilità dei nuclei risiede nella possibilità di coordinare gli obiettivi e le attività dei programmi tra i servizi ai fini di una maggiore efficienza, come nello spirito della normativa e fin dal PSN 1994-1996.

La funzione epidemiologica, ritenuta trasversale ai Servizi del DP, in alcune Regioni è stata insediata come funzione di staff della Direzione del DP, ma con competenze limitate alle materie della prevenzione; in altre invece si è strutturata in servizi sovrazonali a partire dai DP e da questa posizione ha assunto responsabilità più ampie per l'analisi dei bisogni, la valutazione e la promozione della qualità di tutte le attività sanitarie sia in ambito preventivo, sia di assistenza ospedaliera e territoriale.

Le funzioni che il DP deve garantire in base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza sono, secondo il D.Lgs 229/99, le seguenti:

- a) profilassi delle malattie infettive e parassitarie
- b) tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
- c) tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro
- d) sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale
- e) tutela igienico-sanitaria degli alimenti
- f) sorveglianza e prevenzione nutrizionale

Il DP contribuisce anche alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative. Le funzioni vengono garantite anche a supporto dell'Autorità sanitaria locale.

Il D. Lgs. 229/99 non individua uno specifico insieme di **attività** per il DP, poiché tali scelte competono al livello locale sulla base delle necessità del territorio, delle risorse disponibili e degli accordi di collaborazione tra le diverse strutture.

Il documento della Commissione interdipartimentale più volte citata suggerisce una ripartizione delle attività per ciascuna area funzionale dei Servizi previsti per il DP (tabelle 1-8).

Il D.Lgs 229/99 ribadisce in più punti la necessità dell'**integrazione** tra le attività del DP e quelle di altre strutture interne ed esterne alla ASL.

La norma richiama in modo particolare il coordinamento del DP con il Distretto, e con altri Servizi ed altri Dipartimenti aziendali per le attività di promozione della salute e per la prevenzione delle malattie cronico-degenerative prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. La scelta del modello di integrazione tra Distretto, DP ed altri servizi aziendali dipenderà, nei singoli contesti, dalla accessibilità per il cliente/utente e dalle risorse del DP.

Una ricerca sui possibili modelli di integrazione ha fornito numerosi esempi al riguardo: la costituzione di gruppi di lavoro in cui siano coinvolti tutti i Servizi del DP; l'individuazione di referenti di attività; l'istituzione di un tavolo comune con la partecipazione di soggetti esterni al DP; la costituzione di una Commissione con i rappresentanti delle strutture coinvolte; la predisposizione di corsi di formazione diretti ai componenti di gruppi e commissioni per favorire metodologie operative omogenee; l'istituzione di archivi di documentazione accessibili, aggiornati, basati su prove di evidenza; il miglioramento del Sistema Informativo.

Per gli aspetti relativi alla prevenzione dei rischi nei luoghi di lavoro il D.Lgs. 229/99 prevede che i DP,

tramite la Regione, acquisiscano dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL) e dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) ogni informazione utile ai fini della conoscenza dei rischi per la tutela della salute e per la sicurezza degli ambienti di lavoro. In particolare il raccordo con l'ISPESL riguarda gli aspetti relativi all'informazione, alla formazione, alla consulenza e all'assistenza in materia di prevenzione dei rischi occupazionali e può essere realizzato anche attraverso l'istituzione di rapporti convenzionali con le strutture centrali e periferiche dell'Istituto stesso secondo un modello già avviato in alcune Regioni. Il DP inoltre, nell'ambito del coordinamento delle attività di prevenzione, partecipa alle attività dei Comitati di Coordinamento Regionali per la sicurezza e la salute sul luogo di lavoro di cui al DPCM 5 dicembre 1997 e opera in raccordo con le altre strutture territoriali ispettive e con le Agenzie Regionali per la Protezione dell'Ambiente per le attività di controllo e vigilanza nell'ambito del Programma di Azione Nazionale per la prevenzione degli infortuni e la tutela della salute nei luoghi di lavoro.

Il D. Lgs 229/99 sollecita inoltre il raccordo funzionale tra gli Istituti Zooprofilattici e Servizi veterinari, anche se a questi ultimi viene riservata una particolare autonomia e responsabilità nel rispondere del perseguimento degli obiettivi del servizio e della gestione delle risorse economiche attribuite. Pur nella varietà delle scelte regionali, la programmazione dovrebbe garantire che l'Istituto Zooprofilattico nel suo complesso e soprattutto le sue sezioni provinciali, non riducano il proprio ruolo a quello di mero supporto passivo, prevalentemente laboratoristico, alle esigenze o richieste dei Servizi veterinari. E' indispensabile infatti che le sezioni provinciali, esaltando il loro ruolo strategico territoriale e attraverso un funzionamento in rete, siano soggetti attivi capaci di concorrere ad individuare i bisogni e a soddisfare la domanda garantendo i dovuti livelli di specializzazione e un elevato contenuto tecnico.

Un ambito particolarmente critico è quello che riguarda il raccordo tra Sanità ed Ambiente per il coordinamento degli interventi per la tutela della salute: è previsto a tal proposito un preciso Accordo Quadro che individui i settori di azione congiunta ed i relativi programmi operativi. Sulla base di tale Accordo, in via di stipula, le Regioni decideranno le modalità ed i livelli di integrazione fra politiche sanitarie e politiche ambientali, prevedendo accordi di programma e convenzioni tra le ASL e le Aziende ospedaliere e le Agenzie Regionali per la Protezione dell'Ambiente.

Le modalità di integrazione sono demandate a livello delle singole Regioni e vi sono proposte quali: scambi di pareri, proposte e protocolli tecnici, sopralluoghi congiunti, istituzione e funzionamento dello sportello unico per le imprese.

Alcune fonti autorevoli si spingono a proporre l'istituzione di una vera e propria Unità di Coordinamento, interfaccia di distribuzione di dati ed informazioni sia ambientali che sanitari, con compiti anche di indirizzo, cui afferisca personale sia dei DP sia delle Agenzie Regionali.

STRUTTURA DI SUPPORTO

La Struttura di supporto svolge tali funzioni per tutti i servizi in cui è articolato il Dipartimento di Prevenzione (DIP)

ARTICOLAZIONI FUNZIONALI

- A) Nucleo amministrativo/contabile
- B) Nucleo epidemiologico
- C) Nucleo di prevenzione delle malattie
- D) Nucleo di educazione e promozione alla salute

ATTIVITÀ

- A.1 Gestione del budget assegnato al DIP
- A.2 Controllo di gestione
- A.4 Formazione/aggiornamento del personale
- A.5 Gestione organi collegiali
- A.6 Provvedimenti sanzionatori e giudiziari

- B.1 Raccolta, elaborazione, analisi di informazioni sanitari
- B.2 Gestione di flussi informativi sanitari
- B.3 VRQ
- B.4 Predisposizione redazione sullo stato di salute della popolazione servita
- B.5 Programmazione di interventi di educazione/informazione sanitaria

- C.1 Prevenzione delle patologie neoplastiche
- C.2 Prevenzione delle malattie croniche degenerative
- C.3 Prevenzione degli incidenti (domestici e da traffico)

C.5 Identificazione e delle attività (in base ai dati epidemiologici e alle mappe di rischio)

C.6 Valutazione dell'efficacia delle attività

D.1 Identificazione delle priorità (bisogni della popolazione)

D.2 Identificazione degli obiettivi di salute e del comportamento degli stili di vita da raggiungere ed i metodi per valutarli.

D.3 Programmazione di eventi di educazione alla salute e di interventi di formazioni

D.4 Valutazione dell'efficacia degli interventi

D.5 Aggiornamento per i docenti degli interventi e operatori sanitari