

Il ruolo della “prevenzione” a tutela della salute del singolo e della collettività

Gianfranco Carnevali *, Luca Sala **

* Esperto in legislazione e organizzazione sanitaria ed ex direttore generale di Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere

** Direttore del Servizio di Sanità Pubblica Veterinaria e Sanità Animale, Direttore del Dipartimento di Prevenzione e Direttore dell'Area Prevenzione dell'ASL di Biella

Parole chiave: Prevenzione; Salute; Collettività.

Riassunto: L'articolo - dato atto la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale (n.833/1978) sottolineava il rilevante ruolo attribuito alla prevenzione a tutela della salute del singolo e della collettività e si faceva carico di effettuare un fugace richiamo alle disposizioni dettate da essa e da interventi legislativi successivi in materia di organizzazione delle attività di cui dovevano farsi carico le unità sanitarie locali- richiama l'attenzione non solo sulle disposizioni che in materia di prevenzione emanate tra gli anni 2014-2019 ma anche sull'evoluzione dell'organizzazione e degli interventi in materia di prevenzione in base alla bozza del piano nazionale di prevenzione 2020-2025. Tenuto conto dei testi e valutazioni sugli stessi effettuate l'articolo esplicita le competenze e le responsabilità proprie dei dirigenti chiamati a svolgere funzioni gestionali all'interno delle articolazioni dell'Aziende Sanitarie e, in particolare, di coloro che sono impegnati, a livello di Azienda Sanitaria Locale, nella realizzazione di interventi di prevenzione a tutela della salute del singolo e della collettività, anche nel caso di istituzionalizzazione della funzione di Direttore “dell'Area della prevenzione”. Ciò allo scopo di focalizzare lo stato attuale dell'organizzazione e delle attività da realizzare al fine di garantire una reale tutela della salute del singolo e della collettività volta non solo ad evitare l'insorgenza di malattie ma anche di limitarne le conseguenze nel caso di loro complicazioni e cronicizzazioni.

1. La valenza strategica delle attività di prevenzione ex legge n. 833/1978 e smi

La rilevanza strategica della prevenzione a tutela della salute del singolo e della collettività è stata messa in luce dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833 “Istituzione del servizio sanitario nazionale” laddove fu recuperata la preminente importanza del momento preventivo rispetto a quelli riabilitativo e, soprattutto, curativo che avevano caratterizzato la precedente legislazione in materia. Tale aspetto emerge non tanto dal fatto che l’art. 19, comma 1, nell’elencare le prestazioni che le unità sanitarie locali avrebbero dovuto erogare, al fine di assicurare a tutta la popolazione la tutela della salute, indicava come prime quelle di prevenzione, ma soprattutto perché l’articolo:

- 2. “Gli obiettivi”, precisato che il conseguimento delle finalità di cui doveva farsi carico il SSN doveva essere assicurato, tra l’altro, mediante:
 1. la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un’adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità;
 2. la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;
 3. la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell’igiene dell’ambiente naturale di vita e di lavoro;
 4. l’igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e avanzi di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell’uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;

stabiliva che il SSN doveva perseguire:

- a) la sicurezza del lavoro per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute;
 - b) la promozione della salute nell’età evolutiva, garantendo l’attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorendo con ogni mezzo l’integrazione dei soggetti handicappati;
 - c) la tutela della salute degli anziani, anche per prevenire e rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione;
 - d) la tutela della salute mentale privilegiando il momento preventivo
- 4. “Uniformità delle condizioni di salute sul territorio nazionale”, stabiliva tra l’altro che con legge dello Stato dovevano essere dettate norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi su tutto

il territorio nazionale e stabilite le relative sanzioni penali, particolarmente in materia di:

- ✓ inquinamento dell’atmosfera, delle acque e del suolo;
 - ✓ igiene e sicurezza in ambienti di vita e di lavoro;
 - ✓ omologazione, per fini prevenzionali, di macchine, di impianti, di attrezzature e di mezzi personali di protezione;
 - ✓ tutela igienica degli alimenti e delle bevande;
- 14. “Unità sanitarie locali”, stabiliva che l’ASL doveva provvedere in particolare:
 - a) *all’educazione sanitaria;*
 - b) *all’igiene dell’ambiente;*
 - c) *alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche;*
 - d) *all’igiene e medicina scolastica negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado;*
 - e) *all’igiene e medicina del lavoro, nonché alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali;*
 - f) *all’igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande;*
 - g) *alla profilassi e alla polizia veterinaria; alla ispezione e alla vigilanza veterinaria sugli animali destinati ad alimentazione umana, sugli impianti di macellazione e di trasformazione, sugli alimenti di origine animale, sull’alimentazione zootecnica e sulle malattie trasmissibili dagli animali all’uomo, sulla riproduzione, allevamento e sanità animale, sui farmaci di uso veterinario;*
 - 16. “Servizi veterinari”, stabiliva che con legge regionale fossero, tra l’altro, stabilite norme per il riordino dei servizi veterinari a livello regionale nell’ambito di ciascuna unità sanitaria locale o in un ambito territoriale più ampio, tenendo conto della distribuzione e delle attitudini produttive del patrimonio zootecnico, della riproduzione animale, della dislocazione e del potenziale degli impianti di macellazione, di lavorazione e di conservazione delle carni e degli altri prodotti di origine animale, della produzione dei mangimi e degli integratori, delle esigenze della zooprofilassi, della lotta contro le zoonosi e della vigilanza sugli alimenti di origine animale;
 - 20. “Attività di prevenzione”, stabiliva che esse, tra l’altro, comprendevano:
 - a) *la individuazione, l’accertamento ed il controllo dei fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e di lavoro*;
 - c) *la indicazione delle misure idonee all’eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento di ambienti di vita e di lavoro*;
 - d) *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;
- e) la profilassi dagli eventi morbosi, attraverso l'adozione delle misure idonee a prevenirne l'insorgenza;
- 22. "Presidi e servizi multizonali di prevenzione", obbligava le Regioni ad individuare le unità sanitarie locali in cui sono istituiti presidi e multizonali per il controllo e la tutela dell'igiene ambientale e per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, a definire le caratteristiche funzionali e interdisciplinari di tali presidi e servizi multizonali e prevedere le forme di coordinamento degli stessi con i servizi di igiene ambientale e di igiene e medicina del lavoro di ciascuna unità sanitaria locale, ferma la loro gestione da parte dell'unità sanitaria locale nel cui territorio sono ubicati e fermo il riordino -ex riprodotto art. 16- dei servizi veterinari nell'ambito di ciascuna unità sanitaria locali o in ambito territoriale più ampio, tenendo conto della distribuzione e delle attitudini produttive del patrimonio zootecnico, della riproduzione animale, della dislocazione e del potenziale degli impianti di macellazione, di lavorazione e di conservazione delle carni e degli altri prodotti di origine animale, della produzione dei mangimi e degli integratori, delle esigenze della profilassi, della lotta contro le zoonosi e della vigilanza sugli alimenti di origine animale, rilevando al riguardo l'importanza di ciascuna di dette attività per la prevenzione di patologie sul singolo e sulla collettività;
 - 24. "Norme in materia di igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro e di vita e di omologazioni", delegava il Governo ad emanare un testo unico in materia di sicurezza del lavoro, che riordini la disciplina generale del lavoro e della produzione al fine della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, nonché in materia di omologazioni, unificando e innovando la legislazione vigente tenendo conto delle caratteristiche della produzione al fine di garantire la salute e l'integrità fisica dei lavoratori, secondo i principi generali indicati nella presente legge nel rispetto dei criteri direttivi in essa indicati;
 - 32. "Funzioni di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria", stabiliva che il Ministro della sanità può emettere ordinanze di carattere contingibile e urgente, in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con efficacia estesa all'intero territorio nazionale o a parte di esso comprendente più regioni e che la legge regionale stabilisce norme per l'esercizio delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, di vigilanza sulle farmacie e di polizia veterinaria, ivi comprese quelle già esercitate dagli uffici del medico provinciale e del veterinario provinciale e dagli ufficiali sanitari e veterinari comunali o consortili, ferma, nelle medesime materie, la possibilità da parte del presidente della giunta regionale e del sindaco di emettere ordinanze di carattere contingibile ed urgente, con efficacia estesa rispettivamente alla regione o a parte del suo territorio comprendente più comuni e al territorio comunale.

L'obiettivo di potenziare la prevenzione quale presupposto irrinunciabile per la tutela della salute del singolo e della collettività trovò nuovo impulso nelle disposizioni dettate ai fini della aziendalizzazione del SSN e precisamente tramite:

- l'art. 7 del D.Lgs. n. 502/1992 come modificato e integrato dal D.Lgs. n. 517/1993 -stabilito, al comma 1, che le regioni dovevano istituire presso ogni unità sanitaria locale un dipartimento di prevenzione articolandolo almeno in 3 servizi medici (*igiene e sanità pubblica, prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro ed igiene degli alimenti e della nutrizione*) ed in altrettanti servizi veterinari (*sanità animale; igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati: igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche*)- disponeva, tra l'altro, che i servizi veterinari dovevano, ex comma 2, avvalersi delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli istituti zooprofilattici sperimentali e, ex comma 4, acquisire -tramite la regione- ogni informazione utile ai fini della conoscenza dei rischi per la tutela della salute e per la sicurezza degli ambienti di lavoro dall'ISPEL (successivamente soppresso con attribuzioni delle sue funzioni all'INAIL) e dall'INAI;
- il D.Lgs. n. 229/1999 e s.m.i, sottolineata -ancora una volta- la valenza della prevenzione quale presupposto irrinunciabile per la tutela della salute del singolo e della collettività, ne ha ridefinite l'organizzazione e le funzioni stabilendo, in particolare che il dipartimento di prevenzione:
 - ✓ *è 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 dovendo allo scopo, promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline (art, 7-bis), rilevando che esso deve quindi realizzare tutti gli interventi mirati a garantire lo sviluppo/incremento di condizioni tese al mantenimento del miglior livello di salute possibile in ciascun ambito di vita e di lavoro attraverso interventi di prevenzione primaria volti ad evitare l'insorgenza di malattie trasmissibili ovvero a realizzare, tramite screening mirati, diagnosi precoci riferite a patologie ad alto rischio piuttosto che interventi volti ad evitare il verificarsi di situazioni in grado di prevenire le disabilità nei luoghi di lavoro ovvero, ancora, a stimolare l'adozione di stili di vita volte al miglioramento della sua qualità e/o a contrastare l'insorgenza di cronicità;*

- ✓ *in base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:*
 - 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 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;*

f-bis) tutela della salute nelle attività sportive;

dovendo contribuire inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali (art. 7-ter);

- ✓ *si articola (art. 7-quater) nelle aree dipartimentali di sanità pubblica, della tutela della salute negli ambienti di lavoro e della sanità pubblica veterinaria, prevedendo 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 quali si distinguono in servizi o in unità operative, in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento e alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche e alle dimensioni del bacino di utenza, potendo le singole regioni prevedere, secondo le articolazioni organizzative adottate, la disciplina delle funzioni di medicina legale e necroscopica, dando atto che in conseguenza di scelte regionali l'area di sanità pubblica può comprendere, anche, il servizio di medicina legale e necroscopica e quella di tutela della salute negli ambienti di lavoro

anche i servizi di sicurezza impiantistica antinfortunistica in ambienti di vita e di lavoro e/o di verifica impianti e macchine utilizzate nei luoghi di lavoro e che -a nostro avviso- i servizi dell'area sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare dovrebbero essere configurati come struttura semplice nei casi di scarsità o inesistenza di insediamenti per la produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati ovvero di allevamenti e produzioni zootecniche;

- ✓ *stabiliva le modalità tramite cui effettuare il “Coordinamento con le Agenzie regionali per l'ambiente” (art 7-quinquies), il rapporto con gli “Istituti zooprofilattici sperimentali e Uffici veterinari del Ministero della sanità” (art. 7-sexies) ed il “Coordinamento delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro”(art. 7-octies).*

2. Il Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 (PNP)

Preso atto che, nonostante la legislazione richiamata l'obiettivo di potenziare la prevenzione quale presupposto irrinunciabile per la tutela della salute del singolo e della collettività non ebbe l'esito sperato, si ritenne opportuno di porre rimedio al riguardo approvando il primo “Piano Nazionale di Prevenzione” sollecitati anche da specifiche indicazioni fornite dall'Unione Europea e precisamente dal fatto che:

- a) l'art. 168 del “Trattato per il suo funzionamento” (ratificato dall'Italia con legge 2 agosto 2008, n. 130) -dopo aver precisato (comma 1, primo periodo) che “nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana”- stabiliva nel secondo periodo che “l'azione dell'Unione, che completa le politiche nazionali, si indirizza al miglioramento della sanità pubblica, alla prevenzione delle malattie e affezioni e all'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute fisica e mentale, e nel comma 7, primo e secondo periodo, affermava -ponendosi l'obiettivo il miglioramento della sanità pubblica, la prevenzione delle malattie e dei rischi per la salute, compresi quelli legati allo stile di vita- il principio secondo cui la salute umana va ben protetta e presa in considerazione in sede di elaborazione delle politiche ed attività dell'UE, ferma la competenza e le responsabilità degli Stati membri per “la definizione della loro politica sanitaria e per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica e... l'assegnazione delle risorse loro destinate”;
- b) la Commissione europea, nel febbraio 2013 aveva adottato un pacchetto su-

gli investimenti in ambito sociale per la crescita e la coesione, parte dei quali riguardanti la salute.

Per quanto attiene il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2014-2018 -che le regioni avrebbero dovuto recepire al fine dell'adozione di specifici Piani di Prevenzione Regionali (PPR)- rileviamo che esso:

- prefigurava e delineava un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione in grado di tutelare il singolo e la collettività in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro;
- definiva gli obiettivi e gli strumenti da adottare con i Piani regionali;
- prefigurava interventi non solo nelle tradizionali aree della prevenzione (riservati, in base alle disposizioni richiamate sotto il precedente capitolo, quasi esclusivamente ai dipartimenti di prevenzione!!) ma anche alla promozione della salute in tutti i luoghi di vita e di lavoro, dando luogo ad una doverosa nuova intersettorialità di realizzazione degli interventi che comportava l'integrazione non solo tra articolazioni diverse della singola ASL ma anche di queste con soggetti esterni ad essi interessati, con conseguente utilizzo di sistemi informativi collegati;
- individuava i macro obiettivi che si proponeva di perseguire (ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili, nonché le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute e la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie; prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali nonché le dipendenze da sostanze e comportamenti, gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti, gli incidenti domestici e i loro esiti, gli infortuni e le malattie professionali; promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani; attuare il Piano Nazionale Integrato dei Controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria), precisando che essi e gli obiettivi definiti in sede centrale (da realizzare tramite azioni decise a livello nazionale) dovevano essere osservati anche dai piani regionali e di singola ASL;
- definiva l'azione centrale come azione ritenuta pertinente al livello di Governo precisando che ciascuna di esse comportava differenti gradi di responsabilità operativa in relazione alla pertinenza (alle linee di azione ordinarie della Direzione della prevenzione e/o del Ministero della salute; al ruolo di steward del Ministero della salute nei confronti di altri Ministeri, Enti e stakeholder; alla responsabilità operativa congiunta Stato-Regioni e Pubbliche Amministrazioni) e si proponeva di rafforzare la governance di sistema a livello nazionale e a livello regionale e di rafforzare/facilitare l'attuazione dei macro-obiettivi della pianificazione nazionale;

- definiva in maniera assolutamente diversa la partecipazione dei servizi dell’area “sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare” al processo chiamato a perseguire l’obiettivo di potenziare la prevenzione quale presupposto irrinunciabile per la tutela della salute del singolo e della collettività. Infatti, a nostro avviso, il PNP ha precisato che “la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria” dovesse costituire una branca della Prevenzione che svolge un complesso di attività specifiche, quali:
 - ✓ il controllo degli agenti patogeni, dei contaminanti, degli allergeni, dei residui di sostanze pericolose e di tutti quei fattori che possono entrare nella catena alimentare ed arrecare danni alla salute umana;
 - ✓ la promozione della salute nutrizionale nella popolazione, finalizzata alla riduzione della frequenza delle patologie connesse a carenze di micronutrienti fondamentali per la salute umana;
 - ✓ la prevenzione e gestione di un ragguardevole elenco di malattie animali trasmissibili all’uomo, nonché di malattie animali che è necessario controllare per i danni che arrecano alle produzioni zootecniche e per i loro risvolti connessi all’ingresso di residui di farmaci nella catena alimentare e per i danni enormi che possono arrecare all’esportazione dei nostri prodotti alimentari, pregiati ed apprezzati in tutto il mondo;
 - ✓ l’attenzione al benessere degli animali, un importante elemento di civiltà, che è anche la condizione basilare per ridurre la necessità di ricorrere ai trattamenti terapeutici, riducendo così il rischio per gli alimenti da essi prodotti;
 - ✓ la garanzia di pratiche commerciali leali per i mangimi e gli alimenti a tutela degli interessi dei consumatori, comprese l’etichettatura dei mangimi e degli alimenti ed altre forme di informazione.

Il “sistema della sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria” -che si articola su tre livelli di autorità competente (D.L.gs. n. 193/2007): il Ministero della Salute, le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano e le AASSLL che devono relazionarsi funzionalmente tra di loro ed interagire con tutti gli altri attori del controllo ufficiale (Comando Carabinieri per la tutela della salute “NAS”; uffici periferici di ispezione frontiera, di sanità marittima e per gli adempimenti comunitari del Ministero salute; laboratori pubblici specificamente dedicati al settore)- deve infatti farsi carico dell’analisi del rischio in quanto elemento base ai fini della politica di sicurezza degli alimenti nelle sue componenti di valutazione, comunicazione e gestione del rischio, volta a eliminare o, almeno, ridurre a livelli accettabili i rischi per gli esseri umani ed anche per gli animali.

Quanto precede ci induce a pensare che fin dalla definizione del PPN 2014-2018 il Dipartimento di Prevenzione abbia modificata la funzione che gli aveva attribuito l'art. 7-bis del D.lgs. n. 229/1999 -già riprodotto sotto il precedente paragrafo- secondo il quale esso era 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 dovendo, allo scopo, promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline, per connotarsi come articolazione dell'ASL che unitamente a molte altre articolazioni aziendali ed a soggetti terzi è chiamata a fare in modo che la prevenzione, in tutte le sue possibili declinazioni, divenga presupposto irrinunciabile per la tutela della salute del singolo e della collettività.

Le considerazioni testé sviluppate trovano conferma nel fatto che alcuni piani regionali di prevenzione hanno disposta l'istituzione nelle AASSLL di una cabina di regia in staff alla direzione generale cui è stato affidato il ruolo di coordinamento e supervisione di tutti gli interventi di prevenzione da realizzare nel rispettivo ambito territoriale superando il precedente sistema che aveva il dipartimento di prevenzione come unico loro titolare. Questo non esclude che i Dipartimenti di Prevenzione possano assumere, in considerazione delle esperienze maturate nel settore, il ruolo di riferimento e, quindi, di regia nell'implementazione dei vari progetti sia per le funzioni di erogazione diretta delle materie di competenza, sia ai fini dell'empowerment della collettività, sia di governance complessiva degli interventi non erogati direttamente, costruendo una rete di collegamenti all'interno ed all'esterno di ogni ASL: ciò consentirebbe loro di assumere comportamenti cooperativi in grado di favorire anche la crescita di tutti i soggetti coinvolti nel singolo progetto, ferma la rispettiva autonomia. Di conseguenza non è da escludere che a presiedere la cabina di regia possa essere il Direttore del Dipartimento di Prevenzione, che, comunque, è tenuto a coinvolgere non solo i responsabili dei presidi ospedalieri (Direttori Medici) e dei distretti (Direttori) nonché dei Direttori delle Unità Operative che coordinano i principali settori d'intervento, ma anche i rappresentanti dei MMG e dei PLS, in quanto alla cabina di regia spetta definire le priorità operative in funzione da un lato dei profili di salute del singolo territorio, da un altro lato delle diverse tipologie di persone interessate e da un ultimo lato della doverosità di garantire un'equità negli interventi, ferma la messa a disposizione delle risultanze dei dati epidemiologici e dei propri sistemi di sorveglianza, la valutazione del risultato delle rilevazioni periodiche e la costituzione di specifici tavoli operativi di coordinamento in tutti i casi in cui i progetti e/o le azioni da realizzare comportino il coinvolgimento di

più soggetti onde ottimizzare gli interventi ed evitare ridondanze, duplicazioni e/o contraddizioni.

3. Il DPCM sui LEA ed il Patto per la salute 2019-2021: disposizioni in tema di prevenzione

A) Il DPCM sui LEA

Il DPCM 12.01.20217 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’art.1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” -precisato, all’articolo 1, che il SSN è tenuto ad assicurare i livelli essenziali di assistenza da esso individuati, tra l’altro, per la “prevenzione collettiva e sanità pubblica” e che i livelli si articolano nelle attività, servizi e prestazioni individuati dal presente decreto e dagli allegati che ne costituiscono parte integrante- non solo ridefinisce completamente il livello della prevenzione mutando la denominazione da “Assistenza sanitaria collettiva” in “Prevenzione collettiva e sanità pubblica” della quale vengono esplicitati la missione (salute della collettività) e l’obiettivo generale (evitare l’insorgenza delle malattie) con conseguente declinazione con maggiore chiarezza dell’attività e delle prestazioni che caratterizzano i processi di prevenzione, rispetto all’ambito assistenziale, ma, all’art. 2, stabilisce che il Dipartimento di Prevenzione è tenuto a garantire tramite i propri servizi nonché avvalendosi dei medici ed i pediatri convenzionati, cioè individuando esplicitamente gli uni e gli altri come soggetti direttamente da coinvolgere per realizzare le attività nelle aree operative di seguito indicate:

- a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali,
- b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati,
- c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- d) salute animale e igiene urbana veterinaria,
- e) sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori,
- f) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale,
- g) attività medico legali per finalità pubbliche,

precisando che le prestazioni da garantire con i Lea erano indicate nel suo allegato 1.

L’indicazione secondo cui la declinazione delle prestazioni di “Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica” era fatta all’interno di un allegato del DPCM, mentre

quella delle prestazioni distrettuali ed ospedaliere è fatta nel suo contesto, sembra sconfessare la prevalenza del momento della prevenzione rispetto a quelli della cura e riabilitazione propri del distretto e dell'ospedale, che era stato riconosciuto alle disposizioni che hanno caratterizzato gli obiettivi da perseguire da parte del SSN, anche se l'allegato 1 da un lato ribadisce che il *livello della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" include le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita si articola nelle 7 aree di intervento sopra esplicitate e da un altro lato:*

1. *anticipa che per ogni programma vengono indicate le "componenti principali" le quali, pur non avendo carattere specificamente vincolante, rappresentano fattori di garanzia per il raggiungimento degli obiettivi e che successivamente sono riportati i tipi di prestazioni erogate;*
2. *precisa che:*
 - a) *sono esclusi da questo livello gli interventi di prevenzione individuale, fatta eccezione per le vaccinazioni organizzate in programmi che hanno lo scopo di aumentare le difese immunitarie della popolazione (come quelle incluse nel Piano Nazionale Vaccini), gli screening oncologici, quando sono organizzati in programmi di popolazione, e il counseling individuale per la promozione di stili di vita salutari nonché le prestazioni che, pur costituendo un compito istituzionale delle strutture sanitarie, sono erogate con oneri a totale carico del richiedente e risultano pertanto escluse dai livelli essenziali di assistenza ferma l'inclusione di quelle poste solo parzialmente a carico del richiedente in base a disposizioni nazionali o comunitarie ed alle relative norme regionali attuative;*
 - b) *i programmi inclusi nell'area di intervento b) e le relative prestazioni sono erogati in forma integrata tra sistema sanitario e agenzie per la protezione ambientale, in accordo con le indicazioni normative regionali nel rispetto dell'articolo 7 quinquies del decreto legislativo 502/1992;*
 - c) *l'informazione epidemiologica, anche quando non espressamente citata tra le componenti del programma, dovrà comunque guidare le aziende sanitarie (rectius: locali) nella pianificazione, attuazione e valutazione dei programmi e nella verifica del raggiungimento degli obiettivi di salute.*

Dato atto che le riprodotte disposizioni inducono a superare la perplessità poc'anzi esplicitata aggiungiamo che:

- a. *l'allegato al DPCM prevede espressamente che alcune tipologie di prestazioni debbano essere erogate da alcuni servizi del Dipartimento di Prevenzioni in collaborazione/coinvolgimento/integrazione con altre strutture aziendali piuttosto che con soggetti esterni;*

- b. la gran parte delle regioni ha ritenuto opportuno individuare le prestazioni rese nell’interesse dei privati in ciascuna delle aree di attività prefigurate dal DPCM (cioè prestazioni non previste nei LEA) approvando il tariffario da applicare per la loro erogazione.

B) Il “Patto per la salute 2019-2021”

Dato atto che disposizioni in materia di prevenzione sono rinvenibili nelle schede nn. 8 e 12 del “Patto per la salute 2019-2020” e con durata fino al 31.12.2021, procediamo di seguito alla loro trascrizione, anticipando che subito dopo procederemo ad esplicitare le considerazioni ritenute opportune sui testi riprodotti.

Testi riprodotti

- a) *scheda n. 8 “Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale” dopo aver previsto che il mutato contesto socio-epidemiologico, l’allungamento medio della durata della vita e il progressivo invecchiamento della popolazione, con il costante incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale, l’aumento della cronicità e la sempre più frequente insorgenza di multi-patologie sul singolo paziente, impone una riorganizzazione dell’assistenza territoriale che promuova, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità, basati sulla medicina di iniziativa in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano Nazionale della Prevenzione, deve realizzare interventi finalizzati ad un forte impulso e un investimento prioritario sull’assistenza sociosanitaria e sanitaria domiciliare, lo sviluppo e l’innovazione dell’assistenza semiresidenziale e residenziale in particolare per i soggetti non autosufficienti, specificandone i relativi indirizzi, precisa che debbano essere promosse specifiche politiche attive di promozione e tutela della salute con particolare attenzione all’infanzia e all’adolescenza, alle persone con disturbo mentale, al sostegno dell’autonomia delle persone con disabilità e non autosufficienza e potenziate politiche a favore dell’area materno-infantile, delle patologie croniche, delle dipendenze patologiche, dei disturbi del comportamento alimentare, delle cure palliative e della terapia del dolore;*
- b) *scheda 12 “Prevenzione” prevede che Governo e Regioni convengono di implementare gli investimenti in promozione della salute e prevenzione, quali elementi cruciali per lo sviluppo della società e la tutela della salute, favorendo l’integrazione delle politiche sanitarie e il raccordo funzionale tra Piano Nazionale Prevenzione e Piano Nazionale Cronicità e gli ulteriori strumenti di pianificazione nazionale. Convengono altresì, secondo i principi della “Salute in tutte le politiche” e in collegamento con gli indirizzi internazionali in materia di prevenzione (Agenda 2030), sulla necessità di garantire equità e contrasto alle disuguaglianze di salute, di rafforzare l’attenzione ai gruppi*

fragili di perseguire un approccio di genere, di considerare le persone e le popolazioni in rapporto agli ambienti di vita (setting di azione); di orientare le azioni al mantenimento del benessere in ciascuna fase dell'esistenza (approccio life course), ponendo in atto interventi basati su evidenze di costo efficacia, equità e sostenibilità, finalizzati alla promozione di stili di vita sani e alla rimozione dei fattori di rischio correlati alle malattie croniche non trasmissibili. È necessario dare una risposta al forte allarme sociale ed al diffuso livello di inquinamento territoriale mediante un intervento volto a contrastare la presenza di inquinanti emergenti non normati (es. i PFAS) presenti nell'ambiente. Senza nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Per lo screening mammografico Governo e Regioni concordano sulla necessità di ampliare le fasce di età interessate nell'ambito delle risorse programmate per il Servizio Sanitario Nazionale.

In particolare:

- si intende contrastare il fenomeno dell'antimicrobico-resistenza attraverso l'impegno di Governo e Regioni a dare piena attuazione al Piano nazionale di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR) 2017-2020 e a procedere al suo aggiornamento sulla base dei risultati conseguiti nel 2020, attraverso un percorso partecipato e condiviso in ogni fase;
- si conviene di consolidare il contrasto alle malattie croniche non trasmissibili attraverso promozione della salute, diagnosi precoce e presa in carica, secondo un approccio integrato tra prevenzione e cura;
- si conferma l'impegno di Governo e Regioni alla realizzazione del Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia, per il conseguimento degli obiettivi di eradicazione;
- si conviene di definire valori soglia per gli inquinanti non normati nell'ambiente, mediante la collaborazione fra l'Area sanitaria e quella ambientale, a tutela dei cittadini;
- si intende confermare l'importanza delle attività di vigilanza sui luoghi di lavoro secondo quanto previsto dall'art.13 del decreto legislativo n. 81/2008 prevedendo, di concerto ed attraverso l'intesa fra la Conferenza Stato Regioni, uno standard di dotazione del personale: medici, tecnici della prevenzione, chimici, ingegneri, ecc.;
- si intende valorizzare inoltre l'impegno a rafforzare una visione di salute pubblica in un'ottica "One Health", che si basa sulla progettazione e attuazione di programmi, politiche, legislazione e ricerca, in cui più settori comunicano e collaborano per ottenere migliori risultati di salute pubblica, mediante un metodo collaborativo, multidisciplinare, multi-professionale. L'approccio "One Health" considera la salute umana e la salute degli animali come interdipendenti e legati alla salute degli ecosistemi in cui sono contestualizzati;
- si conviene altresì che il Piano coordinato nazionale dei controlli (PCNC) (in

corso di elaborazione il PCNP 2020-2024) ricomprende tutti i piani specifici di controllo in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

I testi inducono ad alcune riflessioni sulle schede, in particolare con riferimento alla scheda:

8. *l'affermazione, seppur generica, secondo cui si deve procedere alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale che promuova, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità, basati sulla medicina di iniziativa in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano Nazionale della Prevenzione, induce a ritenere che oltre gli interventi tesi a garantire lo sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute non debbano essere realizzati solo dal DdP, ma debbano coinvolgere anche i servizi distrettuali nonché soggetti esterni operanti sul territorio (esempio: MMG e PLS):*
12. *l'intera scheda prevede esclusivamente propositi circa gli obiettivi e gli interventi da perseguire nell'arco di validità del “patto”; gli uni e gli altri comunque sono riferiti più che al DdP alla “prevenzione” intesa in tutte le sue possibili declinazioni.*

4. Ipotesi di evoluzione della declinazione della “prevenzione” sulla base delle anticipazioni sul Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025

Sulla base delle anticipazioni di cui si è a conoscenza, il Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 riaffermato il ruolo irrinunciabile della promozione della salute e della prevenzione ai fini della tutela della salute del singolo e della collettività- dovrebbe, tra l'altro, porre l'attenzione su due aspetti di grande rilevanza ai fini della realizzazione degli interventi mirati allo scopo: la collaborazione intersettoriale e la partecipazione reale di tutti i soggetti coinvolti, intese rispettivamente come:

- a. *“relazione riconosciuta tra due o più soggetti appartenenti a diversi settori della società, costituita allo scopo di intraprendere azioni finalizzate a raggiungere risultati di salute o risultati intermedi di salute, rispetto a una problematica specifica, secondo modalità più efficaci, efficienti o sostenibili rispetto a quelle che potrebbero essere intraprese dal solo settore sanitario” (OMS-1998) che si basa “sul riconoscimento della salute quale processo complesso che implica interdipendenza tra innumerevoli determinanti (personali, genetici, di genere, stili di vita, socio-economici, ambientali, culturali, lavorativi, ecc.)”;*
- a. *necessità di coagulare le alleanze e le energie tra i diversi soggetti e le diverse forze coinvolte nei singoli interventi (Stato, Regioni, AASSLL, società civile, settore privato, mondo scientifico ed accademico, professionisti della salute, comunità e singolo individuo) al fine di sviluppare una cultura della condivisione e una comune comprensione sui determinanti della salute e per defini-*

re ambiti sinergici di intervento per quanto concerne la programmazione su obiettivi comuni e conseguentemente la diminuzione e frammentazione di programmi e interventi, l'integrazione di servizi e funzioni, l'organizzazione di percorsi formativi rivolti ai professionisti ed ai soggetti di tutti i settori coinvolti e finalizzati al trasferimento di conoscenze e a favorire la costruzione di reti.

Di conseguenza il nuovo PNP ha come priorità trasversale a tutti gli obiettivi la riduzione delle principali disuguaglianze sociali e geografiche che si osservano nel Paese, correlate, in gran parte, alla esposizione ai principali fattori di rischio, pur rimanendo le aree strategiche, quelle della prevenzione delle malattie trasmissibili e delle malattie croniche non trasmissibili, anche attraverso la promozione di stili di vita sani e l'attenzione ai determinanti ambientali che impattano fortemente sulla salute e sulle disuguaglianze è necessario attivarsi anche in area della Prevenzione primaria sull'approccio di genere con un investimento ulteriore sul benessere dell'infanzia e dell'età evolutiva, cercando di muoversi con un approccio multilivello della prevenzione a salvaguardia delle nuove generazioni, In tale contesto il riferito ruolo della promozione della salute e della prevenzione comporta l'adozione di un approccio di sanità pubblica in grado di garantire equità e contrasto alle disuguaglianze nonché la necessità da un lato di porre gli individui e le collettività al centro degli interventi migliorandone la salute e il benessere, da un altro lato di basare gli interventi sulle migliori evidenze di efficacia e, da un ultimo lato, di sviluppare le competenze dei professionisti, della collettività e dei singoli: quindi la rivisitazione, ancora una volta, del ruolo del DdP di ASL.

Il nuovo approccio consegue anche dal fatto che negli ultimi anni il concetto di "costo sanitario" si è evoluto verso quello di "investimento" per la salute e si è tradotto nella quantificazione del "rientro" dell'investimento (Return of Investment: ROI) ovvero nella possibilità di misurare a distanza di quanto tempo si rientra della spesa effettuata e dopo quanto tempo l'investimento porta dei guadagni (costi sociali e sanitari evitati). Il risparmio per il sistema sanitario, derivante da investimenti in programmi di prevenzione primaria, è solo una parte del beneficio conseguente alla riduzione della morbosità in una popolazione; a questo devono infatti aggiungersi una riduzione dei decessi e degli anni di vita vissuti in disabilità oltre a una minore perdita di produttività e di capitale sociale. Pertanto per risparmio si intende non solo quello relativo ai costi di trattamento delle patologie, che vengono posticipati e impegnati su un periodo più breve, o del tutto evitati, ma anche quello inerente i costi a livello sociale.

A ciò aggiungiamo che pur rimanendo le aree strategiche, come più volte richiamato, quelle della prevenzione delle malattie trasmissibili e delle malattie croniche non trasmissibili, anche attraverso la promozione di stili di vita sani e

l'attenzione ai determinanti ambientali che impattano fortemente sulla salute e sulle disuguaglianze è necessario attivarsi anche in area della prevenzione primaria anche sull'approccio di genere con un investimento ulteriore sul benessere dell'infanzia e dell'età evolutiva, cercando di muoversi con un approccio multilivello della prevenzione nei confronti di un target che -almeno nelle nostre latitudini- risulta sempre più critico per gli aspetti demografici, a salvaguardia delle nuove generazioni. Infatti le più attuali evidenze relative alle attività di prevenzione rafforzano una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente; ciò in quanto per garantire a tutta la popolazione un futuro all'insegna di uno sviluppo in salute e più sostenibile, occorre affrontare tutti i determinanti socio-culturali, ambientali, relazionali ed emotivi che influenzano la salute, attraverso una programmazione multistakeholder, condivisa e partecipata con il coinvolgimento attivo delle comunità nei processi decisionali.

Conseguentemente di seguito esplicitiamo tre esempi attuali ed operativi di intersettorialità (il primo realizzato presso l'ASL di Biella e gli altri sperimentati in altre sedi). Essi -in relazione a quanto precedentemente declinato- cifrano la necessità di una stretta connessione tra più servizi dipartimentali ed altre articolazioni organizzative aziendali, professionalità di diversa estrazione o specializzazione e interculturalità che in un'ottica di “One health” -considerando e valorizzando i più aggiornati percorsi salutogenici quali, ad esempio, la medicina di genere e quelli di Life Style- condividano analisi ed evidenze in fase progettuale e collaborino ognuna per le rispettive responsabilità e conoscenze alla realizzazione di programmi che rispondano in una continua e dinamica articolazione ai bisogni di salute della popolazione. L'intersettorialità, infatti, si basa sul riconoscimento della salute quale processo complesso e dinamico che implica interdipendenza tra fattori e determinanti personali, socio-economici ed ambientali; ne discende quindi una corresponsabilità da parte di tutti i settori le cui politiche, a vario tipo, hanno impatto su tali determinanti.

1. “La corsia della salute”

Il progetto che è stato realizzato dal Dipartimento di Prevenzione, dalla Medicina dello Sport, dalla Medicina del Lavoro e Medico Competente, dall'Epidemiologia, dalla Psicologia Ospedaliera, come noto, si articola in ambito WHP ed è caratterizzato per essere una delle prime iniziative rivolte a tutti gli operatori di un'Azienda Sanitaria. Al suo interno si articolano diverse iniziative, tra cui la distribuzione di un questionario on line mirato alla condivisione della percezione che ogni operatore ha del proprio stato di salute fisica e psicologica ed alla registrazione della volontà di intraprendere percorsi virtuosi e salutogeni, la realizzazione di un orto sul posto di lavoro che possa stimolare la loro creatività

e la loro sensibilità verso le questioni ambientali (ciò in considerazione del fatto che è stato dimostrato che creare spazi dedicati alle attività ludiche all'interno di aziende influisce positivamente sui rapporti tra colleghi e sulla loro soddisfazione personale) piuttosto che l'installazione di un orto direttamente in ufficio in quanto prendersi una pausa per coltivare un vivaio aumenta il rendimento sul lavoro, riduce la distanza fra colleghi, rafforza il lavoro in team migliorando i rapporti e la produttività. Più in generale il progetto ha previsto la promozione di concetti legati al Life Style ed all'assunzione di una maggiore consapevolezza da parte degli operatori in relazione alle buone pratiche comportamentali.

2. Elaborazione del Maestro Michelangelo Pistoletto

Un esempio allargato ma di grande effetto di intersettorialità ci viene prendendo atto di come l'arte possa influenzare le coscienze delle persone richiamando la loro responsabilità nell'adozione di stili di vita salutare e nella valorizzazione proprio dei citati determinanti culturali, ambientali ed emotivi che possono influenzare la salute. Il concetto di terzo paradiso, elaborato dal Maestro Michelangelo Pistoletto e rivolto a tutta l'umanità, vuole infatti richiamare e riformare i principi ed i comportamenti etici che guidano la vita in comune orientandoli verso una presa di coscienza e di responsabilità per la cura del nostro pianeta e della società umana; esso chiama ad uno sforzo comune per la riconciliazione tra uomo, natura ed artificio che ci possa accompagnare in un futuro più responsabile e salutogenico.

Non si tratta solo dell'intuizione di un grande artista.

Infatti il Documento di consenso della «Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute» del 1986 (noto come «Carta di Ottawa»), l'OMS -oltre a definire la Promozione della Salute come il processo che consente alle persone e alle comunità di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla- esplicita i cinque obiettivi da perseguire per sostanziare tale definizione:

- 1. Costruire una politica pubblica per la salute;*
- 2. Creare ambienti favorevoli;*
- 3. Dare forza all'azione della comunità;*
- 4. Sviluppare le abilità personali;*
- 5. Riorientare i servizi sanitari.*

Esso, a ben vedere, consente di affermare che coscienza e conoscenza sono gli obiettivi che la promozione della salute deve perseguire promuovendo le indicazioni dell'OMS, per cui non si giustifica il fatto che negli ultimi anni

abbiamo assistito ad un aumento dei costi sui servizi sanitari abbinati ad un aumento di accessi al sistema salute a volte anche impropri (esempio: accessi inappropriati al pronto soccorso in alcuni periodi dell'anno ed in alcune ore della giornata ovvero -trattasi di storia recente- per verificare la presenza del corona virus/covid-19), spingendo ad incrementare l'attenzione sui servizi di prevenzione per ridurre il carico di interventi in regime d'urgenza ed emergenza.

3. Prevenzione e promozione di corrette pratiche in ambito domestico

Il progetto -dato atto che un metodo efficace riportato in letteratura a seguito di numerose esperienze attuate risulta essere quello di incrementare la capacità individuale di comprendere ed usare in modo appropriato informazioni sanitarie per adottare decisioni od attuare interventi ed evidenziato che in sostanza sono diverse le segnalazioni di un uso inappropriato dei servizi specialistici ospedalieri invece di favorire gli interventi di primo soccorso presso farmacie e MMG o di automedicazione- si propone come progetto pilota della durata di 12 mesi mirato ad aumentare il livello di Health Literay nella popolazione, in relazione ad ogni possibile intervento preventivo che intervenga positivamente sui rischi strutturali ed organizzativi delle abitazioni e di formazione ed informazione alle famiglie relative alle conoscenze di base per valutare ed intervenire attivamente in caso di incidente. Allo scopo esso sottolinea che:

- a) il ruolo dei MMG e PLS, del coordinamento dei Distretti, del personale infermieristico che opera sul territorio, dei Consorzi socio-assistenziali, dei sindaci, delle badanti, risulterà di fondamentale importanza nell'individuare le persone da coinvolgere in questo percorso per ogni comune, tenendo conto di chi appartiene ai gruppi che risentono di maggiore fragilità: donne casalinghe, over 65enni, bambini, alcolisti persone sole, ecc.,
- b) molti considerano la medicina dello stile di vita una sotto specialità relativamente nuova, sebbene sia stata praticata per migliaia di anni; per essi infatti, a differenza della medicina convenzionale, la sua attenzione non è sul trattamento delle malattie croniche ma piuttosto sulla loro prevenzione.

5. Competenze e responsabilità del Direttore di “Servizio/SOC”, del Responsabile di “Struttura Semplice Dipartimentale/Distrettuale” e del Direttore del “Dipartimento di Prevenzione”

5.1. Disposizioni in tema di organizzazione e gestione delle risorse all'interno delle articolazioni organizzative autonome delle AASS

Premesso che per articolazioni organizzative autonome delle AASS intendiamo sia le rispettive Strutture Complesse (SOC) che i Servizi e le SOS del Dipar-

timento di Prevenzione di ASL, di seguito procediamo all'esplicitazione delle disposizioni vigenti -di interesse del presente lavoro- dettate rispettivamente dagli articoli:

- 4, 5 e 16 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”,
- 7-quater e 17-bis del D.Lgs, n. 502/1992,

rilevando che mentre le disposizioni del D.Lgs. n. 165/2001 specificano competenze e responsabilità che i Direttori delle strutture organizzative autonome (SOC e Servizi del DdP) devono svolgere onde assicurarne il migliore funzionamento, quelle del D.Lgs. n. 502/1992 definiscono competenze e responsabilità da assolvere allo stesso fine dai Direttori di DdP piuttosto che di tutte le altre tipologie di Dipartimento fermo che esse si sommano a quelle professionali.

D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165

Art. 4. Indirizzo politico-amministrativo. Funzioni e responsabilità

2. Ai dirigenti spetta l'adozione degli atti e provvedimenti amministrativi, compresi tutti gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa, mediante autonomi poteri di spesa, di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo. Essi sono responsabili in via esclusiva dell'attività amministrativa, della gestione e dei relativi risultati.

3. Le attribuzioni dei dirigenti indicate dal comma 2 possono essere derogate soltanto espressamente e ad opera di specifiche disposizioni legislative.

Art. 5. Potere di organizzazione

2. Nell'ambito delle leggi e degli atti organizzativi di cui all'articolo 2, comma 1, le determinazioni per l'organizzazione degli uffici e le misure inerenti alla gestione dei rapporti di lavoro sono assunte in via esclusiva dagli organi preposti alla gestione con la capacità e i poteri del privato datore di lavoro, fatta salva la sola informazione ai sindacati, ove prevista nei contratti di cui all'articolo 9.

Art. 16. Funzioni dei dirigenti di uffici dirigenziali generali

1. I dirigenti di uffici dirigenziali generali (nelle AASS: i direttori di SOC/Servizio) sono tenuti a:

- d) provvedere alla definizione dell'organizzazione della struttura;*
- f) svolgere le attività di organizzazione e gestione del personale*

D.Lgs. n. 502/1992

Art. 7-quater. Organizzazione del dipartimento di prevenzione

1. Il dipartimento di prevenzione ... è organizzato in centri di costo e di responsabilità. Il direttore del dipartimento risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli

obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione, in relazione alle risorse assegnate;

Art. 17-bis. Dipartimenti

2. La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine il direttore di dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento.

5.2. Competenze e responsabilità in materia di “organizzazione”

I trascritti dettati degli articoli del D.Lgs. n. 165/2001 dispongono che delle determinazioni per la direzione e l'organizzazione della struttura volte ad assicurare che esse siano idonee ad assicurarne, tra l'altro, la piena funzionalità per il perseguimento degli obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità, debba farsi carico il Direttore di ogni “Servizio/SOC”, ed il Responsabile di struttura semplice dipartimentale/distrettuale (SOSD) ex dettato dell'art. 18, comma 1, lettera b) del ccnl dell'area della sanità 2016-2018 riportato sotto il successivo punto 3.4.1- nell'ambito delle leggi e degli atti organizzativi di cui all'articolo 2, comma 1, cioè secondo i principi generali fissati da disposizioni di legge e sulla base dei medesimi, ispirandosi -tra l'altro- ai seguenti criteri;

- a) funzionalità rispetto ai compiti e ai programmi di attività, nel perseguimento degli obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità;
- b) ampia flessibilità, garantendo adeguati margini alle determinazioni operative e gestionali da assumersi ai sensi dell'articolo 5, comma 2 (poc'anzi riprodotto);
- c) collegamento delle attività della SOC/Servizio/SOSD cui ciascuno è preposto, adeguandosi al dovere di comunicazione interna ed esterna, ed interconnessione mediante sistemi informatici e statistici pubblici ed armonizzando i suoi orari di servizio e di apertura con le esigenze dell'utenza.

Quanto precede sta a significare che ogni Direttore deve tenere conto sia degli obiettivi definiti con il budget di struttura che degli indirizzi di carattere generale in tema di organizzazione definiti con l'atto aziendale (esempio: numero dei posti letto, spazi riservati alle attività ambulatoriali, numero e tipologia delle strutture semplici).

A sua volta i trascritti dettati degli articoli del D.Lgs. n. 502/1992 dispongono che il Direttore del DdP oltre a farsi carico della organizzazione complessiva

dovendo tenere conto, anche in questo caso, degli eventuali indirizzi di carattere generale definiti al riguardo con l'atto aziendale e, ove prefigurato, degli obiettivi definiti con il suo budget anche:

- del coordinamento delle attività dipartimentali con quelle dei distretti, degli altri dipartimenti aziendali e delle AAOO che insistono sul suo territorio;
- della sua articolazione in centri di costo e di responsabilità nel rispetto degli indirizzi dettati dalla direzione strategica;
- della gestione complessiva del dipartimento, assumendone la conseguente responsabilità;
- dell'assegnazione del personale del comparto alle strutture afferenti fornendo precisi indirizzi al riguardo, anche in coerenza con eventuali decisioni ad hoc assunte dal comitato di dipartimento.

Circa le richiamate disposizioni rileviamo che:

1. mentre le competenze di cui all'art. 16 lettera d) del D.Lgs. n. 165/2001 riguardano esclusivamente la direzione ed organizzazione interna della struttura cui ciascun Direttore di "SOC/Servizio" ed ogni Responsabile di SOSD è preposto -da realizzare comunque nel rispetto degli eventuali indirizzi di carattere generale definiti nell'atto aziendale (esempio: armonizzazione degli orari di operatività del servizio con le esigenze dell'utenza), ferma la sola informazione ai sindacati ovvero le ulteriori forme di partecipazione e l'esame congiunto prefigurate dai cc.cc.nn.ll. ed il successivo controllo sulla piena applicazione da parte dei collaboratori delle eventuali disposizioni da esso emanate al riguardo- quelle di cui alla lettera f) sono riferite allo svolgimento delle attività di organizzazione e gestione del personale;
2. mentre le competenze di cui all'art. 7-bis del D.Lgs. n. 502/1992 riguardano esclusivamente l'organizzazione complessiva del DdP mirata soprattutto ad assicurare il coordinamento tra i servizi/SOSD in cui esso si articola, quindi, il loro funzionamento a fini istituzionali (l'organizzazione interna di ogni Servizio/SOSD spetta infatti al rispettivo Direttore/Responsabile in virtù delle richiamate disposizioni del D.Lgs. n. 165/2001!!!), quelle prefigurate dagli articoli 17-bis e 7-quater sono riferite sia alla definizione dell'assetto organizzativo che alla gestione delle risorse assegnate.

In aggiunta, ci sembra utile sottolineare che il Direttore del Dipartimento che si pone in rapporto di sovra-ordinazione funzionale nei confronti di tutti i Direttori dei Servizi deve farsi carico di rappresentare al Direttore Generale dell'ASL tutte le esigenze organizzative e gestionali e di coordinare la stesura e realizzazione del Piano Locale della Prevenzione, sapendo che quest'ultima incombenza spetterà di diritto al Direttore dell'Area della Prevenzione nel caso di sua prefigurazione.

In ultimo rileviamo che il Direttore di Servizio/SOC ed il Responsabile di struttura semplice dipartimentale/distrettuale ex dettato dell'art. 18, comma 1, lettera b) del ccnl dell'area della sanità 2016-2018 riportato sotto il successivo punto 3.4.1- è tenuto a farsi carico di tutte le incombenze/responsabilità che il D.Lgs. n. 81/2008 prefigura non solo per il dirigente ma anche di quelle non delegabili prefigurate per il datore di lavoro (nell'ASL: Direttore Generale) in ragione del dettato del suo art. 2 “Definizioni”, comma 1, lettera b) per “datore di lavoro” si intende *il soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore o, comunque, il soggetto che, secondo il tipo e l'assetto dell'organizzazione nel cui ambito il lavoratore presta la propria attività, ha la responsabilità dell'organizzazione stessa o dell'unità produttiva in quanto esercita i poteri decisionali e di spesa. Nelle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (ndr: ivi comprese le AASS), per datore di lavoro si intende il dirigente al quale spettano i poteri di gestione, ovvero il funzionario non avente qualifica dirigenziale, nei soli casi in cui quest'ultimo sia preposto ad un ufficio avente autonomia gestionale, individuato dall'organo di vertice delle singole amministrazioni tenendo conto dell'ubicazione e dell'ambito funzionale degli uffici nei quali viene svolta l'attività, e dotato di autonomi poteri decisionali e di spesa. In caso di omessa individuazione, o di individuazione non conforme ai criteri sopra indicati, il datore di lavoro coincide con l'organo di vertice medesimo; in conseguenza delle richiamate disposizioni il Direttore del Dipartimento di Prevenzione è titolare delle riferite competenze e responsabilità sia per quanto concerne il Servizio di cui mantiene la titolarità dell'incarico che per quanto riguarda le risorse strutturali, tecniche-tecnologiche ed umane assegnate al dipartimento. Resta fermo che entrambi detti soggetti rispondono per il mancato o non corretto adempimento delle disposizioni dettate da decreto legislativo in questione avanti a tutti gli Enti ed organi privati e pubblici preposti all'esercizio delle funzioni di vigilanza, verifica e controllo previste dalla normativa generale e, in particolare, relativamente alla prevenzione degli infortuni, all'igiene del lavoro ed alla prevenzione degli incendi e tutti i poteri decisionali e di firma nell'ambito delle funzioni delegate.*

5.3. Competenze e responsabilità in materia di “gestione” delle risorse soprattutto umane

Dato atto che il Direttore/Responsabile di ogni Servizio/SOSD del dipartimento è tenuto ex:

- a) trascritto dettato del comma 2 degli artt. 4 e 5, del D.Lgs. n. 165/2001, ad assumere la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa, mediante autonomi poteri di spesa, di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo e rispettivamente le determinazioni per la gestione dei rapporti di lavoro, in quanto titolari della gestione con la capacità e di poteri del privato

- datore di lavoro, salve -anche al riguardo- la sola informazione ai sindacati ovvero le ulteriori forme di partecipazione e l'esame congiunto prefigurate dai cc.cc.nn.ll.,
- b) trascritto dettato dell'art. 7-quater del D.Lgs. n. 502/1992 e smi, a farsi carico della gestione diretta delle risorse assegnate, rilevando che esse consistono, di norma, nelle risorse strutturali (esempio: sale riunioni, ambulatori, laboratori) e strumentali (esempio: attrezzature tecniche-tecnologiche) di cui possono valersi più "servizi/SOS" dipartimentali, nonché delle risorse umane non direttamente assegnabili ad ogni "servizio/SOSD" (soprattutto personale amministrativo e di altri ruoli utilizzabile rispettivamente a supporto di più servizi piuttosto che di più servizi), anticipando che la gestione degli operatori a disposizione di ogni Servizio/SOSD è di certo la più problematica, in quanto -troppo spesso- si è portati a pensare che "gestione" e "amministrazione" delle risorse umane o, come si usa correntemente dire, del personale siano funzioni sovrapponibili.

Non è così, come si ricava dalla diversa nozione che le riguarda.

Infatti mentre l'amministrazione consiste nel garantire che il personale sia utilizzato nel rispetto dei criteri di legittimità definiti dalle disposizioni legislative e contrattuali per quanto concerne i trattamenti giuridico, economico, di quiescenza e previdenza ed è svolta a livello centrale, la gestione consiste nell'utilizzazione del personale finalizzata a poter raggiungere nel migliore modo gli obiettivi propri dell'articolazione organizzativa di assegnazione e della Pubblica Amministrazione di appartenenza e va svolta esclusivamente a livello decentrato cioè da parte di tutti coloro che hanno la responsabilità di risorse umane.

Da quanto precede consegue che nelle AASS l'amministrazione spetta a due strutture complesse denominate, di norma, "Amministrazione del personale" e "Dipartimento delle professioni sanitarie" o "servizio infermieristico, tecnico, riabilitativo ed ostetrico (SITRO)" -comunque denominate- mentre la gestione spetta al Direttore di SOC/Servizio ed al Responsabile di SOSD per quanto concerne tutti gli operatori a disposizione ed al Direttore di Distretto e Dipartimento, anche di Prevenzione, nonché al Direttore Medico di Presidio Ospedaliero per quanto concerne esclusivamente il personale amministrativo, dei professionisti sanitari e di altri ruoli del comparto, utilizzabile rispettivamente a supporto di più servizi piuttosto che di più servizi, sottolineando che tutti i soggetti indicati devono provvedervi nel rispetto delle indicazioni fornite loro dall'una o dall'altra struttura centrale competente in materia di amministrazione circa gli istituti legislativi e contrattuali di cui gli operatori assegnati alla articolazione organizzativa cui ciascuno è preposto chiedono di potersi avvalere (esempio: ferie, ferie e riposi solidali, ferie e festività soppresse, permessi brevi e pausa mensa da parte della SOC "amministrazione del personale"; orari di lavoro

nonché organizzazione delle attività dei professionisti sanitari e degli operatori socio-sanitari, nel rispetto comunque della rispettiva loro autonomia, da parte della SOC “SITRO” fermo che essi vanno definiti per assicurare la copertura degli orari di servizio predeterminati dal suo titolare ed articolati tenendo conto delle peculiarità previste dai cc.cc.nn.ll. interessati). La conferma della validità di tale posizione è ricavabile anche dalle disposizioni in materia di responsabilità disciplinare dettate dal D.Lgs. n. 75/2017 il quale ha sostituito i commi 1 e 4 dell’art. 55-bis del D.Lgs. n. 2165/2001; di essi procediamo alla riproduzione limitatamente alla prima frase in quanto di interesse al riguardo.

“1. Per le infrazioni di minore gravità, per le quali è prevista l’irrogazione della sanzione del rimprovero verbale, il procedimento disciplinare è di competenza del responsabile della struttura presso cui presta servizio il dipendente. omissis”

“4. Fermo restando quanto previsto dall’articolo 55-quater, commi 3-bis e 3-ter, per le infrazioni per le quali è prevista l’irrogazione di sanzioni superiori al rimprovero verbale, il responsabile della struttura presso cui presta servizio il dipendente, segnala immediatamente, e comunque entro dieci giorni, all’ufficio competente per i procedimenti disciplinari i fatti ritenuti di rilevanza disciplinare di cui abbia avuto conoscenza. ... omissis...”

Ulteriore conferma del fatto che ad ogni Direttore di “SOC/servizio” ed il Responsabile di SOSD ovvero al Direttore di Dipartimento nel caso in cui al dipartimento siano assegnati operatori spetta la gestione del personale di rispettiva assegnazione si trova nel dettato dell’art. 55-sexies del D.Lgs. n. 165/2001 come sostituito dall’art. 17, comma 1, lett. b) del D.Lgs. n. 75/2017 secondo il quale “Il mancato esercizio o la decadenza dall’azione disciplinare, dovuti all’omissione o al ritardo, senza giustificato motivo, degli atti del procedimento disciplinare, inclusa la segnalazione di cui all’articolo 55-bis, comma 4, ovvero a valutazioni manifestamente irragionevoli di insussistenza dell’illecito in relazione a condotte aventi oggettiva e palese rilevanza disciplinare, comporta, per i soggetti responsabili, l’applicazione della sospensione dal servizio fino a un massimo di tre mesi, salva la maggiore sanzione del licenziamento prevista nei casi di cui all’articolo 55-quater, comma 1, lettera f-ter), e comma 3-quinquies. ... omissis ...”, in quanto solo essi sono tenuti a valutare se i comportamenti del personale assegnato alla struttura cui sono preposti hanno rilevanza disciplinare.

6. Competenze e responsabilità del Direttore “dell’Area della prevenzione” ove istituzionalizzata nonché ipotesi di modalità per il conferimento dell’incarico

6.1. Considerazioni preliminari

Premesso che l’articolo 15 del D.Lgs. n. 502/1992 e smi prevedeva l’assegnazione dell’incarico di direzione di struttura complessa, di compiti all’atto della pri-

ma assunzione e di funzioni di natura professionale dopo 5 anni di attività e che il ccnl dell'area sanità 2016-2018 sottoscritto il 19.12.2019 prevede oltre all'incarico di struttura complessa altri incarichi da cui consegue anche la gestione di risorse specifiche nonché l'incarico professionale di altissima specializzazione, riteniamo opportuno riprodurre di seguito le parti di detti documenti di interesse del presente lavoro onde valutare se l'incarico di Direttore dell'Area della Prevenzione possa essere attribuito a qualsiasi direttore di struttura complessa piuttosto che a qualunque titolare di incarico di altissima specializzazione ovvero ipotizzare i titoli da possedere per aspirare ad esso.

D.Lgs. n. 502/1992 e smi. Articolo 15

L'articolo detta al comma:

- 7, secondo periodo, che Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono attribuiti a coloro che siano in possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484;
- 8, primo periodo, che L'attestato di formazione manageriale di cui all'articolo e, comma 1, lettera d) del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, come modificato dall'articolo 16-quinquies, deve essere conseguito dai dirigenti con incarico di struttura complessa entro un anno dall'inizio dell'incarico; il mancato superamento del primo corso, attivato dalla regione successivamente al conferimento dell'incarico, determina la decadenza dall'incarico stesso;

CCNL dell'area sanità 2016-2018. Articoli 17 e 18

L'articolo 17 "Sistema degli incarichi e sviluppo della carriera professionale", comma 2, detta *La carriera professionale si sviluppa attraverso percorsi tra loro permeabili con l'assunzione sia di incarichi di tipo prevalentemente gestionale (d'ora in avanti "incarichi gestionali") sia di incarichi di tipo prevalentemente professionale (d'ora in avanti "incarichi professionali"). Tali due tipologie di incarichi, in quanto manifestazione di attribuzioni diverse, ma di pari dignità ed importanza, possono raggiungere una corrispondente valorizzazione economica, nel quadro della graduazione degli incarichi prevista a livello aziendale come disciplinata nell'art. 91 (Retribuzione di posizione).*

L'articolo 18 "Tipologie d'incarico" detta

1. *Le tipologie di incarichi conferibili ai dirigenti della presente area negoziale sono le seguenti:*

I) *Incarichi gestionali:*

- a) *incarico di direzione di struttura complessa conferito ai sensi dell'art. 20 (Affidamento e revoca degli incarichi di direzione di struttura complessa - Criteri e procedure);*

- b) *incarico di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale o distrettuale che è articolazione interna del dipartimento o del distretto e che include, necessariamente e in via prevalente, la responsabilità di gestione di risorse umane e strumentali. Ove previsto dagli atti di organizzazione interna, lo stesso può comportare, inoltre, la responsabilità di gestione diretta di risorse finanziarie. È conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico.*
..... omissis

II) *Incarichi professionali:*

- a) *incarico professionale di altissima professionalità: è un'articolazione funzionale che assicura prestazioni di altissima professionalità e specializzazione, anche con la collaborazione di risorse umane e l'utilizzo di risorse tecnologiche e funzionali necessarie per l'uso discrezionale ed appropriato di conoscenze e strumenti specialistici; è conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico; gli incarichi di questa tipologia, sulla base dell'ampiezza del campo di attività di riferimento, si distinguono a loro volta in:*
- a1) *incarico di altissima professionalità a valenza dipartimentale: si tratta di incarico che, pur collocato funzionalmente all'interno di una struttura complessa, rappresenta un punto di riferimento di altissima professionalità per l'acquisizione, il consolidamento e la diffusione di competenze tecnico professionali per l'intero dipartimento, all'interno di ambiti specialistici;*
- a2) *incarico di altissima professionalità quale articolazione interna di struttura complessa: si tratta di incarico collocato all'interno di una struttura complessa, che rappresenta un punto di riferimento di altissima specializzazione per l'acquisizione, il consolidamento e la diffusione di competenze tecnico-professionali per le attività svolte nella suddetta struttura o di strutture tra loro coordinate, nell'ambito di specifici settori disciplinari;*
- b) *incarico professionale di alta specializzazione: è un'articolazione funzionale che nell'ambito di una struttura complessa o semplice assicura prestazioni di alta professionalità riferite alla disciplina ed alla struttura organizzativa di riferimento e che rappresenta il riferimento per l'acquisizione ed il consolidamento delle conoscenze e competenze per le attività svolte nell'ambito della struttura di appartenenza. È caratterizzata da funzioni orientate ad una attività specifica e prevalente, anche con la collaborazione di risorse umane e l'utilizzo di risorse tecnologiche e funzionali necessarie per l'uso discrezionale ed appropriato di conoscenze e strumenti specialistici. È conferibile ai dirigenti che abbiano maturato almeno 5 anni di servizio e che abbiano superato la verifica del collegio tecnico;*

3. La definizione della tipologia degli incarichi di cui al comma 1, par. II, è una mera elencazione che non configura rapporti di sovra o sotto ordinazione degli incarichi, i quali discendono esclusivamente dall'assetto organizzativo aziendale e dalla graduazione di tutte le tipologie d'incarico.

..... omissis

L'art. 19 "Affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali diversi dalla direzione di struttura complessa - Criteri e procedure" detta:

..... omissis

3. Le Aziende ed Enti, nel rispetto delle disposizioni del presente CCNL e della legislazione nazionale e regionale vigente, nonché previo confronto ex art. 5 (comma 3, lett. e) (Confronto), formulano in via preventiva i criteri e le procedure per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali.

..... omissis

7. Per il conferimento degli incarichi si procede con l'emissione di avviso di selezione interna e il dirigente da incaricare sarà selezionato da parte dei responsabili indicati nel comma 8.

..... omissis

9. Nel conferimento degli incarichi, e per il passaggio ad incarichi di funzioni dirigenziali diverse, le Aziende ed Enti effettuano una valutazione comparata dei curricula formativi e professionali e tengono conto:

a) delle valutazioni del collegio tecnico ai sensi dell'art. 57 comma 2, (Organismi per la verifica e valutazione delle attività professionali e dei risultati dei dirigenti);

b) dell'area e disciplina o profilo di appartenenza;

c) delle attitudini personali e delle capacità professionali del singolo dirigente sia in relazione alle conoscenze specialistiche nella disciplina di competenza che all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi svolti anche in altre Aziende o Enti o esperienze documentate di studio e ricerca presso istituti di rilievo nazionale o internazionale;

d) dei risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati a seguito della valutazione annuale di performance organizzativa e individuale da parte dell'Organismo indipendente di Valutazione ai sensi dell'art. 57, comma 4, (Organismi per la verifica e valutazione delle attività professionali e dei risultati dei dirigenti);

e) del criterio della rotazione ove applicabile.

..... omissis

L'art. 20 “Affidamento e revoca degli incarichi di direzione di struttura complessa - Criteri e procedure” detta:

1. Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono conferiti, nel limite del numero stabilito dall'atto aziendale, dal Direttore Generale con le procedure previste dalla legislazione nazionale e regionale vigente che ne disciplina anche i requisiti.

..... omissis

5. Le Aziende ed Enti, nel rispetto delle disposizioni del presente CCNL e della legislazione nazionale e regionale vigente nonché previo confronto ex art. 5, comma 3, lett. e) (Confronto) formulano, in via preventiva, i criteri per il conferimento, la conferma, il rinnovo e la revoca degli incarichi di cui al comma 1. I criteri per il conferimento degli incarichi di cui al comma 1 come previsti dal precedente articolo 19, comma 9, (Affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali diversi dalla direzione di struttura complessa - Criteri e procedure) sono integrati da elementi di valutazione che tengano conto delle capacità gestionali con particolare riferimento al governo del personale, ai rapporti con l'utenza, alla capacità di correlarsi con le altre strutture e servizi nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale nonché dei risultati ottenuti con le risorse assegnate.

6. omissis

6.2. Competenze e responsabilità

Le riprodotte disposizioni ci inducono ad ipotizzare che -non configurandosi l'Area della Prevenzione, per quanto è a nostra conoscenza, come struttura complessa in nessuna delle AASS in cui essa è stata prefigurata- l'incarico di Direttore della stessa debba essere attribuito a dirigente interno dell'area sanità in grado di farsi carico, ad esempio, delle seguenti competenze e conseguenti responsabilità:

- a) garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, sviluppo di interventi di sanità pubblica umana ed animale mediante azioni coordinate con le altre strutture territoriali ed ospedaliere;
- b) assicurare il coordinamento tra tutte le strutture aziendali ed i soggetti esterni, anche non sanitari, che afferiscono all'Area della Prevenzione (esempio: comuni, associazioni, istituzioni scolastiche, casa di riposo);
- c) supportare il Direttore Generale nella definizione degli obiettivi da perseguire in materia di prevenzione e nel loro raggiungimento;
- d) valutare gli indicatori di processo e di esito dei percorsi;
- e) assumere la responsabilità del budget ed assegnare le risorse economiche;
- f) formalizzare le proposte di assunzione di personale alle strutture afferenti;

- g) valutare la sostenibilità economica delle attività da svolgere;
- h) farsi carico del coordinamento delle politiche di prodotto;
- i) monitorare le performance di settore;
- j) definire la proposta delle politiche di comunicazione.

6.3. Ipotesi di modalità per il conferimento dell'incarico

Come emerge dalla elencazione esplicitata, le competenze non hanno specifica valenza né gestionale né professionale e non comportano la gestione di risorse per cui sembra scontata la impossibilità di conferire l'incarico sia tramite selezione pubblica sia tramite selezione interna basata su valutazione comparata dei curricula formativi e professionali degli aspiranti. Di conseguenza il Direttore Generale non potrà che procedere a scelta fiduciaria che, a nostro avviso, dovrà cadere su un qualsiasi Direttore di Servizio a valenza sanitaria del DdP o, ancora meglio sul suo Direttore, ovvero -in mancanza di disposizioni che, a nostra conoscenza, disciplinano la materia- a qualsiasi dirigente dell'ASL del ruolo sanitario in possesso di almeno cinque anni di servizio e dell'attestato di formazione manageriale richiesto per partecipare alle selezioni pubbliche per l'incarico di Direttore di struttura complessa. Ad evitare soluzioni differenziate da regione a regioni ovvero da ASL diverse della stessa regione auspichiamo che la materia sia disciplinata in sede regionale e, ove possibile, concordata tra tutte le regioni.

7. Brevi considerazioni finali

In conclusione sottolineiamo che in un'ottica di intersettorialità ed interculturale -quale non potrebbe altrimenti muoversi la prevenzione della salute- risulta estremamente importante che gli operatori dei diversi Servizi/SOSD del DdP -in quanto strutture di assoluta rilevanza ai fini della prevenzione- sviluppino uno stretto contatto ed un continuo confronto su programmi, interventi, risposte ed indicazioni all'utenza, fatto che dipende essenzialmente da una condivisione non solo di obiettivi ma anche di percorsi e di strumenti materiali ed intellettuali. Tale impostazione che consolida l'approccio One Health risulta, se non attesa, condizionante i risultati in caso di emergenza o di una necessaria rapidità d'intervento.

Dal punto di vista dell'organizzazione al fine di consolidare l'impostazione sopra acclarata, si auspica la possibilità di organizzare, almeno a cadenza semestrale, incontri in plenaria fra tutti gli Operatori dei Servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione, piuttosto che afferente alla direzione della prevenzione, se istituita. A questi appuntamenti si dovrebbero invitare anche i professionisti che operano nelle realtà che, come in precedenza specificato, interagiscono nell'ambito

dell'area della prevenzione o come partner per la realizzazione di progetti o come rappresentanti dei destinatari degli stessi. Questi incontri dovranno concedere, ai singoli servizi ed agli altri partecipanti, tempi ben definiti per le presentazioni per consentire spazi per eventuali discussioni e approfondimenti. Lo scopo è quello di conoscere e condividere le procedure adottate che rappresentano gli aspetti organizzativi e produttivi delle attività più che la descrizione delle attività stesse o l'evidenza di criticità e successi. Quindi non perseguire lo scopo di replicare l'esperienza ma di conoscerne in dettaglio l'esistenza. Tale operare è finalizzato a far sapere a tutti ciò che è stato fatto e che sarà fatto dagli altri Servizi ed organizzazioni ma non solo; gli stessi incontri dovrebbero sviluppare un senso comune di appartenenza e condivisione di obiettivi, l'abitudine all'uso di un linguaggio comune verso l'utenza, e di modalità di comunicazione che devono affinarsi rispetto alle più aggiornate tecniche informative. Questi aspetti formali, spesso sottovalutati a favore dei contenuti, rappresentano come noto la base per garantire informazioni e comunicazioni comprensibili, organizzate, trasmissibili, ed efficaci allo scopo di convincere i nostri utenti al cambiamento e quindi all'adozione di abitudini e stili di vita corretti, salutari e più virtuosi.

Bibliografia

1. Abbritti EP, Brioschi D; Carnevali G, D'Orsi F, Folgieri R, Giovanardi GL, Matteucci A, Muzzi A, Panà A, Rosi M, Ssala L: I dipartimenti di Prevenzione. Organizzazione, funzionamento, competenze, criticità e prospettive di evoluzione. (a cura di Gianfranco Carnevali). SCeditrice, Roma, 2017.
2. Barton J, Hine R, Pretty J. The health benefits of walking in greenspaces of high natural and heritage value. *Journal of Integrative Environmental Sciences*. 2009;6(4):261-78.
3. Bodai BI, Tuso P. Breast cancer survivorship: A comprehensive review of long-term medical issues and lifestyle recommendations. *Perm J*. 2015 Spring. 14 American College of Lifestyle <https://www.lifestylemedicine.org/>.
4. Carnevali G. Il direttore di struttura complessa sanitaria (e non) e il responsabile di struttura semplice dipartimentale/distrettuale, Competenze, responsabilità, gestione delle risorse umane (II Edizione). Maggioli Editore. 2020.
5. Carnevali G, De Giorgio F, Nenna P, Tripodina M: La promozione della salute esicurezza sul lavoro nell'organizzazione delle Aziende Sanitarie. La gestione del sistema ex D.Lgs. n. 81/2008: situazione attuale e prospettive di rivisitazione. (a cura di Gianfranco Carnevali). SCeditrice, Roma, 2016.
6. Coon JT, Boddy K, Stein K, Whear R, Barton J, Depledge MH. Does Participating in Physical Activity in Outdoor Natural Environments Have a Greater Effect on Physical and Mental Wellbeing than Physical Activity Indoors? A Systematic Review. *Environmental Science & Technology*. 2011;45(5):1761-72.
7. Dieleman JL, Baral R, Birger M, et al. US spending on personal health care and public health, 1993–2013. *JAMA*. 2016 Dec.
8. Grinde B, Patil GG. Biophilia: Does Visual COntact with Nature Impact on Health and Well-

- Being? *IntJEnvironResPublic Health*. 2009;6:2332-43. 142. Kuo FE, Taylor AF. A potential Natural Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Evidence from a National Study. *AmJ Public Health*. 2004;94:1580-6.
9. Haines A, Smith KR, Anderson D, Epstein PR, McMichael AJ, Roberts I, et al. Policies for accelerating access to clean energy, improving health, advancing development, and mitigating climate change. *The Lancet*. 2007;370:1264-81.
 10. Lancet. 2014 Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. Bauer, Briss, Goodman, Bowman.
 11. Maller CJ, Henderson-Wilson C, Townsend M. Rediscovering Nature in Everyday Settings: Or How to Create Healthy Environments and Healthy People. *EcoHealth*. 2009; 6:553-6.
 12. Minich DM, Bland JS. Personalized lifestyle medicine: Relevance for nutrition and lifestyle recommendations. *Scientific World Journal*. 2013 Jun.
 13. Pretty J, Peacock J, Hine R, Sellens M, South N, Griffin M. Green exercise in the UK countryside: Effects on health and psychological well-being, and implications for policy and planning. *Journal of Environmental Planning and Management*. 2007;50(2):211-31. 45.
 14. Shibata S, Suzuki N. Effects of foliage plant on task performance and mood. *Journal of Environmental Psychology*. 2002;22:265-72. 140. Mind. Ecotherapy- The green agenda for mental health. London: Mind, 2007.
 15. Taylor AF, Kuo FE. Children With Attention Deficits Concentrate Better After Walk in the Park. *Journal of Attention Disorders*. 2008.
 16. La prevenzione degli incidenti domestici in età infantile linea guida PReVenZiOne, Febbraio 2017.
 17. *Prev Med*. 2012 The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. Loeff M, Walach H.

Referente:

Gianfranco Carnevali

Esperto in legislazione e organizzazione sanitaria ed ex direttore generale di Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere