

## "LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE SANITARIA E PER LA ORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLE ASL"

Consiglio Superiore di sanità - Seduta del 22.11.2000

### Osservazioni

Il documento offre agli operatori della prevenzione e agli organi di governo della sanità indirizzi validi e quindi condivisibili sul piano culturale e professionale.

Sono senz'altro da condividere i seguenti aspetti :

- gli indirizzi per lavorare per obiettivi e progetti;
- le indicazioni metodologiche per la individuazione degli obiettivi prioritari di salute a livello nazionale e regionale;
- le carenze dei Dipartimenti di Prevenzione emerse dalla Relazione sullo stato di attuazione dei Dipartimenti di Prevenzione, conseguente all'indagine dalla Commissione Parlamentare di Inchiesta sul sistema sanitario.

Tuttavia, allorchè il documento affronta i criteri organizzativi del Dipartimento, la parte maggiormente attesa dagli operatori, si dimostra estremamente carente e in certe parti difficilmente conciliabile con l'assetto organizzativo così come determinato dal D.Lgs. 229/1999.

Nessun dubbio che la organizzazione del Dipartimento rientri nelle competenze regionali, ma si sarebbe dovuto tenere presente che la SitI e gli stessi risultati della indagine sullo stato di attuazione dei Dipartimenti evidenziavano la necessità di uno schema organizzativo che assicurasse da un lato lo spazio dovuto alle Regioni, ma dall'altro anche un livello minimo di omogeneità nazionale che il D.Lgs. 229 non è stato e non è in grado di assicurare.

Le carenze culturali e professionali rendono indubbiamente difficile operare per obiettivi e progetti, ma sembra eccessivo chiamare in causa a questo proposito anche le funzioni di polizia giudiziaria, quando invece hanno un peso negativo di gran lunga maggiore le molteplici norme obsolete che si devono comunque osservare e le sempre più numerose richieste dei cittadini di interventi puntuali chiaramente non programmabili.

Per quanto riguarda le molte norme vigenti che impongono interventi spesso privi di ogni evidenza di efficacia, sarebbe bene che il Consiglio Superiore di Sanità provvedesse a un'analisi della situazione normativa attuale per aggiornarla, possibilmente senza dover ricorrere alle leggi finanziarie, come è stato fatto sin ora per l'abrogazione di alcune norme in materia di prevenzione delle malattie infettive.

Relativamente alle sempre più frequenti richieste di intervento dei singoli cittadini e della comunità, queste vanno considerate positivamente in quanto dimostrano la validità di un rapporto tra cittadini e Dipartimenti, in una situazione istituzionale in cui solitamente il cittadino che lamenta rischi per la salute o anche soli disagi non trova referenti e perciò si rivolge con richieste, talvolta anche improprie, all'unica istituzione che se ne fa carico.

Attenzione quindi a sopprimere, in funzione degli "obiettivi e progetti", gli spazi in cui si esercitano queste attività, anche se comportano impegni impossibili da programmare; deve invece essere possibile prevedere nell'organizzazione del lavoro gli spazi temporali e le risorse da dedicare loro. In altri termini vanno conciliate le funzioni di ascolto e di consulenza ai cittadini e alle imprese che lamentano problemi estemporanei con quelle di programma.

Ma il punto più discutibile del documento è quello in cui si ritiene di superare il vecchio e sempre attuale problema della mancata integrazione funzionale tra le diverse professionalità, tra i vari Servizi del Dipartimento e tra il Dipartimento di Prevenzione e gli altri Dipartimenti (non solo quelli territoriali), ricorrendo a "gruppi multidisciplinari, multiprofessionali, multisetoriali"; le esperienze già fatte con tali gruppi hanno dimostrato il forte e insuperabile condizionamento che i gruppi subiscono da parte dei servizi o unità operative cioè dalle organizzazioni formalmente strutturate.

Nessuno può mettere in discussione la necessità di azioni multiprofessionali e multisetoriali, non esistendo praticamente obiettivo di prevenzione che non richieda l'intervento contemporaneo di molteplici professionalità e diversi servizi, ma ciò si scontra con le disposizioni del D.Lgs.229/1999 che impone all'interno delle tre aree dipartimentali "strutture organizzative specificamente dedicate" (**art.7-  
quater, comma 2) le quali si distinguono in "servizi o unità operative in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento e alle funzioni attribuite" (art, 7-quater, comma 3).**

I servizi così concepiti costituiscono gabbie monodisciplinari e monoprofessionali difficilmente tra loro comunicanti, arroccate sulla "omogeneità" della disciplina che soverchia anche gerarchicamente le altre

discipline eventualmente presenti nello stesso servizio, che non sono disponibili a interventi congiunti per problemi che impegnano contemporaneamente più servizi, al punto che si eseguono tante e distinte ispezioni nello stesso luogo quanti sono i servizi coinvolti. Questi problemi sono noti da tempo e si dovrà pure trovare il modo di affrontarli, senza limitarsi a invocare gruppi spontanei se poi questi non vengono messi in grado di operare.

Inspiegabile è il continuo rinvio di un problema, anche questo a tutti noto, che costituisce l'apice della incomunicabilità tra servizi, : quello dei rapporti funzionali tra i medici del servizio "Igiene degli alimenti e della nutrizione" e i veterinari del servizio "Igiene della produzione ecc... degli alimenti di origine animale"; almeno si fosse fatta chiarezza sulle rispettive competenze, in mancanza di una organizzazione del lavoro multiprofessionale.

In queste condizioni non è possibile stupirsi della "specificità settoriale" che ostacola l'adozione di una progettazione per obiettivi.

Occorre sperimentare "modalità di lavoro per la soluzione ai problemi di integrazione", che il documento del CSS richiama ma senza fornire alcuna utile indicazione al proposito.

Dato l'assetto organizzativo del D.Lgs. 229/1999, con tutti i limiti di cui si è detto, una ipotesi può essere quella di una organizzazione del lavoro per "processi", già ampiamente sperimentata nella produzione di beni e servizi e dimostratasi, seppure in realtà ben diverse da quella di un'Azienda Sanitaria, efficace per la integrazione funzionale e la interprofessionalità delle azioni.

Il processo è stato definito " una sequenza di azioni che coinvolgono diverse strutture di produzione (i servizi), finalizzato a un obiettivo unitario ma indipendente e separabile dalle strutture organizzative e dalle relative responsabilità".

In altri termini il processo si avvia e prosegue con una successione di azioni, ciascuna esattamente prevista per quanto riguarda l'obiettivo e i servizi che vi partecipano con le relative professionalità , si conclude con la verifica dell'obiettivo finale. In tal modo i servizi restano strutturati come previsto dalla norma, anche per quanto riguarda la loro "omogeneità disciplinare", ma vengono impegnati in una successione di azioni che coinvolgono anche altri servizi, in ciascuna delle quali fanno quale ruolo è loro attribuito e ne rispondono esclusivamente sotto l'aspetto professionale. Da ciò ne deriva la necessità che il processo sia attribuito a una responsabilità esterna e autonoma rispetto ai singoli servizi.

Il lavoro per processi è congruente a un lavoro per obiettivi e progetti, ma si debbono prevedere anche gli spazi per gli interventi estemporanei richiesti dai cittadini.

Nel documento del CSS si riscontra anche una carenza in merito ai rapporti esterni del Dipartimento di Prevenzione, rapporti da definire con le altre strutture di produzione (i Dipartimenti sia territoriali che ospedalieri); anche a questo proposito potrebbe valere l'ipotesi di una organizzazione per processi, in cui le azioni nelle diverse fasi sono attribuite appunto ai diversi Dipartimenti in funzione dell'obiettivo di ciascun processo.

Manca nel documento in particolare il rapporto con i Distretti, problema questo estremamente complesso a seconda della "missione" a questi attribuita : struttura di sola committenza o struttura di sola produzione o struttura mista di committenza e produzione? La scelta che sarà fatta dalle Regioni non è indifferente per i Dipartimenti di Prevenzione.

Infine anche il rapporto sanità - ambiente (Dipartimento - ARPA) è lasciato sostanzialmente in sospeso, così come era stato lasciato dal D.Lgs. 229/1999 e dalle leggi regionali istitutive dell'ARPA; una cosa comunque va ribadita : la mancanza per la sanità pubblica di un preciso referente certo all'interno della sanità pubblica stessa per gli accertamenti analitici, presente in tutti gli altri Paesi, limita fortemente l'efficacia degli interventi di prevenzione.

Per concludere, il documento del CSS è un ottimo documento sul piano accademico, con importanti indicazioni culturali e professionali, ma non affronta i problemi denunciati dagli operatori della prevenzione, dagli organi di governo locale e dalla comunità; se poi si vorrà sostenere che tali problemi dovranno essere affrontati dalle Regioni, allora si spieghi quali erano i presupposti di partenza e gli obiettivi del CSS dal momento che sembrano essere stati ignorati i fondamentali punti critici evidenziati dalla Relazione sullo stato di attuazione dei Dipartimenti di Prevenzione.

*Prof. Antonio Faggioli*