

Una politica della prevenzione nel progetto dei Sistemi Sanitari Regionali

L'organizzazione del sistema della prevenzione non può prescindere da un percorso di confronto con le professionalità presenti nelle aziende sanitarie ed i portatori di interesse tra la popolazione. Tale confronto appare molto importante, poiché la conoscenza della realtà, delle problematiche esistenti e la proposizione di linee di miglioramento non possono non basarsi su chi opera quotidianamente nel sistema sanitario, e spetta alla politica mettere poi a confronto questa conoscenza con le istanze del territorio per giungere alla corretta pianificazione, in funzione anche degli indirizzi derivanti dalla pianificazione a livello nazionale. Molto spesso purtroppo le "riforme sanitarie" si sono basate su un limitatissimo numero di esperti, talvolta neppure conosciuti dagli operatori e dirigenti delle Aziende Sanitarie, spesso neppure operanti nelle specifiche aree su cui hanno definito regole, e se ciò può essere plausibile in una logica nazionale, ove necessariamente il confronto può basarsi soltanto su di un gruppo tecnico di altissimo livello, ma ristretto (ricordo comunque come importante eccezione le consultazioni dell'On. Smuraglia, che rappresentavano un riferimento culturale importantissimo per la prevenzione), a livello locale la "costruzione" di un sistema deve partire dal coinvolgimento dei soggetti che dovranno "costruire" la sanità futura... a Km 0.

Questa nota non vuole rappresentare in alcun modo una proposta compiuta, alla quale peraltro hanno contribuito in questi mesi molti referenti della prevenzione delle Aziende sanitarie della Regione Friuli Venezia Giulia (tra cui lo stesso coordinamento dei Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione), ma semplicemente una riflessione sul cambiamento del contesto in cui ci troviamo ad operare e sugli argomenti che necessitano di essere rivalutati in funzione del cambiamento del contesto socio-economico e culturale in atto.

Quale futuro quindi per la prevenzione?

Partiamo da una schematizzazione estrema, gli aspetti principali del sistema della prevenzione potrebbero essere riassunti nei seguenti tre punti:

- 1. la prevenzione "istituzionale", quella derivante dai principi costituzionali, ma relativa al "sistema organizzativo";**
- 2. la prevenzione di fronte all'evoluzione tecnologica, alle nuove situazioni di rischio anche in funzione della diversa organizzazione del lavoro e del mercato globale;**
- 3. la prevenzione "globale" di fronte ai mutamenti della società, della cultura.**



1. la prevenzione "istituzionale" , quella derivante dai principi costituzionali, ma relativa al "sistema organizzativo" (L. 833/78, D.Lgs.vi 502/92 e 517/93 soprattutto, e i successivi piani sanitari in funzione anche della normativa europea che si è andata sviluppando), con la declinazione delle strutture e, soprattutto delle attività che rappresentano il nucleo indispensabile su cui si fonda la garanzia della salute dei cittadini, attività spesso date per scontate, poco conosciute nella coscienza comune e spesso viste come freno e vincolo anche da illustri politici. Ricordo la dichiarazione di Tremonti nell'agosto 2010: *"roba come la 626 sono un lusso che non possiamo permetterci. Sono l'Unione europea e l'Italia che si devono adeguare al mondo"*. Frase terribile per molti aspetti, ma non scontata, intanto perché la citazione di una norma ormai abrogata da circa due anni (con il D.lgs. 81/08) da parte di un ministro dava il segno che nell'immaginario collettivo fosse stata la normativa europea (il 626 ne era appunto il simbolo) a paralizzare l'industria, con mille obblighi per la sicurezza (e su ciò si potrebbe riflettere molto, in un paese che con il D.lgs. 758/94 aveva visto radicalmente cambiare l'approccio dello Stato alla prevenzione negli ambienti di lavoro) dall'altra insinua pesantemente il principio che la salute abbia un prezzo, che dopotutto, se nei paesi emergenti la salute dei lavoratori è un optional, siamo noi che dobbiamo adeguarci, minando con ciò la base dei principi costituzionali.

Scusate la divagazione, torniamo al punto. Questa prevenzione "base" questo zoccolo duro è basato su attività essenziali: il controllo della filiera alimentare, degli allevamenti zootecnici, la prevenzione delle malattie infettive trasmissibili, la sicurezza sul lavoro, la tutela della salute relativa ai danni da inquinamento, l'assistenza medico legale, la sicurezza degli impianti, la promozione di corretti stili di vita, ecc..

Attività declinata in specifiche Strutture, organizzate necessariamente in modo capillare sul territorio.

L'organizzazione "storica" appena tracciata, seppur datata, appare indispensabile nella sua forma territoriale, ma presenta molti limiti per un suo non aggiornamento di fronte all'emergenza di nuove, o in precedenza non adeguatamente affrontate, problematiche, quali le mutate abitudini di vita (le cui conseguenze possono essere rilevate, ad esempio, nell'aumento dell'obesità, nell'aumento del diabete, ecc.), l'aumento dell'età della popolazione (con l'emergenza di nuove fragilità, con conseguenti diverse esigenze del cittadino anziano), i flussi migratori, le sempre più importanti problematiche legate all'inquinamento ambientale, accanto a problematiche importantissime ed affrontate soltanto negli ultimi anni, quali ad esempio quella degli infortuni negli ambienti di vita (tra gli incidenti, quelli domestici, ad esempio, rappresentano la maggior causa di morte in Italia), aspetto questo che ha peraltro visto la nostra Regione tra i massimi referenti nazionali.

Un secondo aspetto del sistema è rappresentato dalla

2. Prevenzione di fronte all'evoluzione tecnologica, alle nuove situazioni di rischio anche in funzione della diversa organizzazione del lavoro e del mercato globale.

Questi aspetti sono storicamente affrontati con difficoltà dal Sistema Sanitario, cristallizzato sulle attività primarie essenziali, senza le quali crollerebbe la sicurezza della popolazione (vaccinazioni, controlli sugli alimenti, vigilanza, ecc.) e si può affermare che il SSR è in parte disarmato nell'affrontare situazioni complesse, quali inquinamenti industriali, nuove organizzazioni del lavoro, nuove tecnologie. Se prima del D.lgs. 626/94, infatti, gli stessi SPSAL erano dotati di laboratori di igiene industriale che permettevano di valutare i livelli di esposizione a rischio, con la dismissione degli stessi e la delega inizialmente ai PMP e poi all'ARPA di quest'attività di igiene industriale, con una risposta inadeguata e... successivamente assente, ha portato, assieme ad una maggior complicazione degli aspetti formali (solo su questo posso accettare l'affermazione dell'allora ministro Tremonti), ad un clamoroso impoverimento ed appiattimento sulla verifica degli aspetti organizzativi/formali (pur sempre essenziali), lasciando incompiuta l'importantissima verifica della corretta valutazione dei livelli di rischio presenti (di fronte ad una valutazione, ad esempio, di un inquinamento da solventi ritenuta non corretta la possibilità che resta a molte Strutture è solo quella di disporre una rivalutazione da parte del datore di lavoro, non quella di "misurare" direttamente se tale valutazione fosse corretta).

3. Prevenzione di fronte al mutamento della società, della cultura.

Cito come esempio i sempre più frequenti disturbi dell'alimentazione o l'emergere dell'inadempienza vaccinale, che devono trovare una risposta diversa da parte del SSN e Regionale oltre alla mera indicazione dei tassi di copertura essenziali, peraltro stabiliti quasi di regola a livello internazionale. La risposta a questa problematica dovrebbe essere radicalmente ristrutturata, con la reale fusione in rete di tutti i soggetti pubblici che possono concorrere alla stessa nella fondamentale azione di promozione della salute (Conferenza di Ottawa 1986, Carta di Tallin 2008).

Cercando di fornire una chiave di lettura prospettica su quanto tracciato, la prima osservazione è che tutti i punti debbano essere ricondotti ad un'unica rete di attività, senza frammentazioni ed isolamenti nell'organizzazione del SSR, senza "incistamenti" in funzione di presunte specificità e competenze che invece rappresentano le risorse essenziali del piano globale degli interventi di promozione della salute.

Su questi tre aspetti si può inoltre osservare come i Dipartimenti di prevenzione rappresentino forse l'esempio più chiaro di cosa significhi "Dipartimento", strutturato e non funzionale, nell'attività sul territorio delle A.S.L., le diverse attività in essi svolte, alle quali è essenziale la collaborazione di tutte le professionalità nelle diverse discipline, che da sole sarebbero assolutamente inadeguate, rappresentano un esempio di collaborazione ed integrazione che per la complessità delle problematiche affrontate non ha eguali nel Sistema Sanitario e si interfaccia con un'utenza estremamente complessa, dal singolo cittadino alle Istituzioni/Enti, dalle aziende alle parti sociali, dalla magistratura e dagli organi giudiziari alla Prefettura (ad esempio gli interventi multidisciplinari nell'ambito delle case di riposo, della sicurezza scolastica, della sicurezza igienico nutrizionale degli alimenti, ecc.). L'ipotesi quindi di incorporare una singola professionalità del Dipartimento di Prevenzione al di fuori del complesso unitario di competenze e conoscenze interdisciplinari presenti nello stesso comporta una perdita di conoscenze tale da limitare enormemente il suo essenziale contributo alla prevenzione.

I diversi aspetti della prevenzione comportano necessariamente risposte che devono svilupparsi quindi su diversi piani:

1. **l'attività di base**, dovuta, garanzia dei LEA e degli elementi essenziali della sicurezza del cittadino, necessario riferimento per l'utenza.
2. **l'attività di prevenzione di secondo livello**, mirata ad affrontare problematiche estremamente complesse e/o settoriali, interessanti anche diverse aree della regione.
3. **l'attività di promozione della salute, nella prevenzione che si deve adottare di fronte al mutamento della società, della cultura del cittadino e del modificarsi della catena dell'informazione.**

1. La prima attività deve necessariamente essere radicata sul territorio, su scala eccessivamente vasta perderebbe efficacia e non fungerebbe, appunto, da necessario riferimento per l'utenza (controllo della catena alimentare, riferimento per il lavoratore e l'imprenditore, riferimento per il cittadino sugli aspetti medico-legali e legati a situazioni ambientali, vaccinazioni, ecc.), né sarebbe supportata dalle istituzioni locali. D'altro canto, indipendentemente dall'ampiezza del territorio seguito, il comune denominatore è rappresentato dalla complessità delle problematiche da affrontare e dalla necessità di avere una massa critica di conoscenze legate a professionalità diverse senza la quale il sistema diventerebbe inefficace. L'attuale distribuzione territoriale dei Dipartimenti appare adeguata, anche se potrebbero essere valutate distribuzioni parzialmente diverse per area omogenea.

2. Questa organizzazione, tuttavia, non è sufficiente ad affrontare correttamente problematiche estremamente complesse e/o settoriali, ad esempio problemi di inquinamento legati ad insediamenti industriali complessi, a situazioni di rischio lavorativo emergenti, a situazioni di rischio che si ritiene non correttamente valutate, così come non rappresenta un modello efficace nell'affrontare situazioni che interessano aree diverse, non coincidenti con il territorio di competenza di una singola Azienda Sanitaria (si pensi alla problematica legata alla sicurezza in ambito portuale, ma anche alla diversa importanza dell'agricoltura tra le diverse A.S.L., a situazioni di emergenza quali l'influenza aviaria, ecc.). Allo stato attuale la risposta che il Sistema Sanitario dà a queste problematiche spesso è inadeguata, o si basa su pura formalità senza affrontare correttamente i problemi. Questa problematica ovviamente non riguarda soltanto la nostra regione, si pensi, quale esempio eclatante, all'incidente alla ThyssenKrupp (le dichiarazioni di un tecnico dell'A.S.L. di Torino, riportate dai giornali, nelle quali lo stesso dice che non sarebbero stati in grado di prevedere l'incidente neppure se fossero andati molto più spesso in azienda, sono clamorose, ma assolutamente reali e riassumono l'"impotenza" di questo sistema ad affrontare problemi molto complessi).

Ecco che per queste fattispecie si rende necessario ipotizzare la costituzione, anche ricorrendo di fatto a risorse aggiuntive estremamente limitate ed in alcuni casi neppure indispensabili, di nuclei ad alta specializzazione che possano agire su aree regionali diverse (interessante l'ipotesi di una

collaborazione anche su base interregionale), ma caratterizzate dalla presenza di un particolare rischio, o di rischi diffusi, nuclei che devono avere know how e strumentazione adeguati (penso al gruppo tecnico della nostra A.S.L. che opera a livello portuale nell'ambito del Comitato degli organi Ispettivi costituitosi a Trieste, gruppo che potrebbe seguire tutti i porti della Regione, di minore dimensione, così come sarebbe ipotizzabile prevedere che operatori di una o più A.S.L. ove vi è una forte presenza di aziende agricole possa seguire quelle, a minor diffusione, della provincia di Trieste). Questa logica di fatto è già stata attivata con il REACH e funziona.

L'ipotesi di organizzare a livello regionale presso due/tre A.S.L. dei nuclei tecnici che possano effettuare indagini di igiene ambientale ed industriale di primo livello appare una scelta ineludibile se si vuole impostare un'azione di prevenzione efficace, mirata a specifici rischi, senza che la stessa si appiattisca su aspetti meramente formali. Tali nuclei dovrebbero peraltro, come già citato, avvalersi per problematiche estremamente complesse della collaborazione di tecnici esterni al S.S.R., quali quelli dell'ARPA, dell'Università o del mondo del lavoro (insediamenti industriali ad alto rischio, inquinamenti chimici, rischio da radiazioni ionizzanti, ecc.).

3. In merito infine alla necessità di adeguare l'attività di prevenzione di fronte al mutamento della società, della cultura del cittadino e del modificarsi della catena dell'informazione si può semplicemente fare alcuni esempi: l'aumento dell'età della popolazione, con l'emergere di fragilità e di disgregazione familiare, l'emergenza del problema obesità, la diminuzione dell'adesione vaccinale, la precarietà nel mondo del lavoro, gli imponenti flussi migratori determinati da guerre e povertà, e la presenza quindi di componenti culturali diverse, associate ad una catena dell'informazione che spesso veicola messaggi errati, non possono trovare un'adeguata risposta se non con l'attivazione di una fortissima componente di rete tra le diverse istituzioni (sulla pratica vaccinale è scandaloso vi siano messaggi diversi da parte anche degli stessi soggetti del Sistema sanitario), attribuendo a tutte le Strutture coinvolte l'obiettivo (con attribuzione di responsabilità) di fornire un'informazione ed un'azione corretta e condivisa (si pensi al Dipartimento di Prevenzione, ma anche ai Distretti, ai Pediatri di libera scelta ed ai Medici di medicina generale, ai reparti ospedalieri di pediatria, ai consultori, ai Comuni, alle Scuole, ecc.) e prevedendo un impegno mediatico necessariamente diverso dall'attuale. L'informazione attraverso canali televisivi, spot su siti WEB, radio e televisione.. appaiono come strumenti inevitabili per la promozione della salute e la diffusione di una corretta cultura della prevenzione. Se pensiamo che per vendere alcolici le ditte produttrici si "comprano" praticamente i canali televisivi, noi cosa facciamo? Distribuiamo depliant spesso autoprodotti nei consultori e nei centri di vaccinazione? Anche la grafica talora è impressionante, forse un consulente pubblicitario, un blogger potrebbero diventare dei partner della prevenzione (...sceglierli possibilmente astemi!). Un esempio è quanto fa spontaneamente lo scrittore Pino Roveredo, ma ha un target definito, e i giovanissimi? Gli stranieri? Coloro che non leggono?

Un ultimo aspetto è quello del contesto economico, della complessità normativa, di un quadro sanzionatorio che equipara il piccolo commerciante al direttore dell'industria ad alto rischio (anzi, spesso questo, individuando di regola i referenti organizzativi riceve una sanzione minore rispetto alle piccolissime snc, marito e moglie che gestiscono un negozietto di 30 metri quadrati..).

Il mondo del lavoro, dell'impresa, i lavoratori ed i cittadini chiedono un sistema di regole chiare, anche se severe, che diano loro certezza nell'operare, che siano uguali per tutti (e qui anche la vigilanza viene dai datori di lavoro vista come sistema di giustizia, di equità, di regolazione della concorrenza, non solo come mero apparato vessatorio), e proprio su questi aspetti lo Stato in questi anni ha latitato, spesso delegando al privato il suo ruolo di riferimento. L'imprenditore, di fatto, per risolvere un problema tecnico relativo alla sicurezza, prima di chiamare un tecnico... chiama l'avvocato. Sarà un paradosso, ma la via della semplificazione intrapresa da questa ed altre Regioni appare ineludibile, assieme all'individuazione di strumenti/strutture di riferimento per le imprese.

Quanto tracciato, ovviamente, si deve basare sulla reale conoscenza del territorio, sulla discussione sulle sue specificità, non è possibile che chi progetta la sanità futura non parta da ciò e neppure la stessa organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione non ne tenga conto. Di esempi la nostra Regione ne ha molti: gli anziani, l'amianto, l'agricoltura, l'allevamento, i porti, l'attività forestale, i siti inquinati, le aziende a forte impatto ambientale, i migranti. Quante risorse e quali servono alla prevenzione nelle diverse aree, usiamo gli stessi parametri usati per calcolare l'assistenza ospedaliera per dimensionare il sistema della prevenzione? C'è qualcosa che ci sfugge quando calcoliamo le risorse soltanto in base alle aziende ed agli occupati? Ci sono stati molti lavori per cercare di dare una misura alle esigenze della prevenzione, con qualche pregio e molte lacune, aprire un tavolo di discussione su questo potrebbe essere utile alla pianificazione della nostra attività a tutela della salute dei cittadini del Friuli Venezia Giulia.

Un'ultima riflessione:

I programmi di sanità pubblica devono essere supportati da dimostrate evidenze di efficacia (Evidence Based Prevention), tuttavia solo le azioni preventive che si traducono in atti assimilabili a quelli sanitari (ad esempio, interventi di profilassi e test diagnostici usati come screening) possono essere sottoposte a studi di efficacia analoghi a quelli sviluppati nel campo della EBP, mentre questioni metodologiche connesse alla necessità di tempi lunghi di osservazione, all'ubiquità di alcune esposizioni, alla rarità di alcuni eventi attesi, rendono difficili se non improponibili non solo gli studi di efficacia, ma anche quelli eziologici, in molti campi della prevenzione (pensiamo ad alcuni rischi ambientali, ma anche ad alcuni rischi alimentari). Per tali motivi, nell'ambito di alcune azioni preventive si deve agire sulla base del principio di precauzione anche in assenza di comprovati studi di efficacia, ma sulla base di evidenze scientifiche che dimostrino un potenziale rischio (cit. M. Petrella, DiP, Perugia). Ed è questa necessità di analizzare, proporre e costruire un sistema di condivisione e diffusione delle conoscenze, supportato da una competenza epidemiologica adeguata su scala anche locale, in rete con il sistema regionale, che deve connotare il Dipartimento della prevenzione del futuro, nell'ambito di un collegamento costante con l'Amministrazione Regionale e Nazionale che porti all'adozione delle corrette azioni preventive anche in presenza di rischi emergenti.

Questo significa che devono essere perseguite le pratiche di comprovata efficacia, ma che in situazioni emergenti, non studiate, o per le quali vi sia un sospetto di potenziale rischio per la salute, sulla base del principio di precauzione si deve agire perseguendo buone pratiche condivise.

Ciò comporta l'obbligo comunque di svolgere la dovuta azione di verifica delle attività che si andranno a pianificare o che sono già state già messe in atto, in quanto ciò permette la dovuta condivisione dei metodi tra gli attori di tali attività e l'utilizzo di informazioni già acquisite, spesso faticosamente, al fine anche di evitare duplicazioni e valutare correttamente le strategie future.

Trieste, 10.4.2014

Schema riassuntivo

| | |
|---|--|
| 1. la prevenzione "istituzionale", quella derivante dai principi costituzionali, ma relativa al "sistema organizzativo" | → L'attuale distribuzione territoriale dei Dipartimenti appare adeguata, anche se potrebbero essere valutate distribuzioni ed organizzazioni parzialmente diverse per area o situazioni omogenee |
| 2. la prevenzione di fronte all'evoluzione tecnologica, alle nuove situazioni di rischio anche in funzione della diversa organizzazione del lavoro e del mercato globale | → Allo stato attuale la risposta che il Sistema Sanitario dà a queste problematiche spesso è inadeguata, o si basa su pura formalità senza affrontare correttamente i problemi. Opportuno costituire nuclei ad alta specializzazione che possano agire su aree regionali diverse, anche ricorrendo di volta in volta a risorse aggiuntive per specifiche situazioni estremamente complesse (situazioni eccezionali) |
| 3. la prevenzione "globale" di fronte ai mutamenti della società, della cultura | → adeguare l'attività di promozione della salute a fronte del mutamento della società, della cultura del cittadino e del modificarsi della catena dell'informazione. Adottare una politica a fortissima componente di rete tra le diverse istituzioni, con attribuzione di responsabilità a tutte. Utilizzo di mezzi di comunicazione a livello sovra aziendale utilizzando i canali di informazione che possono incidere sulla percezione di tutte le fasce di popolazione (anche televisione, WEB) |
| Altri aspetti | |
| Il mondo del lavoro, dell'impresa, i lavoratori ed i cittadini chiedono un sistema di regole chiare, anche se severe, che diano loro certezza nell'operare, che siano correttamente proporzionate alle azioni, che possano essere percepite non come un sistema vessatorio | → Necessità di semplificazione e trasparenza. Necessità di assistenza. Individuazione di strumenti/ strutture di riferimento per le imprese, con una collaborazione diretta con gli organismi paritetici o supplendo agli stessi ove non presenti. Azione concordata con le Organizzazioni di categoria |
| Raccordo funzionale Dipartimento di Prevenzione - Distretto | → Implementare strumenti di coordinamento (es. UCAD) tra le strutture e definire obiettivi trasversali. Sviluppare la cooperazione nella progettazione ed attuazione di programmi comuni a forte integrazione orizzontale tra comparto sanitario, sociale e le rappresentanze degli Enti locali e delle Associazioni |

Quanto tracciato, si deve basare su:

- reale conoscenza del territorio, discussione sulle sue specificità
- analisi delle risorse necessarie alla prevenzione nelle diverse aree
- analisi delle reti necessarie e delle strutture/azioni possibili su scala diffusa o regionale
- investimenti a sostegno della progettualità multiprofessionale e multidisciplinare