

# 15 Dipartimenti di Prevenzione durante la pandemia tra le criticità strutturali e l'emergenza

di Marianna Cavazza, Mario Del Vecchio, Luigi M. Preti, Valeria Rappini<sup>1</sup>

## 15.1 Obiettivi di ricerca e metodologie

Fin dalla costituzione del SSN, le articolazioni istituzionali locali (prima Usl e poi Asl) hanno incluso in sé tutti i servizi ritenuti necessari per la tutela della salute e l'assistenza sanitaria di un determinato territorio. Da tale scelta consegue che le Asl erogano prestazioni sia a domanda individuale sia a domanda collettiva. Queste ultime sono, in particolare, oggetto delle attività dei dipartimenti di prevenzione (DP) le cui funzioni sono la promozione della salute, la prevenzione collettiva e la sanità pubblica. Come la normativa<sup>2</sup> e i Piani Nazionali della Prevenzione (PNP)<sup>3</sup> indicano, l'elemento critico per il successo di questa soluzione organizzativa è l'interazione sia tra gli stessi servizi dell'Asl, seppure di natura eterogenea, sia tra questi ultimi e gli attori sul territorio.

Come si posizionano e quale ruolo effettivamente svolgono i DP nelle Asl? Si è effettivamente raggiunta un'efficace interazione tra i diversi servizi che compongono un DP e le altre articolazioni aziendali e interlocutori sul territorio? Una prima risposta a queste domande è stata fornita dall'analisi di Del Vecchio *et al.* (2015) i quali segnalano come alla integrazione istituzionale non abbia, in genere, corrisposto una coerente integrazione funzionale.

---

<sup>1</sup> Il lavoro è il frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori. Per quanto riguarda la stesura, i §§ 15.1 e 15.4 possono essere attribuiti a Marianna Cavazza, il § 15.2.1 e il 15.3 a Luigi Preti, il § 15.2.2 a Valeria Rappini e il § 15.5 a Mario Del Vecchio.

<sup>2</sup> Cfr. c.1 [...] Il dipartimento di prevenzione è struttura operativa dell'unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

c. 2. A tal fine il dipartimento di prevenzione promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. [...]. Art. 7-*bis*, D.lgs. 50271992.

<sup>3</sup> In particolare, cfr. ad esempio gli ultimi due PNP emanati dal Ministero della Salute 2015-2018 e 2020-2015.

Gli stessi autori registrano, tuttavia, anche un cambiamento di «atmosfera» a partire dalle attese crescenti, mostrate dalle direzioni strategiche, per le attività di prevenzione e promozione della salute, insieme a un lento passaggio da un approccio prettamente autoritativo nell'attività di Vigilanza e Controllo (VC) a uno mirato a promuovere una cultura della prevenzione e a supportare gli enti, già oggetto di meri controlli, nel mantenere la sanità e la salute pubblica.

In tale contesto, l'emergenza pandemica ha posto il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) con le sue competenze e, più in generale, il DP con tutti gli altri suoi servizi, come un primo punto di riferimento per le direzioni aziendali. Queste si sono trovate nella necessità di domandare ai SISP sia interventi di Vigilanza e Controllo, su una scala finora mai richiesta, sia di operare quella integrazione tra servizi a domanda collettiva e a domanda individuale che finora era mancata o era stata molto raramente praticata. Emerge, quindi, la domanda se questa situazione emergenziale abbia accelerato i cambiamenti sporadicamente già in corso o abbia comunque comportato dei momenti di discontinuità rilevanti in quei contesti ancora caratterizzati da una carenza di interazioni funzionali tra i DP e le altre articolazioni aziendali.

Per rispondere a queste domande abbiamo inizialmente ripreso il lavoro di Del Vecchio *et al.* (2015) per fornire un quadro del contesto e delle criticità presenti nei DP, con particolare attenzione ai SISP, prima della pandemia. Quest'analisi è poi completata da una breve esposizione delle soluzioni organizzative adottate in altri Paesi europei rispetto all'area della *Public Health*. Abbiamo, quindi, approfondito il ruolo e le attività svolte dai DP nel corso della pandemia in quattro diverse realtà aziendali quali l'Asl di Torino 4, l'Ausl di Modena, l'Asl di Frosinone e l'Asl di Taranto, cercando poi di prospettare il possibile impatto delle esperienze vissute sul futuro posizionamento dipartimenti e in particolare dei SISP nelle rispettive aziende sanitarie. Partendo poi dalle evidenze raccolte nelle quattro Asl, abbiamo somministrato a diciannove medici di igiene pubblica di aziende, collocate in diverse regioni<sup>4</sup>, un questionario per indagare quali potessero essere le prospettive di cambiamento nell'organizzazione e nelle modalità di lavoro dei DP dopo l'esperienza della pandemia. È stata un'opportunità per testare su una platea più ampia le percezioni avute dagli operatori circa l'impatto delle soluzioni organizzative adottate durante la pandemia sulle prospettive di interazione con le altre articolazioni aziendali e sul posizionamento del DP e del SISP, in particolare, che abbiamo provato a configurare. Nell'ambito di questo lavoro di approfondimento, abbiamo anche discusso le principali tematiche emerse

---

<sup>4</sup> Piemonte, Lombardia, Liguria, Friuli Venezia-Giulia, Emilia-Romagna, Marche, Toscana, Abruzzo, Puglia, Campania, Calabria e Sicilia.

nel corso del lavoro con dei direttori generali nel corso di un'intervista a tre voci<sup>5</sup>, focalizzando l'attenzione sui possibili futuri posizionamenti dei DP nelle Asl.

## **15.2 Caratteristiche e criticità strutturali dei dipartimenti di prevenzione**

### **15.2.1 Il contesto italiano in un confronto internazionale**

Per comprendere appieno le criticità dei dipartimenti di prevenzione a cui si è accennato nel paragrafo iniziale, è necessario illustrare brevemente le attività svolte da questo tipo di dipartimento e le implicazioni organizzative che ne derivano, per poi completare il quadro considerando le soluzioni istituzionali adottate in altri Paesi europei.

La normativa prevede che il DP copra le seguenti funzioni di prevenzione e sanità pubblica: (i) profilassi delle malattie infettive e parassitarie; (ii) tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita; (iii) tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari negli ambienti di lavoro; (iv) sanità pubblica veterinaria; (v) tutela igienico-sanitaria degli alimenti; (v) sorveglianza e prevenzione nutrizionale; (vi) promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

Si tratta di attività di natura estremamente eterogenea sostanzialmente riconducibili a tre diverse tipologie: (i) funzioni amministrative a valenza autoritativa; (ii) attività di vigilanza e controllo in diversi ambiti che vanno dagli ambienti di vita e di lavoro alla profilassi delle malattie infettive; (iii) interventi di natura collettiva funzionali a prestazioni sanitarie a domanda individuale come la promozione della salute e la prevenzione. In ciascuno di questi tre ambiti si ha, poi, una eterogeneità di servizi erogati altrettanto elevata. Nell'ambito autoritativo si passa, ad esempio, dalla commissione medica locale patenti ai pareri per autorizzare gli sfratti, al riconoscimento dell'invalidità civile, fino al giudizio di idoneità alla mansione del lavoratore. La stessa eterogeneità si registra nelle funzioni di vigilanza e controllo nei diversi ambiti di vita e lavoro che includono prestazioni tra loro distanti come, ad esempio, il giudizio di potabilità su nuove captazioni, la mappa del rischio e le linee guida per i protocolli sicurezza negli ambienti di lavoro e di comunità, interventi di profilassi anti-rabbica e sterilizzazione contro il randagismo e, ancora, verifica e sorveglianza

<sup>5</sup> Si ringraziano per la gentile disponibilità Angelo Tanese, Direttore Generale dell'Asl di Roma 1; Gennaro Sosto, Direttore Generale dell'Asl di Napoli 3; Mara Azzi, Direttore Generale dell'ATS di Pavia al momento dell'intervista il 26 luglio 2021.

della copertura vaccinale. Infine, anche l'area della promozione della salute e della prevenzione condivide le medesime caratteristiche, comprendo attività quali: il monitoraggio del comportamento alimentare insieme alla valutazione e al controllo dei menù, i piani mirati di prevenzione e campagne vaccinali e le indagini epidemiologiche.

In un'ottica di analisi comparativa rispetto al quadro italiano, qui di seguito si sintetizzano le soluzioni adottate in altri Paesi europei, quali Inghilterra<sup>6</sup>, Germania, Francia e Spagna, per il funzionamento dei rispettivi sistemi di *Public Health* (cfr. box 15.1-15.4). Pur trattandosi di assetti istituzionali e organizzativi fortemente funzionali alle caratteristiche del sistema sanitario del Paese considerato, emergono tuttavia alcune caratteristiche trasversali ai diversi contesti considerati.

### Box 15.1 **L'organizzazione della Public Health in Inghilterra**

Il sistema inglese è al centro di un articolato processo di riforma avviato nel 2020 e che vedrà la conclusione alla fine del 2021. Si riporta pertanto una breve sintesi del sistema vigente prima dell'emergenza Covid-19. Il *Department of Health and Social Care* (DoH) è responsabile a livello centrale della salute pubblica e di determinare e monitorare le misure di *Public Health* (PH). Il *Public Health England* (PHE) è poi l'agenzia esecutiva sempre a livello centrale che coordina tutte le iniziative di protezione della salute da parte del NHS e delle sue autorità locali. In questo ambito, un ampio insieme di professionisti è coinvolto: non solo medici, ma anche insegnanti, lavoratori del settore sociale, oltre ai medici di salute pubblica (*public health practitioners*). La medicina del lavoro è prevista come servizio alle imprese da parte del *NHS Health at Work Network* attraverso *occupational health teams*. Le attività relative a sicurezza degli alimenti sono affidate alla *Food Standard Agency*, mentre quelle per la sanità animale alla *Animal And Plant Health Agency*.

Fonte: Cylus *et al.*, 2015. Public Health England, 2020. NHS Health at Work.

### Box 15.2 **L'organizzazione della Public Health in Francia**

A livello nazionale, le funzioni (sorveglianza malattie infettive, salute della popolazione, promozione della salute, ecc.) prima del 2016 erano assegnate a una serie di istituzioni poi concentrate all'interno di un'unica agenzia sul modello britannico, denominata *Santé Publique France* (SPF). Ai comuni sono affidati compiti tipici di PH quali l'igiene delle acque e la sicurezza ambientale, delle aree residenziali, degli ambienti di lavoro e degli alimenti. Le competenze in materia di rischi sanitari in ambito alimentare, ambientale, degli ambienti di lavoro sono affidate, invece, all'*Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail* (ANSES).

Fonte: Cheveul *et al.*, 2015.

<sup>6</sup> Non si considera la Gran Bretagna nel suo complesso in quanto le altre nazioni (Scozia, Galles e Irlanda del Nord) hanno sistemi differenti.

### Box 15.3 **L'organizzazione della Public Health in Spagna**

Le competenze di PH in termini di programmazione ed erogazione sono affidate alle 17 comunità autonome: queste, di norma, hanno una struttura (direzione generale) responsabile delle funzioni di salute pubblica che opera attraverso gli ispettori di salute pubblica sul territorio. Sotto il coordinamento della struttura regionale, i comuni hanno competenze operative rispetto ai temi di igiene e salute pubblica ambientale e, soprattutto in quelli di grandi dimensioni, nell'igiene degli alimenti, degli animali e nella promozione di programmi di buona salute. Compiti di coordinamento generale e regolamentazione, oltre che operativi in tema di salute internazionale ed emergenze sanitarie sono affidati al *Ministerio de Sanidad* a livello nazionale.

Fonte: Bernal-Delgado *et al.*, 2018.

### Box 15.4 **L'organizzazione della Public Health in Germania**

Il *Robert Koch-Institute* è un organo consultivo per le autorità a livello federale, statale e locale su materie relative a prevenzione, individuazione e diffusione delle malattie infettive. Il Centro Federale per l'educazione sanitaria (BZgA) si occupa poi di prevenzione delle malattie e promozione della salute, svolgendo attività di sviluppo, implementazione e valutazione dei programmi di prevenzione e promozione della salute per conto della Associazione federale delle Assicurazioni sanitarie sociali (*Krankenkassen*). L'erogazione di servizi di PH è primaria responsabilità dei Land e differisce a seconda di questi ultimi. In molti casi l'erogazione è poi demandata ai comuni. Esistono, infine, uffici di salute pubblica sul territorio (*Gesundheitsamt*), molto variabili in termini di dimensioni e competenze.

Fonte: Blümel *et al.*, 2020.

Specificatamente, l'aspetto che accomuna i sistemi di *Public Health*, sopra brevemente descritti, riguarda la presenza di una pluralità di attori, ciascuno in carico di una o più funzioni, ma mai di tutte quelle incluse nell'ambito della salute pubblica. Inoltre, raramente queste stesse funzioni sono assegnate a soggetti deputati all'erogazione dei servizi sanitari. Se questa può essere una caratteristica prevedibile nei sistemi mutualistici (ad esempio Francia o Germania), dove la separazione tra regolatore, terzo-pagante ed erogatore è netta, la stessa si osserva anche nel sistema inglese e spagnolo. La tendenza alla separazione e alla specializzazione delle funzioni all'interno di soggetti autonomi è molto frequente, in particolar modo per le funzioni intersettoriali quali l'igiene degli alimenti, la sanità veterinaria e la prevenzione ambientale. L'igiene pubblica e in particolare i programmi di prevenzione delle malattie (infettive e croniche) e di promozione della salute sono quelli in cui, pur in presenza di entità comunque autonome, si registrano le principali forme di integrazione con gli erogatori di cure primarie e specialistiche. Un ulteriore aspetto riguarda il ruolo che in alcuni sistemi rivestono le autonomie locali, i comuni in particolare, nell'espletare funzioni di salute pubblica, in particolar modo quelle di natura autoritativa e di vigilanza.

Facendo, quindi, un confronto con la realtà italiana, emerge che il SSN italiano si caratterizza – rispetto ad altri Paesi europei come Francia, Spagna, Inghilterra e Germania – per una duplice scelta: accentrare tutte le funzioni operative di sanità pubblica e prevenzione in un'unica entità organizzativa (ossia il DP) e collocare tale entità all'interno dello stesso soggetto istituzionale deputato anche all'erogazione dell'assistenza (ossia l'azienda sanitaria territoriale).

### 15.2.2 Le criticità del contesto italiano

Come già accennato, la soluzione organizzativa adottata per la *Public Health* dal sistema sanitario italiano è certamente una scelta strategica forte e sfidante per la sua realizzazione complessiva. Le funzioni del DP integrate nelle aziende del SSN sono, infatti, fortemente eterogenee tra loro, in termini di competenze e vocazione, accomunate principalmente dalla natura collettiva della domanda e poste nell'alveo di un soggetto la cui principale missione è quella di erogare prestazioni a domanda individuale. Se per raggiungere l'obiettivo è necessario garantire un'integrazione tra tutti questi diversi ambiti, il risultato è stato finora molto variabile e non sempre in linea con le aspettative. In base all'analisi già svolta da Del Vecchio *et al.* (2015), tra le possibili ragioni, vi sono essere:

- (i) i vincoli imposti dal quadro normativo che rendono difficile alle direzioni generali intervenire sugli assetti dei DP ed esercitare la funzione di guida in forma organica e coerente rispetto al disegno strategico complessivo. Possono così facilmente emergere situazioni di contrapposizione difficilmente superabili;
- (ii) i contenuti delle funzioni amministrative a valenza autoritativa e delle attività di Vigilanza e Controllo che sono oggetto di forti interdipendenze con una serie di enti nazionali e regionali sovraordinati all'Asl. Tra questi ci sono, ad esempio, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'Ispettorato Nazionale del Lavoro (INL) e l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) o ancora gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS) e le sedi dell'Ispettorato Centrale della tutela della Qualità e della Repressione Frodi dei prodotti agroalimentari (ICQRF). Nelle attività con enti esterni si registrano linee di comando dirette che possono implicare operativamente uno scavalciamento della direzione strategica aziendale;
- (iii) la natura di alcune attività svolte le quali, richiedendo l'assunzione del ruolo di ufficiale di polizia giudiziaria, finiscono poi inevitabilmente per assumere una valenza più significativa rispetto ad altre che possono essere percepite come «accessorie». Questo aspetto si riflette spesso anche

nei rapporti di forza presenti tra i diversi servizi dipartimentali: quelli con una natura prevalentemente autoritativa finiscono per avere un maggior peso rispetto a quelli maggiormente centrati sulla prevenzione e promozione della salute;

- (iv) la focalizzazione sulle attività di Vigilanza e Controllo negli ambiti produttivi e su servizi a domanda collettiva, insieme alla cessazione di una serie di mansioni sul territorio come la medicina scolastica, hanno spesso, di fatto, limitato le competenze operative dei servizi dipartimentali nell'ambito della sanità e nell'interazione con i servizi a domanda individuale. Tutto ciò si è tradotto in una debolezza nella realizzazione di un efficace coordinamento e integrazione tra l'«anima» da programmatore e regista dei Servizi di Igiene e Sanità pubblica e quella invece prettamente operativa delle cure primarie;
- (v) uscendo dal perimetro del DP e guardando al resto delle articolazioni aziendali, è da sottolineare come possa anche esserci una scarsa sensibilità da parte dei dipartimenti delle cure primarie, così come dei professionisti impegnati in altre articolazioni aziendali, circa la necessità di investire anche nell'ambito della promozione della salute e della prevenzione coinvolgendo igienisti ed epidemiologi.

In estrema sintesi, a causa sia della tipologia delle funzioni svolte sia della prevalenza delle interazioni dei DP con soggetti esterni all'Asl, si prospetta il rischio che questi dipartimenti possano essere, in qualche modo, percepiti come «alieni» da parte della direzione strategica e delle altre articolazioni aziendali. È, d'altro canto, da considerare anche la possibilità che i servizi dei DP possano trovare in questa diversità il proprio tratto distintivo, sul quale investire per rafforzare la propria identità piuttosto che ricercare forme sistematiche di collaborazione, rendere più permeabili i confini organizzativi e correre il rischio di una ibridazione.

Il risultato finale è che l'appartenenza a una medesima istituzione che dovrebbe di per sé garantire un'interazione tra la componente dei servizi a domanda collettiva e quelli a domanda individuale, fatica a tradursi in soluzioni organizzative effettive. Le Direzioni Generali Prevenzione del Ministero della Salute e alcune Regioni hanno cercato di intervenire su questa criticità senza modificare l'attuale assetto istituzionale, ma proponendo negli ultimi anni quali strumenti di integrazione i Piani Nazionali per la Prevenzione (PNP) e Piani Regionali per la Prevenzione (PRP) che prevedono diversi specifici interventi. Ad esempio, già a livello regionale, è possibile trovare descritta, dettagliatamente e in termini vincolanti, la composizione di gruppi di lavoro incaricati di attuare i programmi del PRP nel bacino di utenza aziendale, garantendo così, dall'alto, la partecipazione sia di diverse articolazioni aziendali sia di attori del territorio come amministrazioni comunali o uffici scolastici. Un secondo tipo

di intervento messo in campo dalle regioni è fornire indicazioni alle direzioni strategiche aziendali circa la necessità di promuovere le interazioni tra le diverse articolazioni aziendali richieste dai programmi di prevenzione regionale. Infine, una soluzione più radicale prevede di separare le attività di sanità pubblica da quelle di promozione della salute e di prevenzione, affidando le prime al Dipartimento denominato appunto di Sanità Pubblica e le seconde ad altre articolazioni aziendali.

Alcune regioni hanno, quindi, provato a introdurre soluzioni organizzative mirate a promuovere le interazioni tra i servizi dei DP e gli altri dipartimenti aziendali, focalizzando l'attenzione soprattutto sull'ambito della promozione della salute e della prevenzione collettiva e individuale. Nel fare ciò, si sono certamente mosse lungo un sentiero stretto definito dalla normativa, ma si sono probabilmente anche scontrate con una mancanza di volontà e determinazione da parte degli attori in campo, quali i servizi del DP, incluso il SISP, e gli altri dipartimenti aziendali.

Tuttavia, nel momento in cui si superassero questi vincoli, quali potrebbe essere ulteriori possibili scenari sia restando all'interno dell'attuale quadro normativo che prospettando eventuali modifiche a quest'ultimo?

Si possono cominciare a prefigurare tre possibili soluzioni che richiedono una diversa intensità di cambiamento organizzativo ed eventualmente anche normativo:

- (i) la prima soluzione presuppone che gli attuali assetti organizzativi e missioni di fondo delle UO siano mantenuti, ma le interazioni tra i SISP e gli altri dipartimenti aziendali, nell'ambito di progettualità comuni, siano strutturate e rese sistematiche. Tutto ciò potrebbe avvenire non solo attraverso un impulso regionale, ma soprattutto grazie a una volontà e a una determinazione comune degli operatori e al supporto delle direzioni strategiche;
- (ii) un secondo scenario richiede di mutare non solo le modalità di lavoro, ma anche l'approccio negli interventi relativi alla prevenzione e promozione della salute. Si tratta di spostare il focus da una popolazione indistinta verso interventi funzionali ai differenti target di popolazione, sorretti da gruppi di lavoro multidisciplinari oltre che interdipartimentali. Tutto ciò dovrebbe avere come presupposto una intensa integrazione tra il SISP del dipartimento di prevenzione e gli altri dipartimenti aziendali. Rimane comunque aperta, da una parte, la questione del posizionamento dei restanti servizi del DP e, dall'altra, quella di quali assetti organizzativi possano risultare più coerenti con modalità di funzionamento integrate;
- (iii) una ultima opzione rappresenta una ulteriore evoluzione rispetto alla precedente ipotesi e fa riferimento a una soluzione già oggetto di dibattito



nell'ambito della Società Italiana di Igiene, Medicina preventiva e Sanità pubblica (SITI). Si tratterebbe di accentrare a livello regionale le funzioni di sanità pubblica veterinaria e degli alimenti e di prevenzione e sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro in uno o più enti dedicati, riconfigurando radicalmente, oltre che dal punto di vista istituzionale, anche da quello organizzativo la presenza della sanità pubblica nelle ASL.

Al di là di queste proposte di evoluzione organizzativa e istituzionale, la realizzazione di qualsiasi scenario innovativo passa comunque da due elementi cruciali: il primo consiste nella percezione che un'attività di Vigilanza e Controllo pienamente efficace richiede spesso di essere funzionale ai servizi erogati dalle altre articolazioni aziendali; il secondo, di conseguenza, riguarda la necessità di interagire in modo costruttivo e continuativo con le altre componenti aziendali. Le prime analisi disponibili<sup>7</sup> indicano che l'emergenza pandemica ha richiesto interventi la cui efficacia dipendeva fortemente proprio dalla capacità di interazione di servizi e professionalità che spesso non avevano mai avuto modo di collaborare o neppure di conoscersi. Emerge, quindi, la questione se questa congiuntura, certamente catastrofica, abbia avuto un impatto sulle capacità di interazione anche dei SISP, insieme agli altri servizi del DP, con le altre articolazioni aziendali.

### **15.3 Le esperienze di quattro dipartimenti di prevenzione durante l'emergenza pandemica**

Per rispondere alla questione appena riportata, abbiamo analizzato quanto avvenuto durante la pandemia in quattro aziende sanitarie nella prospettiva delle interazioni tra componenti organizzative del DP e altre articolazioni aziendali. In particolare, l'attenzione è stata focalizzata (i) sulle attività svolte dai SISP e (ii) su come queste stesse attività abbiano richiesto e in quali termini interazioni con le direzioni strategiche, i MMG e/o altre articolazioni organizzative della azienda. Sono, quindi, state svolte tra maggio e luglio 2021 interviste semistrutturate a distanza sia ai Direttori Generali aziendali, insieme ad altri membri della direzione strategica, sia ai Direttori dei DP e ai responsabili dei SISP<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Cfr. ad esempio Salmaso *et al.* 2020 per l'ambito della prevenzione e Longo e Del Vecchio 2020 per il sistema sanitario più in generale.

<sup>8</sup> Si ringraziano per la loro gentile disponibilità e contributo di informazioni, di esperienze e di idee, per l'Ausl di Modena, Antonio Brambilla (Direttore Generale), Silvana Borsari (Direttore Sanitario) e Davide Ferrari (Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica); per l'ASL Torino 4, Luigi Vercellino (Commissario fino al 30 giugno 2021), Clemente Ponzetti (Consulente), Franco Valtorta (Direttore del Dipartimento di Prevenzione) e Eva Anselmo (SC Igiene e Sanità Pubblica); per l'ASL di Frosinone, Pierpaola D'Alessandro (Direttrice Generale), Giancarlo

in modo da raccogliere informazioni e percezioni da angolazioni tra loro diverse.

In tutte le quattro aziende sanitarie, il governo e il coordinamento degli interventi richiesti dalla pandemia sono stati sostanzialmente in capo alle direzioni strategiche: in tale contesto, i SISP sono stati i primi e principali interlocutori di queste ultime per il governo, l'organizzazione e l'operatività delle attività di Vigilanza e Controllo, aspetto cruciale nella gestione di una pandemia. Tale ruolo si è concretizzato nelle attività di tracciamento (inizialmente insieme alla prescrizione dei tamponi) e gestione dei focolai, sorveglianza sanitaria e vaccinazioni. Inoltre, le Unità Operative epidemiologiche, laddove presenti e incardinate nei DP, hanno supportato le direzioni strategiche con analisi e rapporti puntuali insieme alla gestione dei flussi informativi richiesti dal governo regionale e nazionale.

In tutte le quattro aziende una prima occasione di interazione è stata la carenza di organico dei SISP, carenza che ha richiesto diversi interventi a livello aziendale. Durante la prima ondata si è in genere ricorsi agli operatori degli altri servizi del DP puntando sulle comuni esperienze nel contesto della sanità pubblica, mentre da altre articolazioni aziendali si è trasferito soprattutto personale amministrativo. In tutte le interviste è emerso come questa esperienza abbia consentito, spesso per la prima volta, a colleghi dello stesso DP di conoscersi e lavorare insieme in un clima, in precedenza poco presente, di collaborazione e condivisione di pratiche e conoscenze. Nel corso delle ondate successive, data la ripresa delle attività di Vigilanza e Controllo nell'ambito della sanità veterinaria e della medicina del lavoro, insieme alla disponibilità di tempo e modo per acquisire personale, in tutte le aziende si sono registrate assunzioni, spesso a tempo determinato, di nuovi operatori, non necessariamente solo medici o tecnici della prevenzione. Pure in questo caso, si è raccolta una valutazione ampiamente positiva in quanto ciò ha consentito di inserire nuove risorse umane fortemente motivate in servizi caratterizzati da una cronica mancanza di ricambio generazionale.

Nella prospettiva di questo lavoro, si riscontra quindi in tutte le aziende un primo elemento di discontinuità rispetto alla situazione pre-pandemica: in contesti in cui accadeva spesso che l'interazione tra i servizi dello stesso dipartimento fosse scarsa o nulla, gli operatori si sono trovati a lavorare insieme su un progetto comune in condizioni fortemente unificanti come quelle imposte dall'emergenza. La presenza di precedenti esperienze di collaborazione nate su iniziativa della Regione e della direzione dipartimentale e aziendale come nel caso di Modena (Cfr. Box 6) o della stessa direzione dipartimentale nel parti-

---

Pizzutelli (Direttore del Dipartimento di Prevenzione) e Maria Gabriella Calenda (Responsabile UOC Servizio di Igiene e Sanità Pubblica); per l'ASL di Taranto, Stefano Rossi (Direttore Generale) e Michele Conversano (Direttore del Dipartimento di Prevenzione).

colare contesto di Taranto (Cfr. Box 8) dovrebbe comportare, in prospettiva, un rafforzamento e forse un'accelerazione del processo di interazione e progettualità comune. In contesti come Torino 4 e Frosinone dove simili esperienze erano state fino ad allora più limitate o del tutto assenti, resta ancora da capire l'impatto generato da un periodo di maggiore integrazione.

Nelle attività di tracciamento e sorveglianza, oltre alle criticità prodotte dal numero di casi da gestire, è emersa la necessità di integrare interventi propri della Vigilanza e Controllo su una collettività (individuare le persone infette e isolarle) con quelli di diagnosi e cura di singoli utenti. La consapevolezza di questa necessità non è stata spesso immediata, ma il risultato di un processo accelerato dalla pressione degli eventi.

A Torino 4 nell'ambito del tracciamento, la direzione strategica ha assegnato al SISP il compito di tracciare e recuperare i contatti al di fuori della cerchia familiare in base alle prime informazioni raccolte dai MMG a cui è rimasto l'incarico di verificare eventuali positività nella cerchia familiare prescrivendo direttamente i tamponi. Circa la sorveglianza sanitaria, si è proceduto in modo simile: il SISP si è incaricato della comunicazione dei termini della quarantena e della sua cessazione, mentre i MMG hanno supportato gli utenti nell'organizzare operativamente gli isolamenti nei propri domicili e monitorato le condizioni insieme alle USCA. Il coordinamento tra i diversi attori coinvolti è stato garantito da una task force che includeva tutte le componenti aziendali coinvolte e diretta da uno dei direttori di distretto nominato dalla direzione strategica.

A Modena, invece, vi è stata una faticosa fase iniziale non solo di governo, ma anche di gestione diretta da parte del SISP di tutti gli aspetti del tracciamento e della sorveglianza sanitaria. Al di là degli altissimi volumi di persone da tracciare e sorvegliare (con picchi di ventimila individui), è emerso anche l'aspetto della doppia valenza di queste attività. Esempificativa è stata la prescrizione del tampone, attività inserita nell'ambito del tracciamento per individuare eventuali focolai e la loro estensione, ma anche strumento diagnostico necessario ai MMG per avviare il processo di cura. Ne è derivato che il SISP si è trovato, di fatto, a fronteggiare richieste di supporto nell'attività di diagnosi da parte dei MMG al di fuori delle proprie competenze e con volumi di contatti ingestibili. Nel corso delle ondate emergenziali successive, a fronte anche di un'aumentata disponibilità di tamponi e capacità di lavoro dei laboratori, quest'attività è stata trasferita ai MMG. È stata poi creata anche una linea diretta tra i MMG e i medici del Pronto Soccorso che avevano nel frattempo accumulato una notevole esperienza rispetto alla diagnosi del Covid-19 e potevano gestire l'eventuale procedura di ricovero.

Altrettanto complessa è stata, poi, anche la gestione della sorveglianza sanitaria a fronte sia del volume di casi da monitorare sia della necessità di gestire anche la componente prettamente assistenziale della quarantena attraverso il coordinamento con i MMG, le USCA e l'ADI. La soluzione individuata è sta-

ta di decentrare l'attività di sorveglianza a team multidisciplinari, a livello di distretto, composti dagli stessi medici del SISP e dalle altre componenti dell'assistenza territoriale.

L'esperienza di Frosinone, poi, dimostra come le risorse disponibili abbiano inevitabilmente giocato un ruolo fondamentale nell'identificare le soluzioni più efficaci. Infatti, a fronte di un numero estremamente ridotto di igienisti a disposizione del SISP, i veterinari, culturalmente formati nell'ambito della sanità pubblica, ma poco abituati alla interazione diretta con gli utenti, sono stati coinvolti nel disegnare e svolgere le attività di *contact tracing*. Per superare questo «limite», sono stati trasferiti nel SISP gli operatori delle «unità di strada» del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche, capaci di gestire il contatto diretto con i MMG e gli utenti, grazie alla loro «abitudine» a interloquire telefonicamente con i pazienti.

A Taranto, infine, un'organizzazione del DP rimasta nel tempo capillare sul territorio, spesso con una condivisione degli spazi e del personale con i distretti, ha consentito di gestire direttamente le attività di tracciamento e sorveglianza, sfruttando, ad esempio, le competenze infermieristiche per eseguire vaccinazioni a domicilio, per somministrare i tamponi sempre a domicilio.

È da segnalare, infine, come anche i progetti e le piattaforme poste sotto un più diretto coordinamento dei livelli regionali e nazionali siano stati un ulteriore, e spesso cruciale, strumento per costruire interazioni tra gli operatori nella gestione dei percorsi di tracciamento e sorveglianza.

In termini generali, l'organizzazione delle campagne vaccinali è stata maggiormente dettata da direttive regionali e nazionali, comportando una minore variabilità di soluzioni organizzative approntate dalle aziende. In alcune di quelle qui esaminate, i SISP, oltre a fornire anche indicazioni e strategie per l'organizzazione operativa degli hub vaccinali, hanno supportato le direzioni strategiche, attraverso i propri osservatori epidemiologici, nell'assolvere ai debiti informativi di sistema. Al di là di questi aspetti, la dimensione della campagna vaccinale ha richiesto la creazione di gruppi vaccinali composti non solo da igienisti, ma anche da personale medico e sanitario aziendale e/o volontario oltre che da organizzazioni di volontariato per il servizio d'ordine.

In sintesi, in tutti i contesti analizzati, le principali attività oggetto di intervento del SISP hanno richiesto la strutturazione di interazioni operative tra la componente della sanità pubblica e le altre articolazioni aziendali. Le modalità con cui si sono costruiti tali processi variano a seconda dello specifico contesto e delle sue precedenti esperienze e potrebbero condizionare eventuali strategie tese a realizzare una crescente integrazione delle attività di sanità pubblica e prevenzione nel complessivo funzionamento dell'azienda.

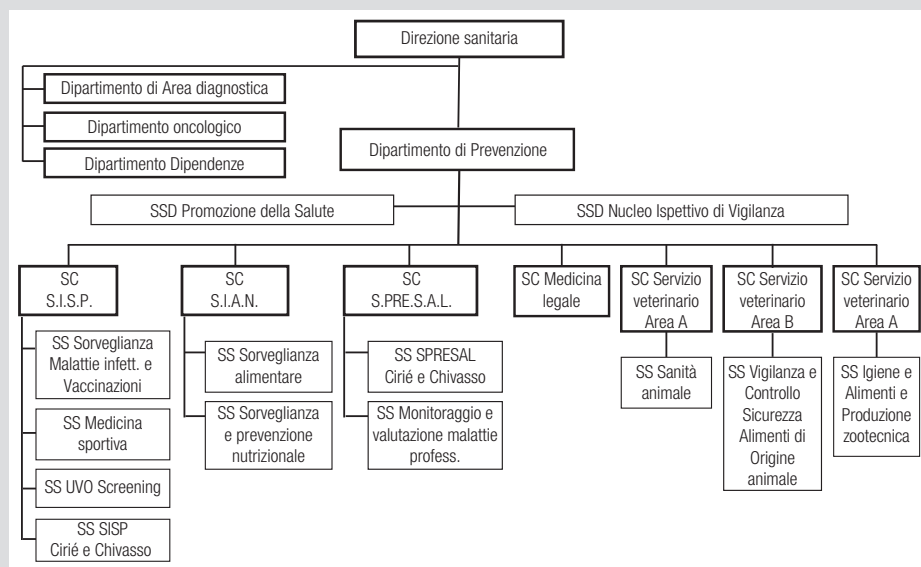
Per collocare meglio quanto fin qui analizzato si riporta di seguito una sintesi dei casi. In particolare, si rappresenta l'assetto organizzativo dei DP e le eventuali interazioni, già presenti prima della pandemia, tra i servizi del DP

e le altre articolazioni aziendali incluse quelle imposte da eventuali interventi regionali (cfr. Box 5-8). Le principali differenze negli assetti organizzativi riguardano: (i) la collocazione in staff alle direzioni generali di alcune funzioni in altri casi ricondotte all'interno dei DP (quali in particolare, comunicazione e promozione della salute e statistica ed epidemiologia); (ii) la collocazione nell'ambito di altre articolazioni aziendali di alcune funzioni e servizi di prevenzione (ad esempio, medicina dello sport).

Box 15.5 **L'Asl di Torino 4**

L'Asl Torino 4 copre la parte nord ovest della provincia di Torino e ha un bacino di utenza di poco più di mezzo milione di abitanti. Sul suo territorio sono presenti 4 presidi ospedalieri e 6 distretti sanitari.

Figura 15.1 **Organigramma dell'Area Prevenzione e dei Dipartimenti con attività nell'Area Prevenzione dell'Asl Torino 4 nel 2019**



Fonte: ASL T04, Allegato Organigramma all'Atto aziendale – Piano di organizzazione 2019, febbraio 2019. [https://www.aslto4.piemonte.it/03-Organigramma\\_2019.pdf](https://www.aslto4.piemonte.it/03-Organigramma_2019.pdf) p. 23.

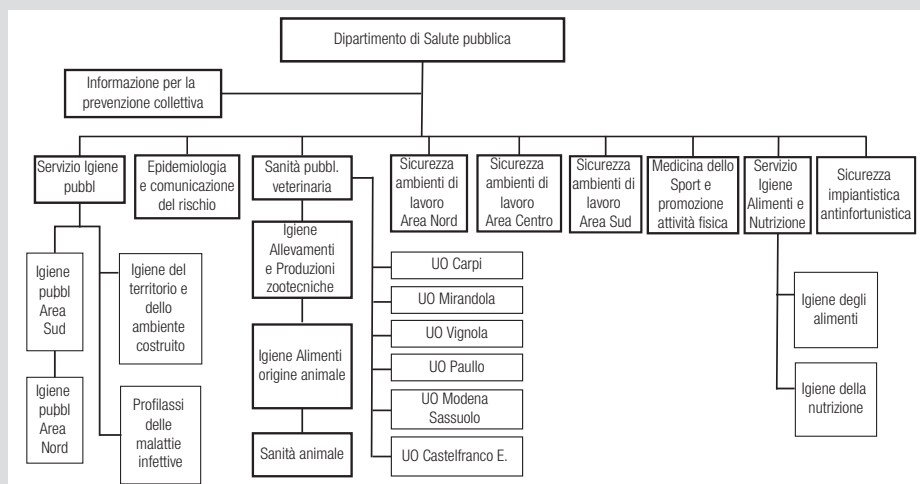
Il documento aziendale aggiornato al 2019 prevede una struttura allargata in cui oltre al DP, con le sue articolazioni dettate dall'art. 7 del D.lgs. 502/1992, sono indicati anche i dipartimenti coinvolti nell'operatività degli screening (l'oncologico e l'area diagnostica) e il dipartimento impegnato nel prevenire e curare le patologie delle dipendenze. Nel DP, l'attività di promozione della salute è affidata a una Struttura Semplice Dipartimentale (SSD) in staff alla direzione dipartimentale, mentre il SISP si dedica alla prevenzione secondaria attraverso le Strutture Semplici dedicate alla sorveglianza delle malattie infettive e alle vaccinazioni e al governo e all'organizzazione degli screening.

Le esperienze di interazioni con altre articolazioni aziendali e attori esterni all'Asl sono strettamente riconducibili alle attività di screening e ai gruppi di lavoro così come previsti dalla normativa regionale. Infatti, il Piano Regionale Prevenzione (PRP) definisce i programmi di intervento, da recepire nei Piani Locali della Prevenzione (PLP) redatti sempre dai DP, prevedendo dei gruppi di lavoro e una loro composizione multidisciplinare e multiprofessionale che coinvolge attori sia all'interno che all'esterno del SSR. Infine, la strategia regionale pone la prevenzione e la promozione della salute esclusivamente dentro i confini organizzativi dei DP.

### Box 15.6 L'Ausl di Modena

L'Azienda USL di Modena ha un bacino di utenza di poco superiore alle 700.000 persone ed ha quattro ospedali a gestione diretta oltre a essere organizzata in sette distretti territoriali.

Figura 15.2 **Organigramma del Dipartimento di Salute Pubblica dell'AUSL di Modena**



Fonte: Dipartimento di Salute Pubblica dell'Ausl di Modena, Organigramma. <https://www.ausl.mo.it/dsp/organigramma> (ultimo accesso 2 agosto 2021).

In capo al dipartimento, l'area della prevenzione resta sostanzialmente una funzione di supporto fornita con un servizio d'informazione per la prevenzione collettiva e uno di epidemiologia e comunicazione del rischio, oltre alla profilassi delle malattie infettive. Il luogo in cui si definiscono e sviluppano i progetti di promozione della salute è, invece, la Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria (CTSS), prevista dalla L.R. 22/2013, per ottenere una più facile interazione tra la medicina primaria, l'area della salute pubblica e gli altri stakeholder del territorio come le amministrazioni comunali, la scuola o i luoghi di lavoro pubblici e privati. Gli screening oncologici sono poi totalmente in carico al Centro aziendale degli Screening oncologici coordinato dal Centro regionale.

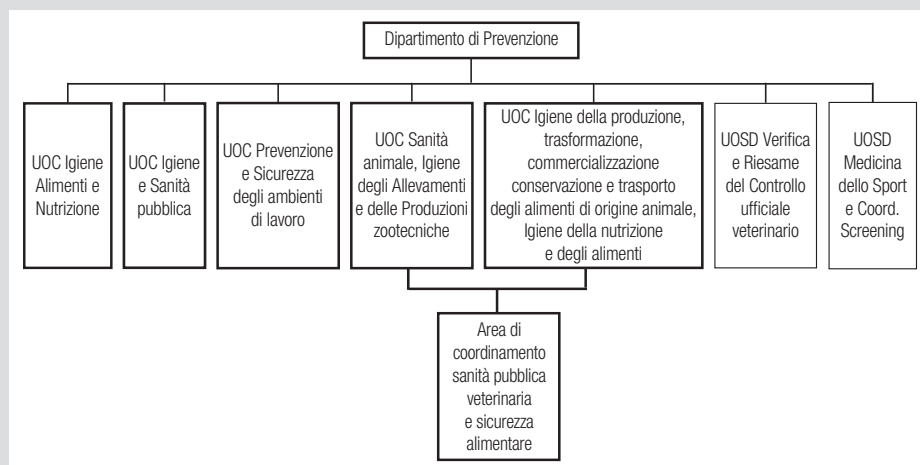
Il dipartimento ha avuto l'accreditamento regionale a fine 2018 come previsto dalla normativa regionale (cfr. DGR 385/2011 e DGR 1488/2012), ottemperando anche alla condizione di realizzare almeno tre programmi intra-dipartimentali. Ha, quindi, implementato le Linee Guida regionali per la qualità dell'atti-

vità di Vigilanza e Controllo (VC) mirate a integrare la prospettiva sanzionatoria con quella di promozione della sicurezza (cfr. DGR 200/2013). Infine, a livello aziendale, il Servizio di Epidemiologia ha fatto parte del gruppo di lavoro per la stesura dei PDTA e l'organizzazione di visite congiunte, da parte dei diversi servizi dipartimentali alla stessa impresa oggetto di controllo, è stata tra gli obiettivi previsti dalla direzione aziendale per gli operatori del DP.

### Box 15.7 L'Asl di Frosinone

L'ASL di Frosinone ha un bacino di utenza di circa 490.000 abitanti nel sud del Lazio, dispone di tre presidi ospedalieri ed è organizzata in quattro distretti sanitari.

Figura 15.3 **Organigramma del Dipartimento di Prevenzione dell'Asl di Frosinone**



Fonte: Asl di Frosinone, Atto di autonomia aziendale 2014 – 2016, Allegato 2 – Organigramma. BUR della Regione Lazio, n. 32, Suppl. n. 2 del 21 aprile 2015.

Il dipartimento è coinvolto nella prevenzione secondaria attraverso una propria Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) che tra le sue competenze, oltre alla medicina dello sport, ha anche il coordinamento dello screening oncologico. Le attività di informazione epidemiologica sono, invece, svolte interamente dalla più ampia Unità Operativa Complessa di controllo di gestione e sistemi informativi (UOC Epidemiologia valutativa e Sistemi Informativi Sanitari, Controllo di Gestione) in staff alla Direzione Strategica.

Il DP appare fortemente centrato sulle attività di tipo autoritativo e di compliance normativa oltre che di sicurezza alimentare e sui luoghi di lavoro (Cfr. Piano strategico aziendale dell'Asl di Frosinone 2017 – 2019). Tale approccio sembra avere in qualche modo vincolato lo sviluppo delle funzioni di igiene e sanità pubblica, ma anche di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e disabilità (cfr. DCA n. U00259/2014). Questa situazione potrebbe avere reso più complesso alla direzione aziendale svolgere il ruolo assegnato dalla Regione Lazio (cfr. PRP 2015 – 2018 della Regione Lazio) di costruttore delle interazioni tra il DP e le altre articolazioni aziendali necessarie a implementare efficacemente i programmi regionali di promozione della salute e di prevenzione primaria.

Box 15.8 **L'Asl di Taranto**

L'ASL di Taranto ha un bacino di utenza di circa 560.000 abitanti con sei presidi ospedalieri e sei distretti sociosanitari.

Figura 15.4 **Organigramma del Dipartimento di Prevenzione dell'Asl di Taranto**



Fonte: Delibera del DG dell'Asl di Taranto n. 243 del 1/2/2021, Piano delle Performance 2021, <https://www.sanita.puglia.it/documents/36057/272067/Piano+delle+performance+2021/0adc347e-2537-47dd-acd2-26ddbece0ea0>.

Il DP dell'Asl di Taranto si è sempre caratterizzato per una particolare autonomia operativa, tale da essere percepito come un'«ASL nell'ASL» e i tre servizi (SC di Statistica ed Epidemiologia, Servizio di Sorveglianza sanitaria e Servizio di Protezione e Prevenzione) in staff alla direzione strategica, come da normativa regionale, sono strettamente connessi al DP. Tale posizionamento è dovuto sia al contesto, particolarmente sfidante date le criticità legate alla realtà industriale e ambientale locale (si pensi all'inquinamento prodotto dagli stabilimenti ex ILVA), sia alla continuità nella direzione che ha caratterizzato questa articolazione organizzativa.

La direzione dipartimentale ha investito molto nel superare la parcellizzazione dei servizi spesso presente nei DP attraverso piani di lavoro basati su «nuclei ispettivi misti» in cui i servizi interessati operano in modo congiunto.

Il PRP 2014-2018 della Regione Puglia attribuisce alla direzione strategica il ruolo di promotore e coordinatore delle interazioni tra le articolazioni aziendali coinvolte nella prevenzione.

## 15.4 Quali prospettive per il futuro dei DP

Focalizzando, infine, l'attenzione sulle prospettive future dei DP, abbiamo sottoposto ai partecipanti alla survey le tre possibili opzioni di sviluppo delle collaborazioni tra i DP e le altre articolazioni aziendali sopra prefigurate. La soluzione maggiormente apprezzata prevede il superamento degli attuali modelli di funzionamento dei dipartimenti attraverso un'organizzazione del lavoro basata su percorsi o su target di popolazione, integrando così le varie competenze. Segue in ordine di preferenze lo scenario caratterizzato dal mantenimento dell'attuale modello organizzativo dove, tuttavia, le interazioni tra i SISIP e i dipartimenti territoriali (cure primarie e salute mentale), nell'ambito



di progettualità comuni, siano strutturate e rese sistematiche. Infine, l'opzione di esternalizzare una parte delle attuali competenze e funzioni del DP a un'agenzia regionale e mantenere solo quelle strettamente funzionali all'assistenza sanitaria ha raccolto una limitata valutazione positiva. Dalla survey emerge complessivamente una reazione positiva alle interazioni avvenute tale da generare aspettative positive per un cambiamento organizzativo basato su questa esperienza.

Anche per i direttori generali (DG), coinvolti nell'analisi, il mantenimento dell'attuale assetto istituzionale rimane la prospettiva più desiderabile anche se una eventuale persistenza o aggravamento delle difficoltà, finora registrate sul versante degli organici, potrebbero rendere il passaggio delle funzioni a un soggetto esterno una delle soluzioni possibili. Resta comunque la necessità di intervenire in modo consistente sul ruolo del SISP nelle aziende sanitarie e tale processo potrebbe passare dalla profonda revisione che il SSN è chiamato a fare dell'assistenza territoriale. Per i DG intervistati sarebbe auspicabile riuscire a consolidare e strutturare meglio le interazioni tra l'area della salute pubblica e quella dell'assistenza territoriale, interazioni che la pandemia ha richiesto e, al tempo stesso, reso possibili. In questo processo di cambiamento un ruolo fondamentale dovrebbe essere giocato dalla digitalizzazione e, in generale, dallo sviluppo e messa in comune di nuove piattaforme operative di servizi. Una volta avviato il processo di potenziamento integrato delle due aree, è necessario affrontare, a livello di SSN, il tema di come configurare un «dipartimento di prevenzione 2.0», caratterizzato da un'architettura più flessibile, tale da poter essere adattata ai diversi contesti territoriali (da un'area metropolitana a una rurale). Questa progettazione dovrebbe includere anche un cambiamento nelle modalità di finanziamento, mirando a una maggiore omogeneità con le altre articolazioni aziendali che negoziano le risorse con l'insieme dell'azienda e non godono di criteri esogeni predefiniti (la percentuale di risorse destinate alla prevenzione che spesso i DP rivendicano a sé).

Avendo condiviso la prospettiva generale di una urgente rottura delle barriere tra servizi a domanda collettiva e quelli a domanda individuale e la necessità di produrre cambiamenti significativi nelle modalità di concreto funzionamento dei servizi, il gruppo di DG ha, infine, identificato gli elementi che possono facilitare o ostacolare i cambiamenti nella direzione indicata.

Tra i primi è rilevante la discontinuità prodotta dalle esperienze fatte durante la pandemia nella visione prevalente (cultura organizzativa) di cui gli operatori sono portatori e che condiziona inevitabilmente le possibilità di integrazione. Gli operatori e i professionisti delle aziende sanitarie hanno potuto percepire l'esistenza e quindi la necessità e la rilevanza delle attività di vigilanza e controllo così come della prevenzione, aree di intervento poco conosciute e spesso considerate come secondarie e non pertinenti rispetto ai propri ambiti di intervento. D'altro canto, gli operatori dei DP hanno avuto una esperienza

diretta di come sia possibile e necessario superare la visione del dipartimento come «un'istituzione dentro un'altra istituzione» e interagire con le altre articolazioni aziendali per garantire l'efficacia degli interventi. Tra i secondi, due elementi appaiono come fortemente critici. Il primo riguarda l'impossibilità per le direzioni strategiche di disporre di adeguati strumenti di intervento sugli assetti organizzativi, largamente definiti per legge da livelli sovraordinati e poco adattabili alle contingenze locali. Il secondo concerne l'invecchiamento dei professionisti presenti nei DP, che hanno iniziato spesso a lavorare ancora nelle USL, insieme al mancato ricambio generazionale causato dal blocco del turn over e dalla carenza di professionisti specializzati.

## 15.5 Conclusioni

Se lo scopo della ricerca era quello di comprendere se e come la pandemia avesse modificato le prospettive di evoluzione dei DP, le indicazioni che si possono trarre dalle evidenze analizzate sono, da una parte, un rafforzamento dei motivi e delle opportunità che spingono verso il cambiamento e, dall'altra, il permanere di rilevanti aree di incertezza sulla direzione da imprimere al cambiamento stesso e sulle leve da utilizzare.

L'area della sanità pubblica è stata per lungo tempo fortemente caratterizzata, oltre che dalla sua natura intensamente professionale tipica della sanità, dall'esercizio di funzioni sovra-ordinate. Queste sono necessariamente regolate da norme e procedure che, nel definire le modalità operative, rappresentano anche una garanzia rispetto a possibili abusi nell'esercizio di poteri pubblici. Si tratta di servizi a «valenza autoritativa» i quali, fisiologicamente, si accompagnano a formule istituzionali, assetti organizzativi, modalità di funzionamento e culture organizzative prevalenti tipici delle classiche pubbliche amministrazioni (Rebora e Meneguzzo, 1992). Non sorprende, quindi, che la loro permanenza nell'ambito di assetti aziendalizzati (le ASL) abbia preso più la forma di una giustapposizione che quella di una effettiva integrazione e di una sistematica ricerca di maggiori interdipendenze nel funzionamento e nei risultati. L'assetto istituzionale aziendalizzato, rispondendo alle esigenze poste da un diverso (non più sovra-ordinato) rapporto con l'ambiente, configura, infatti, i suoi vari elementi (strutture, meccanismi, culture ecc.), in modo diverso, talvolta antitetico, rispetto ai modelli tradizionali.

Tale giustapposizione, ovvero il permanere nelle aziende di una area, riconducibile ai DP, caratterizzata da una relativa indipendenza e da modalità di funzionamento proprie, si è, pur con alcune esperienze evolutive, sostanzialmente protratta nel tempo (Del Vecchio et al., 2015), anche se alcuni presupposti di fondo della formula autoritativa venivano progressivamente indebolendosi. Si tratta di fenomeni complessi che toccano tutte le aree della sanità

pubblica: dalle funzioni di vigilanza e controllo che richiedono sempre più la capacità di promuovere e rendere possibile una evoluzione rispetto alla semplice verifica di norme e standard; alla necessità nell'area della prevenzione e promozione della salute di riuscire a dialogare con la popolazione e convincere gli individui rispetto al semplice disegno degli obblighi da far rispettare. In particolare, è venuta nel tempo emergendo la necessità di far convergere nei processi di tutela della salute le competenze e i servizi tipici della sanità pubblica con quelli dell'assistenza territoriale e della medicina primaria. Da questo punto di vista, l'approccio *Population Health Management* (Morando e Tozzi, 2017) è significativo, segnalando la necessità, da una parte, di applicare prospettive di popolazione, di cui i DP sono portatori, alla pratica clinica e, dall'altra, di pensare alla popolazione non come insieme indistinto, ma come differenti cluster o singoli individui che fruiscono di specifiche prestazioni in determinati ambiti geografici.

Alle trasformazioni del contesto non hanno corrisposto, nel caso italiano, coerenti spinte al cambiamento ed è, in larga misura, prevalsa una inerzia organizzativa che sembra aver mirato più a preservare la giustapposizione che a promuovere l'integrazione. È quasi paradossale che in ambito internazionale riflessioni più compiute sulla necessità di una maggiore integrazione, almeno per la vasta area della «primary care», sia venuto da contesti nei quali l'assetto di sistema prevedeva una separazione istituzionale (Rechel 2020). L'integrazione istituzionale adottata dal SSN è stata probabilmente ritenuta di per sé sufficiente per garantire un adeguato coordinamento e ha oscurato la necessità di operare attivamente sugli assetti organizzativi e sul funzionamento in generale al fine di raggiungere i risultati desiderati.

In questa situazione è intervenuta la pandemia e, in particolare, sono intervenute le esigenze collegate al tracciamento e confinamento, prima, e alle vaccinazioni poi. Come i casi analizzati hanno dimostrato, le modalità di risposta non potevano che superare i precedenti confini organizzativi e le aree di responsabilità consolidate, mettendo in campo un insieme di soluzioni molto variegato per composizione dei team e distribuzione di ruoli e responsabilità. Da questo punto di vista le soluzioni sono state costruite su base del tutto contingente, mostrando come la tradizionale infungibilità tra le diverse componenti professionali potesse essere superata anche attraverso opportune configurazioni e modalità di funzionamento dei servizi.

Le crisi che si sono succedute rappresentano, evidentemente, circostanze eccezionali che hanno facilitato l'emergere di tali soluzioni. Infatti, tra gli altri effetti la pandemia ha, da una parte, costretto aziende e DP a concentrare l'attenzione su aree come l'assistenza territoriale dove l'integrazione risultava più urgente, ma anche più naturale, dall'altra, è intervenuta sulla motivazione degli operatori indebolendo, se non eliminando, le resistenze al cambiamento. Come segnalato dai DG che hanno partecipato alla ricerca, rimane ora il tema

di come sfruttare le opportunità aperte dalle esperienze fatte e dagli investimenti fisici e organizzativi che dovrebbero nel futuro prossimo modificare radicalmente l'assistenza territoriale. Riprendendo alcuni degli spunti offerti dai DG nella discussione è possibile individuare nelle seguenti le principali aree di riflessione rispetto alle quali orientare le azioni.

Una prima fondamentale esigenza è quella di capitalizzare le esperienze e renderle una base utile e condivisa per il cambiamento. In campo aziendale, ma non solo, le esperienze non sono utilizzabili se non vengono concettualizzate e non riescono a rappresentare un elemento condiviso che spinge e orienta l'azione. Il riferimento obbligato, in questo caso, è alla vasta letteratura sul *sense making* (Maitlis e Christianson, 2014), sui processi di costruzione condivisa della realtà in ambito aziendale, i quali, riflettendo sul passato cercano di orientare il futuro. C'è in questo caso, più che in altri, una precisa responsabilità del top management che non può lasciare il terreno dell'interpretazione alle dinamiche spontanee o ai soli punti di vista delle componenti professionali. Le aziende nel loro insieme e ogni singola azienda hanno una responsabilità sul terreno delle idee e delle concettualizzazioni, responsabilità cui quelle pubbliche hanno spesso abdicato in nome di una malintesa neutralità o rispetto dell'autonomia delle professioni.

Una seconda condizione è la possibilità da offrire alle aziende di intervenire sugli assetti organizzativi e sul funzionamento dei DP, in sintesi: rendere attuabile un avvicinamento dei DP alle condizioni che regolano il funzionamento aziendale nelle altre aree di intervento coperte da aziende sanitarie pubbliche. Fino a quando si riterrà indispensabile per l'area della sanità pubblica che assetti e condizioni generali di funzionamento (financo le risorse) siano definiti esogenamente, da livelli sovraordinati siano essi regionali o nazionali, i processi di integrazione saranno pressoché impossibili. Ciò per almeno due ragioni fondamentali, qui espresse in termini molto semplificati. La prima è che permarrà nei dipartimenti una cultura della separazione, cultura che invece deve essere anche simbolicamente modificata in relazione a un necessario passaggio da «strutture che esercitano poteri sovra-ordinati» a «strutture che erogano servizi». La seconda è che mentre l'esercizio di poteri richiede uniformità anche sul versante della produzione (procedure e standard di processo), l'erogazione di servizi presuppone capacità e possibilità di adattamento in vista del raggiungimento di standard di servizio (questi sì) uniformi.

In parte collegato a quest'ultima osservazione vi è poi il tema dei percorsi di cambiamento. Se l'emergenza rende possibile una straordinarietà di soluzioni destinate comunque a essere temporanee, il rientro nella normalità impone la definizione di assetti e meccanismi relativamente più stabili e destinati a durare. Se è opportuno lasciare a ciascuna azienda uno spazio per adattare modelli generali alle proprie specifiche condizioni, è altrettanto necessario che i nuovi modelli di funzionamento non vengano troppo rapidamente fissati. In altri ter-

mini bisogna pensare alla integrazione tra due mondi organizzativi così diversi come la sanità pubblica e le cure primarie (livello territoriale) come un processo graduale di sperimentazione e apprendimento che potrebbe non trarre beneficio da «consolidamenti organizzativi» troppo accelerati. Si tratta quindi di mantenere una certa fluidità delle soluzioni, anche per evitare che gli inevitabili posizionamenti organizzativi e definizione delle zone di influenza finiscano per minare la ricerca e il perseguimento di assetti complessivi realmente efficaci.

Bisogna infine sottolineare come l'attenzione sia stata prevalentemente rivolta ai SISP, cioè a una specifica componente della sanità pubblica e dei DP che ne rappresentano la proiezione in termini organizzativi. In termini di struttura organizzativa, i cambiamenti qui delineati hanno come condizione necessaria una «normalizzazione» del dipartimento e una sua maggiore permeabilità rispetto all'insieme delle attività e delle responsabilità che caratterizzano il resto dell'azienda. È possibile che ciò non sia, però, sufficiente e che una integrazione adeguata con l'area territoriale debba richiedere un trasferimento di attività e risorse degli attuali SISP in altri contenitori organizzativi, diversi dagli attuali DP. Si tratterebbe di una ulteriore normalizzazione in termini di disegno organizzativo dell'area della sanità pubblica, considerando come le logiche alla base delle strutture stiano evolvendo da approcci basati sulla omogeneità delle competenze (schemi funzionali) ad approcci basati sui bisogni da soddisfare e sui servizi da erogare (schemi divisionali e matriciali) (Del Vecchio *et al.*, 2016). Ogni scelta su questo terreno dovrà anche tenere conto degli effetti che potranno generarsi sulle altre componenti degli attuali DP, componenti caratterizzate da una maggiore valenza autoritativa. È probabile, infatti, che un dipartimento così connotato finisca per accentuare i propri tratti di separatezza e renda più fondate ipotesi di un riassetto istituzionale che collochi tali attività in contenitori più coerenti.

## 15.6 Bibliografia

- Bernal-Delgado E., García-Armesto S., Oliva J., Sánchez Martínez FI, Repullo, J.R. e Peña-Longobardo L.M. (2018). «Spain: Health System Review». *Health Systems in Transition*, 20(2), pp. 1–179. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/378620/hit-spain-eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/378620/hit-spain-eng.pdf) (ultimo accesso 10 agosto 2021).
- Blümel M., Spranger A., Achstetter K., Maresso A. e Busse R. (2020), «Germany: Health System Review», *Health Systems in Transition*, 22(6), pp. 1-272. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341674/HiT-22-6-2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (ultimo accesso 10 agosto 2021).
- Chevreur K., Brigham B., Durand-Zaleski I. e Hernández-Quevedo C. (2015), «France: Health System Review», *Health Systems in Transition*, 17(2), pp.

- 1-218. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/297938/France-HiT.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf) (ultimo accesso 10 agosto 2021).
- Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O'Neill, C., e Steel, D. (2015), «United Kingdom: Health System Review», *Health Systems in Transition*, 17(5), pp. 1-126. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/302001/UK-HiT.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/302001/UK-HiT.pdf) (ultimo accesso 10 agosto 2021).
- Del Vecchio M., Prenestini A. e Rappini V. (2015), «Livelli di integrazione dei dipartimenti di prevenzione», in *CERGAS Bocconi* (a cura di), *Rapporto OASI 2015*, Milano, Egea, pp. 441-477.
- Del Vecchio M., Lega F. e Prenestini A. (2016), «La trasformazione delle unità operative: team multidisciplinari ed équipe itineranti», in *CERGAS Bocconi* (a cura di), *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia*, *Rapporto OASI 2016*, Milano, Egea pp. 373-411.
- Longo F. e Del Vecchio M. (2020), «Sfide manageriali Covid-19: next steps», *Mecosan*, 113, pp. 63-74.
- Maitlis S. e Christianson M. (2014), «Sensemaking in Organizations: Taking Stock and Moving Forward», *The Academy of Management Annals*, 8(1), pp. 57-125.
- Morando V. e Tozzi V.D. (2017), «The Population health management as the road map of Italian Regional healthcare systems' reforms for tackling chronic care», *International Journal of Integrated Care*, 17(5): A459, pp. 1-8.
- Public Health England – PHE (2020), *PHE Strategy 2020 to 2025*, [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/831562/PHE\\_Strategy\\_2020-25.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/831562/PHE_Strategy_2020-25.pdf) (ultimo accesso 4 agosto 2021).
- Rebora G. e Meneguzzo M. (1992), *Strategie delle amministrazioni pubbliche*, Torino, UTET.
- Rechel B. (2020), «How to enhance the integration of primary care and public health? Approaches, facilitating factors and policy options», *European Observatory Policy Brief*, 34, pp. 1-28.
- Rowan M.S., Hogg W. e Huston P. (2007), «Integrating public health and primary care», *Healthcare policy*, 3(1), e160.
- Salmaso S., Zambri F., Renzi M. e Giusti A. (2020), «Interrompere le catene di trasmissione di Covid-19 in Italia: indagine tra i Dipartimenti di Prevenzione», *Epidemiologia e Prevenzione*, 44(5), pp. 33-41.

## 15.7 Acronimi

DP	Dipartimenti di Prevenzione
ICQRF	Ispettorato Centrale della tutela della Qualità e della Repressione Frodi dei prodotti agroalimentari

INAIL	Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro
INL	Ispettorato Nazionale del Lavoro
IZS	Istituti Zooprofilattici Sperimentali
PLP	Piano Locale Prevenzione
PNP	Piano Nazionale Prevenzione
PRP	Piano Regionale Prevenzione
SC	Struttura Complessa
SIAN	Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione
SISP	Servizio di Igiene e Sanità Pubblica
SITI	Società di Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
SPRESAL	Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
SS	Struttura Semplice
SSD	Struttura Semplice Dipartimentale
UOC	Unità Operativa Complessa
UOS	Unità Operativa Semplice
UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
UOSVD	Unità Operativa Semplice a Valenza Dipartimentale
VC	Vigilanza e Controllo