

Proposte per la riorganizzazione delle attività della Prevenzione con particolare riguardo alla sicurezza alimentare ed alla Sanità Pubblica Veterinaria in Piemonte

L'importanza della sicurezza alimentare come determinante di salute e quale costo per la società.

Il tema della sicurezza alimentare viene considerato tra gli elementi più importanti delle politiche di sanità pubblica a livello mondiale.

L'incidenza totale delle malattie trasmesse dagli alimenti è indubbiamente difficile da stimare, ma alcuni dati significativi danno un'idea della complessità del problema: Mead PS et al. (1999)(4) stima che negli USA si verifichino annualmente 76 milioni di casi, 325.000 ricoveri e 5.000 decessi. In Italia, nel 2000, sono stati notificati 14.460 casi di tossinfezione alimentare (WHO 2001)(3), mentre non esistono stime confrontabili con quelle fornite in altri paesi come l' Inghilterra ed il Galles (Adak Gk et al., 2005)(6) dove si stimano circa 2 milioni di casi/anno, 22.000 ospedalizzazioni e 687 decessi, l' Australia (Hall G et al. 2005)(7) 5,4 milioni di casi/anno che comportano circa 15.000 ospedalizzazioni e 80 decessi ogni anno ed il Canada circa 4,2 milioni di casi/anno (Commonwealth Department of Health and Aging 2002)(8).

Gli agenti patogeni (Mead PS et al. 1999)(4) responsabili delle tossinfezioni alimentari sarebbero maggiormente rappresentati dai virus (67%), dai batteri (30%) e dai parassiti (3%).

Mentre a livello internazionale gli alimenti coinvolti sono stati la carne, il pollame, le uova ed i loro derivati (WHO, 2001)(3) in Italia, nel 2000, si trovano al primo posto le uova e i prodotti ittici.

Quanto al luogo dove si verificano il maggior numero di episodi tossinfettivi, in Italia, questo è rappresentato dall'abitazione privata nel 67% dei casi, mentre le scuole e gli asili figurano con il 7%, i ristoranti e gli hotel con l'8% (tab.1), così come a livello europeo ed internazionale più dell'87% dei focolai epidemici notificati sono stati associati ad alimenti preparati o consumati in ambito domestico (Redmond EC et al. 2003)(9).

Risulta infatti che, nonostante i consumatori siano a conoscenza dei rischi collegati alla manipolazione degli alimenti ed alle buone pratiche che devono essere adottate per garantirne la sicurezza (Angelillo IF et al. 2001)(10), le cause di tossinfezione sono comunque collegate a comportamenti scorretti riguardanti prevalentemente la conservazione e la preparazione degli alimenti, le cross contaminazioni e la mancanza di lavaggio delle mani, a dimostrazione che quanto è generalmente conosciuto viene poi difficilmente applicato (Redmond EC et al. 2003)(9).

Come risposta a questa crescente attenzione, la normativa sulla sicurezza alimentare prodotta nell'ambito dell'Unione Europea nel corso dell'ultimo decennio ha subito una profonda revisione con la progressiva elaborazione di un approccio coordinato e integrato, finalizzato al raggiungimento del livello di sicurezza più elevato possibile. La legislazione prende in considerazione tutti gli aspetti della filiera alimentare, dalla produzione, trasformazione, trasporto e distribuzione fino alla fornitura dei prodotti alimentari. Lo strumento cardine di questa politica sanitaria è costituito dall'analisi del rischio, fondata sulle prove scientifiche disponibili. La sicurezza del prodotto alimentare viene dunque assicurata e sottoposta a vigilanza attraverso specifici programmi di monitoraggio e piani di autocontrollo (Hazard Analysis and Critical Control Point-HACCP), sistemi di tracciabilità degli alimenti e di informazione al consumatore tramite l'etichettatura degli stessi. Tali attività interessano l'intera filiera produttiva e di lavorazione fino al consumatore ed è stato verificato come la loro applicazione si sia rivelata efficace nel ridurre la frequenza delle contaminazioni dei prodotti alimentari al consumo (1). Nonostante questi progressi, i dati relativi al livello di contaminazione dei prodotti alimentari di origine animale destinati al consumo, che si estrapolano dai piani di controllo regionali e nazionali evidenziano ancora la presenza di contaminanti microbiologici comuni ed emergenti e/o relative tossine (ad esempio Salmonella, Escherichia coli O157, Campylobacter termotolleranti, Staphilococcus, Listeria, Norovirus, virus epatite E, micotossine) (2). Il rischio di tali contaminazioni può essere ridotto mediante il controllo dei fattori di rischio nelle fasi di produzione, di trasformazione e commercializzazione e l'adozione di idonee pratiche di conservazione, preparazione e cottura da parte del consumatore finale. I dati evidenziano che la massima percentuale di casi di tossinfezione alimentare, oltre il 40%, sono provocati da comportamenti inadeguati presso gli ambienti domestici (3), ambito scarsamente indagato che generalmente sfugge alla valutazione del rischio e che finora non è stato sottoposto a sorveglianza e presidiato con adeguate campagne di informazione ed educazione sanitaria.

In Italia, dove il problema viene generalmente sottovalutato, per indagare aspetti di sicurezza alimentare, è stato sviluppato un modulo nello Studio PASSI 2006(11), uno studio trasversale sui comportamenti della popolazione adulta di età compresa fra i 18 e i 69 anni. Lo studio è stato realizzato mediante interviste telefoniche a campioni di cittadini estratti con metodo casuale semplice dalle anagrafi degli assistiti di 35 ASL, in 7 regioni italiane. Campania, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia e Umbria hanno partecipato con tutte le ASL, mentre Piemonte, Sardegna e Veneto con una sola ASL. Le interviste sono state effettuate tra maggio e ottobre 2006. L'analisi è stata condotta sui dati ottenuti da 4.905 persone. I risultati delle interviste hanno evidenziato che 1 persona su 4 (25% corrispondente a circa 15 milioni di casi/anno) ha avuto almeno un episodio di diarrea negli ultimi 12 mesi (3 scariche in 24 ore). E' stata inoltre dimostrata una correlazione significativa tra gli episodi di diarrea e l'assunzione di cibi crudi o poco cotti ($p < 0,05$). Tra le persone che hanno avuto almeno un episodio di diarrea, solamente il 37% si è rivolto ad un sanitario e solamente al 22% di quelli che si sono rivolti ad un medico è stato prescritto un esame delle feci. Gli episodi di diarrea correlati alla alimentazione, nella popolazione, sono quindi molto diffusi anche nel nostro Paese ma la diagnosi eziologica non viene quasi mai effettuata con probabile sottostima dell'importanza del fenomeno.

Gli obiettivi strategici della nuova prevenzione

Le attività finalizzate a garantire elevati livelli di sicurezza alimentare e di salute degli animali e delle piante, sono attualmente inserite nel Dipartimento di Prevenzione delle ASL rientrando quindi nel nuovo Piano Socio Sanitario Regionale.

Le scelte regionali previste, per quanto riguarda la prevenzione, nel PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2007-2010, emanato con Deliberazione del Consiglio Regionale 24 ottobre 2007, n°137-40212 e nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 59-6349 del 06.07.07 possono essere sintetizzate nei seguenti **obiettivi strategici**:

- la prevenzione, anche primaria, deve essere potenziata e dotata di maggiori risorse, per il settore della sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare le aree di intervento, definite a vario titolo nei 2 documenti considerati, sono:
 - la specializzazione ed il consolidamento delle attività di vigilanza e ispezione al fine di orientarle verso obiettivi di salute;
 - il sostegno e promozione dei sistemi di controllo ufficiale e di reazione rapida per la sicurezza alimentare;
 - lo sviluppo di progetti speciali in grado di sostenere e promuovere interventi integrati di prevenzione in campo di sicurezza alimentare;
 - il sostegno e potenziamento delle attività di osservazione epidemiologica medica ed epidemiosorveglianza veterinaria;
 - lo sviluppo delle funzioni strategiche quali la sorveglianza epidemiologica, la valutazione di impatto degli interventi, la qualità dei servizi, la comunicazione del rischio e la promozione della salute;
- la riorganizzazione della rete dei servizi della prevenzione deve essere prioritariamente funzionale al perseguimento dei livelli assistenziali ed al recupero di più elevati livelli di efficienza e di efficacia garantendo l'uniformità degli interventi sul territorio regionale e deve tener conto dell'accorpamento di alcune ASL con conseguente necessità di ridefinire responsabilità e risorse;
- puntare ad un graduale processo, anche culturale, di abbattimento dei numerosi confini che attualmente limitano la comunicazione e l'integrazione tra servizi, gruppi professionali e disciplinari diversi al fine di consentire aggregazione e integrazione delle organizzazioni esistenti attorno ai problemi di salute.
- l'adozione, a livello regionale, di un modello esplicito di scelta delle priorità per identificare obiettivi prioritari per la prevenzione, anche al fine di realizzare una revisione e valutazione critica delle iniziative in corso.

Un approccio che consenta di transitare l'attività dei dipartimenti di prevenzione, dal vecchio al nuovo modello, mediante scelte ponderate e trasparenti deve partire dall'impiego di tecniche di analisi e di definizione di criteri di scelta tra le diverse soluzioni possibili ormai consolidate anche nella pubblica amministrazione.

Analisi della situazione attuale

La prima fase da affrontare è quella dell'analisi della situazione attuale (pre-accorpamento) con un'accurata ricognizione dei modelli organizzativi, dei processi, delle attività e dei risultati esistenti al fine di:

- acquisire una mappa delle attività e delle strutture organizzative sul territorio regionale;
- individuare le criticità della situazione esistente al fine di evitare di riprodurle o perpetrarle nella nuova organizzazione;
- consentire la definizione (ove possibile misurabile) delle differenze che si vogliono ottenere tra la situazione attuale e quella definita dagli obiettivi strategici delineati dal PSSR con la individuazione di un quadro del grado di innovazione richiesto a cui collegare opportune valutazioni inerenti l'allocazione delle risorse.

Particolare attenzione dovrebbe, in questa fase essere posta all'approfondimento delle **criticità descritte nel PSSR** e alla base dell'esigenza di cambiamento anche al fine di identificare in modo preciso le azioni di miglioramento:

Le risorse: la prevenzione risulta dal punto di vista del budget ancora sottostimata rispetto al 5% previsto; non sono disponibili dati univoci sul finanziamento alla prevenzione: le voci più accreditate indicano in 20-25 milioni di euro la cifra che dovrebbe essere ancora resa disponibile considerando globalmente i costi delle attività dei dipartimenti di prevenzione, degli screening e dei dipartimenti delle dipendenze.

Le disuguaglianze, la frammentazione e l'esigenza di criteri uniformi per la programmazione e la effettuazione di interventi di vigilanza: gli attuali servizi dei dipartimenti di prevenzione sono strutturati per effettuare in prevalenza attività di ispezione e vigilanza sulla base di mandati normativi che prevedono, anche a seguito dei programmi regionali, un numero molto elevato di interventi; limitate sono state sino ad ora il mandato e la disponibilità di risorse da dedicare ad attività di valutazione dei bisogni della popolazione, valutazioni di efficacia, promozione della salute, ecc....

Inoltre, nel campo della sicurezza alimentare, il processo di Risk Analysis è effettuato a livello di Unione Europea, con l'individuazione di ALOP (Adequate Level Of Protection) che sono stabiliti sulla base di studi internazionali, effettuati mediante meta-analisi, svolti da agenzie specificatamente strutturate e sanciti da Regolamenti per un'applicazione ed un livello di protezione della salute dei cittadini uniforme su tutto il territorio della UE. Le possibili valutazioni a livello regionale e locale restano limitate a scelte di graduazione degli interventi previsti per la riduzione dei fattori di rischio.

Lo stile di lavoro, aspetti culturali, lo stato delle conoscenze: come evidenziato al punto precedente attualmente gran parte delle attività dei servizi del dipartimento sono finalizzate a controlli e interventi spesso caratterizzati da uno stretto rapporto con la magistratura che ha talvolta operato in spazi propri del sistema Sanitario non adeguatamente presidiati. Lo stato delle conoscenze nei campi dell'epidemiologia, delle EBP e della promozione della salute sono pertanto in genere limitate a pochi referenti per ASL che si appoggiano ed operano in stretto contatto con i centri di referenza regionale. Le iniziative più innovative a livello locale, con la creazione di progetti o interventi customer-oriented in grado, sul territorio di ottenere risultati favorevoli, non sempre sono accolte con favore ed utilizzati dalla tecnostruttura regionale o dai centri di supporto che talvolta hanno preferito ri-allocare risorse su progetti speciali non sempre individuati sulla base di valutazioni costo-beneficio in fase di proposizione e raramente valutati in modo approfondito sui risultati ottenuti e le effettive ricadute di salute; esiste a tutti i livelli, ma con maggiore impatto sul sistema per la tecnostruttura regionale, una forte resistenza al cambiamento ed all'innovazione legata ad uno scarso ricambio del personale che ha impostato l'attuale modello e opera nello stesso modo da molti anni;

I bisogni di prevenzione: rimane molto complessa la definizione di priorità rispetto ai problemi di salute della popolazione. I bisogni di prevenzione vengono ormai sanciti a vari livelli: internazionale, nazionale, regionale e locale, con, sulla base delle valutazioni della comunità scientifica e le scelte dei decisori politici, l'emanazione di provvedimenti giuridici che normano gli interventi o indirizzano verso specifici progetti ai quali vengono attribuite le risorse. A livello regionale, il PSSR evidenzia come non sia possibile destinare la medesima attenzione a tutti i problemi di salute attualmente presenti nella popolazione piemontese e quindi le azioni prioritarie debbano essere identificate e organizzate in programmi regionali di promozione e prevenzione, modulabili in base a documentate esigenze locali specifiche. I programmi regionali dovrebbero essere costruiti, in modo trasparente mediante un reale confronto con gli stakeholder, nel rispetto dei seguenti principi metodologici generali:

- il rischio deve essere analizzato sulla base degli elementi scientifici disponibili, con riferimento, in caso di incertezza, all'applicazione del principio di precauzione;
 - il problema di salute individuato e messo a fuoco deve essere importante per gravità e/o diffusione;
 - sotto il profilo dell'efficacia devono essere considerati non solo gli effetti preventivi specifici (riduzione di uno specifico rischio sanitario) ma anche quelli di salvaguardia della piena capacità di mantenimento della salute (effetti protettivi con effetto preventivo aspecifico);
 - deve esistere un modo per riconoscere il rischio/il beneficio e per modificare significativamente la storia naturale del problema;
 - i vantaggi a lungo termine devono ovviamente superare gli svantaggi;
 - devono essere disponibili prove scientifiche che dimostrino l'efficacia e la sicurezza dell'intervento preventivo proposto.
- Si ritiene assolutamente indispensabile, in pieno accordo con quanto stabilito dal PSSR, superare l'attuale modello che vede gran parte delle decisioni sulla individuazione delle priorità e l'assegnazione delle risorse (es. progetti speciali), assunte dai dirigenti dei settori regionali al di fuori di qualsiasi valutazione scientifica, confronto e verifica.

La gestione del cambiamento

La gestione del cambiamento deve porsi quale obiettivo prioritario quello di intervenire sulle criticità della situazione attuale per individuare nuovi modelli operativi in grado, se correttamente attuati, di consentire il raggiungimento degli obiettivi strategici che il PSSR individua per la prevenzione. La Deliberazione della Giunta Regionale n. 59-6349 del 06.07.07 – “Piano di Riqualificazione dell'Assistenza e di Riequilibrio economico-finanziario 2007/2010. Direttive alle Aziende Sanitarie Regionali” stabilisce che la riorganizzazione delle attività di prevenzione e promozione della salute possa avvenire solo mediante una revisione degli attuali modelli organizzativi iniziando a creare dei coordinamenti tra le strutture complesse delle ASL oggetto di accorpamento e avviando forme di coordinamento delle attività di prevenzione propedeutiche alla definizione della figura del Direttore della Prevenzione introdotta con il PSSR, fermo restando quanto previsto dalla normativa vigente sull'organizzazione delle strutture del Dipartimento di Prevenzione.

Occorre quindi individuare un piano di interventi strategici di medio lungo termine che, per raggiungere gli obiettivi proposti, dovrebbero riguardare l'intera organizzazione e non solo il livello territoriale:

1. ***L'individuazione di un metodo trasparente di confronto con gli stakeholder per la definizione delle priorità e dei programmi di prevenzione a livello regionale e territoriale in grado di ridurre l'attuale livello di autoreferenzialità delle strutture della prevenzione:*** in questo contesto le politiche per la

salute, delineate dal PSSR e tese a evidenziare e a ordinare, secondo un livello appropriato e coerente di priorità e di fattibilità, i problemi reali di salute della comunità, se supportate da una strategia di comunicazione che consenta un reale confronto anche sulle scelte di base, potrebbero rappresentare lo strumento idoneo per un confronto con la società contribuendo a portare alla luce gli effettivi bisogni di prevenzione; la creazione di commissioni paritetiche che vedano coinvolti soggetti della società su specifiche iniziative può rappresentare un altro strumento di indirizzo e verifica delle attività di prevenzione;

2. La revisione delle caratteristiche professionali: la prevenzione è oggi considerata una attività complessa che richiede strategie capaci di coinvolgere professionalità diverse in azioni a largo raggio quali, per esempio, le campagne di promozione della salute. Infatti, la moderna definizione di Sanità Pubblica pone l'accento sulle capacità di organizzare gli sforzi della società sulla base di obiettivi condivisi e diversificati quali, ad esempio, quelli della modifica degli stili di vita, del miglioramento dell'ambiente per non parlare dei fattori di malattia emergenti quali quelli sociali e quelli direttamente legati al concetto di equità. Se il personale che si occupa di prevenzione deve essere in grado di rispondere ad un mandato così ambizioso deve operare secondo moderne metodologie di lavoro mediante gruppi multidimensionali (multidisciplinari, multiprofessionali, multisettoriali) che siano in grado di definire gli obiettivi tenendo conto dei problemi di salute prioritari e progettando interventi i cui esiti di salute siano misurabili. La chiave di volta per la soluzione ai problemi di integrazione risiede più che nel disegno dell'organizzazione, nelle modalità di lavoro ed in una più adeguata formazione degli operatori. Occorre quindi intervenire sulle competenze tecniche in generale, sulla motivazione e sulle effettive capacità del personale chiamato a gestire i processi di cambiamento mediante processi di selezione e valutazione più trasparenti ed incisivi e l'attivazione di iniziative di formazione dedicate. Gli argomenti sui quali dovrebbero essere effettuati specifici interventi rivolti in prevalenza ai direttori di Struttura Complessa che a tutt'oggi rappresentano il riferimento per la gestione dei processi, sono i seguenti:

- **Epidemiologia:** accrescere le competenze finalizzate a valutare a livello locale l'impatto di interventi di prevenzione;
- **Qualità organizzativa:** disporre di strumenti per attivare e mantenere attivo un sistema organizzativo e di direzione che promuova la gestione mediante delega, riconoscendo larga autonomia agli operatori nell'esercizio delle attività loro assegnate, valorizzando in tal modo le competenze specifiche e favorendo il miglioramento continuativo;
- **Comunicazione del rischio/promozione della salute:** implementare la capacità di promuovere la trasparenza dei comportamenti e la comunicazione continua per accrescere il coinvolgimento degli stakeholder;
- **La comunicazione interna:** promuovere le capacità di condivisione degli obiettivi aziendali all'interno del sistema sanitario al fine di aggregare attorno a specifici problemi di salute le strutture e le professionalità in grado di fornire un contributo;
- **Innovazione:** migliorare le capacità di innovazione, fattore determinante di sviluppo e di crescita, favorendo un clima di propositività, orientando lo stile di collaborazione al coinvolgimento e alla fiducia in grado di aumentare la motivazione del personale.

3. La modifica delle condizioni logistiche di lavoro: l'esigenza di garantire maggiori integrazioni tra i servizi del dipartimento e tra gli stessi e le altre strutture delle aziende sanitarie, soprattutto nelle ASL oggetto di accorpamento, richiede la definizione di strategie che prevedano interventi sulle strutture fisiche dei servizi, articolate in sedi direzionali e sedi operative, sulle apparecchiature e attrezzature disponibili a supporto allo svolgimento delle attività, sulle reti dei sistemi informativi per la gestione dei documenti e dei dati che devono essere adeguate alla redistribuzione delle attività e delle risorse su aree geografiche più ampie.

4. La revisione dell'organizzazione: l'assetto organizzativo del Dipartimento di Prevenzione, come definito nelle sue linee essenziali dal DLgs. 229/99, prevede tre aree dipartimentali (Sanità pubblica, Tutela della salute negli ambienti di lavoro e Sanità pubblica veterinaria) e impone all'interno delle tre aree dipartimentali "strutture organizzative specificamente dedicate" (art.7-quater, comma 2) le quali si distinguono in "servizi o unità operative in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento e alle funzioni attribuite" (art. 7-quater, comma 3). Questo ha portato da un lato ad elevati livelli di specializzazione con il raggiungimento, in alcuni ambiti, di livelli eccellenti di efficienza ma dall'altro, l'articolazione dei servizi o unità operative, interpretata in modo rigido come separazione o, addirittura, con esasperata rivendicazione di specificità, ha rappresentato e rappresenta uno degli ostacoli più seri all'adozione diffusa di una progettazione per obiettivi al punto che, in molti casi, si eseguono tante e distinte ispezioni nello stesso luogo quanti sono i servizi coinvolti. Tali modalità operative sono state riprodotte anche a livello dei settori regionali e dei Centri di riferimento con la creazione di "specificità settoriali" che ostacolano l'adozione di una progettazione per obiettivi che, anche negli ultimi atti al di là degli slogan, appare più formale che sostanziale. Questi problemi, noti da tempo e non gestiti in modo adeguato, dovrebbero essere affrontati mediante interventi graduali agendo sulla definizione di effettivi obiettivi di salute, sulle caratteristiche professionali e sulle condizioni logistiche di lavoro, senza limitarsi ad assegnare obiettivi di integrazione ai servizi poi non motivati e messi in grado di

operare. In ogni caso la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi a livello territoriale, se effettuata con metodi logici e trasparenti, può rappresentare uno degli strumenti per superare alcune criticità. Alcuni dei fattori da tenere in considerazione nella definizione di proposte organizzative sono i seguenti:

- **il mantenimento dei livelli di specializzazione**: come già accennato il livello di specializzazione dei servizi è previsto da un **obbligo di legge** (sono definite specializzazioni tematiche di accesso, specifici concorsi di valutazione e competenze ben definite di attività) che si collega anche alla necessità di svolgere, in rapporto funzionale con la Procura della Repubblica, conformemente a quanto indicato dall'articolo 57 comma 3 del Codice di Procedura Penale che riporta: ".....sono altresì ufficiali di polizia giudiziaria, nei limiti del Servizio cui sono destinati secondo le rispettive attribuzioni le persone delle quali le leggi e regolamenti attribuiscono le funzioni previste dall'articolo 55 C.P.P.." attività di Polizia Giudiziaria all'interno della disciplina di appartenenza; la possibilità di esprimere professionalità peculiari caratterizzate oltre che la capacità di mettere in atto organizzazione, manualità e comportamenti differenti con un'approfondita conoscenza di un corpo giuridico imponente ed in continua evoluzione da cui in molti casi dipende la corretta ed efficace applicazione del dettato normativo nelle differenti fasi di attività rappresentano un valore aggiunto che viene richiamato dal PSSR quale elemento da incrementare per il mantenimento di **elevati livelli di efficienza ed efficacia degli interventi in particolare nel settore della vigilanza**;

- **la gerarchia e le deleghe**: i Decreti Legislativi 502/1992 e 229/1999 hanno rivisto la vecchia gerarchia delle figure professionali all'interno del Sistema Sanitario Nazionale fondata sulle posizioni del primario, dell'aiuto e dell'assistente, articolando la dirigenza del ruolo sanitario dapprima su 2 livelli (articolo 15 del D.Lgs.502/92) e successivamente su uno solo (articolo 13 D.Lgs. 229/99) con la possibilità da parte del dirigente di assumere incarichi di direzione di struttura semplice o complessa; obiettivo della riforma è stato quello di contemperare la gerarchia con l'autonomia professionale "anche se – sono le conclusioni di una sentenza della Corte di Cassazione (IV sezione penale udienza del 29 settembre 2005) - sostanzialmente non appaiono incrinati i **poteri-doveri sanitari in funzione apicale...**" Sono 3 le condotte che **il dirigente apicale dovrebbe attuare** per evitare, secondo la Suprema Corte, un possibile coinvolgimento in attività omissive dei collaboratori:

- il potere-dovere di fornire preventivamente le informazioni di carattere programmatico per un efficiente svolgimento dell'attività sanitaria e quindi l'esercizio di direttive tecnico-organizzative;
- il potere di delega per quei casi sicuramente risolvibili in base all'espletamento dei poteri organizzativi di carattere generale;
- un potere-dovere di verifica, vigilanza ed eventuale avocazione a se dell'attività di particolare complessità al fine di garantire il miglior risultato.

Seppur esistano esempi di direttori di struttura complessa che hanno svolto la propria attività a scavalco su più strutture mediche o veterinarie esercitando talvolta, oltre alla facoltà della tuttologia, anche quella del controllo a distanza ricoprendo contemporaneamente incarichi in più amministrazioni, i livelli di efficienza e efficacia sono stati ottenuti con organizzazioni strutturate nel rispetto della normativa con direttori di struttura complessa in possesso di effettive competenze specifiche per la struttura chiamati a dirigere, consentendo di affrontare sul campo problematiche e responsabilità che sono cresciute enormemente di complessità e che influiscono direttamente sull'efficienza ed efficacia delle attività svolte. E' quindi necessario effettuare valutazioni, anche di tipo sperimentale, prima di definire la soppressione di figure apicali al fine di evitare, **a fronte di risparmi limitati**, in una fase di profondi cambiamenti (nuovo PSSR, accorpamento delle ASL, revisione dei LEA a livello nazionale) **processi di deresponsabilizzazione e demotivazione del personale con possibili effetti sull'erogazione dei servizi a livello territoriale** che, nel caso della sicurezza alimentare, possono avere pesanti **ricadute sulla salute dei cittadini e sull'economia delle imprese agro-alimentari**; la definizione di aree di competenza (geografiche e di attività) per i direttori (primari) delle strutture della prevenzione dovrebbe inoltre essere **effettuata non in modo settoriale bensì tenendo conto di altre figure similari (es. il direttore del distretto) utilizzando tecniche di bench-marking** che garantiscano un'omogeneità nella assegnazione delle responsabilità all'interno del sistema sanitario;

- **l'individuazione di modalità di coordinamento e di integrazione**: nella definizione di coordinamenti esistono almeno 2 modelli: il coordinamento per INPUT basato sull'esigenza di integrare le attività professionali omogenee (esempio il coordinamento di più strutture di sanità animale area A tra di loro nelle aziende oggetto di accorpamento) ed il coordinamento per OUTPUT basato sull'esigenza di integrare attività differenti per il raggiungimento di uno stesso obiettivo (es. SIAN e struttura complessa area B per i controlli finalizzati alla riduzione di fattori di rischio su attività di commercializzazione o somministrazione). Nel primo caso il coordinamento, individuato in modo trasparente mediante una valutazione dei curricula tra i direttori di struttura complessa presenti, dovrebbe essere, almeno nella fase iniziale, finalizzato ad un ruolo di gestione dei sistemi informativi e della armonizzazione delle procedure; nel caso dell'individuazione di coordinamenti per OUTPUT occorre individuare attività sulle quali sperimentare modelli di gestione per processi e, nel caso siano coinvolte più strutture complesse,

costruendo dei processi gestiti a “matrice”, tenendo conto della riduzione di efficienza e di capacità decisionale e conseguentemente del maggior apporto di risorse necessario per la sperimentazione di questi tipi di organizzazione. Anche le tematiche inerenti l'integrazione dovrebbero essere sviluppate partendo dalla definizione di percorsi chiari utilizzando in modo appropriato gli strumenti: esistono esigenze di integrazione reciproca (tra strutture con stessi ambiti di attività) e di integrazioni sequenziali di attività (tra strutture che svolgono attività in ambiti tra loro diversi ma collegate funzionalmente tra loro). In questo settore grandi miglioramenti si possono introdurre senza modificare l'assetto dei servizi ma riassegnando mediante decisioni assunte a livello centrale alcune attività che oggi sono svolte in modo frammentato tra più strutture.

Conclusioni

Il sistema sanitario piemontese vive una fase di profondo cambiamento: i nuovi scenari del PSSR, l'accorpamento delle ASL e la probabile revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). A questo occorre aggiungere, per i settori della sicurezza alimentare e della Sanità Pubblica Veterinaria, i radicali cambiamenti normativi introdotti da numerosi Regolamenti della U.E. che richiedono modifiche agli approcci sino ad ora adottati nei controlli sulle imprese. Il tutto si verifica in una fase di contesto economico non favorevole che mette in posizione prioritaria, tra gli obiettivi dei Direttori Generali, il rispetto di vincoli di bilancio.

L'Assessorato alla Sanità ha sino ad ora ritenuto non opportuno fornire indicazioni alle ASL sulle tematiche organizzative, fatto salvo promuovere l'istituzione della figura del direttore della prevenzione di cui non sono a tutt'oggi stati definiti né i ruoli, né le competenze e le caratteristiche professionali per svolgerle, ma sulla quale circolano già alcuni nomi di probabili candidature. Così come circolano in modo ufficioso documenti di riorganizzazione dei servizi del dipartimento di prevenzione prodotti da società di consulenza che, tenendo in scarsa considerazione le competenze specifiche e il quadro normativo di riferimento, delineano accorpamenti di attività in strutture diverse dalle attuali contribuendo ad aggiungere confusione al già difficile momento.

Questa situazione rischia di creare gravi danni al settore della Prevenzione che da sempre è stato caratterizzato da una forte programmazione regionale e che quindi risulta generalmente poco conosciuto e considerato a livello di direzioni generali delle ASL, portando allo smantellamento di un sistema che rischia di non essere più in grado di fronteggiare le crisi che periodicamente si manifestano creando ansie tra i consumatori e danni ai produttori, vedere ridotte le garanzie di sicurezza alimentare dei cittadini e non rispondere più ai requisiti delle attività di controllo previsti dalla UE e verificati nel corso dei sopralluoghi periodici effettuati dal Food Veterinary Office in tutti i Paesi membri.

Alla luce di quanto descritto si ritiene pertanto che la linea più ragionevole da adottare sia quella di confermare gli attuali assetti organizzativi individuando i “coordinamenti”, così come proposti nel presente documento, sollecitando la definizione di un percorso per pervenire, alla revisione del modello di articolazione dei servizi, mediante il confronto tra modelli organizzativi e scelte ponderate in grado di migliorare i livelli di prevenzione in linea con quanto previsto dal PSSR.

Breve Bibliografia consultata

1. Ministero della Salute. Dati piani alimenti 1997-2005 (Disponibile all'indirizzo: www.ministerosalute.it/alimenti/alimenti.jsp).
2. Ministero Salute. Dati piani alimenti 2003-2005 (Disponibile all'indirizzo: www.ministerosalute.it/alimenti/alimenti.jsp).
3. WHO Rapporto di sorveglianza 1993-1998 (WHO, 1995; Tirado, 2001).
4. Mead PS, Slutsker L, Dietz V, McCaig LF, Bresee JS, Shapiro C, Griffin PM, Tauxe RV. Food-related illness and death in the United States. *Emerg Infect Dis.* 1999 Sep-Oct;5(5):607-25. <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol5no5/pdf/mead.pdf>
5. Surveillance Programme for Control of Foodborne Infectious and Intoxication in Europe. 8th Report 1999-2000. WHO 2001 http://www.bfr.bund.de/internet/8threport/8threp_fr.htm
6. Adak GK, Meakins SM, Yip H, Lopman BA, O'Brien SJ. Disease risks from foods, England and Wales, 1996-2000. *Emerg Infect Dis.* 2005 Mar;11(3):365-72. <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol11no03/pdfs/04-0191.pdf>
7. Hall G, Kirk MD, Becker N, Gregory JE, Unicomb L, Millard G, Stafford R, Lalor K. Estimating foodborne gastroenteritis, Australia. *Emerg Infect Dis.* 2005 Aug;11(8):1257-64. <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol11no08/04-1367.htm>
8. Food Safety Management Systems. Cost, Benefits and Alternatives. Commonwealth Department of Health and Aging 2002 [http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-strateg-foodpolicy-pdfalternatives.htm/\\$FILE/alternatives.pdf](http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-pubhlth-strateg-foodpolicy-pdfalternatives.htm/$FILE/alternatives.pdf)
9. Redmond EC, Griffith CJ. Consumer food handling in the home: a review of food safety studies. *J Food Prot.* 2003 Jan;66(1):130-61.
10. Angelillo IF, Foresta MR, Scozzafava C, Pavia M. Consumers and foodborne diseases: knowledge, attitudes and reported behavior in one region of Italy. *Int J Food Microbiol.* 2001 Feb 28;64(1-2):161-6.
11. Studio trasversale Passi 2006. Marco Cristofori, Gaia Scavia, Pierluigi Piras, Pina de Lorenzo, Mauro Ramigni, Daniela Lombardi, Giuliano Carrozzì, Paolo Niutta, Maria Miceli, Nancy Binkin, Alberto Perra e Vincenzo Casaccia. La sicurezza alimentare in ambito domestico. *Ben Notiziario ISS Volume 20 numero 12 (2007)*. <http://www.epicentro.iss.it/ben/2007/dicembre/1.asp>

Il presente documento è stato redatto con la collaborazione di medici veterinari operanti nelle ASL del Piemonte nelle strutture complesse di Sanità Animale–area A, Igiene degli Alimenti di Origine Animale–area B, Igiene delle Produzioni Zootecniche–area C.