



Società Nazionale Operatori della Prevenzione

NOTE SNOP SU PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE

www.snop.it

20/02/2010

Premesse

Il Piano Nazionale della Prevenzione è frutto di un compromesso, non condivisibile, tra Governo e Coordinamento delle Regioni, per cui si accredita per il Governo una cosiddetta medicina predittiva a fronte della libertà per le Regioni di scriversi autonomamente i Piani Regionali di Prevenzione.

La libertà di programmazione ottenuta dalle Regioni rappresenta una rinuncia a garantire livelli omogenei di prevenzione collettiva e di tutela dei soggetti deboli in tutte le Regioni, consentendo di fatto il permanere delle ben note diseguaglianze geografiche, e creando i presupposti per un aggravamento di questa situazione. Le Regioni in cui i servizi di prevenzione collettiva sono più deboli potrebbero voler sviluppare la prevenzione individuale a scapito di quella collettiva, visto che non sono previste risorse aggiuntive ma il riconoscimento di parte del fondo di finanziamento nazionale, indipendentemente da quali ambiti di prevenzione verranno programmati e realizzati, e considerato il ritorno clientelare di una prevenzione individuale a fronte delle criticità di una prevenzione collettiva (tutela dei soggetti deboli e rispetto delle regole). A sostegno di questa analisi va considerato il mancato riferimento a precisi impegni per l'approvazione del documento sui Livelli Essenziali di Assistenza, che nella formulazione del 2007 aveva luci e ombre, ma rappresentava una opportunità rilevante di miglioramento per i servizi di prevenzione collettiva (vedi i commenti di D'Argenio, Tagliavento, Salizzato su <http://www.epicentro.iss.it/focus/lea/aggiornamenti.asp>).

La necessità della riflessione e della presa di posizione

La necessità che le Società Scientifiche, e la CIIP, prendano posizione sul PNP e soprattutto, a questo punto, sui Piani Regionali per la Prevenzione, vero momento applicativo del primo, è dovuta a tre importanti fattori:

- la pianificazione, vero cardine della sanità pubblica, deve avere presupposti corretti perché le scelte incidono fortemente sulle azioni e sull'utilizzo delle limitate risorse e quindi possono incidere sulla salute dei cittadini;
- il ruolo delle Regioni è essenziale e può essere fortemente innovativo;
- il ruolo delle Società scientifiche è dovuto ma anche sollecitato (vedi pagina 10 del documento PNP). Ogni società scientifica ha il diritto-dovere di dare dei contributi ma certamente CIIP deve avere una sua posizione;
- a pagina 53-55 vi è un percorso che deve vedere protagoniste le Società Scientifiche e, in particolare, gli operatori della prevenzione. Si tratta peraltro di un percorso fin troppo articolato, in cui il Ministero mantiene la funzione di indirizzo fornendo alle Regioni supporti di tipo metodologico, contenutistico e formativi fondati su banche dati e criteri di valutazione che allo stato attuale non sono chiariti.

Punti negativi principali

- 1) Riduzione di importanza della prevenzione collettiva intesa come lotta (intervento radicale) contro le cause di malattia e disagio per favorire la medicina individuale predittiva: fonte spesso di spreco sanitario, ma anche privatizzabile....
- 2) Il controllo è visto in modo un pò infastidito.



Società Nazionale Operatori della Prevenzione

- 3) Alcuni mondi sono sottorappresentati (ad es. quello del lavoro), e quello dei cittadini stranieri ed extra-comunitari con tutto il loro carico di problematiche anche sanitarie è pressoché ignorato.
- 4) Non si guarda ai mondi giovanili con tutto il carico di problemi: alcool dipendenza, ignoranza in campo sessuale (aumento delle malattie sessualmente trasmesse ...), precarietà.
- 5) I temi dei legami tra ambiente e salute sono sotto-rappresentati sia nelle situazioni di forte inquinamento, sia nelle situazioni di forte degrado abitativo....
- 6) Non si citano sufficientemente nelle collaborazioni quelle possibili dai medici competenti, alla scuola dalla rete degli RLS, ai media locali e non.
- 7) Non si fa cenno che il taglio attuale delle risorse in campo pubblico (sanità, rottamazione dirigenti, veterinari, psicologi, decreto Brunetta, tagli al personale, tagli alla scuola pubblica, tagli agli enti locali) rende molto complicato anche nelle situazioni più avanzate il mantenimento delle esperienze di informazione e di promozione della salute (consultori, centri per dipendenze, ecc.).
- 8) Non si capisce perché le considerazioni sulle attività di vigilanza e controllo siano confinate nel paragrafo su <prevenzione patologie da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici>. Se si vuole riaffermare la rilevanza di queste attività bisognerebbe inserire queste considerazioni nella introduzione. La preminenza, per la programmazione, della categorizzazione del rischio rispetto al mandato legislativo (pag. 26), pur condivisibile, andrebbe supportata con atti legislativi più chiari, come ad es. l'approvazione dei nuovi LEA con la logica dei programmi.
- 9) Risulta carente il tema delle disuguaglianze con riferimento a precisi ambiti di intervento: casa, lavoro, accesso ai servizi.

Per quanto riguarda il mondo del lavoro ovvero nel capitolo “Area della sicurezza”

Il PNP pone un obiettivo ambizioso (forse troppo) prevedendo la riduzione del 15% degli infortuni mortali e con esiti invalidanti, non destinando a questo scopo specifiche risorse e limitandosi a prevedere la definizione di non meglio precisati “protocolli di intesa con il sistema prevenzione (DRL, INAIL, VVF, AG, ecc.)”, forse ancora una volta nella logica della centralizzazione delle decisioni operative.

Vi è una grande asimmetria dei temi e dei rischi. Mancano completamente quelli legati alla organizzazione del lavoro: fattori di stress lavoro-correlati, fattori organizzativi che incidono sulla patologie muscolo-scheletriche, etc. Ovvero non viene tenuto conto della realtà del mondo del lavoro di oggi (consumo di farmaci, dipendenze, aumento malattie muscolo scheletriche ...) che tanto incidono anche sui consumi sanitari (esami, farmaci, etc) e che sono la principale causa di assenza dal lavoro.

Anche su alcune tematiche specifiche, ad esempio la causa di incidenti del traffico, scompaiono quelli in itinere e quelli sul lavoro che dagli ultimi dati INAIL sono al secondo posto (probabilmente anche perché concettualmente non si vogliono affrontare i rischi organizzativi: orari, tempi).

La questione delle malattie professionali, da sempre sotto-rappresentata, è in questo contesto spaventosamente povera e quindi non la si affronta (vedi pagina 20-21-22)

Ancora una volta, manca completamente il riferimento alle patologie correlate alla organizzazione del lavoro.



Punti positivi da sviluppare

Va sottolineato positivamente il rilievo dato alla sorveglianza epidemiologica, che viene individuata come base per la programmazione (fondata sull'individuazione delle priorità di intervento), e alla prevenzione basata sull'evidenza, anche se da una lettura più attenta si evince un'enfasi eccessiva sul supporto che questi strumenti dovrebbero dare alle attività di assistenza (pag. 9). Anche in questo campo di intervento bisognerebbe capire quali risorse sono disponibili per sostenere la prevenzione individuale e quella collettiva, o se la prima assorbe tutte le risorse a scapito della seconda.

Il richiamo alla necessità di sviluppare ulteriormente la semplificazione e di eliminare gli atti inutili (che però deve passare anche attraverso precisi interventi normativi nella direzione della semplificazione degli atti amministrativi) non può prescindere da un orientamento sulla destinazione delle risorse così recuperate, sullo sviluppo della parte costruttiva della prevenzione basata sull'evidenza, sulla predisposizione e diffusione di linee guida derivate da studi ed esperienze per nuove azioni di miglioramento dei programmi di sanità pubblica. Anche il generico impegno ad eliminare atti inutili dovrebbe essere riportato ad atti più concreti, basta una consultazione della banca dati EBP Regioni (http://www.epicentro.iss.it/ebp/Ebprezioni_pres.asp) per capire come, anche in questo ambito, vi sia una evidente disparità di intervento tra le diverse Regioni, e una ancora più evidente inerzia, ma anche attiva ostilità, da parte del Governo.

In questa direzione dovrebbe procedere anche l'obiettivo di una più precisa e "dichiarata" definizione dei profili regionali di sanità pubblica, che lungi dalle dichiarazioni di principio contenute nei Piani Sanitari Regionali, devono essere concepiti prevedendo una concreta ricaduta operativa su ciascun territorio e una precisa definizione dei livelli di responsabilità.

La medicina predittiva

La medicina predittiva risponde a logiche di sviluppo di attività cliniche, strumentali e laboratoristiche profit, non a criteri di evidenza scientifica ma di mercato. Il titolo del capitolo 2, in cui viene inserita nel PNP, spiega sinteticamente a cosa ci troviamo di fronte (*Un nuovo approccio alla prevenzione, la persona al centro del progetto di salute*). Un approccio alla prevenzione individuale e medicalizzante, non coerente ma contrapposto alla prevenzione collettiva e anche alla promozione della salute (in cui stili di vita individuali sani e ambiente salubre e sicuro sono determinanti ambedue fondamentali per la promozione della salute).

A questo si aggiunge il capitolo 4 (*La prevenzione nella popolazione a rischio*), che contiene un indice adatto ad un manuale di patologia medica. Naturalmente non ci sarebbe niente da obiettare se questo volesse dire impegnare i servizi di cura ospedalieri e territoriali in attività preventive con criteri di promozione della salute, secondo gli orientamenti di <guadagnare salute>, considerando anche un possibile ruolo di supporto da parte dei servizi di prevenzione collettiva. Ma c'è il fortissimo rischio che queste attività si ispirino piuttosto a criteri di tipo clinico, con ulteriore crescita dell'offerta di visite, analisi, esami strumentali e quant'altro renda disponibile l'industria della salute.