

ciate — della nuova generazione di Piani avviati dal Piano sanitario 1998-2000 e dal D.Lgs. 229/99 e giungere ad una più compiuta formulazione in termini descrittivi dei risultati raggiunti nel successivo aggiornamento annuale della Relazione.

Nel corso dell'annualità di riferimento della presente Relazione i processi di osservazione riguardano:

- il recepimento nei documenti di piano regionale degli obiettivi e delle linee di indirizzo previste dal Piano sanitario nazionale;
- l'osservazione dell'evoluzione attuativa, dei risultati progressivamente conseguiti, gli ostacoli che si frappongono al perseguimento dei risultati attesi, la rilevanza degli obiettivi per la popolazione di riferimento e rispetto all'emergenza di nuovi profili epidemiologici di cui la stessa Relazione rileva l'andamento.

Successivamente al decreto del Presidenza della Repubblica 23 luglio 1998 di "Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000", otto Regioni hanno predisposto il Piano sanitario regionale. Altre Regioni hanno predisposto documenti programmatici che ancora non hanno concluso l'iter previsto per la loro approvazione.

A seguito dell'approvazione del Piano sanitario nazionale la programmazione sanitaria regionale ha trovato nuovo slancio, ha esteso il suo ambito applicativo a soggetti e dimensioni dell'intervento sanitario — il volontariato, la soddisfazione dell'utente, la qualità, la promozione della salute — tradizionalmente trascurati o che assumevano una posizione marginale nella struttura organizzativa.

In attuazione degli orientamenti contenuti nel Piano sanitario nazionale sono mutati profondamente i modelli privilegiati dalle Regioni. L'approccio processuale, la concertazione, i patti territoriali, la legittimazione di una pluralità di soggetti che concorrono alla cura e alla promozione della salute, assumono notevole rilevanza nella programmazione sanitaria regionale e distinguono nettamente questa generazione di piani da quelli predisposti negli anni precedenti.

Si è giunti a modelli flessibili di programmazione superando approcci decisionali per lo più centralizzati che fondavano la loro strategia di trasformazione su standards quantitativi, su rapporti ritenuti ottimali tra servizi e popolazione, che assumevano un'ottica prevalentemente conformativa, che attribuivano ai livelli decentrati del sistema compiti meramente attuativi di disposizioni definite a livello centrale.

La logica della programmazione strategica si esprime compiutamente in quasi tutti i documenti regionali, che nel Piano definiscono gli obiettivi strategici affidando a successivi atti programmatici la precisazione delle linee di indirizzo e degli obiettivi specifici in un costante confronto con

**Nuovo slancio
ai Programmi
regionali**

gli altri livelli gestionali e operativi del Sistema sanitario regionale; Piani regionali che nel loro complesso risultano orientati a favorire lo sviluppo della progettualità a livello aziendale.

Nell'ambito di alcuni tratti comuni permangono marcate differenziazioni nella struttura dei documenti, nelle strategie di cambiamento privilegiate, che non riflettono semplicemente le specificità regionali in termini di salute e di malattia, di stato dei servizi.

Piani sanitari regionali vigenti

Regioni e Prov. Aut.	Piani ex Legge 883/78	Piani ex Piano Sanit. Naz. 94-96	Piani ex Piano Sanit. Naz. 1998-2000
Piemonte		Legge regionale 12.12. 1997 n.61 Piano sanitario regionale 97-99	
Valle d'Aosta		Legge regionale 16.4.1997 n.13 Piano sanitario regionale 97-99	
Prov. Aut. Trento	Legge regionale 6.12. 1993 n.38 Piano sanitario regionale 93-95		
Prov. Aut. Bolzano	Legge regionale 18.18. 1988 n.33 Piano sanitario regionale 88-91		
Lombardia			
Veneto		Legge regionale 3.2. 1996 n.5 Piano sanitario regionale 96-98	
Friuli-Venezia Giulia	Legge regionale 18.7.1985 n.28 Piano sanitario regionale 85-87		
Liguria	Legge regionale 3.4.1989 n.8 Piano sanitario regionale 89-91		
Emilia-Romagna			Delibera Consiglio reg. Piano sanitario regionale 99-2001

XIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Regioni e Prov. Aut.	Piani ex Legge 883/78	Piani ex Piano Sanit. Naz. 94-96	Piani ex Piano Sanit. Naz. 1998-2000
Toscana			Delibera Consiglio regionale 17.12.1999 n.41 Piano sanitario regionale 99-2001
Umbria			Delibera Consiglio regionale n.1.3.1999, n.647 Piano sanitario regionale 99-2001
Marche			Legge regionale 20.10.1998, n.34 Piano sanitario regionale 98-2000
Lazio			
Abruzzo		Legge regionale 25.10.1994, n.72 Piano sanitario regionale 94-96	
Molise		Delibera Consiglio regionale 30.12.96, n. 505 Piano sanitario regionale 97-99	
Campania		Legge regionale 26.2. 1998 n.2 Piano ospedaliero regionale 97-99	
Basilicata		Delibera Consiglio regionale 30.12.96, n.478 Piano sanitario regionale 97-99	
Calabria		Legge regionale 3.4. 1995 n.9 Piano sanitario regionale 95-97	
Sicilia			
Sardegna	Legge regionale 30.4.1985 Piano sanitario regionale 83-85		

Fonte: Ministero sanità, Dipartimento della programmazione.

Il patto di solidarietà per la salute

I Piani sanitari regionali attribuiscono rilevanza strategica ai processi cooperativi tra soggetti pubblici e privati, promuovono l'adozione di strumenti di programmazione negoziata, quali intese istituzionali, accordi e contratti di programma. E' costantemente valorizzato il raccordo tra le politiche pubbliche e il complesso delle risorse presenti nell'ambito territoriale, seppure con accentuazioni differenti:

- in termini di coerenza e definizione puntuale delle strategie organizzative, di azioni avviate per dare concretezza ai principi enunciati;
- di soggetti da coinvolgere, solo privati profit oppure il complesso dei soggetti previsti nel patto di solidarietà.

Il Piano della Regione Emilia-Romagna individua la priorità di programmi di intervento verso i determinanti sociali e strutturali della salute ed evidenzia il valore della cooperazione tra gli operatori, gli enti locali e le diverse forme di organizzazione della società civile, valorizza le risorse di solidarietà presenti nelle famiglie e nelle comunità locali, la concertazione degli interventi e lo sviluppo di forme di partnership e di sinergie tra i diversi attori. L'evoluzione dei rischi, il moltiplicarsi e il progressivo differenziarsi dei bisogni di salute e l'esigenza di un uso più oculato delle risorse attribuiscono una valenza strategica alla partecipazione dei cittadini e all'adesione attiva dei malati e delle famiglie ai programmi di assistenza. Il Piano definisce le Zone di azione per la salute, quali ambiti territoriali individuati non in base ai confini amministrativi ma in relazione ad uno specifico problema di salute per risolvere il quale si sviluppano strategie comuni tra tutti i soggetti interessati.

Il Piano della Regione Marche distingue tra la concertazione tecnica, che attiene alla qualità professionale degli interventi, la concertazione amministrativa-istituzionale, per le funzioni di indirizzo e di governo, e la concertazione di comunità, che impegna a comportamenti coerenti il settore socio-assistenziale, ambientale e il volontariato.

L'attuazione del Piano della Regione Toscana è affidata all'intervento e alla partecipazione di una pluralità di soggetti istituzionali, professionali e sociali — gli enti locali, le Università, la sanità privata, gli operatori, le organizzazioni sindacali, il volontariato e i cittadini — impegnati nel raggiungimento di obiettivi di qualità e di innovazione e ad una presa in carico delle esigenze del cittadino, alla crescita della cultura della rete e dell'intesa.

L'intersettorialità è alla base degli obiettivi e delle indicazioni del Piano della Regione Umbria. I soggetti del patto di solidarietà sono chiamati a realizzare gli obiettivi di salute assegnando ad essi quote di responsabilità nei confronti dei diritti ad essi connessi. A garanzia dell'unitarietà che deve caratterizzare il Servizio sanitario regionale, in tutte le fasi programmatiche e operative devono essere coinvolti tutti i soggetti che concorrono alla tutela e alla promozione della salute, superando l'ormai tradizionale scomposizione degli interventi in azioni di promozione, preventive, cura e riabilitazione.

Il Piano sanitario regionale della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia attribuisce valenza strategica alla cooperazione pubblico-privato — anche attraverso la creazione di società miste — tra le aziende, tra il settore sociale e il settore sanitario, in quanto sviluppo dell'aziendalizzazione del sistema piuttosto che adozione compiuta del patto di solidarietà: risultano fortemente valorizzate le dinamiche definite di "mercato regolato" nell'ambito del quale le Aziende pubbliche assumono un ruolo di garante del cittadino.

Il Piano della Regione Abruzzo recepisce il patto di solidarietà nell'ambito di un sistema che valorizza la competizione tra le aziende pubbliche, tra queste e le aziende private, sebbene la competizione debba esprimersi in forma controllata e collaborativa, è definita "competizione guidata" e in alcuni ambiti si privilegino strumenti di tipo concertativo.

Nei Piani sanitari regionali è presente la consapevolezza che l'utilizzazione di indicatori di risultato — quali gli obiettivi di salute previsti dal Piano sanitario nazionale — rende complesso valutare il contributo specifico del Piano al raggiungimento dei valori prefissati.

Il Piano sanitario dell'Umbria fa propri gli obiettivi di salute del Piano nazionale. Accanto agli obiettivi di riorganizzazione complessiva dei servizi — dall'assistenza ospedaliera a quella di distretto al quale è attribuita la guida del cambiamento — individua obiettivi definiti di qualità scientifica — allungamento della speranza di vita, riduzione della mortalità evitabile, riduzione della disabilità — e obiettivi di qualità sociale, che si riferiscono alla diffusione di una maggiore consapevolezza delle condizioni che determinano gli stati di salute, il buon uso delle risorse pubbliche, il conseguimento dell'universalità, dell'equità e della solidarietà di fronte alla salute, dell'etica della responsabilità.

Il Piano della Regione Emilia-Romagna è orientato alla promozione della salute non solo alla erogazione dei servizi sanitari e alla offerta di un ser-

**Gli obiettivi
di salute
nei Piani sanitari
regionali**

vizio che risponda alle aspettative della popolazione e risulti sottoposto a valutazioni di soddisfazione. Nel recepire il complesso degli obiettivi di salute del Piano sanitario nazionale, attribuisce valenza prioritaria alla promozione di corretti modelli nutrizionali e ad assicurare prodotti alimentari rispondenti a criteri di sicurezza e di integrità; alla riduzione degli infortuni del 10% in particolare nei settori produttivi a maggior rischio e a ridurre ulteriormente il numero delle malattie correlate con il lavoro.

Gli obiettivi di salute sono parte integrante del Piano della Toscana e trovano esplicitazione nei progetti-obiettivo, nelle azioni programmatiche e nei programmi di livello regionale e locale, con particolare riferimento alla pianificazione di competenza delle Aziende. Per ciascuno obiettivo la Regione è impegnata a definire specifici indicatori attraverso i quali valutare la fase attuativa e controllare i risultati raggiunti.

Nel Piano sanitario delle Marche la definizione puntuale di tali obiettivi e dei valori di riferimento è affidata alla Relazione sullo stato di salute della popolazione.

Nel Piano sanitario della Regione Liguria per ogni obiettivo sono chiaramente indicate le azioni prioritarie da promuovere: i valori di riferimento di tali obiettivi sono precisati nella Relazione sullo stato sanitario. Il Piano sanitario regionale e i Piani attuativi locali costituiscono la sede di concertazione e coordinamento del complesso delle politiche settoriali — dell'ambiente, dei trasporti, dell'educazione, dell'organizzazione dei tempi di vita — che producono effetti rilevanti per la salute della popolazione.

Il Piano sanitario 2000-2002 della Provincia Autonoma di Bolzano accoglie organicamente gli obiettivi di salute e coerentemente individua adeguate prescrizioni di strategia organizzativa, strumentale e di dimensione di risorse. Gli obiettivi sono assunti assumendo come riferimento un concetto ampio e globale di salute, che comprende non solo la dimensione fisica del benessere ma anche quella socio-relazionale; non solo i danni alla salute ma anche le condizioni di insicurezza legate a comportamenti individuali e a caratteristiche negative dell'ambiente fisico e socio-culturale.

Nel Piano sanitario regionale della Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia gli obiettivi di salute si affiancano ad un orientamento complessivo del sistema e ad obiettivi che hanno un chiaro carattere aziendale, in una prospettiva che valorizza, comunque, la primary care, il potenziamento delle attività preventive e dei servizi extraospedalieri.

In tutti i documenti trovano adeguato spazio le indicazioni relative ai nove

punti qualificanti del Psn, con accentuazioni in alcuni per una strategia di cambiamento fondata prevalentemente su una razionalizzazione, sostanzialmente interna, dell'organizzazione dei servizi — attraverso la responsabilizzazione delle varie unità, la flessibilità, la centralità del distretto — in altre all'intersettorialità e al coordinamento tra il settore sanitario e il settore sociale, l'attenzione al complesso dei determinanti la salute.

Alcuni dei nove punti qualificanti del Piano nazionale presentano elevate implicazioni in termini di mutamenti da produrre nelle strategie organizzative. E' recepita, pertanto, la nuova prospettiva di politica sanitaria mentre la definizione puntuale in termini operativi delle azioni da svolgere è affidata a successivi documenti; sono individuate alcune azioni di avvio della trasformazione che, spesso, coincidono con programmi — per cittadini non autosufficienti, di integrazione con il settore sociale, di umanizzazione — già definiti in precedenti documenti regionali di cui risultano maggiormente valorizzate le azioni di prevenzione primaria e secondaria. Le indicazioni del D.Lgs. 229/99 e del Piano hanno consolidato ed esteso soluzioni valide per il rafforzamento dell'autonomia decisionale dell'utente, con la gestione organica dei reclami, la valorizzazione delle associazioni di tutela, gli uffici di relazione con il pubblico per lo più intesi come sedi di osservazione e di rilevazione sistematica delle opinioni degli utenti, esplicitando i diritti del cittadino, con la carta dei servizi, i programmi relativi alla qualità percepita, l'attivazione di rilevanti processi comunicativi, la definizione pubblica dei tempi di attesa, non attribuendo in generale valenza strategica alle soluzioni exit — che offrono al cittadino l'opportunità di scegliere un altro servizio se insoddisfatto della prestazione ricevuta — privilegiate, invece, dal D.Lgs. 502/92 e dai successivi Piani sanitari regionali.

Il Distretto è considerato l'ambito elettivo per l'integrazione socio-sanitaria nell'ambito di una condivisa riorganizzazione complessiva dei sistemi sanitari regionali volta a valorizzare i livelli primari d'intervento, i servizi territoriali, che faciliti l'accessibilità da parte dei cittadini al complesso delle prestazioni, che conduca ad una riduzione dei tassi di ospedalizzazione. Accanto alla necessità di produrre sistemi di controllo e di razionalizzazione della spesa emergono in termini operativi azioni per lo sviluppo qualitativo dei servizi, qualità intesa in termini professionali, organizzativi-aziendali, e relazionale, come qualità percepita dall'utente.

**I nove punti
qualificanti
nei Piani sanitari
regionali**

La programmazione aziendale

I processi di programmazione aziendale, a differenza di quanto accade nel settore privato, si sviluppano in un quadro normativo e programmatico nazionale e regionale ben definito, che delimita il grado di autonomia di ogni singola azienda, l'integrazione, il coordinamento e le modalità di sviluppo competitivo dei servizi.

Programmazione strategica

A livello aziendale si richiama frequentemente l'esigenza di una programmazione strategica con delle connotazioni molto differenti rispetto ai riferimenti a tale modello contenuti nei documenti regionali:

- a livello regionale, il termine strategico si riferisce prevalentemente alle modalità decisionali privilegiate, quali la ricerca di reti di connessione e di coordinamento tra le istituzioni pubbliche e private, di confronto continuo per la definizione degli obiettivi. Le scelte non sono determinate univocamente a livello regionale ma sono il prodotto della interazione con le autonomie locali, con le formazioni private profit e non profit;
- il concetto di strategia utilizzato a livello aziendale ha avuto in questi anni come riferimento, prevalentemente, la *corporate planning*, la programmazione aziendale privata. E' volta a rendere più coesa, più integrata l'organizzazione, ad equilibrare e rendere complementari e sinergiche le attività dei vari settori, in una strategia fondamentalmente centralizzata.

Organismi consultivi

Gli organismi consultivi previsti dal D.Lgs. 229/99, e il Piano sanitario nazionale intendono promuovere una maggiore apertura della programmazione locale alle istanze della comunità in cui essa opera.

Mentre valorizzano la responsabilizzazione e l'autonomia decisionale a livello aziendale ne indirizzano l'azione verso obiettivi e direzioni di sviluppo comuni:

- l'azienda è intesa come un sistema aperto che ricerca sinergie e collaborazioni con il complesso dei soggetti, delle istituzioni pubbliche e private, delle risorse di terzo settore rilevanti per la salute della popolazione;
- la sua azione risulta fortemente orientata all'utenza, alla soddisfazione che essa esprime nei confronti dell'organizzazione dei servizi e della loro funzionalità;
- la razionalizzazione della spesa, non è un fine in sé ma risulta subordinata al raggiungimento di obiettivi di salute.

Il Piano sanitario nazionale promuove modalità di programmazione loca-

le fortemente integrate, anche attraverso il metodo del progetto-obiettivo, la predisposizione di documenti zionali capaci di coordinare le attività delle Aziende rispetto alle azioni di competenza degli enti locali e degli altri soggetti operanti nell'ambito territoriale, la predisposizione di programmi che favoriscano un diffuso coordinamento intra e inter-aziendale.

Il D.Lgs. 229/99 e il Piano sanitario nazionale promuovono un maggiore impegno programmatico da parte delle aziende al fine di superare le insufficienze rilevate in questi anni. L'Agenzia per i servizi sanitari ha avviato nel 1998 un'indagine conoscitiva sui processi di programmazione aziendale, sullo sviluppo del sistema di budget e sulla sua formalizzazione, sulle modalità di avvio del controllo di gestione. Delle 311 Aziende sanitarie censite soltanto 45 (14,4%) dispongono di un documento di programmazione pluriennale, 34 (10,9%) delle quali lo hanno predisposto congiuntamente ad un documento di programmazione annuale, mentre le restanti 11 (3,5%) prevedono il solo piano strategico.

3.3. IL DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione (DP), quale distinta articolazione del Servizio sanitario nazionale, è stato istituito dall'art. 7 del D.Lgs. 502 del 1992, così come modificato dall'art. 8 D. Lgs. 517 del 1993.

Precedentemente, le attività di prevenzione erano fondamentalmente disciplinate dalla L. 833/78 istitutiva del Ssn e precisamente dall'art. 16 (Servizi veterinari), dall'art. 20 (Attività di prevenzione) e dall'art. 21 (Organizzazione dei servizi di prevenzione). Con i succitati decreti 502 e 517, le funzioni previste da tali articoli sono state fatte riferire ad un'unica struttura organizzativa a caratterizzazione dipartimentale, che le Regioni avevano l'obbligo di istituire "presso ciascuna Unità sanitaria locale".

Il Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000 ha sottolineato con particolare enfasi e centralità l'approccio preventivo, rivitalizzando quell'impostazione che, pur presente nella L. 833/78, era poi rimasta in gran parte inapplicata. Nel Piano l'orientamento preventivo e di promozione della salute contraddistingue — nella Parte I — l'Obiettivo I ("Promuovere comportamenti e stili di vita per la salute") e l'Obiettivo III ("Migliorare il contesto ambientale"), ma percorre anche, facendogli da sottofondo, l'Obiettivo II ("Contrastare le principali patologie") e viene ripetutamente sottolineato nell'Obiettivo IV ("Rafforzare la tutela dei soggetti deboli") e V ("Portare la sanità italiana in Europa", in particolare per ciò che attiene la Sanità pubblica veterinaria). Nella Parte II, a proposito de *Le garanzie del Ssn*, e più precisamente de *L'articolazione dei livelli di assistenza*, viene rimarcata "l'esigenza di valorizzare le attività svolte dal Dipartimento di Prevenzione, in armonia con quanto previsto dal d.lgs 502/92 [...] e in coerenza con l'obiettivo di potenziare le attività di prevenzione. [...]". Vi è inoltre da rilevare come tutti i livelli di assistenza sanitaria individuati dal Piano nell'Area sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro si configurino propriamente come attività preventive.

Va sottolineato come sarebbe improprio vedere il Dipartimento di Prevenzione come l'unico contenitore esaustivo di tutte le attività di prevenzione delle Aziende sanitarie. La promozione della salute e la prevenzione delle malattie richiedono interventi complessi di natura intersettoriale, da realizzarsi attraverso la collaborazione ed il coordinamento di soggetti e realtà operative interni ed esterni al sistema sanitario. Il Dipartimento di Prevenzione è però, indubbiamente, uno strumento organizzativo-gestionale privilegiato per perseguire queste finalità, poichè presuppone e rappresenta uno sforzo di coordinamento e di armonizzazione.

Tra i principi e i criteri direttivi cui la Legge 419 del 1998 (*Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*), ha vincolato il Governo ad attenersi nell'emanazione dei successivi decreti legislativi, vi erano, all'art. 2, lettera rr), quelli di: "prevedere le modalità attraverso le quali il dipartimento di prevenzione... [omissis]; cui vengono assegnate nell'ambito della programmazione sanitaria apposite risorse, nel quadro degli obiettivi definiti dal Piano sanitario nazionale e in base alle caratteristiche epidemiologiche della popolazione residente, fornisce il proprio supporto alla direzione aziendale, prevedendo forme di coordinamento tra le attività di prevenzione effettuate dai distretti e dai dipartimenti delle aziende unità sanitarie locali; definire le modalità del coordinamento tra i dipartimenti di prevenzione e le agenzie regionali di protezione dell'ambiente; prevedere modalità per assicurare ai servizi di sanità pubblica veterinaria delle aziende unità sanitarie locali autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale".

Su tali indicazioni, il successivo D. Lgs. 229/99 recante *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419, ha provveduto a ridefinire, con gli articoli che vanno dal 7-bis al 7-octies, la configurazione del Dipartimento di Prevenzione. In esso il dipartimento di prevenzione viene definito come "struttura operativa dell'unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita". Il decreto ne specifica le funzioni ("in base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza"), l'organizzazione (chiarendo che "opera nell'ambito del Piano attuativo locale, ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità"); il coordinamento interno (con altri servizi e dipartimenti aziendali) ed esterno (con altri Enti ed Istituti (Agenzie regionali per l'ambiente, Istituti zooprofilattici sperimentali, posti di ispezione frontiera e Uffici veterinari di confine, ispettorati del lavoro ed INAIL).

L'Agenzia per i servizi sanitari regionali (che è tra gli Organi, Enti e Istituti che il citato D. Lgs. 502, all'art. 7, comma 2, prevede supportino il Ministero della Sanità al fine di assicurare, attraverso attività di indirizzo e controllo, l'attuazione uniforme delle normative dell'Unione Europea e degli organismi internazionali da parte di tale dipartimento), ha condotto, intorno alla seconda metà del 1998, un'indagine conoscitiva sullo stato e le caratteristiche di attuazione del Dipartimento di Prevenzione a livello nazionale. Questa ha consentito di realizzare una "fotografia" del percor-

**Ridefinizione
organizzativa
e funzionale**

**Indagine
sullo stato
e le caratteristiche
di attuazione**

so attuativo di tale dipartimento, relativamente a quanto previsto dai decreti 502 e 517, cioè subito prima che la recente riforma ne precisasse con maggior dettaglio l'impianto organizzativo e le funzioni.

Tale indagine, per lo più orientata ad indagare aspetti di struttura e, in misura minore, di processo, ha voluto rappresentare un primo momento di riflessione rispetto ad un modello organizzativo così complesso, qual'è il Dipartimento (in particolar modo quando riferito ad attività particolarmente trasversali quali quelle della prevenzione). L'indagine non ha approfondito invece aspetti di esito, come ad esempio la tipologia e la quantità dei prodotti (attività/prestazioni) erogati dai servizi, nè le modalità di erogazione, le risorse (umane, strutturali e finanziarie) collegate alle prestazioni stesse, l'utilizzo di indicatori, il processo di accreditamento, etc., che potrebbero essere utilmente valutati in futuro.

La ricerca è stata realizzata utilizzando un questionario di 34 items, inviato, nella seconda metà del maggio 1998, a tutte le Aziende sanitarie locali. Le domande (per lo più a risposte chiuse) erano volte ad ottenere informazioni sulle caratteristiche di attivazione e sugli aspetti strutturali ed organizzativi dei dipartimenti di prevenzione, oltre che sulle modalità di raccordo degli stessi con altri soggetti istituzionali coinvolti nel settore della prevenzione: Distretto, Agenzia regionale per la protezione ambientale (nelle realtà territoriali in cui era stata istituita), etc..

Preliminarmente era stata effettuata una raccolta, cui è seguita una analisi comparata, delle normative regionali che hanno istituito e/o regolamentato il Dipartimento di Prevenzione; la completezza di tale revisione giuridica è stata verificata attraverso i riferimenti normativi segnalati nell'indagine in oggetto. L'analisi della normativa regionale e provinciale aveva già fatto emergere una notevole variabilità nell'assetto configurato dalle singole regioni e province autonome per tale dipartimento aziendale. Si è evidenziato che alcune realtà erano ancora in attesa di una normativa specifica (Sicilia, Lazio, P.A. di Bolzano). Solo per quanto riguarda i Servizi previsti come costitutivi del DP ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 502/92, si va da regioni che hanno contemplato solo i quattro servizi citati dalla normativa nazionale (ad es. le Marche), ad altre che ne hanno previsto dieci (è il caso della Calabria); la Toscana non ha distinto in *servizi* ma in *funzioni*, la Liguria in *unità operative*.

La raccolta dei questionari compilati dalle Aziende ha avuto effettivo termine nella seconda metà di settembre '98: se ne presentano alcuni risultati.

Come si può osservare nella tabella, hanno risposto all'indagine 163 Aziende sanitarie locali (per un totale di 161 questionari compilati) pari all'82,7% delle Aziende coinvolte (range: 60-100), con la seguente distri-

buzione geografica:

- 72 USL del Nord (pari all'82.7% di tutte le USL del Nord);
- 48 USL del Centro (pari al 92% di tutte le USL del Centro);
- 44 USL del Sud e Isole (pari al 75.8% di tutte le USL di quest'area).

Tali percentuali di rispondenza, pur non configurando un censimento completo, hanno fornito indicazioni molto interessanti sullo stato di attuazione del Dipartimento di Prevenzione nel nostro Paese al momento dell'indagine.

Hanno risposto di aver istituito il DP 129 USL su 161 (pari all' 80,1%), così distribuite:

- il 45% al Nord (in quest'area sono presenti il 44,2% delle Aziende USL su base nazionale);
- il 33,3% al Centro (in quest'area sono presenti il 26,4% delle Aziende USL);
- il 21,7% al Sud e nelle Isole (in quest'area sono presenti il 29,4% delle Aziende USL).

Al Nord hanno istituito il DP l'80,5% delle ASL rispondenti, al Centro l'89,6%, al Sud e nelle Isole il 63,6%. Tra i rispondenti, la percentuale di attivazione del DP sul totale regionale variava dallo 0 al 100%.

Relativamente ad alcuni aspetti indagati, senza entrare nel dettaglio, è emerso che (in corsivo viene indicato il focus del quesito):

- in 105 USL su 125, pari all'84% (al nord 88%; al centro 78,6%; al meridione 85% - in due casi il dato era mancante) il DP si configurava come *Centro di Responsabilità*; in 94 ASL su 118 (80% circa: al nord 94%; al centro 77%; al sud e nelle isole 52%) il Dipartimento era suddiviso in *Centri di Costo*;
- 123 USL, sulle 128 che hanno risposto a tale quesito, avevano nominato un *Responsabile del Dipartimento* (96%) (delle 5 ASL che non l'avevano fatto, 4 appartenevano al sud Italia); nell' 89.4% dei casi questi apparteneva al II *livello dirigenziale* (il 50% in Friuli-V.G.; il 65% al sud e nelle isole, solo 3 su 9 in Campania);
- nel 98,4% dei casi, il Responsabile apparteneva già ad un servizio della USL di cui faceva parte il Dipartimento (solo nella regione Friuli, in 2 aziende sulle 6 rispondenti, non vi appartenevano prima). In 27 ASL su 123 (22%) (al meridione 9 su 25: 36% - in 2 casi mancava il dato) esistevano *servizi privi di responsabilità* (la conduzione di tali servizi era usualmente affidata a responsabili di altri servizi); i servizi più frequentemente privi di

responsabili sono risultati essere: quello di 'Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro' (23% circa) e quello di 'Igiene degli alimenti e della nutrizione' (19% circa);

- in 103 USL su 125 rispondenti (82,4%) (al nord quasi 93%; al centro circa 86%; al sud e nelle isole 57%) esistevano *Organi del DP* (Comitato, Consiglio, Gruppo di coordinamento, Esecutivo, Staff tecnico,...);
- in circa il 60% dei casi (75 USL su 126 rispondenti) era stato formulato ed approvato un *Regolamento del Dipartimento*;
- nel 35% circa dei casi (43 ASL su 124; al sud 6 su 28: 21.4%) il DP si era dotato di *Linee Guida*;
- nel 49% delle USL rispondenti (62 su 127) era stata indetta, almeno una volta, una *Conferenza di Dipartimento*;
- in 48 USL su 127 (38% circa; in 2 casi manca il dato) (al sud 15 su 23: 55%) il Dipartimento non disponeva di *pianta organica* già approvata;
- per 59 USL su 101 rispondenti (il 58% circa: al nord 86%; al centro 38%; al meridione 28%) al momento dell'indagine era già stata istituita l'*Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale*;
- nel 34% circa dei casi (44 USL su 128: al nord 29%; al centro 52%; al sud 18%) esistevano al momento, all'interno del Dipartimento, *servizi laboratoristici*;
- in 58 su 125 USL (46.4%) erano state definite ed ufficializzate le competenze del Dipartimento in materia di prevenzione sulla persona rispetto ad altri servizi dell'ASL.

La giovane età del DP lascia ragionevolmente presumere che, dal momento di realizzazione dell'indagine qui brevemente illustrata, alcune realtà regionali e molte realtà aziendali abbiano conosciuto importanti novità organizzativo-gestionali, anche per effetto dello stimolo apportato dal D.Lgs. 229/99. Ciò sostiene contemporaneamente l'opportunità di condurre nuove indagini (o, ancor meglio, di mettere a punto un sistema di monitoraggio delle caratteristiche e dell'evoluzione di questa importante realtà territoriale), che possibilmente includano rilevanti aspetti non ancora indagati.

Tab. 1: Rispondenza all'indagine e attivazione del Dipartimento di Prevenzione nelle Regioni e Province autonome italiane al 31/10/1998

Regione	Tot. Az. USL	Tot. Az. Risp. Risp.	% Risp.	Dip. Prev.	% su area	%su nazionale
PIEMONTE	22	19 (17)	86	17	100	13.3
VALLE D'AOSTA	1	1	100	1	100	0.8
LOMBARDIA	14	10	71	5	50	3.9
P. A. di BOLZANO	4	4	100	0	0	0.0
P. A. di TRENTO	1	1	100	0	0	0.0
VENETO	21	15	71	15	100	11.7
FRIULI-VENEZIA G.	6	6	100	6	100	4.7
LIGURIA	5	3	60	1	33	0.8
EMILIA-ROMAGNA	13	12	92	12	100	9.4
Totale Nord	87	71	82	57	80	44.5
TOSCANA	12	12	100	12	100	9.4
UMBRIA	5	5	100	5	100	3.9
MARCHE	13	12	92	9	75	7.0
LAZIO	12	10	83	10	100	7.9
ABRUZZO	6	6	100	6	100	4.7
MOLISE	4	3	75	1	33	0.8
Totale Centro	52	48	92	43	90	33.6
CAMPANIA	13	11	85	11	100	8.6
PUGLIA	12	10	83	9	90	7.0
BASILICATA	5	3	60	0	0	0.0
CALABRIA	11	9	82	4	44	3.1
SICILIA	9	5 (3)	55	1	33	0.8
SARDEGNA	8	6	75	3	50	2.3
Totale Sud e Isole	58	44	76	28	64	21.9
TOTALE ITALIA	197	163 (160)	83%	128	80	100.0%

3.4. ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PER L'ASSISTENZA SANITARIA

3.4.1. Introduzione

Il Piano sanitario nazionale 1998-2000 ha definito la nuova articolazione dei livelli di assistenza raggruppando in tre macro aree di offerta tutte le attività e le prestazioni sanitarie:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- assistenza distrettuale
- assistenza ospedaliera

Nel presente capitolo viene effettuata un'analisi dei livelli dell'assistenza sanitaria di base e dell'assistenza ospedaliera: gli indicatori utilizzati sono quelli elaborati ai sensi dell'articolo 28, comma 10 della L. 498/98.

3.4.2. Assistenza distrettuale

L'assistenza sanitaria distrettuale ricomprende, in linea di massima, i tre livelli uniformi di assistenza del Psn '94-'96 (assistenza sanitaria di base, assistenza specialistica, semiresidenziale territoriale e assistenza residenziale sanitaria) essendo essi fortemente integrati e correlati. L'individuazione dell'unità distrettuale all'interno dell'azienda sanitaria locale è funzionale all'obiettivo di coordinamento e integrazione di tutte le attività di assistenza sanitaria di carattere extra ospedaliero. Nei paragrafi successivi sono trattati i sub-livelli dell'assistenza sanitaria di base e dell'assistenza farmaceutica.