

Appunti per iniziare una discussione

Non sappiamo quanto e come l'attuale governo interverrà sulle tematiche specifiche della prevenzione, ma l'ipotesi che mi sembra più probabile è che prosegua il trend degli ultimi anni (decenni?) del progressivo definanziamento e conseguente impoverimento di strutture, progetti e attività, fino all'inefficacia, di fatto, delle strutture dedicate.

I Dipartimenti di Prevenzione sono passati, dalla loro istituzione negli anni 90 ad oggi, dall'essere, seppure forse solo potenzialmente, strutture autonome con propri programmi e finanziamenti, ad essere legati a doppio filo al governo e alla gestione delle Aziende Sanitarie Locali, con la conseguenza della progressiva riduzione del personale e degli strumenti a disposizione, legata ai piani di rientro dal deficit della sanità regionale.

Altro problema legato alla gestione delle ASL è la differenza persistente tra le realtà territoriali e regionali, nonostante la redazione dei Piani Nazionali di Prevenzione che vincolano progetti e obiettivi dei singoli Piani Regionali di Prevenzione e dovrebbero garantire prestazioni uniformi nell'ambito dei LEA*.

La stessa emergenza sanitaria derivata dalla pandemia COVID 19 non ha portato ad una revisione critica delle carenze ed alle auspiccate modifiche strutturali e di programma che possano affrontare analoghe emergenze nel futuro.

Dovrebbero verificarsi numerose condizioni affinché i Dipartimenti di Prevenzione possano ritrovare e rafforzare un'operatività sui territori per realizzare azioni efficaci sui determinanti di salute della popolazione.

Potremmo indicare tre condizioni fondamentali, che daranno il titolo a tre capitoli di questa sintesi:

La prima condizione è la volontà di attuare una politica di prevenzione in linea con l'impostazione "One Health" e con la necessaria "Salute in tutte le politiche".

La seconda è che si ottenga una effettiva autonomia delle strutture dedicate, i Dipartimenti di Prevenzione in primo luogo, come già scrivevamo nel nostro opuscolo "La salute nei Luoghi di Lavoro".

La terza è che tale autonomia non vada a confliggere con la necessità di mantenere la complessità e l'unitarietà del progetto di salute per tutti i cittadini disegnato dalle Madri e dai Padri della Riforma Sanitaria con la Legge 833 del 1978, mai superato nonostante le varie fasi di "aziendalizzazione" delle Unità Sanitarie Locali, divenute, appunto, Aziende.

1. LA SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE PER L'EFFETTIVITA' DELLA PREVENZIONE

I temi dell'ambiente, della crisi climatica e della sostenibilità sono oggetto di lunghe discussioni, a volte di enunciazioni grandiose, a cui però non hanno fatto seguito, nel corso degli anni, interventi efficaci, pur prospettati dagli esperti e dai professionisti, interventi che vengono anzi rinviati sine die.

Se consideriamo globalmente i determinanti di salute come definiti dalla letteratura scientifica in ambito di epidemiologia e prevenzione (vedi figura) ci rendiamo conto di come la prevenzione e la promozione della salute non siano responsabilità esclusiva del settore sanitario e sociosanitario, ma di tutti gli amministratori e dei soggetti portatori di

interesse, e di come sia fondamentale la partecipazione dei cittadini, richiamata dalle nostre leggi sanitarie, oltre che dalla nostra Costituzione.

Solo insieme, unendo risorse e competenze, tutti i soggetti possono concorrere a sviluppare azioni protettive che riducano i fattori di rischio sia nell'ambiente che nelle relazioni sociali, che nei rapporti economici.

Occorre migliorare la consapevolezza degli amministratori e delle parti interessate sui fattori che influenzano la salute pubblica, ad esempio nelle città e nei territori, mediante un approccio integrato, con il contributo interdisciplinare di ricercatori e professionisti, sia di formazione tecnica (progettisti, architetti e urbanisti) che medica (esperti di salute pubblica ed epidemiologi), al fine di affrontare i principali problemi di salute pubblica.

Determinanti sociali della salute



Dahlgren & Whitehead 1991 Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Future Studies.

Essendo chiara la complessità che è alla base degli interventi di prevenzione e promozione della salute, in base alla molteplicità dei determinanti e degli attori in gioco, è altrettanto chiaro che ogni approccio possibile richiede tempi non brevi di attuazione e che spesso la sperimentazione locale può portare a miglioramenti organizzativi piuttosto che il contrario, come è accaduto molte volte nella nostra storia (dalla lontana esperienza dei servizi di medicina del lavoro agli attuali piani mirati di prevenzione).

Chi si occupa di prevenzione dovrebbe trovare ascolto nei tavoli della politica, a livello nazionale e a livello locale, e dovrebbe a sua volta ascoltare le esigenze della popolazione, attraverso i dati epidemiologici e le indagini specifiche, come le sorveglianze su specifici argomenti di salute, ma anche attraverso il contatto diretto con i cittadini e le loro organizzazioni, e farsene portavoce.

Questo è accaduto, almeno in parte, nel periodo pandemico, ma è presto per dire se abbia lasciato una traccia sul livello organizzativo, anche se i segnali non sono incoraggianti.

I Dipartimenti di Prevenzione dovrebbero esercitare, a livello locale, una funzione di stimolo, di consulenza e di coordinamento per le attività di prevenzione e promozione della salute che possano svolgersi ad esempio nelle scuole, nelle strutture per gli anziani, nei luoghi di lavoro ma anche all'interno delle stesse strutture sanitarie residenziali ed ambulatoriali.

2. AUTONOMIA NORMATIVA E FINANZIARIA DEI DIPARTIMENTI

Il dibattito tra gli esperti in organizzazione ed economia sanitaria e nelle società scientifiche della prevenzione ha ruotato, in questi anni, sulla difficile integrazione dei Dipartimenti di Prevenzione all'interno delle Aziende Sanitarie, sui loro rapporti con le Direzioni e con le altre strutture aziendali, in primo luogo quelle territoriali come i Distretti. Le criticità evidenziate, e che molti di noi hanno vissuto, sono legate al difficile dialogo con le Direzioni e con le strutture dato dalla condizione di "estraneità" all'Azienda dovuto appunto all'autonomia normativa e auspicabilmente finanziaria dei Dipartimenti, e dalla gestione di attività di controllo oltre che di interventi di prevenzione.

Come è evidente, anche sui livelli di integrazione interna ci sono differenze territoriali significative, esperienze interessanti che si potrebbero esportare e condizioni viceversa che influiscono negativamente sulle attività. La prima da indicare tra queste ultime è ovviamente la carenza di personale, sia sul piano quantitativo che su quello qualitativo, con l'assenza di interi profili professionali, si pensi agli assistenti sanitari completamente assenti su certi territori, alle figure professionali come chimici e ingegneri ma anche epidemiologi.

Nel nostro lavoro dello scorso anno, esitato nella sintesi dell'opuscolo "La salute nei luoghi di lavoro" proponevamo un'Agenzia Nazionale che supportasse e coordinasse le funzioni di vigilanza e assistenza alle imprese, mantenendo le funzioni stesse all'interno delle ASL. Allargando il discorso alla prevenzione nei territori e non separandola da quella degli ambienti di lavoro, come i concetti di "One Health" e "Total Worker Health" indicherebbero, un coordinamento nazionale potrebbe essere proposto per tutte le attività dei Dipartimenti di Prevenzione. D'altra parte, le linee di attività dei Dipartimenti dovrebbero sempre più caratterizzarsi come interservizi e interdisciplinari, come attività di promozione della salute rivolte ai cittadini in maniera integrata.

Un dialogo costante tra le parti dovrebbe superare le difficoltà comunicative tra ASL e Dipartimenti di Prevenzione, pur mantenendone e rafforzandone l'autonomia, soprattutto incentrando il discorso sugli obiettivi di salute più che sui livelli organizzativi, che possono anche essere flessibili e modificati dalle esperienze.

3. E' POSSIBILE NON SEPARARE PREVENZIONE E SALUTE?

In altri termini ci chiediamo se è possibile mantenere uniti i livelli di assistenza collettiva con quelli di assistenza ai singoli cittadini e farli dialogare e potenziare tra loro in una visione ampia di promozione della salute.

Tornando al ragionamento sui determinanti di salute, sulla molteplicità degli attori della prevenzione e sull'unitarietà della salute umana, animale e ambientale, potremmo

azzardare a dire che il nostro modello di Sanità Pubblica è quello che maggiormente si avvicina all'integrazione chiesta dalla visione One Health a livello europeo e globale.

Come già accennato ci sono esperienze significative, ad esempio sul modello di città funzionali alla salute, sull'attività fisica e i sani stili di vita, sulla salute degli anziani, sugli ambienti di lavoro e la responsabilità sociale delle imprese, tante esperienze che però non bastano a dire che si sta andando nella giusta direzione. Ci vuole la volontà e il dialogo, come si diceva, tra decisori, amministratori, esperti e cittadini. Promotori di salute sono I Medici e gli Operatori sanitari, i Tecnici, gli Insegnanti, le Associazioni, i Cittadini.

Avendo chiari questi concetti si può tentare, di nuovo, di farli vivere nei Dipartimenti di Prevenzione e nelle Aziende Sanitarie, in collaborazione con tutti i portatori di interesse.

Tutto questo può essere coerente con il prevalere delle attività di autorizzazione e controllo su quelle di promozione della salute? Questo è probabilmente uno degli aspetti che più hanno condizionato l'alterità e a volte la totale estraneità dei Dipartimenti all'interno delle Aziende Sanitarie, impedendo di fatto il dialogo e l'integrazione anche dove la coincidenza degli obiettivi di salute dovrebbe essere totale. Occorre un approfondimento e un cambiamento di passo laddove questo è avvenuto o stia avvenendo.

Le attività di controllo possono essere considerate uno dei momenti integrati delle attività di prevenzione? La spinta all'autocontrollo e la diffusione di cultura sono già alla base dei Piani Mirati di Prevenzione, dei quali abbiamo notevoli esempi soprattutto negli ambienti di lavoro.

Le carenze in generale delle amministrazioni pubbliche centrali e locali non possono non avere un peso rilevante nell'ottica della prevenzione integrata fondata sui determinanti di salute. L'esistenza ad esempio di realtà territoriali in cui i Sindaci sono praticamente soli ad affrontare i problemi dei territori, o di realtà complesse in cui manca completamente la competenza professionale sono da evidenziare come criticità anche in ambito di salute.

* **LEA (Livelli Essenziali di assistenza) salute collettiva**

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie (inclusi i programmi vaccinali e la gestione delle epidemie)
- tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- salute animale e igiene urbana veterinaria
- sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale
- attività medico legali per finalità pubbliche.

