

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

38° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 17 FEBBRAIO 2000

—————

Presidenza del presidente PIANETTA

INDICE

Audizione del dottor Bruno Cravedi, responsabile del Servizio di prevenzione della regione Toscana, nell'ambito del settore di indagine sui dipartimenti di prevenzione

PRESIDENTE	Pag. 3, 12, 13 e <i>passim</i>	<i>CRAVEDI</i>	Pag. 3, 15
CAMERINI (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	12		
CASTELLANI Carla (<i>AN</i>)	14		
DANIELE GALDI (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	14		
* DE ANNA (<i>Forza Italia</i>)	14		
TIRELLI (<i>Lega Forza Nord Padania</i>)	13		

Interviene il dottor Bruno Cravedi, responsabile del Servizio di prevenzione della regione Toscana.

I lavori hanno inizio alle ore 14,40.

Audizione del dottor Bruno Cravedi, responsabile del Servizio di prevenzione della regione Toscana, nell'ambito del settore di indagine sui dipartimenti di prevenzione

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del dottor Bruno Cravedi, responsabile del Servizio di prevenzione della regione Toscana, nell'ambito del settore di indagine sui dipartimenti di prevenzione.

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

Ringrazio il dottor Cravedi per essere qui intervenuto e gli cedo subito la parola per svolgere la sua esposizione.

CRAVEDI. Sono io che ringrazio voi per avermi invitato e per avermi dato la possibilità di esporre la nostra esperienza in questo ambito della prevenzione collettiva. In Toscana i dipartimenti di prevenzione sono costituiti da sei anni e sono presenti in tutte le aziende delle unità sanitarie della regione. Ci sono state due leggi relative all'organizzazione del sistema sanitario nazionale in generale e due piani generali, quelli relativi agli anni 1996-1998 e 1999-2000. L'attività dei dipartimenti di prevenzione si colloca in un ambito di sistema di prevenzione, ovvero una modalità integrata di collaborazioni e di operatività di tutti i soggetti che hanno una competenza in materia. Si cerca in questo modo di superare la settorializzazione che c'è all'interno dei dipartimenti di prevenzione e soprattutto la frattura che in molte situazioni ancora esiste tra la prevenzione e gli altri settori della sanità, ma più puntualmente si cerca di recuperare un rapporto con la cittadinanza, con gli utenti. Noi siamo convinti che la prevenzione non riguarda solo le categorie dei lavoratori, ma interessa tutta la popolazione; i veri protagonisti della prevenzione sono proprio gli utenti.

Seguendo questo tipo di approccio, la regione Toscana ha operato a breve un primo livello di concertazione sia con le forze sociali che con gli altri enti politici presenti nel territorio regionale, le associazioni, gli operatori stessi. Un secondo livello è quello del coordinamento interistituzionale per favorire al massimo momenti di sinergie e collaborazione tra i diversi soggetti che possono intervenire nella prevenzione (trasporti, scuola, eccetera). Il terzo livello è quello dell'interdisciplinarietà operativa volta a cercare di recuperare la settorializzazione cui accennavo prima tra

le diverse funzioni, dall'igiene, alla veterinaria, alla sicurezza nei luoghi di lavoro, alla medicina legale, eccetera.

Abbiamo definito il piano sanitario anche tenendo conto di quelle che sono le funzioni innovative richieste al nuovo sistema di prevenzione, che non sono più quelle tradizionali autorizzative e di concessione, e comunque di vigilanza e controllo. Voi sapete benissimo che vi è ormai una serie di interventi molto corposi da parte della Unione europea, ad esempio, che impongono un approccio, un atteggiamento molto diverso rispetto a questi temi. Allora, per la prevenzione in termini generali, si vengono a definire le funzioni principalmente di informazione e formazione degli operatori, ad esempio per quanto riguarda gli aspetti applicativi del decreto n. 155 sugli alimenti, perché sono gli operatori che poi devono effettuare il controllo su questi ultimi; vi sono poi le funzioni di assistenza, volte a favorire, in un contesto di qualificazione, gli ambiti della prevenzione rispetto ai cittadini stessi, ai lavoratori, agli operatori della prevenzione, ai responsabili aziendali, eccetera, nonché funzioni di consulenza talvolta, e infine le funzioni di vigilanza e controllo, non ispirati ad un semplice controllo formale delle norme di legge, ma sulla base di una valutazione della consistenza, della sostanza delle iniziative e delle decisioni che vengono adottate nelle aziende, nelle scuole, negli ambienti di lavoro. Quindi un'attività di vigilanza e controllo che va più sul versante della sostanza, che è più programmata verso i settori prioritari, quelli più a rischio; un'attività di vigilanza e controllo che deve creare anche un supporto propositivo, effettivo, non solo di tipo sanzionatorio o repressivo.

All'interno di questi principi, come regione Toscana, si è venuto a definire un quadro normativo per cui la prevenzione collettiva è presente non solo come concetto all'interno degli altri provvedimenti di competenza sanitaria, ma anche in senso più trasversale. Noi, sia nel piano regionale di sviluppo che in altri provvedimenti di settore riguardanti attività produttive, la formazione professionale o altro, abbiamo sempre cercato di sottolineare la necessità di riservare un'attenzione specifica anche agli aspetti di prevenzione collettiva.

Più in particolare, per quanto riguarda la sanità, vi lascerò il testo dell'estratto che si riferisce alla legge regionale n. 72 del 1998, quella che definisce l'organizzazione delle aziende USL della Toscana e che in un articolo, l'articolo 33, tratta specificatamente del dipartimento di prevenzione. Ulteriormente, a corredo normativo di questa legge specifica, abbiamo altre due leggi da tenere presenti, la legge n. 66 del 1995, che prevede l'istituzione dell'agenzia regionale per la protezione dell'ambiente, e una legge recente, che abbiamo adottato come seconda regione nel Paese, concernente il riordino degli istituti zooprofilattici sperimentali, in attuazione del decreto legislativo n. 270 del 1993.

Proverò ora a darvi qualche breve cenno per quanto riguarda la legge n. 72 del 1998. In questa legge vengono individuati sostanzialmente tre ambiti operativi dell'azienda unità sanitaria locale, che poi troviamo anche ribaditi nel decreto legislativo n. 229 del 1999. Sostanzialmente si parla del territorio, della prevenzione e dell'assistenza ospedaliera. Nella nostra

legge viene stabilita l'obbligatorietà della costituzione del dipartimento di prevenzione, che era già previsto nella precedente legge (sono cinque anni che da noi esistono dipartimenti di prevenzione). Viene poi stabilita l'organizzazione del dipartimento di prevenzione, individuando sostanzialmente due livelli di organizzazione del dipartimento di prevenzione: un livello direzionale ed un livello più di carattere operativo. Il livello direzionale è affidato al direttore del dipartimento, al quale è affiancato un comitato direttivo composto dai responsabili delle cosiddette unità funzionali; per analogia, sono quelle che in altre regioni, o nei dettati legislativi nazionali, vengono chiamate servizi. Quindi, abbiamo un comitato direttivo composto dai responsabili delle strutture operative, che affianca il direttore del dipartimento, e al quale partecipano anche operatori rappresentanti di quegli organismi professionali che non sono già espressi come responsabili dei servizi.

Abbiamo teso a salvaguardare anche un momento di rappresentazione complessiva delle varie figure professionali all'interno del comitato direttivo.

Questo livello direzionale ha sostanzialmente compiti di direzione e di governo del dipartimento di prevenzione. Più propriamente, il livello direzionale interviene per quanto riguarda l'allocazione delle risorse, quindi interviene all'interno dello *staff* dell'azienda unità sanitaria locale per definire come e dove ripartire le risorse, sia per quanto concerne la prevenzione che gli altri settori (il decreto legislativo n. 229 del 1999 amplia notevolmente il campo d'intervento della prevenzione dallo stretto ambito precedentemente definito dell'igiene veterinaria e della sicurezza dei luoghi di lavoro a tutti gli interventi, ad esempio, di prevenzione delle malattie cronico-degenerative); la definizione dei criteri per la ripartizione delle risorse tra le strutture operative, che poi vengono ad assumere la responsabilità del *budget* e del personale; il controllo direzionale, la definizione di procedure e, soprattutto, di protocolli operativi omogenei a cui attenersi all'interno del dipartimento di prevenzione (c'è stata infatti la necessità di trovare una definizione univoca di quali debbano essere le modalità di autorizzazione rispetto ad una concessione edilizia o rispetto ad un'attività produttiva nel momento in cui intervengono su questa richiesta professionalità di tipo medico, veterinario, tecnico-ingegneristico o di altro tipo); vi sono poi altre funzioni relative al sistema informativo, alla formazione e all'accreditamento.

C'è poi un momento più operativo collocato a livello della zona che nella nostra legislazione corrisponde sostanzialmente ai distretti. Per dare la dimensione territoriale della zona: si tratta di circa 50-60.000 abitanti mediamente, salvo le aree metropolitane che arrivano a 200.000 abitanti e quelle rurali che sono dimensionate sui 20-30.000. A questo livello sono costituite le cosiddette unità funzionali, che sono multidisciplinari e, quindi, rispetto alla funzione definita della veterinaria, dell'igiene o della medicina del lavoro, sono momenti organizzativi interdisciplinari in cui medici, ingegneri, tecnici della prevenzione, per esempio per quanto riguarda la sicurezza del lavoro, collaborano e insieme intervengono. Il

problema della interdisciplinarietà e quindi della collaborazione tra i diversi profili professionali è un aspetto ancora da risolvere all'interno di questi tre ambiti (medicina veterinaria, igiene e sicurezza dei luoghi di lavoro), e crea alcuni elementi di problematicità trasversali.

Il responsabile della prevenzione a livello di zona organizza le risorse che sono state ripartite, definite e collocate in quella zona. Afferiscono al dipartimento della prevenzione altre iniziative o attività che attengono, ad esempio, al campo della epidemiologia, riferita strettamente ai compiti e alle competenze della prevenzione, o ad altri momenti dell'organizzazione aziendale. Una soluzione abbastanza innovativa, che è stata definita nella legislazione della regione Toscana, è l'istituzione di un comitato permanente di coordinamento tra i direttori dei dipartimenti, presieduto dal responsabile regionale della prevenzione collettiva. Questo consente di avere il polso continuo della situazione e, soprattutto, una collaborazione alla definizione di quelle che sono le linee regionali, quindi contribuisce ad un arricchimento nell'esperienza attiva che si fa sul territorio nello svolgimento di questa attività e, soprattutto, nella predisposizione degli atti di indirizzo e controllo che poi vengono definiti dalla regione.

Questo è l'assetto organizzativo definito nella legge, che trova poi una sua attuazione attraverso i regolamenti aziendali che devono essere approvati dalla giunta regionale, la quale ha la possibilità di intervenire qualora fossero assunte iniziative non conformi alla legge. I regolamenti, che sono generali e comprendono anche la relativa parte di prevenzione, sono adottati da tutte le aziende unità sanitarie locali.

I riferimenti programmatici, all'interno del quadro normativo, sono sostanzialmente il Piano sanitario regionale per il triennio 1999-2001 che, come ho affermato in precedenza, sviluppa l'esperienza del primo Piano sanitario regionale 1996-1998. L'impegno è stato quello di definire le linee di pianificazione generale e, in particolare, per quanto riguarda la prevenzione. Quindi, abbiamo dovuto definire le procedure e le modalità degli schemi per la redazione di questi strumenti. Gli obiettivi sono quelli definiti attraverso i livelli uniformi di assistenza facendo una scelta di carattere politico molto chiara, quella dell'investimento minimo, cioè destinazione di risorse vincolate alla prevenzione nella misura del 5 per cento delle risorse disponibili a livello aziendale, riprendendo l'obiettivo del precedente Piano che, purtroppo, non era stato conseguito. La metodologia per l'attività di programmazione e pianificazione prevede un livello di confronto con l'esterno, che è ribadito negli atti e nell'indicazione per la redazione di questi documenti, sulla capacità di interagire con le aziende USL, in modo da non vivere la prevenzione come una parte estranea sia nel processo complessivo della cura (prevenzione, cura, riabilitazione) che nella stessa definizione dei caratteri dell'azienda. La medicina ospedaliera ha riferimenti più puntuali, quali la definizione del prodotto, il ricovero ospedaliero, la tariffazione, la valorizzazione attraverso il DRG. Questi elementi non sono così chiari e puntuali nella prevenzione e non possono essere definiti in quel modo, anche perchè alcuni si misurano nell'arco di dieci anni e più. Comunque, il dipartimento di prevenzione viene

collocato all'interno di una logica aziendale e quindi gode delle stesse condizioni degli altri settori ma, nello stesso tempo, deve anche farsi carico di rispondere alle logiche aziendali, il che significa capacità di utilizzare certi strumenti, e anche di rendere conto degli investimenti, delle metodologie di controllo di gestione, delle scelte di costi, e così via.

Il terzo elemento per quanto riguarda le indicazioni metodologiche contenute nel Piano sanitario è la interdisciplinarietà, sulla quale non mi soffermo ulteriormente.

Un ulteriore elemento è quello della definizione di protocolli operativi e della standardizzazione delle procedure. Ho accennato alle difficoltà che si incontrano da parte dei cittadini e degli operatori economici, delle categorie in generale, nello svolgimento di alcune attività che devono sottostare ad autorizzazione da parte del Servizio sanitario nazionale. Proprio per questo, per cercare di dare una risposta mettendosi nello stesso tempo nel quadro di innovazione della pubblica amministrazione indicato dalle leggi Bassanini, abbiamo dato luogo ad un'iniziativa che tre anni fa, quando è stata attuata per la prima volta, era abbastanza isolata: lo sportello unico della prevenzione. In altre parole, abbiamo dato luogo ad un progetto in cui, con l'assegnazione di finanziamenti regionali, le aziende USL e i dipartimenti di prevenzione dovevano procedere ad una revisione delle procedure all'interno di queste strutture organizzative, attuando processi di semplificazione previsti dalle leggi Bassanini, con l'obiettivo soprattutto di dare risposte più tempestive e più chiare agli utenti. Questo ha significato un grosso investimento non solo dal punto di vista tecnologico; con il piano sanitario noi abbiamo destinato 2 miliardi alle aziende USL e poi abbiamo ripetuto questo finanziamento anche nel nuovo piano sanitario. È stato soprattutto un investimento, un impegno di tipo culturale, per far cambiare una mentalità, un approccio in generale presente non solo negli operatori della prevenzione ma anche negli operatori della sanità, essere auto-referenziali, e quindi guardare solamente a quelle che erano le situazioni interne, mentre non c'era un rapporto diretto con l'esterno. Questo ha significato anche una profonda revisione organizzativa all'interno dei dipartimenti di prevenzione, per cui occorre cercare, anche attraverso questo, di mettere in relazione tra loro quelle figure professionali e quei settori che sono talvolta, come prima dicevo, molto separati tra loro.

Abbiamo svolto sei corsi di formazione per tutti i dirigenti delle unità operative dei dipartimenti di prevenzione, coinvolgendo circa 200 operatori dirigenti dei dipartimenti di prevenzione; i corsi mediamente sono stati di 12 giorni, naturalmente ripartiti durante l'anno. Attualmente sono attivi alcuni sportelli (pienamente tre, altri sei stanno per essere attivati nella nostra regione) ed è stato attivato anche lo sportello unico regionale, che è consultabile attraverso la rete Internet, nel sito della regione Toscana.

Oltre a questa azione programmata dal Piano sanitario c'è anche un altro intervento rilevante; quello relativo alla realizzazione della tratta dell'alta velocità nell'attraversamento degli Appennini fra Firenze e Bologna. Questo è un lavoro molto complesso: sono 88 chilometri, dei quali 67 di

galleria, anche con insediamenti degli operai. Questi lavori hanno impegnato e stanno impegnando fortemente il dipartimento di prevenzione. Questo ci ha anche dato modo di fare un'esperienza abbastanza significativa di coordinamento e di iniziativa comune tra regione Toscana e regione Emilia-Romagna. Abbiamo definito comunemente una piattaforma di iniziative da svolgere, e questa piattaforma poi è stata confrontata con le imprese di riferimento impegnate nella costruzione della galleria.

Gli obiettivi del dipartimento di prevenzione sono definiti a seconda dei criteri uniformi di assistenza indicati nel piano sanitario, che non starò a ripetere, che sono poi attuati attraverso le strutture organizzative presenti nelle zone. Sono sostanzialmente cinque i settori di intervento: la sicurezza nei luoghi di lavoro, che comprende al suo interno sia la parte medico-sanitaria, sia la parte impiantistica, tecnica; la veterinaria, nelle sue tre diramazioni; l'igiene e sanità pubblica; l'igiene degli alimenti e della nutrizione; infine la medicina legale, come è previsto dal decreto legislativo n. 229 del 1999. Queste sono le strutture organizzative fisse all'interno delle aziende USL. A livello regionale sono definite funzioni regionali, che quindi hanno una valenza sovraterritoriale rispetto alle unità sanitarie locali, con un bacino di utenza che ricomprende più aziende USL. Sono funzioni regionali che in parte sono state mantenute dalla separazione avvenuta con la legge n. 66 del 1995, che ha istituito le agenzie regionali per la protezione dell'ambiente. Ci sono poi le altre funzioni, tra cui cito l'ingegneria impiantistica, la tossicologia industriale, zoologia ambientale, ingegneria mineraria, tossicologia occupazionale, eccetera. Su queste funzioni regionali il nuovo Piano sanitario impegna le aziende unità sanitarie locali ricomprese all'interno di un dato territorio a definire i cosiddetti laboratori di sanità pubblica, ovvero strutture di livello multizona che servono anche alle altre aziende USL. Viene definito anche un procedimento che prevede momenti di confronto interaziendale e successivamente una valutazione degli interventi che devono essere effettuati da parte della Conferenza dei sindaci, e successivamente una valutazione della giunta e del consiglio regionale. La soluzione organizzativa di costituire i laboratori di sanità pubblica è ancora in essere, anche in relazione a quelle che dovranno essere le definizioni che dovrebbero intervenire con l'attuazione degli indirizzi definiti dal decreto legislativo che prevede che il Ministero della sanità e il Ministero dell'ambiente definiscano le linee di indirizzo per l'integrazione tra le strutture di sanità e le strutture dell'ambiente per quanto riguarda i programmi da assumere in comune. Anche da noi la separazione della cosiddetta parte ambientale dalla sanità ha provocato diversi problemi che non sono stati ancora pienamente risolti, anche se quasi tutti i dipartimenti di prevenzione hanno definito dei protocolli di intesa con i singoli dipartimenti provinciali dell'agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (ARPA) per stabilire sulle materie comuni modalità di lavoro e di integrazione.

A corredo del sistema della prevenzione cui ho accennato (dipartimenti della prevenzione, agenzie regionali per la protezione dell'ambiente), c'è l'istituto zooprofilattico, del quale abbiamo definito recente-

mente l'organizzazione, in attuazione del decreto legislativo n. 270 del 1993, adottando un modello dell'istituto affine a quello delle aziende USL, stabilendo anche le modalità di integrazione tra l'attività dell'istituto zooprofilattico e quella dei servizi veterinari delle aziende USL, in rapporto dunque ai bisogni espressi dal territorio, ma non solamente, anche in questo caso come parte della sanità e, in generale, come valorizzazione del patrimonio zootecnico presente a livello regionale.

Non passo in rassegna tutti gli elementi che contribuiscono al funzionamento del sistema di prevenzione in Toscana; richiamo la vostra attenzione sul centro per la prevenzione oncologica della regione, che svolge compiti molto rilevanti per quanto riguarda la prevenzione primaria e secondaria nel campo dei tumori, nonché, in particolare, un'attività di supporto per quanto riguarda l'epidemiologia occupazionale e quella ambientale. Inoltre, anche alcuni istituti di igiene e di medicina del lavoro collaborano con il livello regionale.

Per quanto riguarda le risorse, come dicevo prima, già nel Piano sanitario regionale 1996-1998 si era stabilito che almeno il 5 per cento del bilancio delle aziende USL fosse destinato alla prevenzione: come è emerso alla fine del triennio però questo obiettivo non è stato conseguito. Complessivamente, a livello regionale, si è arrivati ad una destinazione di risorse del 4,05 per cento, quindi circa l'1 per cento in meno rispetto all'obiettivo prefissato. Nel Piano sanitario 1999-2001 è stato ribadito questo obiettivo e sono state assunte decisioni più incisive al riguardo. Il 4,05 attualmente è la media regionale, poi ci sono situazioni che si sono poste sopra l'obiettivo del 5 per cento, altre che invece sono al di sotto. Il 4,05 deve essere integrato della parte dello 0,75 per cento, che invece è di destinazione fissa sul bilancio regionale, per quanto riguarda l'ARPA. Complessivamente, se consideriamo anche l'ARPA per la prevenzione, si raggiunge il 4,80 per cento, che comunque non è ancora sufficiente.

Gli strumenti di controllo messi in campo per il raggiungimento di questi obiettivi (quelli programmatici, quelli operativi e quelli della destinazione delle risorse), sono attualmente tre: il piano attuativo locale, che è il programma generale di intervento delle aziende sanitarie, i piani di sviluppo e la relazione sanitaria, che poi ci darà modo di esaminare i risultati effettivamente conseguiti. Con il Piano sanitario 1999-2001, per recuperare un momento di disattenzione o, meglio, di non sufficiente elaborazione della definizione degli obiettivi da raggiungere nella prevenzione collettiva, è stato richiesto alla aziende USL, sulla base di uno schema fornito dalla regione, di predisporre specifici piani di sviluppo per quanto riguarda i cinque settori della prevenzione collettiva che prima ho richiamato. Da parte della giunta regionale sono stati elaborati per ciascun settore della prevenzione collettiva degli schemi per la definizione di questi piani di sviluppo, che sono stati compilati dalle aziende USL e che, oltre ad essere uno strumento di definizione puntuale degli impegni che le aziende devono assumere nell'anno (quindi, la pianificazione o chiamiamolo programma di lavoro delle aziende unità sanitarie locali), diventano uno strumento per cominciare anche da parte dei dipartimenti di preven-

zione ad assumere, soprattutto a livello direzionale, le nuove responsabilità di controllo direzionale, per sapere cioè come si svolgono gli interventi, che esito hanno, quindi per acquisire dati in merito all'utilizzazione delle risorse e ai risultati, nonchè per conoscere le ulteriori iniziative. Consegno comunque alla Commissione una copia di questi piani di settore.

È previsto che i piani di sviluppo siano elaborati in primo luogo attraverso un confronto a livello locale con i comuni, le provincie e le forze sociali, facendo partecipare tutti gli operatori del settore all'elaborazione di questi documenti, procedendo poi ad una diffusione di questi programmi di lavoro attraverso conferenze o comunque momenti esterni. Questo dovrebbe dar modo ai dipartimenti di prevenzione di avere più strumenti a disposizione e, nello stesso tempo, di affinare e qualificare gli interventi.

Vorrei soffermarmi ora sugli elementi di criticità che presenta l'attuale sistema della prevenzione collettiva. Ho cercato di dare alcuni *flash* sulla prevenzione non solo come obiettivo da perseguire all'interno della sanità; questa deve essere trasversale, presente in tutti i settori della politica istituzionale, anche all'interno della società; ho sottolineato che siamo intervenuti in un quadro normativo che presentava elementi di innovazione ai quali abbiamo cercato di rapportarci. Comunque, tutto ciò presenta ancora elementi di criticità. Intanto il problema delle risorse: non tutte le aziende USL hanno raggiunto l'obiettivo del 5 per cento. Questo non è solo un problema quantitativo ma anche qualitativo delle risorse e del loro uso; significa anche immettere delle figure professionali senza farle rimanere chiuse all'interno degli uffici o degli ambulatori senza porsi in relazione ai problemi reali, significa anche progettualità e capacità di elaborazione.

Un altro elemento di criticità è il rapporto salute-ambiente. Ci sono ancora elementi non chiari di definizione delle rispettive competenze tra i due momenti organizzativi e questo non favorisce la ricomposizione di una visione e anche di un'interpretazione organica dei problemi, che poi molto spesso non stanno prevalentemente né da una parte né dall'altra ma si integrano tra loro, come ad esempio nel caso delle onde elettromagnetiche.

Un ulteriore elemento di criticità riguarda la difficoltà ancora dei dipartimenti di prevenzione ad operare in una logica aziendale e quindi a farsi carico delle nuove esigenze dell'azienda. Anche in altre realtà stiamo impegnando i dipartimenti nella fase dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie. Significa innanzi tutto essere a supporto del sindaco per quanto riguarda la prima fase, quella dell'autorizzazione delle nuove strutture sanitarie; vi sono poi le fasi dell'accERTAMENTO dei requisiti minimi per agire nel sistema sanitario, dell'accREDITAMENTO, quindi della valutazione degli ulteriori requisiti qualitativi per svolgere attività in rapporto al servizio sanitario, ed infine dell'intervento di convenzione con il servizio sanitario.

I dipartimenti di prevenzione sono incaricati dell'accertamento dei requisiti minimi che le strutture sanitarie devono avere e questo comporta anche un ulteriore impegno e un approccio diverso, perché non sono solo elementi di carattere oggettivo, ma anche elementi di carattere organizzativo e di valutazione delle qualità che presentano questi servizi. Comunque il momento di criticità è dei dipartimenti di prevenzione, ancora, che devono essere all'interno delle aziende e dei processi aziendali.

Terzo elemento di criticità. Indubbiamente i problemi sono complessi e non possono essere risolti solo con l'impegno degli operatori o delle organizzazioni in rete dei dipartimenti di prevenzione. Occorre operare congiuntamente con altri settori dell'azienda USL nonché con settori che stanno al di fuori della stessa sanità. Quindi, obiettivamente vi è anche una difficoltà ulteriore ad operare dei dipartimenti di prevenzione.

L'ultimo elemento di criticità è quello riguardante una certa persistenza, o comunque una certa resistenza alla integrazione operativa o al modo di agire congiuntamente in termini interdisciplinari. Cioè, si tende sempre a crearsi una nicchia, a garantirsi il proprio spazio di agibilità, e questo è particolarmente visibile in alcuni settori presenti nella prevenzione.

Le novità introdotte dal decreto legislativo n. 229 sono state recepite dalla regione Toscana e quindi, al di là della terminologia per cui da noi i servizi che vengono individuati da tale decreto si chiamano unità funzionali, vi è una sostanziale adesione a quanto previsto a livello organizzativo dal suddetto decreto legislativo.

Vorrei aggiungere qualche altra considerazione. La prima riguarda i rapporti con il livello centrale. Come regione Toscana, ma soprattutto, in questo caso, come coordinamento delle regioni, a tale livello abbiamo dei rapporti deficitari, comunque problematici, sia con il Ministero della sanità, con le sue strutture tecniche, sia con gli altri organismi centrali, ovvero l'ISPESL, l'INAIL e anche, in parte, con l'Istituto superiore di sanità. Ora, con alcuni di questi organismi si sta cercando di trovare delle nuove forme di collaborazione, o comunque di integrazione, di incontro; con altri troviamo una certa resistenza al confronto ed anche ad iniziative comuni. Questo è un elemento che crea delle difficoltà sia nella definizione dei provvedimenti di carattere generale che vengono presi a livello parlamentare, sia poi nella loro attuazione a livello regionale. Sostanzialmente l'unica sede di espressione delle istanze regionali è la Conferenza Stato-Regioni, che spesso si riduce ad una mera ratifica di decisioni già adottate, quasi mai riguarda la fase di predisposizione, di impostazione e di soluzione dei problemi; ma soprattutto questi rapporti mancano in certi momenti, per così dire, di emergenza. Abbiamo sofferto molto, per esempio, nel momento del coordinamento per l'emergenza delle camere iperbariche, come anche un anno e mezzo fa, quando si è svolta un'azione abbastanza pesante riguardo alle sale operatorie. Noi come regione Toscana ci eravamo già attivati in questo settore e avevamo svolto una nostra indagine, che poi è continuata nei mesi successivi ed è stata aggiornata proprio in questi ultimi tempi con elementi di valutazione sulle iniziative

che le USL e le aziende ospedaliere avevano dichiarato di prendere per mettere a norma queste strutture operative. Solamente un mese fa è arrivata una nota del Ministero della sanità, in collaborazione con l'ISPESL, riguardo alle indicazioni e gli indirizzi da seguire per quanto concerne le sale operatorie. Del resto, noi non abbiamo mai avuto alcuna possibilità di avere dei rapporti, o comunque di interagire. Io credo che questo sia un momento da recuperare; le regioni, fra cui la Toscana, possono dare dei contributi e nello stesso tempo possono rendersi disponibili ad avviare delle iniziative con i livelli centrali; bisogna però stabilire in maniera più puntuale dei momenti di raccordo.

Concludendo, credo che il modello da noi elaborato abbia dimostrato in questi quattro anni una sua validità dal punto di vista progettuale e concettuale, anche se non abbiamo conseguito tutti i risultati organizzativi che ci aspettavamo; siamo ancora in corso d'opera. A mio avviso, più che il problema dei finanziamenti, dell'adeguamento delle risorse (che comunque esiste), deve essere considerato quello di non avere ancora accettato o comunque fatto proprio a tutti i livelli delle aziende USL un nuovo modello, un nuovo approccio ai problemi della prevenzione, che non riguarda solo il sistema sanitario; nello stesso tempo devono essere create le condizioni necessarie perché questo modello possa poi svilupparsi e non debbano essere presi provvedimenti e iniziative contraddittorie.

PRESIDENTE. Ringrazio molto il dottor Cravedi per l'ampia e puntuale esposizione, che ha toccato tanti punti come il quadro normativo, i riferimenti programmatici, il piano degli interventi, le risorse ed anche gli strumenti di controllo; ci ha anche evidenziato gli elementi di criticità conseguenti a tali verifiche.

Invito ad intervenire i colleghi che intendono porre al nostro ospite domande o richieste di chiarimento.

CAMERINI. Anzitutto devo dire che sono rimasto molto colpito dall'esposizione del dottor Cravedi, che ha posto varie problematiche. Pertanto, vorrei rivolgergli alcune domande legate a queste. La prima riguarda il coordinamento dei dipartimenti; lei ci ha detto una cosa molto interessante relativamente al collegamento fra i dipartimenti. Questi dipartimenti, se ho capito bene, elaborano anche dei protocolli operativi, che diventano delle specie di linee guida: queste sono consigliate o sono vincolanti per i vari dipartimenti della regione?

Lei ha accennato anche alla collaborazione, che mi pare sia stata fatalmente abbastanza sporadica, con le altre regioni. Non sarebbe altrimenti auspicabile che in un Paese come il nostro, dove vi sono anche regioni con meno di 2 milioni di abitanti che hanno difficoltà ad attivare dei dipartimenti di prevenzione, che sono inevitabilmente dei sistemi complessi, si cerchi di stabilire dei rapporti in maniera tale da trasferire la cultura della prevenzione a livello di altre regioni?

Vorrei inoltre sapere come interagiscono le varie culture della prevenzione. Lei ha detto molto giustamente che la prevenzione non riguarda

solo il campo sanitario; per esempio, mi pare che la prima causa della mortalità giovanile siano gli incidenti stradali, per cui la prevenzione in questo ambito non è certo di tipo strettamente sanitario. Pertanto vorrei sapere come agite, per esempio, su tale questione a livello di comunità, quali sono le competenze con cui interagire che prendete in considerazione.

Sempre in tema di integrazione, credo che uno degli elementi portanti della prevenzione sia il medico di base, che da un lato è erogatore di salute ma, dall'altro, dovrebbe dispensare consigli di prevenzione. Vorrei sapere pertanto come interagite con questi soggetti.

Un altro tema di cui abbiamo già parlato in questa Commissione riguarda la formazione universitaria italiana, che è basata più sulla cura che sulla prevenzione. Vorrei sapere se avete contatti con il mondo universitario per cercare di sviluppare in questo ambito la cultura della prevenzione.

È stato citato il problema dell'alta velocità. Nella regione dalla quale provengo questo progetto dovrebbe attraversare una zona carsica, piena di grotte. Vorrei sapere se avete analizzato questo problema rispetto all'impatto ambientale sotto il profilo dell'inquinamento, del danno acustico, e così via.

Le risorse impiegate nella prevenzione, come lei ha spiegato, dottor Cravedi, sono state inferiori al 5 per cento, che costituisce il tetto minimo di spesa. Vorrei sapere se questa riduzione è dovuta al fatto che le strutture di prevenzione non sono riuscite a presentare i programmi e portarli a termine oppure dipende dall'amministrazione regionale della sanità, costretta da bisogni impellenti, specialmente nel campo dell'assistenza, a ridurre i supporti finanziari destinati alle strutture della prevenzione.

PRESIDENTE. Prima di dargli la parola, rivolgo un saluto di benvenuto al senatore Tirelli, che è entrato a far parte della Commissione.

TIRELLI. La ringrazio, signor Presidente.

A proposito di una certa mancanza di progettualità, se ho capito bene, il 5 per cento delle risorse destinato alla prevenzione è la cifra stabilita in via preventiva, mentre a consuntivo si è visto che le risorse impiegate sono arrivate intorno al 4 per cento. Vorrei sapere se, a suo avviso, ciò dipende da una difficoltà di gestione o da una mancanza di progettualità. Inoltre, senza voler colpevolizzare nessuno perchè conosco le difficoltà che si riscontrano nella pubblica amministrazione per quanto riguarda il coordinamento delle varie responsabilità, vorrei sapere in quale modo viene analizzata la produttività di questo sistema di prevenzione, se avviene ad esempio attraverso una verifica di obiettivi iniziali e, in tal caso, attraverso quali indici. Mi rendo conto che è difficile quantificare a livello di prevenzione, ma qualche parametro, qualche indice occorrerà pur averlo. Vorrei sapere pertanto se ci sono dei parametri, degli indici che utilizzate per verificare la produttività del sistema di prevenzione.

Riallacciandomi alla domanda del senatore Camerini, anche se la serie di obiettivi, di filoni indicati, e cioè luoghi di lavoro, veterinaria, e così via, non mi sembra molto coordinata, vorrei sapere come vengono coinvolti i medici di base in questo sistema di prevenzione, anche perchè se ci fossero delle iniziative valide potrebbero essere estese anche ad altre regioni. Nella regione Lombardia, per esempio, che dovrebbe essere una di quelle più avanzate, in teoria almeno, dal punto di vista della prevenzione, i medici di base non vengono contattati, e in proposito sono d'accordo con il senatore Camerini quando afferma che c'è maggior attenzione alla cura che non alla prevenzione.

* DE ANNA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, permettetemi di salutare il dottor Cravedi e di congratularmi con lui per la sua completa ed esauriente illustrazione, da cui si evince che la regione Toscana è una delle migliori d'Italia perchè poche regioni hanno un servizio di prevenzione così ben articolato e sviluppato. Credo però che la regione Toscana sia una delle poche che può permettersi di stanziare una cifra che si avvicina al 5 per cento previsto, che rappresenta almeno una quota, se non ideale, almeno sufficiente per fare una corretta prevenzione, anche perchè oggi le singole aziende spendono quasi il 60 per cento del loro bilancio per l'autogestione e per spese non comprimibili, per cui qualsiasi taglio che viene attuato, anche di pochi punti percentuale, incide sulla quota destinata alla cura, agli investimenti e alla prevenzione.

Conoscendo la situazione nel campo della prevenzione di alcune regioni non così fortunate, vorrei sapere come riesce la regione Toscana a reperire questo 5 per cento da destinare comunque al servizio della prevenzione, perchè sarebbe auspicabile che avvenisse altrettanto in tutte le regioni.

CASTELLANI Carla. Signor Presidente, ringrazio il dottor Cravedi per la sua illustrazione molto interessante. Mi sembra di aver compreso che tra le funzioni del dipartimento di prevenzione c'è quella di consulenza ai sindaci in merito alla valutazione dei criteri di accreditamento per le nuove strutture sanitarie. Vorrei sapere se non ritiene che possa ravvisarsi una commistione di funzioni tra controllato e controllore dal momento che una delle funzioni del dipartimento è quella della verifica della sicurezza dei luoghi di lavoro.

Con la legge n. 66 del 1995, è stata istituita l'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente. Qual è il ruolo operativo di questa Agenzia nell'ambito del dipartimento per la prevenzione?

Infine, vorrei sapere quali sono, a suo avviso, i motivi di maggior difficoltà per la interdisciplinarietà, che io ritengo un obiettivo veramente importante da raggiungere al fine di conseguire importanti traguardi nell'ambito della prevenzione e sicurezza.

DANIELE GALDI. Vorrei congratularmi con il dottor Cravedi per la puntuale relazione, ricca di spunti di interesse, che purtroppo per l'immi-

nente inizio dei lavori dell'Aula non possiamo approfondire maggiormente.

PRESIDENTE. Cedo ora la parola al dottor Cravedi per rispondere alle domande rivoltegli, pregandolo di essere il più possibile sintetico, considerati i tempi ormai ristretti a nostra disposizione.

CRAVEDI. Signor Presidente, onorevoli senatori, per quanto riguarda il coordinamento dei dipartimenti, i protocolli operativi, le linee guida e le raccomandazioni per agire concretamente, bisogna basarsi sui consensi, espressi in base ad una consultazione, di tutti gli operatori.

Per quanto riguarda la collaborazione con le altre regioni, esiste un organo di coordinamento delle regioni; ci riuniamo periodicamente, mensilmente, sia come coordinamento della prevenzione che come coordinamento per la prevenzione nei luoghi di lavoro. In questo caso il coordinamento lo fa la regione Toscana e lo svolgo io personalmente. Avevamo espresso l'idea del trasferimento, o comunque del gemellaggio con altre regioni che avevano difficoltà a mettere in moto questo modello organizzativo, ma purtroppo non ci è stato dato modo di arrivare a qualcosa di concreto, e dico «purtroppo» perché avevamo fatto una proposta concreta.

La terza domanda riguardava gli interventi che possono essere svolti nelle regioni, ad esempio su problematiche come quella della mortalità giovanile, che è la prima causa per quanto riguarda gli anni di vita persi tra la popolazione. Al riguardo mi riallaccio al concetto che la prevenzione deve essere innovativa. Ad esempio, le funzioni di igiene non sono più quelle tradizionali; la funzione dell'operatore di igiene oggi è quella di chi sta negli obiettivi dell'OMS, della Carta di Ottawa, o delle «città sane» in questo settore, per intenderci, laddove si elabora un progetto con le municipalità, con le aree metropolitane e con i comuni per risolvere i problemi generali della collettività. Qui ci deve essere un cambio di mentalità, che è difficile; è più facile trovare questa disponibilità su alcune tematiche di carattere generale e ambientale, molto più difficile è affrontare i problemi specifici. Per quanto riguarda il medico di base, ci sono alcuni momenti di integrazione e di relazione; devo dire molto francamente che su questo terreno abbiamo fatto ancora poco, comunque alcuni momenti di integrazione e di interrelazione li stiamo costruendo soprattutto per quanto riguarda, ad esempio, la questione delle malattie professionali. Noi abbiamo una grossa perdita di denunce di lavoratori, che poi si ammalano o hanno delle patologie derivanti dalle attività che svolgono. E la prima segnalazione che deve venire in questo senso deve farla il medico di base. Su questo abbiamo cominciato a svolgere alcune azioni. Sulle vaccinazioni, ad esempio, abbiamo un buon momento di collaborazione coi medici di base. In proposito, i programmi regionali sono abbastanza seguiti ed io personalmente ho avuto anche alcune riunioni con i livelli rappresentativi della medicina di base.

Con il mondo delle università abbiamo cercato di stabilire dei rapporti non solo con le facoltà di medicina, ma anche con altre facoltà,

come ingegneria, agraria, eccetera. Devo dire che i risultati sono ancora interlocutori. Noi vorremmo che attraverso queste sedi formative si venissero a definire delle figure professionali rispondenti agli obiettivi del Servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda l'alta velocità, il discorso è abbastanza complesso perché già nella definizione degli accordi di programma era stato previsto, di intesa sia con la concessionaria TAV, sia con il consorzio delle imprese che stanno svolgendo i lavori, che fossero stabiliti degli interventi di sostegno proprio per l'osservatorio ambientale e per quanto riguarda tutti gli aspetti della prevenzione. In qualche modo abbiamo cercato di prevenire quelle che potevano essere le situazioni di pericolo; fino adesso c'è stato un solo incidente mortale; purtroppo si è verificato ma rispetto all'esperienza, ad esempio, di cinque anni fa nella tratta del Val d'Arno, dove si erano avuti dieci morti, possiamo dire che fortunatamente finora i danni sono stati più limitati. È un lavoro assai complesso, che richiede molta attenzione e al riguardo abbiamo costituito un osservatorio specifico per il monitoraggio dell'alta velocità.

Il tetto minimo del 5 per cento non è stato raggiunto per decisione non della giunta regionale ma delle aziende unità sanitarie locali che non sono state ancora capaci di procedere allo spostamento di risorse dalla medicina ospedaliera al settore della prevenzione, il che significa ridurre il tasso di ospedalizzazione a quel famoso indice del 160 per cento, il numero degli ospedali, eccetera. Se si tratta di chiudere un ospedale, si alzano tutti, ma se si tratta di intervenire sul mantenimento dei servizi di prevenzione non c'è così tanta disponibilità, a parte gli interventi eccezionali. Devo dire che la regione Toscana ha istituito ben tre commissioni di lavoro per approfondire la questione dell'utilizzo effettivo da parte delle aziende USL del 5 per cento per la prevenzione; c'è quindi a livello politico la massima attenzione, come pure a livello istituzionale e tecnico, ma i processi di riconversione non sono certo facili.

Per quanto riguarda la domanda del senatore Tirelli relativa alla produttività e ai risultati, abbiamo una serie di indici molto precisi settore per settore; laddove non è stato possibile avere gli indici, abbiamo chiesto comunque dichiarazioni su alcuni elementi indicativi per valutare il raggiungimento o meno dell'obiettivo.

Per quanto riguarda la questione dell'accreditamento e dell'accertamento dei requisiti minimi, il dipartimento di prevenzione non si sostituisce assolutamente ad altri organi che devono fare l'accreditamento; è una struttura tecnica di supporto al sindaco per l'accertamento dei requisiti minimi per poter agire e svolgere attività radiologica, attività specialistica o quant'altro, punto e basta. L'accreditamento è un'altra questione e ci sono delle commissioni che valutano se quella struttura presenta, oltre ai requisiti minimi, anche quegli elementi in più che la qualificano come struttura di eccellenza. Quindi, in questo caso, i dipartimenti possono partecipare alla costruzione di questi indicatori, di questi elementi, ma non possono entrare in gioco.

Come dicevo prima, ritengo che il ruolo dell'ARPA nell'ambito della prevenzione debba essere integrato; potrebbe dare risultati molto positivi, ma purtroppo stiamo soffrendo questo momento di voltura, per così dire, nelle professionalità: da una parte sono andati tutti i chimici, dall'altra tutti i medici. Sostanzialmente è successo questo, almeno nella nostra regione; in altre, le agenzie regionali hanno mantenuto una importante componente di tipo sanitario e medico. Questo è un nuovo terreno di confronto e speriamo vi sia la possibilità di un incontro tra Ministero della sanità e Ministero dell'ambiente, in vista dell'atto di indirizzo che il Governo deve elaborare, per poter portare anche nostre proposte.

Per quanto riguarda i motivi della resistenza verso la interdisciplinarietà, credo siano da ricercare nelle logiche di approccio ai problemi nuovi della sanità: è un mondo che sta cambiando, nelle sue coordinate demografiche, nella sua struttura economico-produttiva e nella dimensione generale. Gli interventi e le risposte che siamo chiamati a dare richiedono sempre più il confronto e l'apporto anche di professionalità che spesso stanno fuori dalla sanità: o ci rendiamo conto di questo o rischiamo di dare risposte balzane che non servono proprio e rischiano di essere semplicemente consumo sanitario. Le resistenze derivano anche da difficoltà a misurarsi con il nuovo, poi ci sono altre logiche a livello contrattuale, e via dicendo.

PRESIDENTE. Ringrazio ancora il dottor Cravedi per il suo contributo.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna e rinvio il seguito dei lavori ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,55.

