



Società Nazionale Operatori della Prevenzione

Dal Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018 ai Piani regionali prevenzione : prime osservazioni a cura di SNOP Lombardia

*Il futuro dipende da ciò che fai nel presente
(Mahatma Gandhi)*

Dopo le promesse che avete visto sul sito in Regali o Compiti di Natale e il testo del Piano Nazionale Prevenzione che tutti avranno attentamente studiato, SNOP Lombardia, un gruppo vivace con tanti operatori tra Direttori di Dipartimento di Prevenzione, operatori nel campo di salute e ambiente, storici medici e tecnici del lavoro esce allo scoperto con queste meditatissime note critiche ma soprattutto propositive perché il recepimento (*entro maggio 2015 ndr*) dei Piani Regionali di Prevenzione (PRP) è all'ordine del giorno già da ieri e ogni territorio, dopo la delibera standard di recepimento entro dicembre 2014.

Quindi occorre muoverci, pedinare in modo costruttivo , come è nostro costume, la stesura dei PRP per non lamentarci troppo tardi!

Da una prima lettura del Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018 emergono, rispetto ai precedenti piani, una serie di elementi positivi che hanno accolto nel tempo le tante osservazioni sia delle Regioni che delle associazioni di sanità pubblica (AIE, SNOP, SiTi, SIVEMP, etc). SNOP che tanto ha contribuito durante la sua stesura parteciperà a livello regionale nella definizione dei Piani regionali, lealmente come è nostra consuetudine.

Per scrivere questo breve contributo abbiamo ovviamente tenuto conto del testo PNP 2014-2018 (*che , per i più distratti , ricordiamo più sotto sul sito*) ,dei molti documenti riportati nella sua ricca bibliografia , ma anche delle tante ricerche uscite in questi mesi sullo stato di salute, sul ricorso ai servizi sanitari in questi anni di crisi. sui dati sugli infortuni e malattie professionali, sull'andamento demografico , sugli accessi gli screening oncologici, sul rispetto dei LEA, i rapporti dell'Osservatorio Nazionale prevenzione.

Da tutti questi documenti e ricerche emergono diseguaglianze territoriali di accesso sia alle cure che alla prevenzione , il persistere di un forte gradiente sociale (titolo di studio, reddito familiare, etc), grandi differenze regionali nel sistema prevenzione sia che si parli degli accessi agli screening oncologici , alle vaccinazioni obbligatorie e sperimentali (HPV..) , all'allattamento al seno, alle diagnosi precoci, sino all'ultima ricerca ISPRA sull'esistenza o meno del monitoraggio dei pesticidi nelle acque del belpaese.

Per non parlare della implementazione delle semplificazioni, della informatizzazione sino all'uso dei fondi delle sanzioni (vedi ricerca SNOP) o la sempre diseguale possibilità di assunzioni per coprire il turnover impossibile in alcune regioni ma meno difficile in altre.

Punti di forza e chiavi di lettura del Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018:

- **Al Dipartimento di Prevenzione viene riconosciuta la regia delle funzioni di erogazione diretta delle prestazioni e degli interventi e di governance/coordinamento delle funzioni non erogate direttamente e di tutti gli attori che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di prevenzione: il Piano va quindi nella direzione di dare dignità alla prevenzione come strategia sanitaria, con l'obiettivo di alleggerire le funzioni cliniche diagnostiche**

terapeutiche e quindi in prospettiva i costi umani, sociali, sanitari e d economici del sistema Il Piano contiene una visione intersettoriale dei tanti e giustamente ambiziosi Macro-Obiettivi(*vedi nota 1*) includendo azioni di prevenzione istituzionalmente attribuite non solo ai Dipartimenti di Prevenzione ma anche a Servizi rivolti a fasce specifiche di popolazione (Servizi Dipendenze, Consultori integrati, Centri di Igiene Mentale ...) e altri campi quali la Scuola, l'Ambiente..coniugando specializzazione con"trasversalità"; sfida assolutamente da raccogliere(*vedi nota 2*) dando un ruolo centrale ai Dipartimenti e agli operatori della prevenzione.

- **Il Rapporto salute e ambiente è finalmente delineato** : e' infatti molto positivo l' avere affrontato il tema dell'impatto dell'ambiente sulla salute dei cittadini. Finalmente vi è in questo Piano un capitolo che ha la stessa dignità della prevenzione nei luoghi di lavoro, dei rischi infettivi e della sicurezza alimentare e nutrizionale considerando criteri e priorità anche in questo vasto campo. Questo capitolo considera l'individuo e le popolazioni in rapporto al proprio ambiente, promuovendo **un rapporto salubre fra salute e ambiente** contribuendo alla riduzione delle malattie (in particolare quelle croniche non trasmissibili) con un piano per i principali fattori di rischio ambientali (*vedi nota 3*) Importante l' avere affrontato la tematica del rischio chimico e REACH in più capitoli legandoli alla tutela dell'ambiente, del consumatore, del lavoratore, dei cittadini.
Viene chiarito il ruolo importante dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL che hanno comunque l'obbligo giuridico non solo di promuovere in generale la salute dei cittadini, ma anche quello specifico per legge di prevenire le malattie correlate con l'ambiente, ovvero più di un quarto del totale delle malattie. Viene dato maggior peso alle procedure di valutazione degli impatti ambientali: VIA, VAS ,AIA.
- **La sicurezza degli alimenti e della nutrizione non è più separata dalla sanità pubblica veterinaria** , dopo una serie di battaglie, come nelle stesure precedenti ed ha un ampio spazio nel punto 1 e ripresa anche nei macro-obiettivi al punto 2 e nel capitolo 2.10. anche se rimane ancora non in perfetta luce la qualità della nutrizione nei confronti del sistema di controlli alimentari.
- **Declinato in modo attuale e innovativo nel capitolo 2.4 il grande tema delle dipendenze "tutte"** dalle più tradizionali: alcol, fumo, droghe, psicofarmaci a quelle più attuali:internet addiction, sex-addiction, shopping compulsivo, accumuli compulsivi e patologici, gioco d'azzardo patologico reso più esteso da rete, luoghi, modiTem i enormi di salute, di cultura, di economia che impongono risorse e azioni profondamente innovative .
- **Per quanto riguarda la salute e sicurezza sul lavoro, tema storico della sanità pubblica innovativa (capitolo 2.7) vi è un certo spazio sui nuovi temi anche se ancora in modo ancora non del tutto sufficiente:** riflessi della crisi occupazionale sullo stato di salute dei lavoratori e sui rischi muscolo scheletrico, organizzativo, cancerogeno, viene data giustamente importanza agli incidenti stradali in occasione di lavoro (la metà degli infortuni mortali e gravi), oltre ai tradizionali temi e Piani Nazionali Amianto, Edilizia, Agricoltura. Come accade frequentemente manca un quadro di riferimento dello stato di salute nel mondo del lavoro oltre agli essenziali dati su infortuni (in forte diminuzione anche per il grande e poco valorizzato lavoro di questi anni) e alle patologie professionali in crescita per le azioni, ancora insufficienti di emersione Il Report 2013 di ISTAT (12dicembre 2014 che alleghiamo) offre ad esempio dati interessanti visti da altri punti di

vista : problemi di salute causati o aggravati dalla attività lavorativa, assenze dal lavoro. elementi conoscitivi su fattori di rischio chimico, fisico, organizzativo, psicologico per fasce di età, settori di attività economica, professioni. Temi che vanno meglio studiati e conosciuti (vedi oltre proposte su epidemiologia a supporto dei Piani)

Il Piano Nazionale Prevenzione pone le basi per portare sino in fondo le riflessioni e l'azione sulle differenze che riguardano anche la medicina predittiva e la prevenzione secondaria ad iniziare dagli screening oncologici che, dentro o fuori i Dipartimenti di Prevenzione, esistono nelle varie Regioni come le ultime ricerche dimostrano sugli accessi agli screening oncologici o il Dossier ANCI -Federsanità sul diabete (*vedi nota 4*)

Le principali criticità del Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018:

- 1) L'insufficiente spazio dato alla cancellazione delle pratiche inutili .** Su questo punto speriamo che ci siano passi in avanti nelle modifiche del Titolo V, nelle varie azioni del Governo ad iniziare dalla Agenda della semplificazione. Il tema delle semplificazioni non è stato in questo periodo sufficientemente purtroppo sostenuto dalle associazioni di sanità pubblica "storiche " (*ad eccezione di SNOP e di CIIP : Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione vai a proposito sul sito www.ciip-consulta.it)* che hanno avuto poco peso e scarsa attenzione nei confronti dei decisori sia istituzionali che politici anche nel dibattito parlamentare sulla tante proposte di semplificazione in corso (riforma della Pubblica Amministrazione, Agenda digitale, Jobs –Act ...). Forse nel "nostro piccolo" facciamo troppa fatica ad abbandonare le vecchie abitudini"(prassi consolidate, meno faticose e tranquillizzanti): insomma un assist (purtroppo nemmeno tanto consapevole) alle lobbies della conservazione, ma anche al business di consulenze.
- 2) Non viene affrontato il tema delle risorse :** le teste e le gambe sulle quali dovrà camminare questo PNP dal 2015 al 2018 (il 2014 è passato !) che affronta temi antichi e innovativi con nuovi compiti e sfide . Il tema è ancora più aperto nel caso di Servizi e Dipartimenti di Prevenzione che si sono drasticamente assottigliati nel tempo per un mancato ricambio generazionale che rimane per il mondo della prevenzione sotto-traccia anche dal punto di vista dei media. Dobbiamo almeno insistere sull'utilizzo effettivo del 5% e sull'utilizzo degli introiti delle sanzioni ex D.Lgs. 758/1994 e di quelle relative alla sicurezza e alimentare. (*vedi oltre proposte*)
- 3) Inesistente la questione della comunicazione moderna e efficace** (a tale proposito vedi Atti Convegno di Bergamo del 10 dicembre 2013 sia su sito ASL Bergamo e sul sito SNOP) questione ancora oggi poco valorizzata nella maggior parte dei Dipartimenti di Prevenzione se non in modo ultratradizionale oltre all'opuscolo stampato. La ricerca SNOP del 2013 ha dimostrato il grande interesse al tema della comunicazione ma anche il mancato sostegno alla **necessità di trasparenza**: dai report territoriali con periodicità predefinita almeno su situazioni critiche stralunate e non su richiesta (spesso strumentale di Comitati e /o Sindaci) a quelli regionali, nazionali (*vedi oltre le proposte*),
- 4) Alcune tematiche pur segnalate durante la stesura non sono state prese in particolare considerazione,** ad esempio:

- 1) incidenti stradali in occasione di lavoro.. nel capitolo incidenti stradali vedi tanti progetti ASL con aziende;
- 2) temi specialistici quali ad esempio quello delle “ ipoacusie è declinata solamente per i piccoli ma è tema sociale ben più vasto....
- 3) *raccogliamo idee*

Primi punti di condivisione e proposte per una migliore declinazione dei Piani Regionali Prevenzione

I Dipartimenti di Prevenzione svolgono un buon lavoro sia per quantità che per qualità; ma sicuramente a livello regionale e nazionale non vi è una capacità di riflessione, promozione e comunicazione ai vari livelli: istituzionale, politica e sociale su questi temi. Soprattutto ci sono ancora troppe differenze tra prestazioni, LEA,....

in questi anni ci siamo misurati con una complessità di temi su tutti i campi della sanità pubblica e per alcuni aspetti vincendo una sfida cercando di misurarci con le differenze sociali, culturali ed economiche e tipicità territoriali

Oggi non basta solamente una buona gestione del quotidiano ma occorre uno scatto di orgoglio e un salto di qualità su alcuni punti se non vogliamo andare verso un declino, proprio in un momento dove la prevenzione deve sempre di più diventare un investimento !

1. **I Dipartimenti di Prevenzione garantiscono sicuramente “l’attività ordinaria” ma anche diverse iniziative “straordinarie”** (ad esempio gestione controllo su Grandi Opere, epidemie piccole e grandi, inquinamenti di matrici, allarmi sanitari, etc) **di buon livello;** ma forse alcune criticità emergono proprio nelle situazioni acute. Va rafforzato il ruolo del sistema di sanità pubblica nelle emergenze di tipo idrogeologico, sul rischio sismico (*l’esperienza di Mantova e della bassa emiliana sono un esempio*), nella gestione delle problematiche sanitarie legate alla immigrazione; i nuovi temi della precarietà e del rischio organizzativo nei luoghi di lavoro, l’organizzazione su salute e ambiente, la sicurezza degli ambienti di vita (sicurezza impianti idrici, elettrici, di riscaldamento, infezioni ospedaliere, scorretto consumo di farmaci, trasporto sanitario, fatiscenza di molte abitazioni, ecc,)), ma anche gestione del territorio ad iniziare da una maggiore e migliore presenza dei Dipartimenti di prevenzione nell’esame rigoroso dei piani urbanistici ed edilizi che potrebbe contribuire a contrastare il dissennato consumo del territorio. Azioni di prevenzione meno visibili ma molto attente sono condotte in forma interprofessionale nel campo delle malattie trasmesse da vettori : *Chikungunya, Dengue, West Nile, Leishmaniosi, etc.*
2. **Le risorse sono notoriamente inferiori al dovuto; sia per il mancato turnover che per un appiattimento delle poche figure assunte** (quasi esclusivamente tecnici della prevenzione e personale amministrativo) a fronte di un bisogno sempre più diversificato: medici di sanità pubblica e del lavoro, assistenti sanitari, epidemiologi, ingegneri, chimici, biologi, mediatori culturale, psicologi... perché la complessità dei problemi è elevata. **Tra le carenze anche quella del mancato potenziamento dei Laboratori di Sanità Pubblica** di fronte all’emergere di molte matrici e problemi vecchi e nuovi da analizzare. Inoltre, per

affrontare seriamente REACH e CLP; occorrono laboratori attrezzati per analisi qualitative su prodotti e sostanze (composizione, impurezze) in contraddittorio con i produttori. Fa parte di queste carenze la mancata **organizzazione istituzionale delle tematiche di salute e ambiente se non in pochissime ASL e la debolezza di molte ARPA in Italia.**

3. **Da mettere in conto a proposito del punto precedente una quota di “impopolarità” del nostro lavoro di controllo** , come per tutti coloro che hanno il compito di far rispettare le regole; soprattutto se nei siti istituzionali, nei report (nazionali, regionali e territoriali) si presentano, contano e valorizzano (nel migliore dei casi) solamente le attività di vigilanza con sopralluogo e non tutte le attività di controllo con nuovi metodi (es. audit) e le attività promozionali, di assistenza (formazione e informazione, sportelli, materiali, app....) e confronti di cittadini, imprese, lavoratori, enti , professionisti e organizzazioni .**Molti dei risultati dei nostri interventi si vedono soprattutto a lunga distanza** sono quindi apparentemente *“poco spendibili”* da una politica miope e poco lungimirante. Ma non è del tutto vero una parte del problema sta anche nella incapacità epidemiologica del “contare” e della timidezza istituzionale nel valorizzare elementi positivi; la diminuzione degli infortuni, l'emersione delle patologie professionali, il miglioramento degli stili di vita, l'accesso a screening utili e a cure precoci su patologie cardiovascolari e tumorali, l'accesso a vaccinazioni tradizionali e innovative, la qualità dell'acqua potabile e degli alimenti, etc... Occorre migliorare lo studio degli effetti e la visione anche economica di questi interventi e di questi risultati . Interessante a proposito il sostegno del Club Ambrosetti (*vedi lettera n° 61 del dicembre 2014*)

Occorre riflettere che i risultati di alcuni interventi si possono vedere a scadenza più breve; ad esempio una gestione tempestiva ed efficace dei casi di malattie infettive trasmissibili si vede quasi subito .La riduzione degli infortuni per caduta dall'alto e degli infortuni mortali in edilizia si è verificata in un arco temporale molto simile alla durata di un mandato politico. Così come la diminuzione dei tumori respiratori sarà ben visibile nel tempo dopo drastici interventi su fumo (*vedi a proposito sul sito il Manifesto endgame tabacco a cui SNOP ha aderito da subito*), inquinamento ambientale, esposizione ad amianto ed ad altri fattori di rischio occupazionale. Un esempio locale: la diminuzione dei tumori alla vescica nel polo tessile di Como e Monza e Brianza, dopo la cancellazione dalla produzione dei coloranti a base di amine aromatiche, verificata dal sistema OCCAM non è mai stata valorizzata come esempio e risultato di una vera prevenzione primaria ovvero della modifica.

4. **Non siamo particolarmente amati dalle istituzioni e dall'opinione pubblica** (o più spesso siamo ignorati); ma come già detto soprattutto anche per una nostra incapacità comunicativa a tutti i livelli: dal Ministero della Salute che abdica a molti temi propri al Ministero del Lavoro o dell'Ambiente, alle Regioni spesso incapaci di una visione autonoma di insieme e di orgoglio (*pensiamo che non vi è un sito pubblico delle Regioni dove venga valorizzato il tanto che si fa nei territori, mettendolo a disposizione degli interessati !*), alle ASL ma anche alcuni di noi troppo timidi (*tolto rare eccezioni ovviamente !*)

5. **le Organizzazioni Sindacali sono da tempo troppo silenti sulla complessità dei temi della prevenzione**, pur avendo sottoscritto con SNOP a livello metropolitano milanese un Manifesto che si è un po' perso nel tempo . Ma nel corso del 2015 ci sarà una ripresa di incontri anche nazionale con la nostra associazione.

Prime proposte di SNOP Lombardia

Sulla Organizzazione regionale

Si fa sentire **una certa debolezza organizzativa** della Unità Operativa Prevenzione Regionale Lombarda , pur ovviamente nel lodevole sforzo dei funzionari.

Sul piano epidemiologico : manca in una Regione di 10 milioni di abitanti un forte Osservatorio epidemiologico che gestisca, elabori e restituisca ai decisori politici, alle istituzioni , agli operatori alle forze sociali, alle associazioni e cittadini la mole di dati che il sistema fornisce da tempo : Schede di Dimissione Ospedaliera, i sistemi informativi Person@, MAPI, IMPRES@; GEMA sul tema amianto; le Notifiche preliminari on line , dati correnti, consumo farmaci per età, mestiere , etc.

Sicuramente anche nella nostra Regione e il suo Servizio Epidemiologico sono stati assorbiti dalle problematiche assistenziali e sono stati meno attenti ai problemi di salute pubblica, sia in termini descrittivi: report sulle principali patologie, fattori di rischio e determinanti sociali, che in termini di sorveglianza finalizzata ad individuare criticità, valutare trend.

Occorre quindi un maggiore impegno epidemiologico centrale ed territoriale sui principali obiettivi con maggiore precisione su tipo di reportistica e i destinatari (decisori politici, operatori, cittadinanza)

L'Osservatorio epidemiologico potrebbe essere in parte finanziato con i famosi proventi del sistema sanzionatorio su salute e sicurezza, alimenti, ambiente.

Sempre sul sistema informativo oltre al miglioramento dell'utilizzo dei altri dati correnti di sanità occorrerà finalmente co "**stringere** " **INAIL ad una maggiore collaborazione istituzionale** perché vengano messi a disposizione nel sistema Flussi Regioni i dati sui registri (aziende, esposti) a cancerogeni ed a agenti biologici , quelli sui nominativi degli RLS che sono in una "pancia" romana un po' immobili ma pare non in scatoloni ma in un grande file...

Elementi importanti sia per la programmazione delle attività di controllo che di promozione e assistenza.

Questo tema, richiamato nel PNP 2014-2018 è sostanzialmente fermo da troppo tempo.

Andrà potenziato e soprattutto promosso l'utilizzo degli open data in tutta la Pubblica Amministrazione, ma anche il suo utilizzo da parte di imprese, organizzazioni di lavoratori e cittadini, figure della prevenzione..

Investire maggiormente e a tutti i livelli sui progetti di cultura della prevenzione

In molte Regioni, Lombardia compresa vi sono progetti di promozione della salute per varie fasce della popolazione con i progetti sul cammino, sulla alimentazione, sul fumo..., in alcuni casi rivolti anche alle imprese con il progetto WHP (*che non deve essere considerato un lasciapassare per trasgredire sulle norme di sicurezza*). Su questo fronte devono essere coinvolte anche le piccole imprese, magari attraverso le Associazioni di categoria . In questo ambizioso progetto va meglio valorizzata anche la promozione della salute organizzativa, "mentale" "(*tema che anche l'Europa indica come centrale ma molto defilato in Italia*). Importante e innovativo il progetto " **A SCUOLA**

di sicurezza “che andrebbe implementato e integrato con il progetto più complessivo della “rete delle scuole che promuovono salute (la cultura della prevenzione non può che essere a 360°).

Non moltissimo (anche per mancanza di risorse umane) si fa nella promozione del sistema imprese positive, nel rafforzamento della rete degli RLS,

Investire sulla Comunicazione

Anche se in Lombardia vi sono moltissime esperienze positive dal lavoro valorizzato dai tanti Laboratori e per comparti in tante ASL , da Milano, Monza e Brianza e da altre ASL, esperienze condivise di controllo innovativo su Grandi Opere o manifestazioni temporanee (pensiamo a EXPO). Qui si è consolidato il coordinamento e la promozione di importanti piani quali quelli Agricoltura, Amianto, Edilizia Qui si è promossa la ricerca attiva delle malattie professionali .. ma poco è valorizzato dalla istituzione in modo pubblico.

Non sempre (per essere buoni) riusciamo a valorizzare adeguatamente tutto quello che facciamo: dobbiamo migliorare la comunicazione, qualche esempio:

-**“curare” meglio anche “l’immagine”**, un front-office pensato “dalla parte dell’utente” può essere uno dei maggiori punti di forza di una reale semplificazione e forse potrebbe anche ridurre la quota di impopolarità prevista tenendo anche conto che in Lombardia molte ma non tutte attività inutili sono state abolite e molto rimane ancora da fare e le attuali proposte governative della Agenda Digitale forniscono utili assist : regolamento edilizio unico dei comuni, modello unico per le dichiarazioni di inizi attività , progetti....**Insomma non dobbiamo essere i primi burocrati !**

- **una maggiore integrazione tra gli Uffici Comunicazione dell’ASL e il DPM** (modello Bergamo), attraverso la partecipazione sistematica dei Responsabili del DPM ai momenti organizzati di programmazione delle iniziative di comunicazione da parte dell’ASL : gestione del sito, conferenze stampa, periodico online, ecc. Ma su questa partita della comunicazione **il diverso modello (più aggressivo, tempestivo e autonomo)** della ASL Milano è però vincente anche nel tempo breve: occorre investire direttamente tra le forze giovani di ogni servizio con un breve corso di web-master, programmare, stimolare, ordinare, inserire con tempi veloci i materiali, corsi, notizie, report. Ne è la riprova un sito rinnovato in un tempo brevissimo e molto apprezzato. Anche la ASL Monza e Brianza ha puntato molto sulla trasparenza e l’interattività del sito web.

E’essenziale sviluppare e anticipare le notizie positive quali la utilità delle vaccinazioni per contrastare le idiozie della rete o le informazioni contraddittorie (*vedi l’ultima questione sulle vaccinazioni antinfluenzali che tanti malati sta producendo*) e a volte di qualche istituzione prestigiosa ma fuori ruolo che abbiamo già visto in campo anche su STAMINA. **La comunicazione è affine alla trasparenza** e bisogna che venga finalizzata ad avere comunità più competenti sui temi della salute, meno disponibili a diventare preda di messaggi irrazionali e ipotesi complottistiche che deviano le risorse anche emotive verso falsi problemi, creano falsi nemici e da ultimo fanno perdere un sacco di tempo.

Sempre sull’importante tema della comunicazione è indispensabile quindi un **rapporto stabile con Amministrazioni** (ad esempio le assemblee dei sindaci), **Media e Associazioni di cittadini, mondo**

scolastico, mondo sindacale e imprenditoriale, mondo professionale, ambientalista, associazioni di consumatori sulle tematiche emergenti , sullo stato di salute dei cittadini, in modo che si accorgano che esistiamo non solo quando si verifica un “problema” insomma una comunicazione sistematica e preventiva.

Sulla migliore comunicazione si ricorda di nuovo il favore che questo tema aveva suscitato nella piccola inchiesta SNOP tra i Direttori dei DPM; a seguito della lettura dei soli report .

Investire sulle Risorse “Umane”

In Lombardia per i nostri Dipartimenti di Prevenzione c'è un forse un buon rapporto costi-benefici, ma non è scontato che se passassimo per miracolo ! dal meno del 4% come oggi al “mitico” 5.5 avremmo automaticamente risolto tutti i nostri problemi (*ciò malgrado è ovvio che occorre “combattere” per acquisire il massimo possibile di risorse*).

Riprendiamo quanto detto in precedenza sulla sempre più evidente carenza di risorse umane diversificate nelle professioni (nel giro di un breve periodo molti saranno in pensione ...), nella valorizzazione delle figure professionali e di una esigenza di rafforzamento del sistema di riferimento dei Laboratori di Sanità pubblica oggi ulteriormente depauperati e sulla necessità che in ogni ASL sia istituita, all'interno dei DPM, una struttura che si occupi del rapporto tra ambiente e salute dei cittadini in stretta collaborazione con ARPA.

Potenziamento sia a livello regionale che all'interno delle ASL di strutture di epidemiologia che si occupino di studi di impatto sulla salute di cittadini e lavoratori che possano influenzare la programmazione sanitaria e non solo

Purtroppo nell'ultimo periodo il grande ruolo dei Dipartimenti e degli operatori di prevenzione e sanità pubblica si è un po' anche tradotto in : *vi diamo l'investitura, se raccogliete la sfida dovrete farcela isorisorse, migliorando l'organizzazione, e potenziando gli interventi costo-efficaci.*

Sul problema della risorse ricordiamo il mancato utilizzo di quelle derivanti dalle sanzioni in campo della salute e sicurezza sul lavoro e alimentare Nel caso della tutela della salute nei luoghi di lavoro si tratta in Lombardia di un tesoretto di circa 15 milioni di euro l'anno (*in Italia circa 50 milioni di euro*) che l'articolo 13 comma 6 del Testo Unico D.Lgs. 81/2008 e altri dispositivi legislativi metterebbero a disposizione del sistema pubblico di prevenzione e che invece non viene utilizzato . Nella ricerca SNOP di fine 2014 si dimostra che la Lombardia è tra gli ultimi posti in Italia, mentre non lo è certamente per i risultati raggiunti .

Ultim'ora nelle Regole Lombarde per la Sanità del 2015, dopo tanto pressing di operatori, forze politiche di opposizione e sindacato, vi è un utile assist in tal senso, ma andrà pedinato e declinato perché non rimanga lettera morta.

Fa parte del tema risorse umane la piena valorizzazione anche nei Dipartimenti di Prevenzione di tutti i nuovi (e vecchi) profili professionali, affrontando le questioni di competenza, autonomia, responsabilità, appropriatezza e integrazione.

Rendere effettivo il funzionamento del sistema Salute e Ambiente e ARPA

Come già detto tante volte anche su questo sito la mancanza di Servizi riconoscibili e organizzati su Salute e Ambiente nei Dipartimenti di Prevenzione (*i soli esempi di Milano e Bergamo ci fanno capire che molto deve essere fatto in altri territori.*), il progressivo depauperamento delle risorse anche di ARPA con lo svuotamento delle funzioni di controllo e una forte gestione politica, una certa timidezza comunicativa a paragone di Agenzie di altre Regioni (ad esempio Toscana ; Emilia) sta portando in Lombardia quasi ad un declino, malgrado i grandi problemi ambientali e di salute.

Occorre quindi garantire con risorse e organizzazione l'applicazione degli strumenti di pianificazione territoriale, dei progetti e programmi quali VIA-VAS-AIA, che il Piano promuove . Appare quindi più che mai importante poter disporre di risorse qualificate, diversificate e organizzate di sanità pubblica e di strumenti efficaci per la valutazione preventiva e partecipata degli impatti sulla salute a supporto delle decisioni delle Amministrazioni, dando il giusto spazio alla componente salute nell'ambito di queste procedure.

Vanno meglio chiarito nella declinazione del Piano Regionale Prevenzione le modalità di coordinamento operativo fra i Dipartimenti di prevenzione e le Agenzie regionali di protezione ambientale e la integrazione delle competenze per l'attivazione di programmi permanenti di analisi di matrici e dei possibili effetti negativi sulla salute umana di inquinamenti ambientali, gestione aree dismesse, tematiche consolidate (radon, radiazioni, etc).

Rafforzare e migliorare il ruolo dei Dipartimenti di prevenzione nelle emergenze

Anche in questi anni le prove di emergenze e di situazioni critiche acute dei Dipartimenti di Prevenzione non sono certo mancati .E non parliamo della Terra dei Fuochi in Campania o del caso Taranto, ma i più vicini: terremoto nel mantovano e nella piana emiliana, gli effetti devastanti sulle persone, sul territorio, sull'acqua, sulle produzioni agricole e industriali del dissesto idrogeologico, della gestione di aree dismesse industriali abbandonate da decenni da proprietari, l'inquinamento atmosferico delle grandi città e della pianura padana, il dilagare delle nuove dipendenze... (*vedi nota 5*)

Vere prove per il Dipartimento di prevenzione, struttura unica nel contesto europeo dove medici del lavoro e di sanità pubblica, veterinari, biologici, chimici, ingegneri e tecnici della prevenzione , assistenti sanitarie lavorano per un sistema pubblico e sono riconosciuti dalla legislazione europea e nazionale come Autorità competente.

Il Dipartimento di Prevenzione, come compito istituzionale, deve partecipare, con un proprio piano della prevenzione, insieme ai Sindaci, alla stesura dei Piani di emergenza previsti dalla legge 100/2012 (dovremmo valorizzare a tale proposito la campagna della Protezione Civile "*non fate presto, fate prima*") . Se si ritiene che il Dipartimento di Prevenzione sia una struttura inutile e da scardinare, dobbiamo dal basso trovare lo spazio per esprimere tutto il nostro potenziale; ciò per mettere in sicurezza le persone, gli animali e le produzioni (Business Continuity Management).

Un ruolo fondamentale, in questo percorso, potrebbero svolgerlo anche le Società scientifiche, le Fondazioni e le Associazioni, non solo per promuovere un percorso comune, ma, soprattutto, per attivare la formazione e la produzione di buone prassi e di linee guida operative.

Trasparenza : l'Open Data nella prevenzione La questione dell'accesso ai dati scientifici, ambientali e sanitari

In questi anni la disponibilità in rete di notizie incontrollate, opinioni personali "spacciate" per verità, hanno reso incerto il quadro di riferimento non solo per gli operatori sanitari e i ricercatori (che dovrebbero avere altre fonti controllate) ma soprattutto per i cittadini e i decisori politici.

Pensiamo alla questione dell'imbroglione STAMINA confuso con le importanti ricerche e applicazioni delle cellule staminali o le opinioni di un magistrato che hanno scoraggiato genitori a vaccinare i figli sino all'ultima vicenda sulle vaccinazioni antinfluenzali ...

I dati andrebbero sempre valutati criticamente, conoscendo bene anche lo strumento di osservazione. Ma le istituzioni centrali (Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute, INAIL, AIFA, ISPRA...) dovrebbero offrire la possibilità di rielaborare dati in autonomia con una strategia comune. Quello che in un recente convegno internazionale di Washington è stata nominata epidemiologia 2.0

Argomento complesso che non interessa solo la clinica o la sperimentazione ma che riguarda anche la prevenzione. Ma sicuramente possiamo affermare che:

- i dati di ricerca devono essere accessibili ai ricercatori, operatori decisori...
- alcune conoscenze (pensiamo a quelle INAIL, quelle del Ministero della Salute o dell'Ambiente) possano essere accessibili a cittadini e stakeholder. (imprese, lavoratori, sindacato, associazioni di consumatori...) come riferimento certo per ragionamenti

Insomma occorre conciliare la trasparenza dei dati e la corretta comunicazione, indispensabile per favorire decisioni consapevoli tra i decisori politici, operatori e i cittadini per trasformare l'informazione in conoscenza.

In Italia come noto manca una diffusa cultura matematica e statistica (*si pensi che in ogni giornale si dice che la "Lombardia ha il triste primato degli infortuni" o di qualsiasi evento avverso perché nessuno presenta il dato "pesandolo" con numero abitanti e o lavoratori!*), e non è facile per i non esperti riuscire a capire che cosa i dati stanno dicendo, ma "senza un minimo di conoscenza su come si fa a nuotare in quello che è chiamato il diluvio dei dati, visto che i dati sommergono la nostra vita e ci circondano continuamente, noi rischiamo di essere cittadini di serie B".

Su un piano più generale, una analisi simile dovrebbe essere condotta anche sui servizi erogativi territoriali delle ASL che dovrebbero essere coinvolti su macro obiettivi di prevenzione rivolti a fasce specifiche di popolazione.

In Lombardia lo stato di disinvestimento prima di tutto politico, la scarsità di strutture e di risorse, la esternalizzazione di funzioni con i sistemi di voucher ha spostato il baricentro della sanità territoriale, che ha tradizionalmente una vocazione preventiva, verso una sanità che finanzia l'acquisto di prestazioni.

Soprattutto nel campo della salute e sicurezza sul lavoro l'esperienza ci ha insegnato, soprattutto dopo le direttive europee, che spesso la prevenzione è diventata uno spazio di mercato incontrollato: valutazioni del rischio fotocopia, formazioni vuote e inefficaci, visitifici, analisi ambientali inesistenti e di maniera, consulenti improvvisati e rapaci che hanno frequentemente ridicolizzato la prevenzione, rendendo il tutto molto costoso e inefficace per le imprese.

Ci auspichiamo quindi che le magre risorse disponibili sia pubbliche che private vengano investite in modo migliore, ma nel sistema sanitario pubblico, oltre al pieno utilizzo del 5- 5,5 % del Fondo Sanitario occorre che nella determinazione dei Fondi Regionali si studino e analizzino i dati a disposizione: epidemiologici, demografici, consumo di farmaci, ambientali, etc perché possano essere meglio ricalcolati.

per il Gruppo SNOP Lombardia

Laura Bodini

nota 1) "Piano Nazionale Prevenzione 2014 – 2018" Macro Obiettivi:

- *Ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili*
- *Prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali*
- *Promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani.*
- *Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti*
- *Prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti*
- *Prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti*
- *Prevenire gli infortuni e le malattie professionali*
- *Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute*
- *Ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie*
- *Rafforzare le attività di prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria per alcuni aspetti di attuazione del Piano Nazionale Integrato dei Controlli*

nota 2) Nel PNP si afferma "Rispetto alla seconda funzione identificata (quella di steward nel promuovere e ottenere le collaborazioni intersettoriali richieste dalle policy e necessarie per il conseguimento degli obiettivi), bisogna considerare che tale funzione (oltre che a livello nazionale: vedi le Azioni centrali) si articola a livello:.....Questa funzione esprime quindi l'indispensabilità di un ruolo di leadership dei responsabili della prevenzione; leadership che affonda le proprie radici nella cultura della prevenzione di sanità pubblica propria degli operatori della prevenzione e maturata grandemente con i recenti PNP. Tale funzione va comunque promossa e sostenuta da strategie e obiettivi specifici e la inadempienza per qualsiasi ragione a tale funzione va sostanzialmente intesa per le popolazioni di riferimento come un danno da minor guadagno di salute".

nota 3) I principali fattori di rischio ambientali citati nel PNP 2014-2018

- *l'esposizione a sostanze chimiche comprese anche se appena accennate le nanotecnologie e ai nanomateriali ingegnerizzati, ma anche amianto e ai determinanti primari dei tumori, oncogeni negli ambienti di vita e di lavoro*
- *l'inquinamento Indoor: Il 31% delle inabilità espresse in DALY nei bambini da 0 a 4 anni di età (Valent et al., Lancet, 2004). Circa il 13% dei casi di asma dei bambini europei è correlabile a un eccesso di umidità negli edifici (2009 "WHO guidelines for indoor air quality: dampness and mould").*
- *l'inquinamento atmosferico urbano (ES. PM10 PM2,5) ricordando che la IARC: ha classificato l'inquinamento atmosferico in termini di particolato, come cancerogeno accertato per l'uomo. La letteratura epidemiologica dimostra oltre ogni ragionevole dubbio che l'esposizione all'inquinamento atmosferico comporta effetti avversi sulla salute delle popolazioni. Si osservano effetti avversi di tipo cardiovascolare, respiratorio e neoplastico*
- *le problematiche legate al radon ma anche più recenti quali l'esposizione a campi elettromagnetici, uso di cellulari, e RUV.*

nota 4)

Se è vero che il “Il diabete è destinato a diventare la causa maggiore di disabilità e di mortalità nei prossimi venti anni: l'OMS lo ha, quindi, inserito tra le patologie su cui maggiormente investire, dato il crescente peso assunto anche nei Paesi in via di sviluppo” (pag .19 PNP) non possiamo più ritenere che non sia un problema per i Dipartimenti e quindi dobbiamo investire nella prevenzione della cronicità e nella promozione dell'invecchiamento attivo: le ASL devono quanto meno candidarsi alla “regia” (o governance che è più di moda- si veda ultimo capitolo “accountability e dell'organizzazione e sostenibilità della prevenzione”) non solo con interventi di promozione della salute su popolazione e gruppi a rischio, ma anche con interventi su chiamata attiva, es. progetto cardio 50 – capofila regione veneto , progetto al quale hanno aderito altre Regioni) nota 5)i. “.....L'Italia e' il paese europeo che piu' di tutti deve confrontarsi con i rischi legati a eventi catastrofici di diversa tipologia.....”: così Michael Osborne, Direttore Advisory Unit on Multidisciplinary Issues dell'Ocse, si esprime sull'Italia nella prefazione del rapporto dell'OCSE sull'organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economici, "OCSE - Analisi di gestione del rischio: il Sistema Italiano di Protezione Civile. Risultati e raccomandazioni"

Bibliografia

oltre alla ricca bibliografia riportata nelle ultime pagine del Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018 per queste brevi note abbiamo tenuto conto anche di

- Patto per la Salute 2014
- Annuario Statistico ISTAT 2014
- Rapporto sullo Stato Sanitario del Paese 2012-2013 (pubblicato nel novembre 2014)
- Libro Bianco sul Diabete (2014)
- Dati su infortuni e malattie professionali (INAIL, Regioni, ISTAT)
- Ministero della Salute: trend regionali LEA 2001-2012
- Relazioni dell'Osservatorio Nazionale Prevenzione (Fondazione Smith Kline)
- Relazioni Sentieri su sito AIE
- Relazione sullo stato di salute dei bimbi (Associazione Culturale Pediatri –giugno 2014)
- Relazione sulla salute in carcere, presentata al Seminario in Senato nel 2014
- Lettere a Ministro della Salute, materiali SNOP Lombardia, Marche su sito www.snop.it
- Lettera Club The European House – Ambrosetti novembre-dicembre 2014 n° 61
- Report ISTAT 12 dicembre 2014 su Salute e Sicurezza sul Lavoro
- Ricerca ISPRA sul monitoraggio dei pesticidi nelle acque (2014)
- Monitoraggio delle spese sanitarie di AIFA
- documenti “grigi” delle associazioni di sanità pubblica
- ricerca SNOP sull'utilizzo regionale delle risorse derivanti dalle sanzioni (2014)