

Note di approfondimento

Serve più prevenzione

Vittorio Carreri

Coordinatore onorario del Collegio degli Operatori di Prevenzione, di Sanità Pubblica e delle Direzioni sanitarie della SItI

La questione prevenzione e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro è una problematica di primaria urgenza anche per le sorti future del SSN. È grave che l'unico LEA sul quale si risparmia sia il primo, quello della Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica. Infatti mediamente in Italia si spende poco più del 3% rispetto all'obiettivo minimo indispensabile del 5% della spesa sanitaria totale per il Servizio Sanitario Nazionale. Si lede pertanto il diritto costituzionale alla tutela della salute per molti milioni di persone. Per difendere e migliorare il SSN serve investire di più e meglio nella sicurezza sociale.

A nostro giudizio l'attuale dibattito nelle Associazioni e nelle Società Scientifiche non segue un metodo scientifico come invece hanno fatto alcune Regioni fin dagli anni 80 del secolo scorso. In particolare sembra si voglia limitare il tutto alla revisione dei Servizi, dei Presidi e dei Dipartimenti di Prevenzione. Anche quest'aspetto, certamente non secondario, deve essere affrontato con una visione strategica, globale e programmatica, tenendo conto prima di tutto dei bisogni di salute ed ambientali e anche delle condizioni socioeconomiche del nostro Paese in un mondo sempre più globalizzato.

La metodologia utilizzata negli anni 90 dalla Regione Lombardia si era basata su un impegnativo lavoro che aveva coinvolto tutti i servizi dei Dipartimenti di Prevenzione. Siamo partiti dalla rilevazione dei carichi di lavoro intesi come: 1 - definizione articolata di tutte le prestazioni e le attività (output) del Dipartimento di Prevenzione (DP) (questa prima fase è stata lunga e complessa perché ha visto coinvolti tutti gli operatori della prevenzione nella definizione di un nomenclatore condiviso di tutte le attività del DP:

Servizi	N. Output
Igiene e Sanità pubblica	49
Alimenti e nutrizione	20
Prevenzione e Sicurezza Ambienti Lavoro	36
Medicina preventiva nelle comunità	11
Medicina Legale	10

Medicina Sport	15
Impiantistica e sicurezza Lavoro	10
Laboratorio sanità Pubblica	26
Dipartimento	177

2 - Rilevazione del tempo necessario per l'erogazione di ciascuna prestazione, comprensivo dello specifico apporto (in termini orari) di ciascuna figura professionale coinvolta (questa fase è consistita nella rilevazione puntuale di tempi e quantità delle prestazioni per tutti i DP). Ad esempio esplodiamo l'attività Prev_xxx (ispezione, autorizzazione, visita, inchiesta...).

Una volta ottenute tutte queste informazioni e dopo essere passati attraverso una fase di validazione condivisa dei risultati ottenuti, si è definito a livello centrale (Direzione Regionale Sanità)

Output	Tempo medio			
	Totale	Vigilanza ispezione	Medico	Etc (amm, ip,...)
Prev_xxx	228	114	91	23

il tempo standard per prestazione e per figura professionale. Dalla tabella sottoposta si nota come, in una successiva rilevazione del 2003 16 output su 112 impegnavano il 50,7% delle ore lavorate nei 15 DP della Regione Lombardia:

	Attività anno 2003	% Ore lavorate
1	Vaccinazioni bambini	7,2
2	Screening età adulta	5,2
3	Inchieste infortuni	3,7
4	Campionamento acque potabili	3,5
5	Certificazioni medico legali	3,4
6	Indagini Epidemiologiche	3,1
7	Autorizzazioni per Alimenti	3
8	Libretti per alimentaristi	2,9
9	Vigilanza /alimenti	2,8
10	Antinfluenzale Adulti	2,8
11	Attività medico collegiali	2,4

12	Sanzioni ex 758/94	2,4
13	Attività micologica	2,1
14	Disinfezione	2,1
15	Vigilanza igiene abitato	2,1
16	Sanzioni Alimenti	2
	Totale colonna	50,7

Avendo quindi a disposizione tempo standard e volume delle prestazioni erogate e/o programmate è stato facile definire standard relativi al personale per i servizi di prevenzione.

Non si è mai inteso questa metodologia come strumento meccanico e univoco, ma come contributo realistico e basato su informazioni oggettive e misurabili.

Condizioni e criteri per la scelta e l'uso degli indicatori sono stati:

- Il quadro definito dai LEA
- Le priorità definite dai problemi di salute
- Integrazione/gerarchia
- Il metodo che privilegia la comparazione

Questo sistema di valutazione dei bisogni va aggiornato ai tempi attuali alla luce dei cambiamenti normativi ed epidemiologici.

Forse non è più tempo di Convention nazionali sui soli Dipartimenti e Servizi di Prevenzione delle ASL, ma è necessario promuovere nel più breve tempo possibile una collaborazione organica con le istituzioni regionali e nazionali promuovendo in tempi rapidi una "Conferenza Nazionale sullo stato della Prevenzione" ai fini di un reale ed efficace rilancio della promozione della salute e della salvaguardia dell'ambiente. Fondamentali appaiono i riferimenti al prossimo Piano Sanitario Nazionale e al nuovo Piano Nazionale Prevenzione che a nostro avviso dovrebbero essere quinquennali. Tornando invece all'aspetto parziale, non secondario, del rilancio e del riordino dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL vanno definiti i principi fondamentali. In questo processo innovativo di potenziamento della prevenzione, si chiede un maggiore impegno anche da parte dei Distretti, degli Ospedali e degli stessi Enti Locali, specie i Comuni. La prevenzione infatti comporta anche uno sforzo generale da parte di tutti i settori produttivi e delle forze sociali. Vanno inoltre rispettati fundamentalmente i principi costituzionali e i valori

della Riforma Sanitaria del 1978. Tra questi va tenuto presente non solo la competenza in materia sanitaria delle Regioni ma anche l'obbligo normativo di un corretto decentramento istituzionale ai fini della partecipazione degli utenti del SSN e anche del controllo democratico particolarmente a livello locale. I Servizi e Presidi di prevenzione debbono essere anche i controllori dell'autocontrollo. Nel dibattito in corso, anche per quanto riguarda la vigilanza e l'attività ispettiva specie nel comparto delicatissimo della prevenzione e della sicurezza negli ambienti di lavoro e dell'igiene degli alimenti, della nutrizione e della tutela della salute dei consumatori, si debbono seguire alcune indicazioni essenziali: vanno privilegiati i controlli in fase di esercizio; vanno motivate le prescrizioni dal punto di vista sostanziale e non solo per vizi formali; I provvedimenti di competenza, le sanzioni e le segnalazioni agli organi competenti debbono essere accompagnate con proposte di provvedimenti amministrativi; vanno rese pubbliche sia i criteri che soprattutto i risultati delle attività di prevenzione, di vigilanza, di controllo ed ispettive. Va altresì ripreso il lavoro di revisione e superamento delle attività inutili ed obsolete.

A nostro avviso si dovrebbero prevedere maggiori investimenti nel comparto della prevenzione e impegnare prioritariamente il 5% delle risorse. Considerato che i Dipartimenti di Prevenzione non hanno spese rilevanti in materiali e impianti come i servizi ospedalieri, si dovrebbe concordare anche in sede di Conferenza Unitaria Stato - Regioni - Province Autonome di Trento e Bolzano ed Enti Locali, con la previsione del CIPE 1984 e decidere un fabbisogno del personale solo per i Servizi e i Presidi di Prevenzione (esclusi i Presidi Multizonali di Prevenzione per i quali era previsto un altro 1,5% e per il settore della veterinaria che nella Regione Lombardia nel 1988 era uno dei sei Servizi distinto da quelli non veterinari) del 4,5% di tutto il personale del SSN. Ipotizzato che siano 600.000 i dipendenti del SSN, per i Dipartimenti di Prevenzione il fabbisogno totale nazionale dovrebbe tendere a 27.000 unità di personale. In Lombardia con circa 100.000 dipendenti del SSR si dovrebbero prevedere un minimo di 4500 operatori.

Va comunque sottolineato che le attività di prevenzione e di sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro sono comunque espansibili come è evidente a tutti quanti.

Si possono infatti aumentare i controlli in attività di vigilanza ed ispezioni, le attività di informazione e di educazione alla salute, le attività epidemiologiche sulla popolazione, i campionamenti specie sulle matrici ambientali e alimentari per esami batteriologici, chimici, fisici etc. Molto dipende dai modelli organizza-

tivi regionali che tendono sempre più a essere disomogenei fra di loro con nomi di fantasia e con definizioni errate. Ciò accade anche per le stesse istituzioni sanitarie locali: Regione Lombardia e Regione Sardegna hanno le Agenzie Sanitarie Territoriali (ATS), Regione Emilia Romagna le Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL), Regione del Veneto Aziende Unità Locali Socio Sanitarie (AULSS), Regione Toscana 3 “Vaste Aree” al posto di 12 ASL. Sono situazioni decisamente confondenti e prive di cultura socio sanitaria, organizzativa ed istituzionale.

Si fa troppo poco per la prevenzione dei tumori e delle malattie cardio-cerebrovascolari che rappresentano le maggiori cause di morte in Italia. Analogamente accade per i Dipartimenti di Prevenzione. Al contrario di quanto previsto dalla normativa statale, la Regione Emilia Romagna li ha chiamati fin dall’inizio Dipartimenti di Sanità Pubblica, la Regione Lombardia a partire dal 2015 li ha chiamati, a nostro avviso impropriamente, Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria. Serve pertanto un riordino istituzionale ed organizzativo possibilmente omogeneo. Vanno definite con urgenza delle Linee Guida predisposte dalle Società Scientifiche e approvate dalla Conferenza Stato - Regioni - Province Autonome di Trento e Bolzano.

Ciò è indispensabile per un’immagine possibilmente unitaria sia pure nel rispetto delle autonomie regionali e anche per poter confrontare le attività e le performance dei Dipartimenti di

Prevenzione. Vanno evitate pertanto le situazioni del tipo lombardo dove i Dipartimenti deputati alla prevenzione appartengono alle 8 Agenzie Sanitarie Territoriale (ATS) mentre l’effettuazione delle vaccinazioni sono attribuite alle 29 Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST-Ospedali). Una simile confusione, sempre in Lombardia, si verifica anche per gli screening di prevenzione secondaria dei tumori che in alcuni casi sono affidati ai servizi ospedalieri. Resta da parte nostra un netto contrasto alla separazione fra Dipartimenti medici e Dipartimenti veterinari. La prevenzione deve essere infatti unitaria, efficiente ed efficace.

In questo momento in cui sembra potersi superare il blocco delle assunzioni nel SSN, si rende necessario sia in sede nazionale che regionale definire i criteri e le priorità nell’assegnazione delle nuove assunzioni. Vanno evitate pertanto le insopportabili discriminazioni nei confronti dei Dipartimenti di Prevenzione. È chiaro che ci debba essere una vera e propria programmazione anche nella copertura degli organici. Va attuata una corretta gradualità nelle assunzioni in relazione anche agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Nazionale Prevenzione. Il primo anno tutti dovrebbero avere almeno il 50% e nei cinque anni di piano gradualmente raggiungere l’obiettivo.

Sullo stato della prevenzione e del riordino e del rilancio dei Dipartimenti di Prevenzione del SSN, le Associazioni e le Società Scientifiche più direttamente interessate non possono andare ognuna per conto proprio. La collaborazione interassociativa è una condizione irrinunciabile. I primi contatti con operatori qualificati, per esempio nel campo dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, ci confortano sulla nostra posizione molto ferma che il solo parametro degli abitanti nel riassetto e nel potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione è assolutamente limitativo e forse fuorviante. Per gli SPSAL per esempio il parametro da considerare è quello degli addetti delle imprese, possibilmente distinte per pericolosità e complessità come per esempio nel caso dell'agricoltura e dell'edilizia.

Una possibile proposta basata sul parametro "addetti alle imprese" che vengono raggruppate per classi di rischio attribuendo alle classi coefficienti diversi da 2 a 0,3 è utilizzabile per gli standard degli SPSAL, similmente per i SIAN si può utilizzare il numero delle industrie alimentari suddivise per rischio. Il fabbisogno di personale risulta ben più alto (più del doppio) rispetto alle previsioni sia dell'ipotesi di Alonzo che di quella di Fondazione Smith Kline-Francia, ma realistico rispetto alla attuale situazione lombarda e dell'ATS Città Metropolitana di Milano presa a campione.

Nelle ipotesi Francia/Guberti/Alonzo ci sono poi delle differenze nelle tipologie di operatori che destano qualche perplessità. Infatti la proposta "siciliana" prevede medici igienisti e non medici del lavoro alla direzione degli PSAL, non prevede assistenti sanitari che al contrario occorrono, prevede 1 amministrativo ogni 23 operatori che sono sicuramente troppo pochi rispetto ai reali bisogni. La proposta della Fondazione Smith Kline-Francia prevede al contrario un amministrativo ogni 7,5 operatori, più vicino agli standard abitualmente considerati. Una prima ipotesi per la Regione Lombardia, secondo i contributi scritti finora pervenuti (Fondazione Smith Kline - Francia, Guberti e Regione Siciliana) che si basano su un unico parametro, quello degli abitanti, per tutti i servizi del Dipartimento di Prevenzione. I dati della Regione Lombardia sono stati calcolati su 10.000.000 di abitanti al 2017. Le valutazioni sono abbastanza complesse in quanto in alcune ipotesi come per esempio quella della Fondazione Smith Kline - Francia non si indica se il numero degli operatori è comprensivo o meno degli operatori dell'impiantistica. Si nota che il numero di operatori del SIAN è fortemente e incomprensibilmente diseguale: da 640 (Smith Kline-Francia), a 1160 (Guberti), a 1.420 (Alonzo). Inoltre il rapporto tra amministrativi e operatori è fortemente diseguale nelle tre ipotesi e per diversi Servizi (basso nell'ipotesi

Fondazione Smith Kline - Francia e nell'ipotesi Guberti per il SISP; inverosimilmente troppo alto per l'ipotesi Guberti per SIAN e nell'ipotesi "siciliana" per lo SPSAL).

A nostro avviso anche il rapporto medici e tecnici specie nei SIAN merita un approfondimento, nelle tre proposte si va da un rapporto 1 a 1 a un medico ogni tre tecnici. Pensiamo che il buon esempio dovrebbe essere dato dalle Regioni più importanti. Il lavoro da fare, in conclusione, è ancora impegnativo e complesso. Si tratta di non chiedere la luna nel pozzo e neppure di svendere la prevenzione. Ci piace ricordare senza strumentalizzazioni l'indagine conoscitiva e la relazione tecnica della Commissione Affari Sociali (luglio 1988-luglio 1989) della Camera dei Deputati su "La rete di Prevenzione dei rischi produttivi, lavorativi e ambientali" dove per la Regione Lombardia il personale operante nei Servizi e Presidi delle USSL nel 1988 era di medici o veterinari 1256, tecnici laureati 203, tecnici diplomati 1332, altri 645, amministrativi 675 per un totale 4111. In base alle dotazioni organiche della normativa della Regione Lombardia a quel tempo per l'Igiene Pubblica Ambientale e Tutela della Salute nei Luoghi di Lavoro (ad esclusione del personale amministrativo ed altro personale) avrebbero dovuto essere 4667, per la Medicina veterinaria 1535, per i Presidi Multizonale di Igiene e Prevenzione (PMIP) 1836 per un totale di 8038.

Da una relazione del Servizio Igiene Pubblica della Regione Lombardia tenuta a Bergamo il 13 dicembre 2004 gli operatori dei DP dei Laboratori di Sanità Pubblica e delle Unità Operative ospedaliere di medicina del lavoro erano in totale 4299. Con l'istituzione dell'ARPA detti operatori sono diminuiti e nel 2003 risultavano 3645. Ci preme dire che in Consiglio Regionale della Regione Lombardia, ufficialmente nel 2018, si è dichiarato che nei Dipartimenti deputati alla Prevenzione e nei residui Presidi Multizonali, ora definiti Laboratori di Prevenzione, sarebbero effettivamente in servizio solamente 2500 operatori.

Pertanto chiediamo alle Regioni, alle Forze Sociali, alle Associazioni e alle Società Scientifiche di tenere conto delle nostre considerazioni e proposte.

Referente:

Vittorio Carreri

vittorio.carreri@email.it