

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

37° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 20 GENNAIO 2000

—————

Presidenza del presidente PIANETTA

I N D I C E

Audizione del professor Fabrizio Oleari, dirigente generale del dipartimento di prevenzione del Ministero della sanità, e del professor Vittorio Carreri, responsabile del servizio di prevenzione sanitaria della regione Lombardia, nell'ambito del settore di indagine sui dipartimenti di igiene pubblica

PRESIDENTE	Pag. 3, 12, 18	<i>OLEARI</i>	Pag. 3, 13
* MIGNONE (<i>Misto</i>)	12	* <i>CARRERI</i> 8, 15, 17
CAMERINI (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	16		

Intervengono il professor Fabrizio Oleari, dirigente generale del dipartimento di prevenzione del Ministero della sanità, e il professor Vittorio Carreri, responsabile del servizio di prevenzione sanitaria della regione Lombardia.

I lavori hanno inizio alle ore 15.

Audizione del professor Fabrizio Oleari, dirigente generale del dipartimento di prevenzione del Ministero della sanità, e del professor Vittorio Carreri, responsabile del servizio di prevenzione sanitaria della regione Lombardia, nell'ambito del settore di indagine sui dipartimenti di igiene pubblica

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del professor Fabrizio Oleari, dirigente generale del dipartimento di prevenzione del Ministero della sanità, e del professor Vittorio Carreri, responsabile del servizio di prevenzione sanitaria della regione Lombardia, nell'ambito del settore di indagine sui dipartimenti di prevenzione.

Ricordo che l'audizione odierna fa seguito ad un'altra audizione che si è svolta nell'ottobre scorso alla quale aveva partecipato il professor Gaetano Fara, relativamente all'acquisizione di elementi conoscitivi relativi al medesimo settore di indagine.

Ricordo, inoltre, che sono state disposte, ai sensi dell'articolo 12, comma 1, del Regolamento interno della Commissione, la redazione e la pubblicazione del resoconto stenografico.

Do la parola al professor Fabrizio Oleari.

OLEARI. Signor Presidente, onorevoli membri della Commissione, con la Commissione parlamentare d'inchiesta sul sistema sanitario abbiamo avuto modo di parlare del dipartimento di prevenzione in due occasioni, la prima delle quali era riferita alla sicurezza delle strutture sanitarie proprio in occasione del malaugurato evento di Milano: mi riferisco alla vicenda delle camere iperbariche del Galeazzi. L'ultima volta non è stato possibile illustrare gli sviluppi della vicenda che nel frattempo c'erano stati. In quella prima occasione è stato sottolineato che il dipartimento di prevenzione, ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo n. 502 del 1992, come modificato dal decreto legislativo n. 517 del 1993, doveva essere istituito obbligatoriamente presso ogni azienda sanitaria locale e che, come tale, aveva un'autonomia tecnico-gestionale in rapporto alla possibilità di disporre di un proprio *budget*, anzi, ne era stata predefinita l'articolazione in servizi o unità operative – che dir si voglia – prevedendo, tra l'altro, per quel che concerne i servizi veterinari, le tre

aree A, B e C assimilate ad unità operative e, pertanto, a loro volta dotate di autonomia gestionale propria delle unità operative.

Avevamo, inoltre, comunicato al Presidente della Commissione che il Ministro della sanità aveva di fatto istituito una commissione con lo scopo di tracciare le linee guida per l'organizzazione dei dipartimenti di prevenzione. Questa commissione si è riunita ed ha prodotto un documento che, peraltro, è stato acquisito agli atti della Commissione. Tale documento in questa fase storica è all'esame del Consiglio superiore di sanità ma, recentemente, il decreto legislativo n. 229 del 1999 ha provveduto a ridefinire l'articolazione del dipartimento di prevenzione in unità operative, pur confermandolo come struttura operativa dell'azienda ASL, riconoscendo anche le tre aree per quel che riguarda l'attività veterinaria.

All'epoca ci eravamo assunti l'impegno di procedere ad una disamina degli aspetti strutturali del dipartimento di prevenzione per l'attuazione di questi sul territorio nazionale. Già una prima indagine era stata compiuta proprio in occasione dell'evento ricordato all'inizio. Successivamente, vi sono stati anche contatti degli uffici ministeriali con il gruppo di coordinamento istituito dalle regioni ed è stata messa a punto un'apposita scheda rivolta allo studio dell'entità delle risorse disponibili per il dipartimento in termini di risorse per il personale e di attrezzature. Tale scheda confrontava il numero dei distretti con quello dei comuni presenti nell'area di rilevazione, il personale in servizio in rapporto alla popolazione in riferimento al territorio, i lavoratori addetti, gli apparecchi, gli impianti e le unità esistenti per quel che concerne l'igiene degli alimenti, e così via. Stiamo parlando di area regionale, quindi di unità sanitarie locali o aziende ASL esistenti.

Per quanto riguarda l'aspetto finanziario, il piano di spesa per il 1999 era pari a 104 miliardi 694 milioni 656 mila lire; era stato definito che il primo livello di assistenza – che strutturalmente coincide con il dipartimento di prevenzione – prevedesse 5 miliardi 234 milioni 733 mila lire di finanziamento, pari al 5 per cento del finanziamento complessivo, così come previsto in normative finanziarie precedenti.

Dal punto di vista dell'effettivo impiego delle risorse, sicuramente abbiamo verificato che la situazione non è omogenea a livello regionale, pur sapendo che le attività di prevenzione non sono una prerogativa specifica e monopolistica del dipartimento di prevenzione. Infatti, il decreto legislativo n. 229, come già il decreto legislativo n. 502 (e successive modificazioni), assegnava, per esempio, non soltanto al distretto, ma anche al terzo livello di assistenza (e quindi agli ospedali), l'attività di prevenzione, secondo quanto stabilito dal nuovo piano.

La prevenzione non è né una funzione che può essere attribuita ad una singola struttura operativa né tanto meno una funzione rispetto alla quale sono esaustive le prestazioni fornite dal dipartimento di prevenzione, delle quali, peraltro, è stato redatto un elenco esauriente in rapporto alla legislazione esistente, nell'ambito dello studio della commissione. Pertanto, le campagne di prevenzione primaria devono prevedere – a mio giu-

dizio – la collaborazione del distretto, del dipartimento e di altre strutture operative, come gli ospedali.

A seguito del decreto legislativo n. 229, abbiamo fornito alla commissione anche i dati di finanziamento del distretto inserendo nel reparto 1999 anche le percentuali riferite al terzo livello, cioè a quello ospedaliero. Infatti, il distretto nella nuova accezione non è soltanto un'area di produzione e di prestazione; secondo quanto previsto dal più volte citato decreto legislativo n. 229, esso è strutturato soprattutto come un'area di governo, tant'è che nell'area del distretto si realizza non solo l'integrazione socio-sanitaria, ma anche il cosiddetto piano territoriale della salute ovvero il piano zonale distrettuale. Ebbene, se mettiamo insieme i finanziamenti del distretto e quelli del dipartimento notiamo che sicuramente la percentuale si alza e, conseguentemente, a livello territoriale potrebbe essere prevista una serie di attività di prevenzione. Certamente c'è un problema di uniformità dei livelli di assistenza sul territorio nazionale e di difformità di risorse per le prestazioni dal momento che le regioni, fin dal decreto legislativo n. 502, avevano, ai sensi dell'articolo 2, facoltà di indirizzo, organizzative e di finanziamento potendo ciascuna individuare diverse strutture operative con l'obbligo comunque di mantenere nel dipartimento di prevenzione il distretto. Pertanto, la rilevazione di quanto effettivamente consumato in termini di fattori produttivi ai fini dell'attività di prevenzione è difficilmente valutabile perchè occorrerebbe ricostruire con precisione i progetti contenuti nei singoli piani sanitari regionali.

Tutti gli anni ogni ASL predispose il proprio piano sanitario annuale, all'interno del quale devono essere precisati anche gli obiettivi della prevenzione e la contribuzione ai fini della stessa del dipartimento di prevenzione, del distretto (anche se non è stata ancora rivista l'accezione del decreto n. 229) e infine dell'ospedale laddove quest'ultimo assolve, per esempio, funzioni di base ovvero funzioni di alta specializzazione.

Si tratta, quindi, di una diseguaglianza presente nelle percentuali relative alle quote del fondo attribuito alle diverse regioni che quindi, a nostro giudizio, dovrebbe essere confrontata con i piani sanitari regionali all'interno dei quali è prevista la relativa quota. È chiaro che tale quota può variare in base all'efficienza delle strutture operative; infatti, la sola assegnazione della quota finanziaria non offre indicazioni assolute riguardo alla bontà dell'attività di prevenzione ma è necessario valutare l'efficienza delle strutture stesse. A tale proposito, nei piani sanitari regionali o, meglio, in quelli sanitari aziendali, è previsto anche il *budget* per il dipartimento di prevenzione dal momento che la quota contemplata nel piano regionale è ancora solo finanziaria ed è l'azienda che la trasforma da finanziaria in economica, trasforma cioè i soldi in persone, in attrezzature e in attività da concretizzare a livello territoriale, principio ancora più valido quando tutte le aziende avvieranno – avrebbero già dovuto farlo – la contabilità economico-patrimoniale, a seconda degli schemi che, peraltro, non sono stati approvati dallo Stato.

È stato poi segnalato un problema di raccordo con le attività proprie del settore ambientale su cui è intervenuta la legge 21 gennaio 1994, n. 61, istitutiva dell'agenzia nazionale per la protezione dell'ambiente e che ha previsto anche l'istituzione delle agenzie regionali per la protezione dell'ambiente secondo precise modalità.

Ricordo che l'articolo 7-*octies* del decreto legislativo n. 229 del 1999 prevede un preciso atto di indirizzo e di coordinamento relativo al raccordo tra il settore presidiato dai servizi sanitari, in particolare dal dipartimento di prevenzione, e l'agenzia regionale per la protezione dell'ambiente, riconoscendo comunque a monte un elemento essenziale: l'agenzia regionale per la protezione dell'ambiente e il dipartimento di prevenzione facente parte dell'azienda USL sono strumenti di un'unica proprietà che è la regione. Pertanto, quando nell'articolo 7-*octies* si parla di accordi di programma o di convenzioni tra aziende USL e agenzie regionali per l'ambiente, si dà per scontato che questi accordi non possono essere improntati al vantaggio economico che può derivare per l'uno o per l'altro soggetto; essi, infatti, devono essere complementari in rapporto al raggiungimento degli obiettivi di salute peraltro prefissati dal piano per il settore ambientale. L'articolo 7-*octies* precisa comunque che questo non può rappresentare un ulteriore onere a carico del Servizio sanitario nazionale e quindi nella pianificazione regionale deve essere prevista la complementarità tra i due soggetti.

Sono sorti sicuramente problemi nel trasferimento di parti dei presidi multizonali di igiene e prevenzione, che rappresentavano un elemento abbastanza importante; essi derivavano dai vecchi laboratori provinciali di igiene e profilassi, strutture di supporto *illo tempore*, in base al vecchio Testo unico, alle attività proprie del medico provinciale e che chiaramente sono stati ampiamente rielaborati perchè erano stati oggetto di rivisitazione da parte della regione.

È stato quindi compiuto un passo avanti; infatti, rispetto all'elenco fornito a suo tempo, oggi siamo in grado di predisporre uno molto più aggiornato perchè le regioni hanno legiferato in materia – in questo senso si è attivata anche la regione Lombardia – definendo in assoluta autonomia le modalità di costituzione delle agenzie regionali per la protezione dell'ambiente, quali servizi provenienti dalla sanità confluivano in esse, come ne avveniva il finanziamento e qual era la loro organizzazione; la regione, infatti, già dopo il decreto legislativo n. 502 del 1992, disponeva di piani di intervento a medio termine.

Pertanto, anche sulla base di una nuova definizione del *lay-out* dei servizi sanitari si suppone che il disegno relativo al settore ambientale sia quanto meno complementare a quello aziendale.

Quindi, così come esiste un piano sanitario regionale, deve esistere anche un programma di attività proprio dell'agenzia regionale per la protezione dell'ambiente. Sarebbe però opportuno operare un confronto tra i due – ma riteniamo che questo sia compito *in primis* dell'amministrazione regionale che elabora i piani – in modo tale che anche la programmazione delle attività sotto il profilo budgetario sia considerata in materia comple-

mentare. Infatti, non è possibile che l'agenzia per l'ambiente si sviluppi in maniera assolutamente autonoma rispetto alle esigenze della popolazione all'interno del territorio che, nell'ambito dei servizi sanitari, sono gestite dalle aziende sanitarie locali.

Sono stati sicuramente compiuti passi avanti ma, in qualità di dirigente generale del dipartimento prevenzione del Ministero della sanità, ritengo che sia comunque necessario fare ancora molta strada perchè nei servizi di prevenzione venga avviata una metodologia di *budget* che, in qualche modo, si presenta più evoluta negli ospedali nei quali il sistema budgetario è stato introdotto con un certo anticipo per merito dei DRG che esprimono il costo del ricovero ponderato in giorni di degenza.

Nei servizi di prevenzione un sistema così evoluto di *budget* ancora non esiste: le tariffe si riferiscono alle singole prestazioni e il legame con il progetto di prevenzione a volte non è ben deducibile, così come talvolta non è ben comprensibile il legame tra l'attività di vigilanza e di controllo – pur riservandole tutto il peso necessario – ed i progetti di prevenzione che, ovviamente, devono intervenire prima che le cause ambientali producano i loro effetti.

Questo lavoro di rilevazione è comunque in corso. Discuteremo poi anche con le regioni la scheda che dovrebbe riprendere i caratteri propri del *budget* sotto il profilo della contabilità economico-patrimoniale, in modo tale da interpretare in senso compiuto i piani regionali e i piani aziendali. Una volta che tale scheda sarà definita con le regioni procederemo a consegnarla anche alla Presidenza della Commissione.

Ricordo che il decreto legislativo n. 229 del 1999 impone alle regioni di inviare il proprio piano all'esame del dipartimento della programmazione sanitaria e all'agenzia dei servizi sanitari regionali per l'espressione del parere e, pur consapevoli del fatto che non siamo in una posizione tale da modificare i *budget* del dipartimento di prevenzione – obiettivo che ci proponiamo di realizzare entro il 2000 –, è in atto da parte del dipartimento di prevenzione del Ministero della sanità una prima valutazione dei piani sanitari regionali.

Ricordo anche che il Ministero della sanità, in particolare il dipartimento di prevenzione, in questo momento si sta occupando del cosiddetto piano nazionale per la salute e l'ambiente, della cui realizzazione l'Italia si era assunta l'onere fin dal 1994. Tale piano non è mai stato portato a termine e ricordo che questa Commissione ha incaricato il Ministro di definirlo entro il 2000. Infatti, il lavoro in corso si presenta alquanto puntuale, in modo tale che entro la fine dell'anno sarà disponibile anche questo piano che chiaramente, a completamento dell'atto di indirizzo, farà riferimento a determinate priorità, alcune delle quali sono state già individuate nel piano sanitario nazionale.

I problemi più complessi derivano dal controllo gestionale e, quindi, dal rapporto fra risorse impiegate e risultati intermedi raggiunti, che equivalgono poi alle prestazioni. I primi dati sono stati già forniti a questa Commissione.

CARRERI. Signor Presidente, sono il responsabile del servizio di prevenzione sanitaria della regione Lombardia, che in precedenza si chiamava servizio di igiene pubblica. Lavoro in questo settore dal 1973.

Credo che le autorevoli audizioni già svolte in precedenza abbiano evidenziato alla Commissione parlamentare d'inchiesta come la prevenzione, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, ponga problemi importanti da risolvere. Ci sono molte difficoltà per comprendere gli sforzi che tutti noi facciamo, sia a livello centrale e regionale sia a livello delle aziende sanitarie locali. Non si riesce mai ad avere il polso della situazione. Ad esempio, in questo momento c'è l'emergenza influenza. Le indicazioni preziose del piano sanitario nazionale, che prevede come obiettivo la copertura immunitaria del 75 per cento della popolazione oltre i 65 anni, rimangono obiettivi sulla carta ma non corrispondono, se non in parte, a risultati effettivi. Infatti, la profilassi viene svolta dalle regioni senza alcun coordinamento e con programmi spesso insufficienti. Misurare l'impegno e i risultati ottenuti rappresenta un grosso problema da affrontare. La medesima situazione vale per la prevenzione degli infortuni, delle malattie professionali e delle morti da lavoro, in quanto il sistema che usiamo per misurare il loro andamento non è di tipo epidemiologico ma di tipo attuariale, serve per coprire oneri derivanti da invalidità e da problemi rilevanti, ma i dati non sempre sono utili. Il 30 per cento circa degli infortuni, infatti, è *in itinere*, per cui si scambiano per infortuni sul lavoro quelli che capitano mentre il lavoratore accede o torna dal luogo di lavoro. Se usiamo quei dati, non riusciremo mai a fare epidemiologia e prevenzione serie, semmai potremmo avere qualche dato in più, ad esempio, sugli infortuni e gli incidenti stradali.

Alcune situazioni sono sotto gli occhi di tutti, anche per via di trasmissioni televisive che le diffondono nelle nostre case. Sull'inquinamento dell'aria, ad esempio, tutti sono competenti nel dire che cosa fa bene e che cosa fa male alla salute, ma spesso manca un'autorità sanitaria, nazionale o locale, che lo dica. Tutti invece intervengono, anche a livello istituzionale, proponendo interventi a tutela della salute o altri che non riguardano veri aspetti della sanità pubblica. Vorrei fare un altro esempio. Il nostro è uno dei pochi paesi al mondo in cui la qualità dell'acqua e il suo uso potabile vengono stabiliti, in prima battuta, dal Ministero dell'ambiente, sia pure di concerto con il Ministero della sanità.

La prevenzione necessita di indirizzi e di modifiche sostanziali a livello centrale, ma soprattutto a livello regionale e a livello più decentrato.

Nel nostro paese la programmazione sanitaria ha indubbiamente compiuto importanti passi avanti. Il piano sanitario nazionale, per gli anni 1998-2000, attualmente in vigore, ha contenuti importanti per la prevenzione ma credo che la vostra esperienza vi permetta di capire che non sempre i buoni propositi si traducono in realtà. Molte regioni non hanno ancora recepito le indicazioni contenute nel piano sanitario nazionale e nelle leggi vigenti; alcune regioni tra le più importanti del nostro paese, del Nord e del Sud, non hanno neanche il primo piano sanitario nazionale, il cui obbligo, in base all'ordinamento vigente, risale addirittura all'ottobre

1979. La prevenzione è l'anello più debole del Servizio sanitario nazionale: senza regole, impegni e risorse, rischia di non potersi attuare, di non raggiungere gli obiettivi che tutti auspichiamo.

Fortunatamente, le leggi dello Stato, come la n. 833 del 1978, e numerosi decreti legislativi, come il n. 502 del 1992, così come modificato dal decreto legislativo n. 517 del 1993, o il n. 229 del 1999, hanno sempre indicato, come uno dei fondamentali pilastri della prevenzione, l'istituzione dei dipartimenti di prevenzione. Ma alcune regioni importanti del nostro paese, come ad esempio la Sicilia, non hanno ancora istituito i dipartimenti, il che risulta abbastanza singolare a distanza di sette-otto anni dall'emanazione del primo decreto legislativo di riordino, il n. 502 del 1992.

Faccio parte del gruppo di coordinamento tecnico nazionale delle regioni. Mi risulta che le regioni hanno organizzato in maniera difforme alle indicazioni i dipartimenti di prevenzione; ad esempio, alcune regioni hanno istituito anche tredici servizi rispetto ai quattro-cinque servizi obbligatori previsti. Per carità, *melius est abundare quam deficere*, ma non è detto che chi si è dotato di tredici servizi al posto dei quattro-cinque obbligatori faccia più prevenzione rispetto agli altri.

Un evento devastante per la prevenzione è stato il *referendum* dell'aprile del 1993, che ha sottratto alle unità sanitarie locali i controlli ambientali e ha condotto all'approvazione della legge n. 61 del 1994, la quale in molte regioni è stata intesa come un trasferimento forzoso dei servizi e dei presidi multizonali d'igiene e prevenzione del Servizio sanitario nazionale, con un sostanziale indebolimento del sistema dei laboratori di sanità pubblica, che costituivano un vanto per il nostro paese, che non ha riscontro in altri Stati europei e che ho potuto visitare sempre per il mio incarico.

Quindi, sulla questione della sottrazione di risorse, non sempre correttamente impiegate nel campo ambientale e, soprattutto, in quello della prevenzione sanitaria, la Commissione – se lo riterrà opportuno – dovrà porre la massima attenzione.

Un altro aspetto di cui siete a conoscenza e che sottolineo con grande energia riguarda i tre livelli di assistenza fissati dalla normativa statale e che investono tutte le regioni e le aziende sanitarie: il livello dell'assistenza sanitaria per la prevenzione collettiva, quello dell'assistenza distrettuale e quello dell'assistenza ospedaliera.

Per le attività di prevenzione la legge assegna il 5 per cento del Fondo sanitario nazionale, ma in realtà le ASL destinano mediamente alla prevenzione collettiva meno della metà di quanto viene loro assegnato, così come risulta dall'indagine effettuata dalla Corte dei conti sui bilanci delle regioni. Una regione progredita come la Lombardia, impegnata seriamente nell'attività di prevenzione, spende poco più del 3 per cento perché – lasciatemi usare un termine forte – si assiste ad una sorta di distrazione del denaro pubblico dal momento che le esigenze relative all'assistenza distrettuale e, soprattutto, ospedaliera finiscono con l'assorbire non solo la quota parte indicata dagli accordi Stato-regione, ma addi-

rittura quelle risorse fondamentali per un settore non meno importante come quello della prevenzione collettiva proprio per tutti i motivi sanitari, igienico-sanitari ed epidemiologici che sicuramente conoscete meglio di me. Metterò comunque a disposizione della Commissione tutti i dati relativi al personale e alle attività svolte dai servizi di igiene e sanità pubblica, di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, di igiene degli alimenti e della nutrizione, della medicina veterinaria e, nel caso specifico, anche della medicina preventiva delle comunità.

Proprio per la mia lunga esperienza in questo campo, posso affermare che l'attività di prevenzione non è solo decisiva di fronte alle patologie di maggiore rilevanza sociale come i tumori, le malattie cardiocircolatorie, e così via, ma è anche indispensabile al fine di contenere il numero dei ricoveri ospedalieri. Il limite di 160 ricoveri ospedalieri per 1.000 abitanti fissato per legge (prorogato in più occasioni, comunque in scadenza il 31 dicembre del 1999) viene di fatto superato. Vi sono regioni importanti che superano tale limite, come ad esempio l'Emilia-Romagna, che ha denunciato, in base agli ultimi dati che abbiamo controllato come coordinamento delle regioni, 240 ricoverati su 1.000 abitanti. La Lombardia ne ha un po' meno, 190, ma siamo sempre oltre il numero di 160, considerato parametro importante per un giusto equilibrio del sistema sanitario.

Vi sono regioni dove l'evento ARPA è stato così destabilizzante – come nel caso della Toscana – che esse addirittura hanno dovuto recuperare, con la legge del piano sanitario regionale, una parte dei laboratori di sanità pubblica che erano stati affidati all'agenzia regionale per la protezione dell'ambiente perché altrimenti sarebbe diminuito il numero e la qualità degli esami in settori decisivi come l'igiene degli alimenti e della nutrizione.

Di conseguenza, potete comprendere la meraviglia di una persona come me che ha dedicato tutta la sua vita a questi problemi di fronte al fatto che il progetto, originariamente contenuto nello schema di decreto legislativo delegato, che recepiva l'ordine del giorno approvato il 22 settembre del 1998 dal Senato, in cui si impegnava il Governo a reinserire i laboratori di sanità pubblica nei dipartimenti di prevenzione delle ASL e che il Governo, rappresentato dal Ministro della sanità presente ai lavori, aveva dichiarato di accogliere senza modificare la legge delega in quel momento in discussione, sia stato respinto in sede di Consiglio dei ministri. Ciò ha comportato che il decreto legislativo n. 229, invece di istituire i laboratori di sanità pubblica nei dipartimenti di prevenzione che devono collaborare nelle problematiche inerenti alla tutela e al controllo ambientale, abbia riproposto una situazione insoddisfacente da molti punti di vista.

Non so se la Commissione sia interessata o meno a questo tipo di problemi, ma prima ancora che come operatore sanitario, come cittadino, sono molto preoccupato di questi eventi che dimostrano l'esistenza di logiche di potere a volte prevalenti. A parole tutti siamo per la prevenzione, ma quando si tratta di investire risorse e prendere decisioni essa resta in un angolo.

Voglio riassumere alcuni punti importanti. Sono un funzionario medico regionale dal 1970, inizialmente come aiuto-dirigente e dal 1973 come dirigente. Ebbene, non mi vergogno di dire in una Commissione così autorevole come la vostra che su questa materia c'è bisogno di un indirizzo e di un coordinamento a livello centrale dal momento che la prevenzione è troppo importante per poter essere affidata esclusivamente ai livelli decentrati del Servizio sanitario nazionale. Occorrono regole del Governo centrale, naturalmente concordate con le regioni. Questo è determinante. Non è possibile che dal 1992 (fermiamoci al decreto legislativo n. 502) non si sia riusciti a rendere esecutivi gli indirizzi concernenti l'organizzazione dell'unico dipartimento obbligatorio per legge, quello di prevenzione. Più di una legge dello Stato ha voluto come unico dipartimento obbligatorio per legge per le aziende sanitarie locali quello di prevenzione, con alcune funzioni e indicazioni di tipo organizzativo. Il Governo centrale e le regioni avrebbero dovuto predisporre alcune regole per far sì che questi dipartimenti nascessero con degli indirizzi per quanto possibili unitari. Certo le differenze tra una regione e l'altra sono indubitabili, ma non al punto che alcune regioni hanno istituito tre servizi del dipartimento ed altre 13. Non è possibile che vi siano regioni che hanno i laboratori di sanità pubblica, come la Lombardia o la Toscana, e altre dove non si sa più dove essi siano andati a finire. Quindi, la questione degli indirizzi e del coordinamento è determinante e, naturalmente, bisogna anche capire perchè, nonostante tutti gli impegni solenni di spendere almeno il 5 per cento del Fondo sanitario per la prevenzione collettiva, molte regioni spendono solo la metà circa.

Non si comprende perchè il nostro paese dispone mediamente della metà degli operatori necessari per lo svolgimento dei compiti d'istituto; non mi riferisco solo ai medici ma anche agli ingegneri, ai fisici, ai geologi, ai biologi, ai tecnici in generale.

Chi ha il dovere di sovrintendere e di indirizzare il Governo centrale e le regioni deve riesaminare l'intera questione e deve impegnarsi a realizzare questi obiettivi.

Ritengo poi necessario eliminare centinaia di leggi inutili che ci costringono ad osservare innumerevoli obblighi. Penso, ad esempio, ai libretti sanitari per gli alimentaristi: l'operatore alimentare si reca al servizio di igiene pubblica della USL per sottoporsi al controllo e, se quel giorno non gli vengono riscontrati particolari problemi sanitari, il suo libretto viene vidimato; il controllo successivo però è ripetuto solo dopo un anno. La vidimazione del libretto sanitario effettuata in quel modo, gli esami coprologici cui l'operatore si è sottoposto proprio quel giorno non servono quasi a nulla; è invece necessaria un'educazione sanitaria del soggetto alimentarista in modo che egli conosca i rischi in cui possono incorrere i consumatori per colpa dei suoi comportamenti incongrui. Il libretto sanitario allora può essere concesso all'alimentarista solo se egli dimostra di avere imparato quale deve essere il suo ruolo di operatore attento. Ripeto, quindi, che è necessario eliminare una serie di leggi inutili.

Conosco il notevole impegno profuso dal Senato della Repubblica nell'elaborazione del Testo unico sull'igiene e sulla medicina del lavoro. Necessari ed importanti sono il riordino e l'ammodernamento del testo unico dell'igiene pubblica fortunatamente già esistente ma ormai superato perchè risalente al 1934.

Il dipartimento di prevenzione oggi svolge dei compiti straordinariamente nuovi ed importanti. Non siamo più i poliziotti della salute ma dobbiamo essere in grado di «controllare l'autocontrollo», per così dire, sia nel campo della prevenzione dei luoghi di lavoro, sia in quello dell'igiene degli alimenti, così come in altri settori. L'ordinamento europeo recepito dalle leggi nazionali ha cambiato l'intero sistema di prevenzione; è quindi necessario che i nostri operatori siano molto qualificati.

Mi permetto di osservare che chi governa il paese o le regioni dovrebbe essere molto attento al problema della prevenzione e della tutela della salute pubblica. Il dipartimento di prevenzione, con i suoi servizi e con i suoi laboratori di sanità pubblica, nel prossimo avvenire rappresenterà uno strumento per la certificazione della qualità e della sicurezza dei prodotti delle nostre campagne e delle nostre fabbriche, quindi della produzione in senso lato. Se nell'immediato futuro in Europa e nei paesi terzi i prodotti non saranno accompagnati da certificati di qualità e di sicurezza essi non potranno essere commercializzati. Tali certificati di qualità e di sicurezza saranno rilasciati soprattutto dai servizi e dai presidi dei dipartimenti di prevenzione delle USL e, pertanto, in Europa e nel mondo ci chiederanno non solo che cosa sono i dipartimenti di prevenzione ma chi li ha accreditati a rilasciare certificati di qualità e di sicurezza sui prodotti.

Investire nella prevenzione, migliorare le regole, stabilire degli indirizzi, accreditare i dipartimenti di prevenzione sono misure indispensabili per l'attività di prevenzione stessa e per la promozione della salute ma per il paese potrebbero rappresentare importanti strumenti per il rilancio dell'economia e dello sviluppo sociale delle nostre realtà locali, delle nostre regioni e dell'intero territorio nazionale.

Ringrazio in conclusione la Commissione per avermi invitato ad offrire il mio contributo in qualità di operatore da lungo impegnato su questi temi.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Oleari ed il professor Carreri per le loro relazioni, che sono state veramente molto chiare. Ritengo che i nostri ospiti abbiano offerto un contributo assai prezioso per i lavori della Commissione e per gli obiettivi che sono alla base della sua stessa esistenza.

Do ora la parola ai colleghi che intendono intervenire.

MIGNONE. Ho apprezzato la chiarezza e la determinazione con cui i nostri ospiti hanno illustrato le loro relazioni. Il professor Oleari e il professor Carreri non hanno nemmeno risparmiato critiche nei confronti di

noi legislatori. Anche per questo la Commissione ha ascoltato con attenzione le loro posizioni.

Il professor Oleari ha dichiarato che esiste una diseguaglianza tra le varie regioni nell'ambito dell'impiego delle risorse da impegnare nel settore della prevenzione. Vorrei quindi chiedergli se dispone di dati più precisi relativi alle singole realtà territoriali.

Inoltre, sarebbe utile che il dottor Oleari, in qualità di dirigente generale del dipartimento di prevenzione del Ministero della sanità, fornisse qualche informazione ulteriore per permettere alla Commissione di disporre di un quadro più particolareggiato relativo all'intero territorio nazionale; sappiamo infatti che i vari livelli devono essere uniformi non solo sotto il profilo dell'assistenza ma anche sotto quello della prevenzione.

Vorrei conoscere ulteriori dati in merito alla funzionalità delle agenzie regionali per l'ambiente e alle difformità tra loro esistenti.

Il professor Carreri, inoltre, ha dichiarato che tra gli obiettivi indicati dal piano sanitario nazionale particolare importanza riveste quello di vaccinare il 75 per cento della popolazione anziana per l'influenza. Mi permetto di osservare che probabilmente tale obiettivo è di difficile se non impossibile realizzazione anche perchè nella cultura medica, in base alle ben note motivazioni addotte da virologi e da microbiologi, la convinzione che la vaccinazione antinfluenzale sia realmente efficace non ha attecchito in materia radicale.

Il professor Carreri, inoltre, ha proposto di snellire e di ammodernare l'impianto legislativo in materia sanitaria eliminando, ad esempio, la vidimazione dei libretti sanitari a carico degli operatori alimentari, onere che spesso rappresenta solo un atto burocratico ma che eliminare totalmente potrebbe non essere del tutto giusto ed opportuno.

Forse è troppo lungo il periodo entro il quale bisogna rinnovarli, ma mi permetto di dire che forse sarebbe utile coniugare le due misure - incidere sul livello di educazione sanitaria e agire a livello burocratico - rilasciando il libretto sanitario a coloro che sono preposti alla distribuzione di alimenti che possono essere veicolo di trasmissione di alcune malattie.

Le prospettive delineate sull'integrazione dei compiti delle aziende sanitarie locali sono molto interessanti per quanto riguarda la certificazione di qualità della produzione alimentare. A livello comunitario, oggi si cerca di sapere quanti prodotti fitosanitari ci sono nelle produzioni agricole, in quanto, al di sopra di una determinata soglia di presenza di anti-parassitari, si ha un prodotto agricolo non apprezzabile. Alcune norme comunitarie sono state recepite ma non vengono rispettate a livello nazionale.

OLEARI. Mi sono state avanzate richieste molto precise. Il riparto dei fondi per la prevenzione nelle varie realtà regionali avviene grazie alla definizione della quota finanziaria complessiva, indi si va alla quota capitaria che di solito è pesata, per un accordo con le regioni, sulla popolazione, ma tiene conto dei dati della mortalità, di vicende particolari ma anche di

aspetti socio-economici. Ci sono diversità nelle quote capitarie, poichè si tratta di quote finanziarie date a ciascuna regione, che poi vanno a comporre il loro *budget* finanziario complessivo. Ogni regione, a sua volta, ha la facoltà di andare a definire, per ciascuna azienda, determinate quote capitarie, sempre diversificate in rapporto ai criteri con cui la regione stessa identifica i bisogni di salute nel proprio territorio.

Ho consegnato alla Commissione un'ampia documentazione, che contiene tra l'altro il riparto dei livelli di assistenza e delle disponibilità per il settore medico, riferito al Servizio sanitario nazionale per il 1999, per la parte corrente. Per la parte in conto capitale, occorre fare un lungo discorso. Gran parte dei fondi in conto capitale derivano dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, di cui stiamo ancora utilizzando i fondi non impiegati. Le aziende sanitarie, sulla base delle indicazioni richieste, devono fare i loro piani, nel senso che devono decidere quanto di quella quota finanziaria utilizzano per una certa prestazione o per altri impieghi; ad esempio, quanto destinare per i ricoveri alle strutture operative ospedaliere o alle cliniche per i tumori, quanto impiegare per il finanziamento del dipartimento di prevenzione per la parte epidemiologica, quanto per gli ambulatori ginecologici o per i poliambulatori specialistici nei distretti; a questo punto, ci caliamo nel piano aziendale. In un'altra tabella, che consegno alla Commissione, si vede quanto si spende in ciascuna regione per la prevenzione negli anni 1993 e successivi. Per esempio, nel 1993 la previsione del piano sanitario nazionale 1994-96 era del 5,1 per cento, mentre per gli anni successivi corrisponde in realtà al 2,7. Nel 1994 siamo al 5,1 e al 2,6 per cento. Rispetto a queste stesse percentuali, nel 1993 in Emilia-Romagna siamo al 4,1 e in Lombardia al 2,2.

Questi dati sono un indicatore importante ma non stanno a significare che i servizi sono migliori o peggiori laddove si spende di più o di meno. Non sempre le maggiori dotazioni finanziarie corrispondono alla massima efficienza. Si possono utilizzare anche grandi risorse finanziarie e produrre scarse prestazioni. Per questo, il parametro finanziario, pur essendo importantissimo, va considerato con la precauzione di calarlo nel contesto economico. Sarebbe opportuno fare un confronto, capire quante attività si riescono a svolgere con un determinato numero di unità di risorse finanziarie. Questo era lo scopo e l'analisi delle attività.

Abbiamo aggiunto agli atti che ho consegnato anche questi criteri, che sono poi contenuti nelle delibere CIPE previste dalla finanziaria. Nascono da una proposta del dipartimento per la programmazione del 1999, che abbiamo allegato per consentire di valutare la coerenza tra la proposta avanzata e quanto alla fine è realmente successo. È infatti essenziale capire quanto alla fine viene prodotto rispetto al finanziamento. Tuttavia ribadisco il fatto che con maggiori risorse finanziarie nei dipartimenti di prevenzione si potrebbe fare di più in questo campo. La media nazionale è sulla previsione del 5 per cento per ogni regione. Bisognerebbe distinguere realtà regionale da realtà regionale; ad esempio, la Lombardia ha 10 milioni di abitanti mentre il Molise ne ha 350.000, con diverse economie di scala. La regione utilizza criteri diversi nei riparti dei fondi perchè

le quote previsionali vanno a finire in un unico contenitore e la regione le distribuisce in base a vari criteri. Le ASL, a loro volta, in un secondo tempo, fanno le loro scelte.

Non desidero fare una critica al decentramento amministrativo, valutiamo le leggi per quello che sono. Ci sono incarichi a livello periferico ma molto è rimasto a livello centrale, il che, comunque, non ci esime dai nostri compiti di monitoraggio della situazione. Abbiamo iniziato il monitoraggio un anno fa e adesso stiamo cercando un accordo definitivo con le regioni; il monitoraggio deve cercare questo accordo, altrimenti il livello centrale è in difficoltà anche per chiedere i dati.

Ho lasciato alla Commissione tutti i documenti che ho citato e sono disponibile ad affrontare i vari temi in maniera più specifica.

* *CARRERI*. Signor Presidente, anch'io consegnerò alla segreteria della Commissione una breve relazione, accompagnata dall'allegato n. 1), che spiega cosa hanno fatto i dipartimenti di prevenzione nelle 15 aziende sanitarie locali della Lombardia.

Inoltre, consegnerò la relazione, con allegato, che insieme ad altri colleghi ho redatto in occasione della conferenza nazionale di sanità che si è tenuta a Milano nel novembre scorso, unitamente ad un rapporto sulla salute e l'ambiente in Lombardia del settembre 1999, nel quale vengono riportati i dati degli ultimi tre anni.

Purtroppo non tutte le regioni sono in grado di fornire una documentazione dell'attività svolta e quindi le programmazioni nazionale e regionale risentono anche di queste carenze, soprattutto della mancanza di un sistema informativo in materia di prevenzione.

Per quanto riguarda i libretti sanitari, credo che il senatore Mignone – peraltro medico – abbia ragione. Infatti, non si tratta di combattere lo strumento del libretto sanitario; certo, per quanto riguarda l'obbligo di controllare il batterio della difterite, non esistendo più questa malattia, la relativa procedura potrebbe essere eliminata. Lo stesso Parlamento ha approvato una legge con la quale ha abolito l'obbligo della vaccinazione contro il tifo e il paratifo, perchè, ad esempio, nella stessa regione Lombardia, con i suoi 9-10 milioni di abitanti, non esiste un caso di tifo autoctono da 15 anni e pertanto non si possono spendere 15-20 miliardi all'anno per la profilassi del tifo e del paratifo che non ci sono più. Però, il libretto sanitario può rappresentare uno strumento di controllo ed educativo; del resto a me interessa che l'alimentarista sappia come si deve comportare e che gli venga rilasciato il libretto sanitario solo dopo aver dimostrato di conoscere gli inconvenienti che può causare ed i rischi che può correre con comportamenti non igienici.

Inoltre, non tutte le regioni hanno istituito l'ARPA, l'agenzia regionale per la protezione dell'ambiente. La Lombardia vi ha provveduto in modo razionale – a mio avviso opportunamente – perchè ha previsto che, dei servizi del dipartimento di prevenzione e dei presidi multizonali, siano trasferiti all'ARPA solamente il personale e le attrezzature necessari allo svolgimento delle funzioni e dei compiti propri dell'agenzia regionale.

Non si può infatti trasferire all'agenzia regionale per la protezione dell'ambiente il controllo dell'igiene degli alimenti o la profilassi delle malattie infettive perché questi non hanno niente a che vedere con l'ambiente. Mi sembra che a volte ci si sia spinti oltre il consentito.

Per quanto riguarda il 5 per cento del Fondo sanitario nazionale, il problema è stato già correttamente esposto dal professor Oleari. Infatti, si può anche continuare a dire che il Governo centrale e le regioni fanno il proprio dovere nel riparto delle somme destinate alla prevenzione collettiva e che poi, quando si arriva in una delle circa 200 aziende unità sanitarie locali, ognuno fa quello che vuole, ma il problema è un altro: tra la mancanza di un infermiere al pronto soccorso e quella di un tecnico d'igiene, è chiaro che, a livello di opinione pubblica, il direttore generale riceve maggiori pressioni per assumere l'infermiere, il medico o, comunque, qualcuno del personale dell'assistenza ospedaliera; l'ultima cosa a cui si pensa è di assumere personale per i servizi deputati alla prevenzione, tant'è che mediamente in Italia, secondo alcuni censimenti fatti negli anni scorsi e che con il Ministero ci sforziamo di continuare ad effettuare, abbiamo circa il 50 per cento del personale necessario per lo svolgimento dei compiti di istituto.

Il problema è molto serio perchè o la prevenzione viene monitorata oppure è difficile intervenire quanto le cose non vanno.

È con disperazione che faccio presente che ad oggi esistono regioni che non hanno istituito il dipartimento di prevenzione voluto dalla legge delega del 1992 e dai decreti legislativi nn. 502 del 1992 e 517 del 1993, dalla legge delega del 1998 e dal decreto legislativo n. 229 del 1999. Bisognerà, pertanto, che qualcuno intervenga per istituire il dipartimento di prevenzione laddove non è stato istituito. Non credo che per questo ci sia bisogno di fare la rivoluzione. Occorre semplicemente usare le leggi che esistono, senza ledere alcuna autonomia.

Per quanto riguarda i prodotti fitosanitari, abbiamo sviluppato una buona rete di controlli efficaci, attualmente messa in crisi proprio dal trasferimento alle agenzie regionali dei laboratori di sanità pubblica che, come avevate previsto nel citato ordine del giorno, dovevano rimanere nel dipartimento di prevenzione delle aziende sanitarie locali.

Abbiamo istituito in provincia di Milano, con l'Organizzazione mondiale della sanità, in collaborazione con il Ministero della sanità, un centro di riferimento per la regione europea sulla questione dei pesticidi diretto dal professor Marco Maroni. Abbiamo lavorato tra mille difficoltà, ma ritengo che una Commissione d'inchiesta come questa, una volta analizzati bene i problemi, certamente non mancherà di avanzare alcune proposte migliorative che, in questo campo, sono davvero necessarie.

CAMERINI. Guardando il nostro ultimo piano sanitario si nota che vi sono numerosi capitoli dedicati alla prevenzione; già questa mi sembra un'impresa estremamente vasta perchè si va dagli incidenti stradali all'inquinamento, dall'influenza ai tumori, alle malattie cardiovascolari, e così via. Inoltre, come è stato delineato da entrambi i nostri ospiti, la preven-

zione parte da alcuni orientamenti centrali – diciamo il Ministero – per arrivare in basso fino al medico di famiglia, che deve svolgere anche opera di prevenzione.

Pertanto, chiedo se vi siano delle sovrapposizioni di competenze tra Ministero e regioni, tra le regioni e la loro parte operativa.

Sono sempre stato convinto che la vecchia indicazione *think centrally, act locally* sia sacrosanta, anche se ci troviamo in un momento storico in cui, facendo queste affermazioni, si rischia di venire accusati di centralismo e il fatto di avere dei criteri di orientamento che devono valere per tutti è visto in maniera critica.

Sempre a livello di sovrapposizioni di competenze, non ho ben chiaro quali siano i compiti dell'agenzia regionale per la protezione dell'ambiente e quelli delle aziende sanitarie locali del distretto. In particolare è stato ricordato che queste ultime sono le garanti della salute. Tutto questo richiede un meccanismo di valutazione. Si dice, ad esempio, che in tre anni dovremmo ridurre la percentuale delle cardiopatie ischemiche, aumentare il numero di donne che si sottopone a mammografia, e così via.

Pertanto, vorrei sapere da chi vengono predisposti i meccanismi educativi e quali sono quelli correttivi. Poco fa, lei stesso, professor Carreri, ha detto che, se una regione non predispose il proprio piano sanitario, si attivano i meccanismi correttivi, ed allora vorrei sapere come funzionano o come dovrebbero funzionare.

Infine, con riferimento al meccanismo della formazione, continuiamo a vivere in un sistema nel quale l'orientamento è basato sostanzialmente sulla diagnosi e sulla terapia, e la prevenzione è considerata quasi superflua. La domanda è: cosa si fa attualmente per evidenziare la grande importanza della formazione nei meccanismi universitari?

* *CARRERI*. A mio avviso – tanto per rimanere nel concreto – per controllare l'epidemia di influenza è necessario disporre di buoni programmi vaccinali che non si realizzano compiutamente se non coinvolgendo i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.

Pertanto, l'attività di prevenzione deve essere esplicata attraverso un sistema proprio perchè essa è talmente importante che non può esistere il monopolio di un determinato servizio o di un dipartimento, anche se la regia dell'intero sistema spetta a quest'ultimo, consapevole, ad esempio, del fatto che, se non si raggiungono determinati obiettivi di copertura, l'influenza o altre malattie infettive, contagiose e diffusive non si fermeranno e l'unico risultato raggiunto sarà lo spreco del denaro pubblico. Per questo motivo ritengo opportuno effettuare monitoraggi e controlli nel campo dell'epidemiologia.

Ci sarà stato pure un motivo per cui voi legislatori, varando cinque o sei leggi sul Servizio sanitario nazionale e sul suo riordino, avete voluto come unico dipartimento obbligatorio delle aziende unità sanitarie locali il dipartimento di prevenzione; il legislatore evidentemente voleva definire regole basilari per la prevenzione. Nulla è uguale dappertutto ma le regole fondamentali valgono in Sicilia come nella provincia di Bolzano dove il

servizio veterinario magari non è contemplato nell'azienda sanitaria ma nella amministrazione provinciale.

Non c'è contrasto tra essere autonomi e regionalisti e ricercare un disegno unitario per un sistema della prevenzione nazionale e regionale. Credo sia proprio questo il piano su cui stiamo cercando di lavorare.

Non può avere luogo lo sviluppo della prevenzione nel nostro paese in assenza di un sistema di valutazione; se noi operatori della prevenzione non siamo in grado di dimostrare che investendo risorse otteniamo dei risultati per la salute pubblica e per la promozione della salute, evidentemente non sappiamo fare bene il nostro mestiere.

Pertanto, il sistema della valutazione, connesso a quello della qualità e dell'accreditamento, rappresenta la condizione essenziale perchè nel nostro Paese si proceda ad un rilancio della prevenzione; in caso contrario, tutto rimane lettera morta.

Il tema della formazione è determinante. La capacità professionale si acquisisce sul campo, con l'esperienza, ma è necessario migliorare il sistema della formazione nel settore della prevenzione coinvolgendo tutti i laureati e non solo i medici. Il capitolo della prevenzione deve essere obbligatorio in tutti i corsi di laurea che attengono alla salute e non solo in quello di medicina. Le specialità devono essere tali e non devono rappresentare delle esercitazioni cartacee.

Pertanto, è necessario coinvolgere tutti i corsi formativi e ritengo che il decreto legislativo n. 229 del 1999 offra questa possibilità. Dobbiamo essere in grado di stipulare accordi a livello ministeriale, regionale, universitario, con tutti gli istituti di ricerca, perchè la formazione, sia permanente, che degli specialisti, possa essere impregnata di questi contenuti.

PRESIDENTE. Dichiaro conclusa l'audizione odierna e ringrazio ancora una volta i nostri ospiti per il contributo offerto ai lavori della Commissione.

Il seguito dei lavori è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,30.

