

Sul Seminario SNOP del 6 maggio 2023

Non sarebbe facile sintetizzare ma non lo è nemmeno rendicontare le cose dette nel seminario che SNOP ha tenuto il 6 maggio scorso, con l'inusuale formula del "circolo chiuso" e al quale aveva invitato diversi soggetti *privilegiati* di vari ambiti della sanità e della prevenzione per aprire un primo confronto sui temi proposti nel documento *"Prevenzione nel Servizio Sanitario Nazionale, tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori oggi e domani. Criticità. Riflessioni della SNOP"* che era stato elaborato all'inizio del 2023 e diffuso a marzo. A partire da quel documento, i sedici partecipanti invitati di quel giorno davanti al direttivo SNOP hanno offerto una serie di osservazioni e riflessioni, che oggi costituiscono un materiale di approfondimento che SNOP, oltre che per la prosecuzione del proprio lavoro di studio, intende - in accordo con tutti gli autori - offrire qui all'attenzione di tutti gli interessati.

Non una sintesi, quindi, ma piuttosto una traccia di lettura con l'intento di fornire un insieme di riflessioni personali e "introiezioni" di chi scrive con i contributi (qui disponibili), tutti interessanti, dei partecipanti (e forse non sempre, inevitabilmente, in queste pagine è facile distinguere l'uno dagli altri).

Dobbiamo confessare che avevamo previsto tempi più stretti per una restituzione del seminario ma i cinque mesi trascorsi da quel seminario, serviti in parte a recuperare i materiali da condividere con i relatori, non sembrano aver modificato le condizioni di cui si discuteva e, anzi, forse hanno anche aggiunto ulteriori elementi di preoccupazione oltre che di discussione dei temi trattati.

Oggi, siamo quindi in grado di rendere disponibile tutto il materiale, con la precisazione che si tratta non di relazioni nate come tali essendo la semplice trascrizione (comunque approvata da ciascuno dei relatori) di interventi orali sollecitati dai temi proposti e condotti in quell'evento. Anche se risentono della loro origine discorsiva, oltretutto contestualizzata ad un incontro non pubblico, anche a noi a rileggerli per l'ennesima volta, sembrano apparire come diretti e caratterizzati da una "freschezza" che le relazioni ufficiali spesso perdono.

Abbiamo scelto in questo contributo di non indicare "chi ha detto cosa", di non personalizzare quindi le molte riflessioni ma di metterle insieme per come "noi" le abbiamo recepite, l'una in successione con l'altra. Rimandando, quindi, alla lettura dei singoli interventi di seguito riportati e scaricabili, quello che qui vorremmo tentare è ricostruire e mettere in evidenza alcune tracce che legano i numerosi aspetti trattati dai relatori, non volendo con questo rischiare di ridurre la complessità e la varietà dei singoli contributi (per i quali raccomandiamo di fare riferimento agli originali) né di forzare consonanze o dissonanze che non erano nelle intenzioni dei relatori. Il tentativo è stato quindi quello di sottolineare - in maniera dichiaratamente soggettiva - gli aspetti che più ci sono parsi costituire materiale utile per una riflessione sulla sanità e sulla prevenzione.

Il seminario stesso era stato organizzato in sezioni che idealmente rimandavano ad ambiti che abbiamo così definito: "la sanità pubblica e il che fare", "la prevenzione, la promozione della salute e l'epidemiologia" e, infine, "prevenzione e salute nei luoghi di lavoro". Benché non sia talvolta facile segnare, anche negli interventi, dei confini tra i diversi "capitoli", abbiamo provato a incasellare in essi il materiale raccolto. Anche per evitare ulteriori appesantimenti, nella rendicontazione - come già detto sopra - non sono indicati i nomi degli autori e questo anche nel caso in cui alcune affermazioni appartengano indubbiamente solo o soprattutto a qualcuno di loro.

LA SANITÀ PUBBLICA.

La situazione attuale della sanità italiana è stata il punto ideale di partenza dei confronti ed è stato uno dei motivi presenti anche in gran parte degli interventi delle altre sezioni. La crisi del SSN è stata descritta come drammatica, così grave da compromettere la stessa tutela della salute dei cittadini e la garanzia del diritto alla salute sancita dall'art. 32 della Costituzione.

In più di un passaggio è il processo di aziendalizzazione, unito a quello della regionalizzazione del Sistema, ad essere stato individuato come elemento cui far risalire diverse delle odierne degenerazioni: la gestione di tipo aziendalistico/privatistico (che si fa risalire alla spinta verso modelli provenienti dalla Bocconi e dall'Università Cattolica) appare aver comportato via via un'alterazione degli stessi mandati della sanità pubblica e, unitamente ai problemi di finanziamento, aver deviato progressivamente il corso verso la privatizzazione. Sono stati il sottofinanziamento e le insufficienze del SSN che hanno alimentato - e

alimentano ancor di più oggi - la privatizzazione, oltretutto pagata dallo Stato. La legge 833/78 è ormai ben lontana dal quadro attuale del sistema e i suoi principi appaiono in parte travisati se non traditi (in particolare, con l'aziendalizzazione, con la regionalizzazione, con la privatizzazione). La stessa diffusione territoriale delle originarie USL è stata progressivamente rivista con la trasformazione in ASL e via via con gli accorpamenti e la creazione di mega-ASL e questo ha snaturato o annullato i rapporti che la 833 aveva previsto con i Comuni. La 833 pensava ad una gestione democratica e partecipativa e non a quella verticistica e autoritaria che si è realizzata attorno al Direttore Generale.

La questione del finanziamento del SSN (oltretutto fonte di rinnovati dibattiti anche in questi giorni, come spesso in prossimità delle manovre finanziarie del governo) appare fondamentale, dal momento che quella delle risorse è stata in tutti i passaggi legislativi di questi anni la giustificazione principale alle trasformazioni e la condizione per la definizione degli obiettivi prestazionali, tanto da condurre nel tempo ad una divaricazione tra fabbisogni reali di salute e capacità di risposta del sistema.

Appare decisivo analizzare le cause di questa mutazione dell'anima stessa del SSN, che appaiono storicamente riconoscibili negli interventi legislativi (D.lgs 502, 299 ecc.) succedutisi nel tempo e che hanno avuto un ruolo determinante nel trasformare non solo gli aspetti organizzativi e gestionali delle USL-ASL ma anche nel rivedere e depotenziare alcuni principi fondanti della L. 833. Ma siamo poi sicuri che la 833, cui oggi guardiamo con forse eccessiva idealizzazione, non avesse in sé dei difetti tali da rendere possibili le successive trasformazioni? E che sia, quindi, non un modello assoluto a cui "tornare" e da aggiornare ma piuttosto - superando alcuni tabù che la circondano - un modello da superare, pur senza perdere i "valori e obiettivi fondanti" che la ispiravano.

LA SANITÀ PUBBLICA: CHE FARE?

Tra i molteplici mutamenti intervenuti dagli anni Settanta ad oggi, soprattutto le condizioni sociopolitiche attuali appaiono così lontane da quelle sulle quali nacque la "riforma sanitaria" del 1978, che riesce difficile pensare di trovare in quella riforma gli appigli corretti per una sanità dei prossimi anni. In particolare, è riconoscibile oggi una domanda sociale di salute, organizzata e consapevole, sulla quale progettare un nuovo sistema sanitario? La crisi degli enti intermedi di rappresentanza e di organizzazione del consenso complica ulteriormente questo passaggio che parrebbe fondamentale per sviluppare una visione che sia in grado di generare obiettivi di tutela della salute e dei diritti alla salute. Eppure, la stessa domanda di salute non può prescindere da una nuova idea di salute, che faccia i conti anche con l'economia, considerando ad esempio la salute come (fattore di) ricchezza. Un'operazione che risulta oggi necessaria è anche quella di ripensare il rapporto salute-ambiente dentro il sistema salute, tanto da ipotizzare di estendere l'art. 32 a ricomprendere anche l'ambiente.

La ricerca, anche quella sociale, in Italia sui temi della salute è molto carente e non riesce a suggerire ipotesi di intervento e una strategia che permetta di passare dalle lamentazioni ad azioni di natura politica, sociale, sindacale e professionale. Gli stessi professionisti della salute non sembrano in grado oggi di dar vita o almeno supporto a ipotesi di cambiamento, trovandosi oltretutto inclusi in un contesto organizzativo e professionale complicato, dal quale cercano piuttosto di scappare. Benché loro stessi costituiscano, talvolta, motivi di resistenza al cambiamento, occorre ribadire che è anche nei professionisti, oltre che nei cittadini, che sarebbe necessario trovare le energie e le risorse per agire verso un cambiamento. Gli stessi cittadini risultano viepiù insoddisfatti del proprio SSN, ma questa disillusione sembra piuttosto tradursi in rassegnazione e nella ricerca di alternative, che il privato (assistito) è ben pronto ad offrire a pagamento, senza spesso domandarsi cosa significa e comporti da vari punti di vista questo cambiamento.

Per la rilevanza che ha assunto nella discussione anche nel periodo successivo al seminario vale la pena richiamare qui il quesito che è stato sollevato in merito alle opzioni disponibili per i cambiamenti necessari per "salvare" il SSN: se cioè, ai fini di garantire un effettivo diritto alla salute, sia percorribile una correzione del sistema o si renda piuttosto necessario una sua profonda riforma, che è stato esemplificato nell'antinomia "ritinteggiare o ristrutturare?" (che a molti sarà rimasta come pensiero frequente dopo il seminario, anche perché riguarda tutti, noi compresi).

PREVENZIONE, PROMOZIONE DELLA SALUTE, EPIDEMIOLOGIA

Benché la prevenzione sia uno dei modi fondamentali di fare salute, raramente assume come tale un ruolo centrale nei ragionamenti sulla sanità ed è sottovalutato anche il suo peso sulla spesa sanitaria. Sottovalutazione che appare paradossale oggi quando è ancora più evidente che la salute migliora o peggiora soprattutto per via di determinanti sociali o comunque non “sanitari”, che sono ben rappresentati proprio negli obiettivi della prevenzione piuttosto che in quelli dei restanti ambiti della sanità.

Occorre però fare attenzione che i nuovi concetti di “one health” o “salute in tutte le politiche”, che si richiamano a quella trasversalità dei determinanti, non diventino solo degli slogan ed avere chiaro che non rappresentano in sé un vero cambiamento, che “one health” non è la parola magica che cambia le cose nella prevenzione.

Oggi, peraltro, dobbiamo intendere (e agire) prevenzione soprattutto come promozione della salute: questo significa passare dalla *prevenzione della malattia* ad azioni *salutogeniche* rivolte cioè alla produzione, al sostegno della salute. Per la natura stessa della promozione della salute, significa anche fare salute con meno “medicina”: fare con il contributo di operatori con competenze non sanitarie (chimici, fisici, sociologi, comunicatori ...), con più formazione (degli operatori e dei cittadini) e, soprattutto, con più partecipazione - informata, consapevole - di tutti i soggetti interessati. Significa trasformare il ruolo della prevenzione pubblica da (presunto) attore principale a regolatore di sistema, in grado di creare le alleanze, sviluppare le reti con i soggetti esterni e avvalersi dei processi partecipativi necessari a raggiungere gli obiettivi di salute che fanno parte del suo mandato e a renderli vivi nelle comunità cui si riferiscono.

Dopo la fase di apparente rivitalizzazione vissuta alcuni anni fa, in coincidenza anche con la spinta dell'era di Donato Greco al Ministero, con i Piani della prevenzione e il CCM, oggi invece, i Dipartimenti di Prevenzione stanno progressivamente inaridendo e appiattendosi su compiti normativi, incapaci di assumere quel protagonismo che sarebbe necessario per produrre azioni efficaci. Se i DP appaiono arretrati rispetto alle frontiere della prevenzione vera, questo è dovuto non tanto o non solo ai pur reali problemi di personale e di risorse ma soprattutto ai problemi culturali da cui derivano deficit di motivazione, di idee, di strategie.

E questo senza nascondersi che resistenze al cambiamento sono forti anche dentro il DP, come ben hanno dimostrato gli interventi di revisione delle attività obsolete di alcuni anni fa (processo che andrebbe comunque ripreso e proseguito). Aspetti questi che indicano anche la necessità di adeguare la formazione di tutti i professionisti (ruolo dell'università), al fine di migliorare le competenze in “sanità pubblica” che i nuovi scenari richiedono, considerando anche che si tratta di competenze non del tutto inquadrabili nelle figure mediche né solo in quelle sanitarie ma, opportunamente, anche in altre professioni (per le quali difettano peraltro strumenti contrattuali adeguati in sanità).

L'organizzazione stessa dei DP, in particolare la sua frammentazione in Servizi monodisciplinari, merita serie riflessioni: c'è forse bisogno di sperimentare soluzioni organizzative per innovare, adottare forse strutture a matrice, per costruire reti e processi trasversali in grado di garantire integrazione in quella multi- poli- e interdisciplinarietà/professionalità che la complessità delle sue funzioni e dei problemi da affrontare richiede.

Fondamentali appaiono le relazioni e le alleanze che il DP, uscendo dalle proprie mura, deve sviluppare con l'assistenza territoriale e con i MMG. Il fallimento ad oggi delle case di comunità, non come idea ma come pratica reale (salvo che in poche Regioni), nelle quali peraltro la prevenzione assumeva un ruolo secondario, e l'incertezza su quale sarà il loro finale assetto a livello territoriale, apre quesiti sulle modalità con le quali assicurare queste importanti relazioni.

Il rapporto del DP con il territorio è comunque aspetto sostanziale per la sua operatività e diverse sue funzioni sono condizionate dal contesto sociale, culturale ed economico in cui opera: i successivi accorpamenti ASL che hanno condotto a macroaree di competenza hanno invece minato questo rapporto, allontanando il DP, oltre che da molti cittadini, anche da diversi degli interlocutori sociali e politici.

La comunicazione a tutti i livelli, punto debole dei DP attuali, viene riconosciuta invece come una delle rilevanti funzioni da sviluppare e non solo ai fini del dialogo ma anche per costruire partnerships.

Mentre la situazione - della sanità intera e della prevenzione - richiederebbe un forte apporto dell'epidemiologia, non solo per *conoscere* ai fini della programmazione ma anche per valutare quello che si fa, il quadro che si sta delineando a livello di diverse Regioni è quello di un reale disinvestimento sulle strutture e sulle funzioni di epidemiologia o anche già solo su una pratica di lavoro e di programmazione

basata su un adeguato sistema informativo. Se per rafforzare la prevenzione è necessario dimostrare (e comunicare) l'efficacia (anche economica) di quello che fa, non può che essere l'epidemiologia, unitamente ad un sistema informativo degno del nome, lo strumento adeguato ed indispensabile.

È inoltre opportuno che l'epidemiologia, assieme alla prevenzione e alla promozione della salute, diventi patrimonio diffuso di tutti i professionisti, almeno della sanità (formazione).

Un ragionamento sul futuro della sanità e della prevenzione (perché no? anche dell'assistenza territoriale) non è possibile senza recuperare con decisione la questione "ambiente", uscita dall'orizzonte sanitario fin dal referendum del 1993, soprattutto in considerazione delle enormi sfide che da esso derivano e deriveranno ancor più nei prossimi anni e che rendono il binomio ambiente-salute sempre più inestricabile. Da ultimo, alla pari di molte delle funzioni del SSN, la prevenzione pubblica soffre di una marcata eterogeneità sia inter- che talvolta anche intra-regionale che né il Ministero né il Coordinamento delle Regioni paiono in grado di superare ma alla quale è urgente porre rimedio perché ne compromette credibilità e fiducia.

PREVENZIONE E SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO

Nel contesto generale della prevenzione, il quadro inerente alla salute sul lavoro appare almeno altrettanto complicato quanto quello degli altri ambiti, rispetto ai quali riconosce certe diverse peculiarità ma con i quali condivide sempre di più rischi e problemi.

I cambiamenti in atto nel sistema produttivo e quelli prospettati per un futuro che è già vicino - riguardanti in particolare la digitalizzazione, l'organizzazione e il mercato del lavoro - costituiscono un fattore che, oltre che sulle condizioni di lavoro e su quelle di salute dei lavoratori, agisce anche sui soggetti che si occupano di SSL, sulle strategie e sui loro strumenti di intervento.

In particolare, sono i cambiamenti nell'organizzazione del lavoro e l'assetto del mercato del lavoro che ne deriva (contratti sempre più frammentati, flessibilità, precarietà ecc.) che oggi vediamo pesare sui temi della salute e della sicurezza sul lavoro ma poi anche sulle disuguaglianze che questi provocano. Lavoratori precari e lavoratori "poveri" affrontano sul lavoro problemi di salute e sicurezza che spesso si intersecano, si sovrappongono o anche si sommano a quelli derivanti da condizioni di vita, abitative, di reddito, di marginalità; problemi che spesso sfuggono anche ai sistemi tradizionali di prevenzione.

I cambiamenti si innestano, nel nostro Paese, su un sistema produttivo che sui temi della SSL già mostra una serie di peculiari difficoltà, che traggono origine tra le altre cose sicuramente dalla ridotta dimensione delle imprese ma anche da storiche debolezze/arretratezze del sistema imprenditoriale (v. ad es. qualificazione delle imprese, formazione dei datori di lavoro),

È curioso come in Italia le insoddisfacenti condizioni di SSL vengano spesso attribuite - invece che a deficit del sistema impresa o a un problema sistemico, quali realmente sono - a insufficienti azioni pubbliche di vigilanza: è questo che sostiene il leit motiv "più controlli" che caratterizza le reazioni a notizie di gravi infortuni sul lavoro o i commenti al clamore delle periodiche statistiche sul "fenomeno infortunistico".

Senza negare l'indispensabile ruolo - anche di efficace controllo - che i Servizi pubblici di prevenzione delle ASL svolgono e devono svolgere, non si deve dimenticare che l'attore fondamentale è l'impresa. Prospettare l'aumento dei controlli come unica soluzione al problema, oltre che deresponsabilizzare il sistema impresa, dimentica l'estrema varietà di fattori che agiscono su di esso e che afferiscono a numerosi soggetti, dentro e fuori l'impresa. Bisogna insomma partire dal "guardare" e fare il possibile per migliorare la cultura d'impresa dentro - com'è ovvio - la cultura del Paese, che dovrebbero viaggiare ed evolversi di pari passo.

Allo stesso modo non sono le leggi o le sanzioni a mancare: l'apparato normativo esistente (centrato principalmente sul D.Lgs 81/08), pur meritevole di essere completato, aggiornato o migliorato su alcuni ambiti (lavoratori autonomi, appalti, nuovi lavori e nuove forme di lavoro, formazione, rischi psicosociali, tempestivo recepimento delle Direttive UE ecc.), offre un quadro sufficientemente completo e non può rappresentare di per sé causa di difetti di tutela. Certo, meritano una seria riflessione i fallimenti in particolare in tema di formazione e di stress lavoro correlato, anche se le colpe non paiono attribuibili primariamente alla legge in sé, quanto piuttosto agli strumenti applicativi, a deficit organizzativi e culturali (sia nelle imprese che nei Servizi nel caso dello stress lavoro correlato) o a distorsioni in sede di applicazione (v. la degenerazione a vari livelli nella formazione).

Piuttosto è il sistema istituzionale quale prevede e sostiene il D.Lgs 81/08 che risulta - per quanto attuato - inefficiente, così come lo sono le politiche che ne derivano.

Detto questo, è necessario comunque occuparsi del sistema pubblico della prevenzione SSL, quello incardinato nei Dipartimenti di Prevenzione, in quanto ha un ruolo indispensabile non solo in termini di controllo ma anche di indirizzo, supporto, assistenza.

Al di là delle varie crisi vissute e dell'usura del sistema stesso, sono i grandi cambiamenti in atto nel mondo del lavoro che lo mettono in discussione e ne richiedono un adeguamento nelle competenze, nelle strategie, negli strumenti, negli obiettivi.

Il Piano Nazionale della Prevenzione può fornire anche su questo terreno strumenti efficaci di intervento e costituisce indubbiamente un riferimento irrinunciabile, anche per quella quota indiretta di regia che può offrire ad un sistema (regionale) d'altra parte poco omogeneo.

I Piani Mirati di prevenzione sostenuti dallo stesso PNP si stanno dimostrando uno strumento in grado di mobilitare energie e partnership verso l'adozione di soluzioni e la fissazione di standard di salute, che potrà produrre avanzamenti importanti.

Sarà necessario progettare studi che permettano di valutarne la portata in termini di processi e risorse e di verificarne l'efficacia, oltre che uscire dalla frammentarietà delle singole esperienze. È da segnalare, a questo proposito, che gli stessi LEA appaiono ancora sbilanciati su meri aspetti di controllo e vigilanza.

Più in generale, si ritiene che anche nella SSL si debba ragionare in termini di promozione della salute più che di prevenzione, centrare quindi l'attenzione sul benessere più che sulla malattia. A questo proposito, l'ambito dei rischi psicosociali - dove il benessere organizzativo presuppone appunto il benessere tout court - potrebbe essere in grado di far imparare molto in termini di benessere, offrendo la visione di un modello di tutela della SSL che supera quello basato piuttosto sui fattori di rischio e sui rischi di malattia.

Come per tutto l'ambito del Dipartimento di prevenzione, anche nel campo della SSL è la creazione di alleanze, reti e partnership ad essere prospettata come la via che permette di ottenere migliori risultati. Alleanze in primo luogo con i cittadini, con le comunità, con il territorio, che è ciò che forse si è progressivamente attenuato, per molti complessi motivi, negli ultimi decenni.

Tra gli ambiti di intervento viene ritenuto centrale quello della scuola, proprio per le grandi opportunità che può offrire in termini di sviluppo culturale attorno ai temi della salute sul lavoro e per le prospettive di un impatto positivo (da conoscere e valutare).

Tra i partner dei Servizi un posto speciale dovrebbero averlo gli RLS, contribuendo con questo a dare forza e credibilità al loro ruolo, anche se questo va considerato all'interno di un complesso quadro creato dalla crisi dei sistemi di rappresentanza dei lavoratori e da relazioni non sempre facili o produttive con il sindacato.

Per modificare e innovare gli interventi pubblici di prevenzione SSL risulta comunque indispensabile avviare un generale processo di miglioramento che sia supportato dallo sviluppo di competenze nuove (formazione) e valoriali in tema di organizzazione, comunicazione, di capacità di lettura dei sistemi aziendali, di lavoro interdisciplinare ecc.

Maggiore attenzione dovrebbe essere riservata ad approfondire la pandemia COVID nei suoi effetti sul mondo del lavoro ma anche su tutta la disciplina della tutela della SSL, in particolare sulle nuove prospettive che ha offerto il superamento, in quelle condizioni, del confine tra la persona come lavoratore e la persona "fuori" del lavoro ma anche sulla risposta delle organizzazioni aziendali e dei sistemi di prevenzione aziendale alla pandemia.

A parte qualche accenno critico poco è stato detto della significativa mutazione avvenuta con la L. 146/21, che ha rimesso in pieno campo l'Ispettorato del lavoro su tutta la materia della SSL: è vero che la discussione era centrata sul sistema salute ma la modifica non è per niente ininfluente e meriterà/meriterebbe maggiore approfondimento.