

# **Linee Guida per un modello di Integrazione Sistemica e funzionale fra Distretto e Dipartimento di Prevenzione**

*“Rimanere fermi è il modo più veloce  
di muoversi all’indietro in un mondo  
che cambia sempre più rapidamente  
per la costruzione di una società più  
consapevole, capace di modificare  
l’universo, la vita e le cose”*

## **PRESENTAZIONE**

**Passato e presente del S.I.M.E.T. sono ricchi di impegni sociali e di partecipazione attiva, da oltre un secolo a questa parte, nel processo di evoluzione della sanità nel nostro Paese.**

**Tappa dopo tappa i percorsi sono disseminati di tangibili segni di presenza e di operosità instancabile, ieri da Medici Condotti oggi da Dirigenti in responsabilità primarie nel settore della dipendenza e della diagnosi e cura.**

**Il perché è storicamente nell'essersi sempre ritenuto, l'iscritto, un medico di sanità pubblica a forte valenza preventiva con funzione unica o doppia nella rete dei servizi territoriali, che nel moderno sistema afferiscono a ben due delle tre articolazioni del moderno Servizio Sanitario Nazionale: il Distretto Sanitario di Base e il Dipartimento di Prevenzione.**

**Una caratura di cui ha sempre avvertito il senso e il peso, fino a farne della Organizzazione nella quale si ritrova più un cenacolo, dove pensare e forgiare la sua componente culturale, che una corporazione appiattita su mere rivalse di ordine economicistico.**

**E, a rafforzamento di questo suo aspetto peculiare, puntuali giungono le *“Linee guida per il rapporto funzionale e l'integrazione fra dipartimento di prevenzione e distretto sanitario di base”*, le quali si caricano dell'ambizione di coprire un vuoto, di cui vengono di giorno in giorno sempre più avvertite la esistenza e la dimensione per le conseguenti ed inevitabili conflittualità che insorgono tra figure professionali operanti in strutture che, per certi versi, hanno elementi di sovrapponibilità; di fare chiarezza e dare qualche utile indirizzo in sede di programmazione nei diversi contesti aziendali e regionali, pur nel rispetto delle reciproche autonomie e dei principi federalistici che in questi giorni vengono ripresi a livello parlamentare; buon ultimo, di arricchire la *“Collana”* delle Linee Guida, dopo quelle del Distretto Sanitario di Base, del Dipartimento di Prevenzione e del Country Hospital.**

**Queste Linee Guida si caratterizzano per essere, in un certo senso, il compendio delle tre precedenti, per quel che concerne i profili istituzionali, con una parte centrale di peculiarità comuni, di rapporti funzionali e di modalità e strumenti integrativi.**

**Il S.I.M.E.T. si è sentito spinto in questa faticosa altra esperienza dai plebiscitari consensi riservati alle pubblicazioni precedenti, che non hanno mancato di lasciare una scia di compiacimento, che fa tanta storia, crescita di immagine e stimolo di ambizioni.**

**Stessa sorte, stessi apprezzamenti, stesso calore è nei voti del S.I.M.E.T., anche se in definitiva poi in queste circostanze la vera molla è rappresentata da un certo qual vibrare di coscienze e dal bisogno di fondo di offrire comunque un contributo, in quanto tale e non per quello che ne potrebbe derivare.**

**In definitiva, ti rimane la grande soddisfazione di esserti sperimentato, laddove altri hanno saputo solo tacere!**

Pasquale TRECCA

## **INDICE**

PREMESSA	Pag. 3
Funzioni e attività distrettuali	Pag. 4
Funzioni e attività del Dipartimento di Prevenzione	Pag. 5
Peculiarità comuni	Pag. 14
Il rapporto funzionale tra Distretto e Dipartimento	Pag. 16
Modalità di integrazione fra Dipartimento e Distretto	Pag. 17
Gli strumenti dell'integrazione	Pag. 19
Il circolo virtuoso	Pag. 20

## **PREMESSA**

Addentrarsi nell'analisi di questa esigenza ravvisata essenziale e indifferibile da tutte le esperienze che, di giorno in giorno, si vanno acquisendo sul delicato argomento, comporta un necessario riferimento alle rispettive Linee Guida, a suo tempo formulate dal SIMET, su queste due articolazioni del SSN, il Distretto e il Dipartimento di Prevenzione, che il complesso della legislazione nazionale ed internazionale fa assurgere sempre più a strutture portanti nel contesto delle difficili problematiche di ordine sociale, che i servizi dell'area di sanità pubblica sono chiamati a fronteggiare e risolvere.

Questa realtà che si va evidenziando con sempre maggiore preoccupazione era nell'ordine naturale delle previsioni nel momento di svincolo dal precedente sistema, che le accorpava solo molto teoricamente in nome di una prevenzione generica e mai sufficientemente considerata e realizzata.

Lo sviluppo culturale e il sopravanzare delle grandi calamità del secolo richiamano a maggiori e più gravose responsabilità gli Stati-Nazione europei sulla necessità di considerare la prevenzione, sotto il profilo operativo, una branca di intervento che, mettendo a nudo e rimuovendo le cause delle malattie nelle loro diverse componenti genetiche, ambientali e abitudinarie, promuova e migliori lo stato di salute della intera comunità attraverso l'adozione di stili di vita sani e di scelte consapevoli.

E la nuova cultura di promozione della salute che avanza, per la quale vanno affinate le strategie, coordinati i modelli organizzativi, individuati i protocolli di attività per la salvaguardia della salute e dell'uomo nel suo ambiente di vita e di lavoro.

## **Funzioni ed attività distrettuali**

I Distretti Sanitari, già previsti dall'art.10 della Legge 833/78, non ebbero grande attenzione nelle UU.SS.LL. degli anni '80, probabilmente per la parcellizzazione delle stesse e per la conseguente polverizzazione delle responsabilità, che di certo non favorirono un processo di integrazione funzionale tanto importante, per cui il decentramento distrettuale fu ridotto - in tema di organizzazione - a concetto residuale della organizzazione, teorico e spesso ideologico, in forza anche di difficoltà culturali, di cui il "nuovo" si faceva latore.

La ricodificazione del distretto, coincidente con l'ambito provinciale ad opera dell'art.3 del Decreto L.vo n.502/92, rese più stringente la procedura di decentramento, fino a renderla obbligo funzionale ed essenziale per il corretto funzionamento dell'Azienda.

A tutt'oggi, comunque, si lamentano e si scontano ritardi enormi, nonostante l'incalzare di successive norme di legge, tutte ritenute preminenti e finalizzate al superamento di quella concezione ospedalocentrica dell'assistenza, tuttora fonte di sprechi e di irrazionalità grossolane del sistema, che stenta a spostare l'asse dell'assistenza dalle strutture al Cittadino e dai presidi ospedalieri alle strutture territoriali, migliorandone in tale maniera il soddisfacimento e il potenziamento della cultura della prevenzione e della significativa operazione di contenimento della spesa.

Spesa tuttora fortemente legata ai costi fissi di "attesa" e "ai tempi morti" dell'ospedale, all'orientamento espansivo (poliambulatori ospedalieri e cosiddetti presidi sanitari intermedi) e moltiplicatore della domanda di una struttura, quella ospedaliera, che ha la prevalente mission di "produttrice di prestazioni di diagnosi e cura" senza alcuna motivazione alla funzione di filtro rispetto a richieste improprie (**sistema della malattia**).

L'unità distrettuale deve prevedere una organizzazione gerarchica secondo una modalità operativa funzionale all'ordinato svolgimento dell'attività del gruppo.

Prevede tre livelli di responsabilità:

### ***Responsabile di Gestione***

Si occupa globalmente di tutto quanto riguarda quella specifica unità operativa distrettuale; coordina le riunioni di

lavoro e stabilisce l'impiego di risorse necessarie (di solito Responsabile del Distretto o del Dipartimento di Prevenzione)

### **Responsabile di Programma**

E' l'esperto tecnico, all'interno del gruppo, che definisce il programma operativa, tempi e modi di attuazione, modalità e tempi di verifica, eventuali modifiche in itinere del programma. Coordina il lavoro pratico del gruppo. (Il sanitario esperto in materia).

### **Responsabile Organizzativo**

Si occupa di tutti gli aspetti organizzativi del gruppo. Organizza le riunioni di lavoro, i momenti di lavoro comune; cura il materiale usato nell'attività del gruppo.

L'Assistenza Distrettuale, elevata dal P.S.N. 1998-2000 a rango di livello assistenziale, si articola nei sottolivelli della Assistenza Sanitaria di Base (1), Assistenza Farmaceutica (2), Assistenza Specialistica Ambulatoriale (3), Assistenza Territoriale e Semi-residenziale (4) ed Assistenza Residenziale Sanitaria (5).

#### 1) Assistenza Sanitaria di Base:

- \* Assistenza Sanitaria Primaria (Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta)
- \* Assistenza Territoriale Domiciliare (Programmata ed Integrata)
- \* Centro Unificato di Prenotazione
- \* Continuità assistenziale
- \* Educazione alla salute

#### 2) Assistenza Farmaceutica

#### 3) Assistenza Specialistica Ambulatoriale:

- Assistenza Specialistica
- \* Prestazioni strumentali (Radiologia, Laboratorio, Medicina Nucleare, ecc.)
- \* Attività di consultorio Materno-infantile
- Gestione rapporti convenzionali
- Attività Medico-Legali
- Attività di Salute Mentale
- Servizi per le Tossicodipendenze
- Assistenza agli Anziani
- \* Assistenza Riabilitativa e Protesica ed assistenza idro-termale
- \* Assistenza integrativa

#### 4) Assistenza Specialistica Territoriale e Semi-residenziale:

- Assistenza ai tossicodipendenti
- Assistenza ai disabili fisici
- Assistenza ai disabili psichici
- Assistenza agli anziani disabili

#### 5) Assistenza Residenziale Sanitaria:

- assistenza sanitaria ad anziani in regime residenziale
- assistenza sanitaria a disabili fisici in regime residenziale
- assistenza sanitaria a disabili psichici in regime residenziale
- assistenza sanitaria a malati di AIDS in regime residenziale
- country-hospital
- assistenza sanitaria riabilitativa a tossicodipendenti in comunità terapeutiche

Come è stato già rilevato, quindi, il Distretto Sanitario rappresenta un'area sistema caratterizzata da una forte connotazione organizzativa dipartimentale e coordinata da un Direttore responsabile (funzione di line), a sua volta coadiuvato dai responsabili di unità operative (funzione di staff).

Il Distretto colloca il Cittadino al centro del sistema, ne registra i bisogni di salute, quantifica ed analizza qualitativamente la domanda di prestazioni, elabora l'offerta di servizi e ne garantisce la erogazione.

Appare evidente che l'analisi dei bisogni e della domanda non può tradursi in una passiva funzione di registrazione, ma va temperata allo stato di salute della popolazione, rilevato con metodo epidemiologico.

Pertanto le rilevazioni debbono informare concretamente le scelte gestionali con la costruzione di una scala di priorità, che ponga come obblighi primari gli obiettivi di salute (benessere psichico e fisico della popolazione) e subito dopo quelli funzionali al contenimento/razionalizzazione della spesa (prevenzione primaria e secondaria delle forme morbose che hanno i più elevati costi di gestione, oltre all'assistenza precoce e puntuale delle patologie con i più elevati costi indiretti, da fronteggiare con la integrazione modulata delle risorse socio-assistenziali).

Nella organizzazione distrettuale svolgono un ruolo primario e fondamentale il Medico di medicina generale e Pediatra di libera scelta, la cui partecipazione attiva alla definizione programmatica degli obiettivi è essenziale premessa alla efficacia degli interventi; essi, da autentici gate-keepers, costruiscono la domanda assistenziale del Distretto, ne verificano la congruenza con i bisogni, ne propongono la soluzione ed intervengono nella definizione degli obiettivi programmatici distrettuali.

Rappresentano, pertanto, un fattore decisivo di integrazione tra la popolazione assistibile e l'Azienda Sanitaria.



## **Funzioni ed attività del Dipartimento di prevenzione.**

I riferimenti normativi, raffigurati negli artt.16, 20, 21 della L. 833/78 e nell'art. 7 D.L.vo. n.502/92, così come sostituito dall'art 8 del D.L.vo n.517/93, sono il fondamento giuridico per qualsiasi ipotesi di modello organizzativo per il Dipartimento di Prevenzione. Infatti gli artt.16, 20 e 21 della precitata legge-quadro 833/78 definiscono le funzioni assegnate alle UU.SS.LL. nell'ambito delle competenze, intese in senso estensivo, di Igiene e Sanità Pubblica.

Per effetto del referendum abrogativo, indetto con D.P.R. del 25/2/93, le competenze relative all'ambiente venivano stralciate e riformulate con il complesso delle funzioni nell'ambito dell'art.7 del D.L.vo n.502/92, come modificato dall'art. 8 del D.L.vo n.517/93.

Le diverse Leggi regionali di riordino del S.S.N., di riferimento a questa fonte giuridica, ridisegnano il profilo organizzativo dei Dipartimenti di Prevenzione nel rispetto più assoluto, per ciascuna di esse, della autonomia organizzativa, gestionale ed amministrativa.

Ciò ha comportato elementi di rilevante variabilità che, associati alle radicali trasformazioni della Sanità sul piano istituzionale, organizzativo, gestionale e finanziario, rendono inderogabile ed imprescindibile - sul piano dell'efficacia e dell'efficienza - la definizione di un raccordo funzionale tra il Dipartimento di Prevenzione e le diverse articolazioni organizzative dell'Azienda USL, in particolare con il Distretto Sanitario di Base.

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, nella nuova articolazione dei livelli uniformi di assistenza, riclassifica, come si è detto, le attività "nelle tre macro aree di offerta previste dalla normativa in vigore":

1. assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
2. assistenza distrettuale;
3. assistenza ospedaliera.

Quanto illustrato scaturisce dalle seguenti considerazioni:

- a) *l'esigenza di valorizzare le attività svolte dal Dipartimento di Prevenzione, in armonia con quanto previsto dal D.L.vo 502/92 e in coerenza con l'obiettivo di potenziare le attività di prevenzione. Gli interventi di prevenzione primaria e secondaria (quali, ad esempio, educazione sanitaria, counseling, prevenzione individuale e per gruppi a rischio effettuata dai medici di medicina generale e da altre professionalità sanitarie) sono svolti anche dai livelli di assistenza distrettuale e ospedaliera (nell'ambito delle risorse ad essi attribuite), oltre che da settori non sanitari, in un comune impegno di promozione della salute;*
- b) *l'esigenza di ricomporre all'interno del macro livello "assistenza sanitaria distrettuale" i tre livelli-tipo di assistenza (assistenza sanitaria di base, assistenza specialistica, semi-residenziale territoriale e assistenza residenziale sanitaria, punti 2, 3 e 5 del PSN 1994-96) precedentemente classificati separatamente, ma fortemente integrati e correnti. L'esplicitazione del livello distrettuale è coerente con l'obiettivo di conferire al Distretto una precisa identità all'interno dell'Azienda sanitaria locale per il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività di assistenza sanitaria di carattere extra-ospedaliero;*
- c) *l'esigenza di superare la specificazione del livello di supporto all'organizzazione dell'attività, precedentemente considerato separatamente (punto 6 del PSN 1994-96), ma strettamente funzionale all'organizzazione e all'erogazione delle attività comprese negli altri livelli di assistenza sanitaria.*

Dai richiami al P.S.N. 1998-2000 emerge forte la consapevolezza di un deciso rilancio delle ragioni della prevenzione, della centralità del Dipartimento di Prevenzione e di una marcata integrazione a livello distrettuale, cui compete anche il coordinamento di tutte le attività extra ospedaliere, sia di prevenzione che di supporto.

Tra le fonti giuridiche di riferimento appare utile considerare anche il D.P.R.14/1/97, che attiene la verifica dei requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici delle strutture sanitarie, sia perché fortemente incidenti sulla qualità delle prestazioni sanitarie e della salute dei cittadini-clienti, sia per il fondamentale rilievo della oggettiva responsabilità delle Aziende UUSSLL, ed in particolare dei Dipartimenti di Prevenzione su processi produttivi interni al S.S.N..

Questo vincolo per le Aziende può e deve costituire una opportunità irrinunciabile per promuovere un miglioramento generale ed uniforme della qualità delle prestazioni sanitarie, e a tal fine si legittima ulteriormente anche il ruolo ispettivo e di controllo, prevalentemente rivolto verso l'esterno del S.S.N..

Tale aspetto introduce un motivo centrale di raccordo tra il Distretto ed il Dipartimento di Prevenzione ed appare evidente che competano al Dipartimento la pratica autorizzativa e le funzioni di vigilanza e controllo sulle strutture sanitarie, in conformità alla normativa vigente, così come appare altrettanto ovvio che il Responsabile del Distretto deve essere tempestivamente e puntualmente informato e documentato della capacità e delle limitazioni nell'erogazione di prestazioni sanitarie nel territorio di competenza.

La Legge Delega di Riforma del D.L.vo n.502/92 non può essere intesa ancora come un riferimento giuridico e, tuttavia, la Riforma deve rappresentare uno strumento utile per la corretta integrazione del Dipartimento di Prevenzione con il Distretto Sanitario, soprattutto in relazione alle attività di prevenzione, oltre alla esigenza di definire le modalità per assicurare ai Servizi del Dipartimento autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa.

Il Dipartimento è una struttura complessa, **caratterizzata da autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa**, costituita da più servizi, rispetto ai quali agisce come strumento di integrazione. (*Linee Guida S.I.Me.T.*)

Il Dipartimento di Prevenzione, in conformità con i piani gestionali Aziendali e Regionali, definisce i propri fini istituzionali e li persegue attivando processi per obiettivi, modalità multidisciplinari ed unireferenzialità per l'utenza.

I compiti assegnati dagli artt.16-20-21 della L. 833/78 alle UUSLL, riconfermati dall'art.7 del D.L.vo n.517/93, in sostituzione dell'art.8 del D.L.vo 502/92, rappresentano sostanzialmente la mission del Dipartimento di Prevenzione, mentre alle Leggi regionali di riordino del SSN vengono demandate le indicazioni organizzative e regolamentari per lo svolgimento e la corretta integrazione delle attività di prevenzione, di vigilanza e controllo e di monitoraggio epidemiologico.

I Servizi perseguono finalità comuni in modo integrato fra loro e nell'ambito delle direttive di coordinamento funzionale disposte dal Responsabile del Dipartimento di Prevenzione.

I Servizi del Dipartimento di Prevenzione sono articolati in Unità Operative territoriali, la cui competenza può, di norma, coincidere con l'ambito territoriale del Distretto Sanitario.

Le Unità Operative dei diversi servizi sono dimensionate secondo le esigenze del territorio e dipendono funzionalmente dai rispettivi servizi, mentre nel contempo devono assicurare la interdisciplinarietà delle prestazioni e le funzioni di referenza reciproca con altre articolazioni territoriali della ASL.

Il problema, più volte sollevato, della difficoltà per le unità operative distrettuali di raccordarsi funzionalmente ai servizi del Dipartimento, e per le articolazioni operative del Dipartimento di raccordarsi a quelle del Distretto, tradisce probabilmente una concezione gerarchica e settoriale, non certo dipartimentale, del Distretto Sanitario, nonché anche del Dipartimento stesso.

Comunque si ha motivo di ritenere che gli strumenti della integrazione - appresso considerati, una corretta utilizzazione delle logiche e dello spirito del lavoro di gruppo e una giusta considerazione dei ruoli come espressione di funzioni (e non centri di potere) possono essere di aiuto alla soluzione del problema.

Sono organi del Dipartimento di Prevenzione il *Responsabile* ed il *Comitato del Dipartimento*.

Il Comitato del Dipartimento è un organo collegiale che fornisce al Responsabile il proprio parere tecnico sull'attività programmatica generale e gestionale del Dipartimento stesso.

Le funzioni di staff rappresentate dal Comitato del Dipartimento vanno integrate da specifiche mansioni di supporto amministrativo, essenziali per un corretto monitoraggio della produzione e dei fattori produttivi per la gestione del personale e del sistema informativo, nonché per la Verifica e Revisione della Qualità.

Il Comitato propone al responsabile, per l'adozione, il regolamento interno del Dipartimento di Prevenzione, che viene ratificato con apposito atto deliberativo del Direttore Generale.

Del Comitato sono membri di diritto i Responsabili dei servizi; allo stesso partecipano su temi di rispettiva competenza i responsabili di UU.00. e di progetti integrati.

Al Comitato possono partecipare, ad invito, altre figure professionali in relazione a problematiche specifiche.

Il Dipartimento di Prevenzione è articolato in Servizi.

I servizi minimi previsti dalla Legge, sono:

a) Servizio igiene e sanità pubblica (SISP) con le seguenti competenze:

- la individuazione, l'accertamento ed il controllo dei fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita;
- la comunicazione dei dati accertati e la diffusione della loro conoscenza, sia direttamente che tramite gli organi del decentramento comunale, ai fini anche di una corretta gestione degli strumenti informativi del libretto sanitario personale e dei registri dei dati ambientali e biostatistici;
- l'indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento di ambienti di vita;
- la profilassi degli eventi morbosi, attraverso l'adozione delle misure idonee a prevenirne l'insorgenza;
- la verifica, secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti, della compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamenti industriali e di attività produttive in genere con le esigenze di tutela dell'ambiente sotto il profilo igienico-sanitario e di difesa della salute della popolazione;

b) Servizi di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro (SPSAL):

- la individuazione, l'accertamento ed il controllo dei fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento negli ambienti di lavoro;
- l'indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento di ambienti di lavoro;
- la formulazione di mappe di rischio con l'obbligo per le aziende di comunicare le sostanze presenti nel ciclo produttivo e le loro caratteristiche tossicologiche ed i possibili effetti sull'uomo e sull'ambiente;
- la verifica, secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti, della compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamenti industriali e di attività produttive in genere con le esigenze di tutela dell'ambiente sotto il profilo igienico-sanitario e di difesa della salute dei lavoratori interessati;
- i compiti già svolti dall'Ispettorato del lavoro in materia di prevenzione, di igiene e di controllo sullo stato di salute dei lavoratori, in applicazione di quanto disposto dall'art. 27, D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616;

c) Servizi igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN);

d) Servizi Veterinari (SV), articolati distintamente nelle tre aree funzionali della sanità animale, dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione,

conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, e dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

I servizi veterinari si avvalgono delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli istituti zooprofilattici sperimentali.

Il SISP dovrebbe nel proprio ambito assicurare una funzione di rilevazione epidemiologica che ne orienti l'attività complessiva sulla base delle informazioni sistematicamente raccolte dai Distretti della ASL; l'attenzione e la tensione di questa funzione andrebbe tanto orientata alle malattie infettive-diffusive che alle malattie cronico-degenerative, con particolare riguardo per queste ultime (es.: si prevede che i casi di diabete mellito nel mondo passeranno dai 143 milioni del '97 ai 300 milioni del 2025-OMS Rapporto 1998). Il report di dati dovrebbe indurre ad una vigile sorveglianza del livello distrettuale ai fini di una efficace prevenzione primaria e secondaria.

Il ruolo del Dipartimento va caratterizzato sempre più nel senso di un orientamento delle attività Distrettuali ai bisogni di prevenzione e di assistenza.

Il circolo virtuoso che vede il Distretto fornire le informazioni al Dipartimento ed il Dipartimento restituirgli obiettivi di salute da cogliere e motivazioni fondate da realizzare, non può che attribuire una funzione di "service" al Dipartimento di Prevenzione, al quale, sarebbe auspicabile, non si sottraessero i presidi ospedalieri.

Il S.P.S.A.L. dovrebbe articolarsi almeno nelle tre aree di Medicina del lavoro con compiti prevalentemente di diagnosi, cura e prevenzione secondaria, di Igiene del lavoro con funzioni di rilevazione epidemiologica, di vigilanza e controllo ambientale e di Prevenzione primaria e di sicurezza degli impianti con compiti tecnici specialistici per rilevazioni negli ambienti confinati.

Le tre aree indicate dovrebbero fortemente integrarsi nell'ambito del Servizio con il Dipartimento nel suo complesso e con l'Azienda, fornendo anche all'esterno prodotti di specifica competenza:

infortuni sul lavoro → Magistratura;

epidemiologia degli infortuni e malattie professionali → Dipartimento di Prevenzione → Azienda USL → Distretti ;

controlli su attività sanitarie → Dipartimento → Azienda USL → Distretti;

pareri su strumenti urbanistici → Comuni ecc..

Il S.V. dovrebbe orientare la propria attenzione:

1) sulla produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti e delle bevande, interagendo strettamente con il Servizio Veterinario per gli alimenti di origine animale;

2) sulle patologie del comportamento alimentare (consumo degli alimenti), con forte orientamento preventivo, educativo e stretta interazione con le funzioni epidemiologiche del SISPE e, assieme a questo, con i Distretti e con le Istituzioni esterne, soprattutto quelle a valenza educativa (Scuole, istituti di formazione alberghiera, ecc.).

I S.V., articolati distintamente nelle tre aree funzionali:

1) sanità animale

2) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati

3) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche dovrebbero interagire sinergicamente con le funzioni di rilevazione epidemiologica del SISPE ed in particolare le aree (2) e (3) con il SIAN, per quanto attiene le problematiche del controllo degli alimenti di origine animale.

In alcune Regioni persiste il Servizio di Medicina Legale incardinato nel Dipartimento di Prevenzione e ciò trovava una sua logica nella organizzazione degli ex Enti Mutualistici, nei quali le funzioni assistenziali e medico-legali erano interconnesse.

Qualunque sia la struttura titolare delle funzioni di Medicina Legale, per le attività di tipo ambulatoriale destinate alle singole persone, non si può prescindere dalle scelte organizzative del Distretto riguardo alle modalità di erogazione delle prestazioni ai Cittadini e dalla interazione tra le strutture stesse.

## **PECULIARITA' COMUNI**

Gli elementi caratteristici del Distretto e del Dipartimento di Prevenzione hanno moltissimi requisiti simili che dovrebbero facilitare il processo di integrazione delle competenze a livello decentrato, nella considerazione che entrambe sono aree di erogazione di servizi orientati al conseguimento delle stesse finalità.

La loro caratterizzazione poggia sulla inequivocabile comunanza dei seguenti presupposti:

- la complessità delle strutture, da non considerarsi sommatoria di funzioni attribuite ai servizi di sanità pubblica nelle diverse discipline, previste dall'art. 8 del d.lgs. 502/92, ma processo di riordinamento e di riconversione degli stessi verso obiettivi affini;
- i rapporti stretti e diretti con le diverse realtà territoriali (enti politici locali, enti pubblici, organizzazioni sociali, volontariato, ecc...) con i quali storicamente i Servizi del Dipartimento e del Distretto si interfacciano continuamente;
- la configurazione di centri di responsabilità, articolati a loro volta in più centri di costo, coincidenti con servizi dotati di autonomia tecnico funzionale, che si muovono secondo fini di programmazione, di gestione delle risorse, di verifica e di valutazione della qualità dei risultati;
- l'attribuzione di risorse finanziarie vincolate e adeguate alla funzionalità dei servizi di area;
- la esigenza della integrazione dei servizi sociosanitari con la individuazione di un apposito fondo in affiancamento al FSN e ad un ipotetico fondo complementare da tassazione dei consumi dei prodotti dannosi alla salute (Ecotassa), di prossima emanazione europea, e da infrazione delle norme di salvaguardia della salubrità dell'ambiente di vita e di lavoro;
- l'articolazione dei servizi in unità operative territoriali che ragioni di convenienza possono far coincidere con l'area distrettuale, in dipendenza funzionale dai rispettivi servizi;
- l'attribuzione della responsabilità a figure professionali di secondo livello nelle discipline dell'area di sanità pubblica e di



quelle veterinarie con funzioni del tutto analoghe nei principi e nelle finalità operative;

- la necessità di coinvolgimento della figura del medico di M.G.;
- la flessibilità nell'uso ottimale e rigoroso delle risorse umane e finanziarie;
- il superamento delle competenze monospecifiche dei singoli ruoli professionali e la prevalenza assoluta dei momenti aggregativi interprofessionali e intersettoriali su tematiche e progetti a partenza dalla rilevazione autentica dei bisogni sociosanitari della popolazione, avvalendosi di un osservatorio epidemiologico a copertura della mancanza dei flussi informativi che ritarda la trasformazione di dati utili in fini decisionali;
- l'articolazione secondo una logica dipartimentale;
- la negoziazione, intesa come strumento strategico per il raggiungimento di comuni intendimenti all'interno dell'azienda;
- il bisogno di specifica formazione.

La comune impostazione dipartimentale, la multidisciplinarietà delle configurazioni organizzative e l'obiettivo della promozione della salute, non disgiunti dalla stessa "provenienza territoriale", dovrebbero favorire una naturale sintonia culturale che induca ad una trasformazione operativa tesa alla piena integrazione delle due Aree, a tutto vantaggio dell'Azienda USL ed il S.S.N., per quel che concerne la riaffermazione, a legge delega promulgata, dei principi di efficacia, efficienza ed economicità, e con un ritorno di difesa più facilitata delle questioni tipiche del nuovo stato giuridico di una categoria che, con un raccordo più funzionale e meno conflittuale, è portata ad acquisire forza, coesione ed uno stato di maggiore consapevolezza del ruolo propulsivo che è chiamata a svolgere nella Sanità Pubblica.

## **Il Rapporto Funzionale fra Distretto e Dipartimento di Prevenzione**

Il Distretto eroga prestazioni prevalentemente all'individuo, mentre il Dipartimento di Prevenzione rivolge il proprio prodotto in maniera più preponderante alla collettività.

Ciò impone l'esigenza della massima integrazione tra Distretto e Dipartimento di Prevenzione al fine di coerenza programmatica e gestionale, efficacia, efficienza ed unitarietà della mission Aziendale.

Si potrebbe affermare a scopo esemplificativo, se non rappresentasse una evidente forzatura, che il Distretto adotta una visione analitica dei problemi, mentre il Dipartimento ne predilige una sintetica. Dalla corretta integrazione di queste diverse ed estremizzate concezioni scaturisce una nuova ideazione della sanità territoriale, allo stesso tempo orientata alla soluzione dei problemi e, consapevole del concetto di priorità a questi connessa, deve sentirsi impegnata nella produzione delle prestazioni, e sempre attenta alla efficacia ed alla qualità delle stesse, in risposta alla domanda di bisogno, che tenga conto delle ragioni della spesa, al fine di evitare il deleterio effetto moltiplicatore.

Tanto premesso, può definirsi integrazione la necessità di un contesto organizzativo di mantenere l'azione quotidiana coesa e orientata alle finalità perseguite.

La necessità di integrazione cresce con la differenziazione delle funzioni (Lawrence e Lorsch): la coesistenza del Distretto e del Dipartimento di Prevenzione sul Territorio con funzioni tanto differenziate, la interdipendenza reciproca delle attività, la varietà delle professionalità non disgiunta dall'elevato livello di discrezionalità decisoria e la dimensione organizzativa rendono centrale e complesso il problema della integrazione Distretto-Dipartimento.

## **MODALITA' DI INTEGRAZIONE TRA DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE E DISTRETTO**

Sia il Dipartimento di Prevenzione che il Distretto devono rapportarsi alla stregua di veri e propri dipartimenti funzionali che presentano al loro interno ambiti di operatività, già codificate da prassi e da normative nazionali e regionali, rientranti nei livelli uniformi di assistenza e nel caso specifico in quelli di assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Questi ambiti operativi sono costituiti da gruppi di funzioni, attività e compiti che vanno a configurare le rispettive Unità Operative (UO).

- Le U.O. devono costituire l'ossatura delle strutture e rappresentare sia la parte formale dell'organizzazione della singola struttura sia la estrinsecazione delle attività, della dotazione organica e delle procedure di intervento più o meno standardizzate per cui esse sono state costituite.
- Le U.O. delle singole strutture sono individuate e definite dalla direzione strategica dell'ASL sulla base delle normative nazionali, regionali o sulla base di strategie aziendali.
- Le U.O. delle singole strutture funzionano con proprio personale, previsto dalla dotazione organica di ASL, ed eroga prestazioni e/o svolge attività sia codificate dalle norme che individuate da quegli obiettivi che la U.O. si è prefissata all'interno della singola struttura.

E' proprio dall'analisi *dell'organizzazione* interna alla struttura Dipartimento e all'interno della struttura Distretto che può essere approntato un tentativo di risposta a diversificate modalità di integrazione.

I livelli di cooperazione e di raccordo funzionale tra Dipartimento di Prevenzione e Distretto potrebbero essere individuati in due tipi:

1. relativo ad attività *routinarie* proprie del Dipartimento, da erogare a livello del distretto
2. relativo ad attività facenti parte di progetto e/o di situazioni di emergenza (non *routinarie*).

### 1. ATTIVITA' ROUTINARIE PROPRIE DEL DIPARTIMENTO DA EROGARE A LIVELLO DEL DISTRETTO

Rientrano tra queste tutte quelle attività previste da leggi e regolamenti, ivi comprese le prestazioni sanitarie a livello individuale.

Con il 1° tipo di raccordo funzionale vanno messe in comune risorse quali sedi edilizie, personale e processi informativi.

Le sedi, gli orari e il personale assegnato sulla base dei carichi di lavoro e previsto dalla dotazione organica di ciascuna U.O. (Distrettuale o Dipartimentale) devono essere messi a disposizione, nel caso in cui se ne ravvede la necessità, da parte di una struttura verso l'altra, previo accordi, tra i responsabili delle strutture stesse.

Questi accordi, ratificati mediante protocolli d'intesa, dovranno prevedere, oltre all'utilizzo delle risorse, anche:

- procedure di rapporto con l'utenza (sportello unico a livello distrettuale);
- organizzazione del lavoro ed orari dei medici e di altro personale non medico;
- procedure informative e uso di strumenti informatici.

## 2. ATTIVITA' FACENTI PARTE DI PROGETTI E/O DI SITUAZIONI DI EMERGENZA (NON ROUTINARIE)

- Le U.O. devono essere caratterizzate dalla adozione di procedure flessibili in modo tale da poter prevedere in ogni momento anche la predefinita costituzione di *team operativi flessibili*. Le competenze e risorse di ciascuna U.O. possono così essere messe a disposizione di qualsiasi altra struttura che ne necessita.
- I team devono essere costituiti su progetti a breve e medio termine e/o codificate su urgenze/emergenze che vadano a interessare non solo il singolo, ma soprattutto gli ambiti comunitari di vita e di lavoro. Si pensi a interventi di screening su target di popolazione ben definiti, ad interventi legati a focolai epidemici, ad interventi di educazione sanitaria.
- I team possono essere formati da personale proveniente da due o più strutture, che si compongono e si sciolgono a seconda delle necessità contingenti. La operatività dei team deve essere opportunamente precodificata in *linee guida di intervento*. L'adozione di queste linee guida operative, professionali e comportamentali, deve rappresentare le modalità attraverso la quale si sviluppano sinergie in un contesto orientato ad un approccio dialettico tra le strutture stesse. Esse, in un contesto virtuoso, devono responsabilizzare, attraverso meccanismi di *empowerment*, ciascun medico od operatore, offrendo un aiuto e dandogli in forma facilmente utilizzabile una sintesi del ventaglio di opzioni possibili, lasciandogli la decisione finale nell'operatività di dettaglio.
- I team non devono divenire la scappatoia da parte di una o dell'altra struttura per acquisire maggiori risorse o nuove tecnologie, né la loro azione deve essere sostitutiva di operatività *routinaria*

- Devono essere lo strumento di massima integrazione dove non vi sia alcun “dominio” di una struttura sull'altra, ma una giusta dose di *cooperazione* condivisa e concordata mediante metodiche di *budget*, quindi negoziate sui risultati e sui sistemi premianti e attivate mediante protocolli d'intesa di tipo operativo.

## **GLI STRUMENTI DELL'INTEGRAZIONE:**

- Strumenti utili all'avvio di processi integrativi sono i **protocolli operativi**. Essi vanno concordati sulla base della analisi delle attività siano esse di tipo *routinario* o meno.
- I protocolli operativi sono strumenti utili all'avvio di processi che possono sviluppare sinergie tra gli operatori delle strutture interessate. Sicuramente danno luogo ad una maggiore efficienza del sistema relazionale tra il DIP e il Distretto per tendere alla massimizzazione dell'efficacia, tenendo conto dei costi/opportunità delle diverse modalità di intervento.
- I protocolli vanno concordati e ratificati sotto l'egida del Direttore Sanitario quale garante dell'operazione.
- Lo stesso dicasi per i protocolli operativi previsti per la formazione dei *team* di intervento e per la operatività degli stessi.
- E' compito degli operatori interessati invece formulare le **linee guida (operative) locali** relative agli interventi concordati con i protocolli, prevedendo così un processo di formulazione delle stesse a livello locale, con il risultato di ottenere che le stesse siano *“flessibili e adattabili alle specifiche situazioni locali”*, al fine di *“includere evidenze rilevanti per i diversi setting organizzativi e geografici”* e che si avviino innegabili meccanismi di responsabilizzazione (*empowerment*) tra gli operatori.
- E' pur certo però che modalità collaborative non possono essere implementate semplicemente ratificando protocolli o procedure standardizzate. I protocolli di per sé irrigidiscono i processi e burocratizzano gli interventi se non sono frutto di una negoziazione tra le parti. C'è il rischio, da non sottovalutare, che i protocolli possano divenire lo strumento che serve a *“rivendicare”* l'acquisizione di maggiori risorse, di nuove tecnologie ai danni di altre strutture in un regime di risorse limitate.
- E' necessario che ogni struttura e quindi ogni U.O. sia sottoposta a valutazione organizzativa e procedurale attraverso criteri validati di **accreditamento all'eccellenza**, per poter garantire da un punto di vista qualitativo quanto le
- 32 strutture stesse possano offrire in prestazioni, servizi e competenze accettabili in fase di negoziazione o all'atto della sottoscrizione dei protocolli d'intesa tra DIP e Distretto.

## **Una ipotesi di modello per l'integrazione Dipartimento - Distretto**

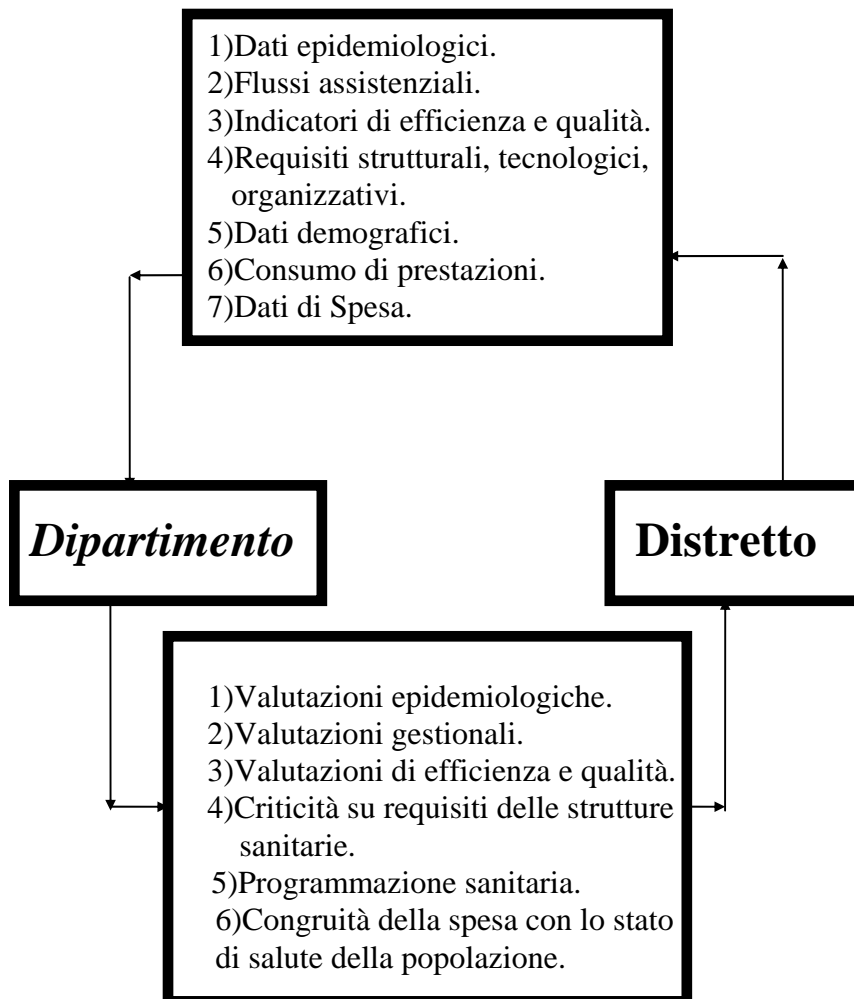
Nell'ottica di una corretta integrazione fra Distretto e Dipartimento di Prevenzione, gli strumenti di lavoro per obiettivi (piani di lavoro, progetti-obiettivo, progetti di miglioramento della qualità, ecc.) sono quelli che garantiscono in maniera preponderante l'efficacia del raccordo, il rispetto dei ruoli, delle competenze e delle professionalità.

Si potrebbe al riguardo ipotizzare un Comitato di Sanità Pubblica (C.S.P.), costituito dal Comitato del Dipartimento, dai Direttori di Distretto e dei Presidi Ospedalieri; il C.S.P., presieduto dal Direttore Sanitario Aziendale, avrebbe funzioni di studio, orientamento e guida delle attività gestionali dell'Azienda, articolando la propria funzione rispetto ai seguenti obiettivi:

1. Rilevazione e studio dei dati epidemiologici e demografici della popolazione.
2. Formulazione di progetti-obiettivo finalizzati allo stato di salute, a modifiche organizzative ed a scelte gestionali.
3. Rilevazione e studio dei flussi assistenziali e del grado di soddisfazione del Cittadino.
4. Rilevazione dei requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie.
5. Rilevazione e studio dei bisogni della popolazione e della domanda di prestazioni sanitarie.
6. Rilevazione e studio della efficacia ed efficienza delle strutture sanitarie, con elaborazione di analisi comparative costo/efficacia, costo/beneficio, costo/convenienza e costo/utilità applicate alle strutture sanitarie.
7. Proposta/Programmazione di obiettivi a breve/medio termine.

# Il Circolo Virtuoso della Sanità Territoriale

Flussi informativi ed interventi operativi  
che rafforzano il Distretto





# Il Circolo Virtuoso della Sanità Territoriale

## Flussi informativi ed interventi operativi che rafforzano il Dipartimento

