



SOCIETÀ NAZIONALE
OPERATORI DELLA PREVENZIONE

La prevenzione in Italia oggi: difficoltà e prospettive

Il punto di vista possibile e dovuto di una società scientifica quale SNOP è quello dei contributi prodotti dalla propria elaborazione e ricerca degli ultimi 3-4 anni, coerentemente con i propri scopi di diffondere e promuovere la cultura della prevenzione, che hanno portato ad elaborare riflessioni e proposte che fanno collocare le attività di Prevenzione in un contesto plurimo di relazioni professionali, istituzionali e sociali, con l'obiettivo prioritario di rispondere ai bisogni di salute individuali e collettivi.

A partire dalla specificità e dalle singole competenze nei Dipartimenti di Prevenzione, la SNOP ha teso ad esaltare *le necessità di integrazione* delle attività, della loro progettazione e della risposta al cittadino.

L'integrazione è stata sollecitata anche per il rapporto e le relazioni Dipartimento ed ARPA.

La correttezza delle attività, la loro utilità, sono state e sono sottoposte ad una nuova cultura dell'efficacia basata sulle evidenze.

Le normative di emanazione europea hanno innovato notevolmente il contesto ma le novità introdotte non sono state ugualmente capaci di regolare e precisare il ruolo degli organismi di controllo. Cresce la rete di sistemi di autocontrollo e di autocertificazione, la cui valutazione di efficacia peraltro non è esente da ombre.

La vita dei Servizi pubblici, sia pure nelle diverse condizioni e esperienze territoriali, ha registrato rilevanti difficoltà.

Noi riteniamo che il termine che viene correntemente usato per riferirsi agli organismi pubblici di controllo debba essere ormai quello di Servizi come nodo regolatore di sistemi/territori/problemi complessi superando quello, che impoverisce, di *organi di vigilanza*.

Questa nostra idea nasce per la peculiare caratteristica che devono assumere oggi i Servizi delle strutture pubbliche, di non effettuare solo vigilanza bensì attività finalizzate alla prevenzione, orientate alla valutazione ed al controllo dei problemi di salute, per i nuovi contesti locali ed internazionali, con nuove figure e responsabilità. Attività basate su un **adeguato sistema informativo che consenta la programmazione**, articolate quando possibile, secondo un **sistema di indicatori che consenta la verifica di efficienza e di efficacia, passando attraverso il fondamentale ruolo di informazione-comunicazione.**

I Servizi effettuano e devono effettuare la prevenzione - e la promozione della salute - e per questo le attività di vigilanza, anche secondo le nuove caratteristiche nel nuovo contesto, sono strumento utile per lo scopo preventivo. La vigilanza era ed è uno strumento per la prevenzione, non fine in sé delle azioni preventive.

Parimenti il nostro contributo non può che essere attualizzato alla luce delle modifiche istituzionali che stanno emergendo in questi mesi, tra le quali le più significative sono:

- **la proposta di Piano sanitario che non fa adeguato riferimento alle problematiche della prevenzione primaria;**
- **la delega in materia di normativa ambientale in corso di acquisizione;**
- **i rischi di destrutturazione dei Dipartimenti di Prevenzione legati alle modifiche previste dal governo sulle problematiche di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e in prospettiva dei Servizi veterinari, di cui si ipotizza il trasferimento al Ministero dell'Agricoltura, nonostante i recenti salti di specie dall'animale all'uomo di alcuni microrganismi (BSE, SARS, influenza aviaria) dimostrino la necessità di mantenere e rinforzare una visione di sanità pubblica per garantire la sicurezza alimentare;**
- **il federalismo e la devolution senza perequazioni e livelli minimi di tutela garantita.**

Il punto di vista relativo alla Prevenzione deve essere adeguato al mix di responsabilizzazione dei soggetti privati e del ruolo regolatore di quelli pubblici, senza contrapposizioni ai principi di sussidiarietà e semplificazione amministrativa ma anche senza la perdita di vista dell'interesse individuale e collettivo alla salute e al diritto alla salute come diritto esigibile.

Come SNOP stiamo sostenendo i seguenti **filoni cardini di un sistema di prevenzione:**

- **ruolo Pubblico**
- **integrazione e rete nella P.A. e con gli altri attori professionali e sociali**
- **l'orientamento al cittadino, la partecipazione**
- **l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni, ma anche l'efficienza e l'equità delle stesse**
- **la valutazione dei bisogni, quindi il riorientamento dei Servizi dall'adempimento burocratico alla progettazione per sostenere obiettivi di salute condivisi con gli altri soggetti competenti.**

Missione delle attività di prevenzione

I cambiamenti avvenuti nel rapporto tra produzione lavoro e ambiente, negli stili e nelle abitudini di vita, nell'organizzazione delle comunità stanno portando a una trasformazione dei rischi e dei danni e rendono attuale l'intervento di prevenzione primaria o collettiva sulla mortalità prevenibile e sui determinanti di salute prevenibili.

Sono cambiati i cittadini ed i lavoratori, è cambiato il sociale, ci sono molti più individui che collettività, sono cambiate molte normative, si va introducendo un generale principio di autoreponsabilizzazione - autocertificazione, sono cambiati in parte gli assetti istituzionali.

L'osservazione delle singole realtà, come pure ricerche ad ampio raggio, indicano condizioni che sono comprese in estremi molto differenziati.

Nei luoghi di vita e di lavoro è avvenuta una trasformazione del rischio e dei rischi.

Pensiamo all'incremento dell'infortunistica stradale, anche di interesse lavorativo, e alla trasformazione delle dimensioni delle aziende con tendenziale abbassamento degli addetti (v. ultimo censimento).

I rischi sono sempre meno percepibili e misurabili (vedi quelli legati all'organizzazione del lavoro) col nostro metro abituale e richiedono il ricorso a nuove professionalità e strumentazioni proprie delle scienze psico-sociali.

L'incredibile aumento delle nuove tipologie contrattuali, flessibili ma precarie, va nella direzione di minore tutela per quel che attiene al diritto alla salute considerando che l'esposizione lavorativa diviene meno specifica ma questo non significa che essa diventi meno influente sulle condizioni di salute.

Richiamiamo i concetti di prevenzione primaria e prevenzione secondaria non per proporre artificiose contrapposizioni o dualismi bensì per distinguere il rango delle azioni possibili e necessarie ma diverse pur se integrabili in una strategia di salute.

La prevenzione secondaria e gli screening oncologici:

- sono uno strumento di prevenzione individuale che non deve sostituire gli interventi indirizzati alla prevenzione primaria,
- devono essere considerati alla luce della loro efficacia dimostrata e, visti i tempi che corrono, alla luce anche del rapporto costi benefici.

Anche in riferimento al rapporto danni alla salute/spesa sanitaria, vanno evidenziati i campi di azione e gli interessi possibili della/prevenzione: ricordiamo, fra tutti, quanto sia da esplorare il terreno della prevenibilità dei tumori di natura etiologica ambientale e lavorativa e/o il disagio psicosociale per l'iperconsumo di psicofarmaci.

Siamo consapevoli che nell'affrontare strategie di prevenzione esistono eccessi di sopravvalutazione dei rischi e /o sottostime dei danni: la conoscenza del danno alla salute da determinanti prevenibili si incrocia con il dibattito tra prevenzione primaria e secondaria e con quello sul principio di precauzione per la definizione di proposte e strategie.

Nel Convegno sulla Prevenzione del rischio cancerogeno di Pisa (febbraio 2003) e in quello sulla Prevenzione basata sulle evidenze di Verona (aprile 2003) **il principio di PRECAUZIONE è stato un tema discusso.** Per la prevenzione dell'esposizione a sostanze chimiche pericolose e/o sospette cancerogene le conoscenze progressivamente più chiare ma mai sufficienti impongono **il principio di precauzione e l'adozione di strategie di produzione ispirate allo sviluppo sostenibile** (che possiamo considerare figlio di ispirazioni legate al mix di principio di precauzione, contenimento dei costi per la salute e l'ambiente, la produzione e PROTEZIONE dai Rischi).

Le attività di prevenzione secondaria o alla persona restano nel circuito <informazione autotutela e erogazione di servizi> da parte delle strutture sanitarie organizzate, con troppi rischi connessi alla mercantilizzazione dell'erogazione dei servizi sanitari e il cittadino chiamato troppo spesso "cliente".

In questo contesto, il Dipartimento di Prevenzione è chiamato a svolgere un ruolo nella valutazione della percezione del rischio e quindi della comunicazione.

La prevenzione primaria o collettiva impone la partecipazione:

- di soggetti del sistema sanitario
- ma anche degli altri attori quali agenzie di prevenzione ambientale, amministrazioni pubbliche, sindacati, associazioni di volontariato, soggetti privati e loro sistema di consulenza.

Le disuguaglianze, territoriali e di ceto, nelle tutele impongono strategie adeguate di tipo preventivo concordate con la rete di soggetti sociali e istituzionali presenti sul territorio e il federalismo è accettabile solo se arricchisce le opportunità e non abbassa il livello medio di tutele garantite in tutte le Regioni.

La crescente diffusione di una cultura politica che va verso la completa e rafforzata deregolamentazione tende a consolidare il ritardo di una ridefinizione e adeguamento dei ruoli degli organismi di controllo e prevenzione.

Il "meno Stato" e la "semplificazione" diventano spesso, nella realtà, l'anticamera della riduzione di tutele. Infatti, sottrazioni di competenze di controllo a favore di azioni di responsabilizzazione del produttore di beni di consumo o di servizi, del datore di lavoro, del tecnico competente di turno, ecc. sarebbero realmente tali solo se il sistema di regole che verifica l'effettiva competenza e responsabilità di questi soggetti fosse efficace e se forti legami sociali sostenessero tali prese in carico. Cose che non sono affatto scontate. Basta vedere l'indeterminatezza delle regole, lo stato dei servizi di controllo, le difficoltà della partecipazione, la frammentazione e mercantilizzazione dei rapporti sociali.

La strategia dei Piani integrati e dei Patti per la salute e l'ambiente

Questa potrebbe rappresentare l'opportunità per il Servizio Sanitario pubblico di superare l'attuale fase d'inefficacia rispetto all'obiettivo "salute per tutti" ed in questa strategia **i Servizi di prevenzione possono rifondare il proprio ruolo adeguando le proprie azioni ai nuovi bisogni.** La risposta positiva che diamo alla necessità di mantenere e sviluppare un intervento sanitario ed ambientale pubblico di prevenzione, promuovendo e sostenendo nuove alleanze con la società civile ed istituzionale, non ci esime dal rispondere ad un'altra domanda e cioè in che modo questa strategia si confronta con la richiesta di "meno Stato" e cioè di meno vincoli per le Imprese, di meno burocrazia, ed in definitiva di minori controlli. Crediamo che a questo proposito vada fatta una distinzione tra le legittime richieste di ammodernamento della Funzione pubblica e le non condivisibili mire di arricchimento di pochi a scapito della sicurezza di molti cittadini, dell'Italia e del Mondo.

Nell'Amministrazione pubblica si è sviluppato un modo di operare troppe volte vessatorio nei confronti dei cittadini, fondato su un sistema di norme fini a sé stesse e non orientate alla soluzione dei problemi, e questa degenerazione riguarda in parte anche i nostri Servizi,

almeno per tutte le situazioni in cui si lavora poco per progetti e molto per adempimenti, d'altra parte cercare di fare rispettare le leggi in molte Regioni rappresenta l'unica forma di tutela della popolazione e, anche in una prospettiva di maggiore assunzione di responsabilità da parte delle Imprese e dei Cittadini per salvaguardare la salute propria e collettiva, il sistema dei controlli e della repressione dei comportamenti illegali va mantenuto ed anzi adeguato alle nuove esigenze. Si riaffacciano oggi prepotentemente teorie che potevamo pensare ormai superate dall'evidenza della loro pericolosità sociale. Ci riferiamo alle richieste di ridurre le tutele delle disuguaglianze da parte dello Stato, di considerare il lavoro ed i servizi di pubblica utilità come merci, di ridurre i vincoli di tutela ambientale e di sicurezza nelle condizioni di vita e di lavoro con la scusa di favorire lo sviluppo economico, di non aderire a politiche di solidarietà internazionale che prevedano limitazioni alla cosiddette esigenze di benessere degli Stati industrializzati, valga per tutti l'esempio del generale rallentamento imposto da alcuni Paesi ricchi, Stati Uniti d'America in testa ed Italia in prima fila, agli accordi di Kyoto che dovevano contrastare il surriscaldamento del pianeta su cui viviamo.

Purtroppo scientificamente, prima che politicamente, emerge anche confermato il problema della sovraregionalità e sovranazionalità degli inquinamenti non aggirabile con le tecniche di trasferimento dei rischi: le banane, i pesticidi - da noi vietati - sulla nostra tavola e la recente epidemia SARS sono esempi limitati che però rendono emblematiche queste considerazioni.

Stando all'ambito nazionale, esiste una responsabilità delle Amministrazioni pubbliche per i **gravi ritardi nello sviluppo di una rete nazionale di Servizi di prevenzione omogenea e dotata delle risorse necessarie per agire efficacemente**, ma siamo abituati ad affrontare le strade in salita e continueremo a proporre alle Istituzioni di investire nella prevenzione anche per governare efficacemente la spesa sanitaria. **Solo livelli minimi garantiti di presidi di Prevenzione sul territorio possono far sviluppare un ciclo di opportunità dai piani integrati di salute.**

Per quest'anno **i segnali sono ancora preoccupanti:** possiamo dire che siamo vittime di un'accelerazione della crisi di una cultura del/per il WELFARE e non tanto per i modelli - o non modelli /non interessi - per il WELFARE.

L'approvazione per la Finanziaria dell'anno 2003 con i tagli imposti del 10% delle pubbliche istituzioni comprese ASL e ARPA rendono più deboli le istituzioni preposte alla prevenzione primaria e anche delle istituzioni locali.

Per i Dipartimenti di prevenzione può accentuarsi il ruolo di "vaso di coccio" tra le strutture delle ASL sempre più a corto di risorse.

Vogliamo proporre le nostre considerazioni sul tema e che emergono dalle riflessioni fatte nei nostri Convegni più recenti e correlati ai temi in discussione (Caserta 2002, Pisa 2003, Verona 2003).

Il modello di intervento per i Dipartimenti di prevenzione, il loro stare nella rete.

La riforma federale del sistema sanitario pubblico e ora la proposta di modifica ulteriore tra devolution e modifica del titolo V della Costituzione possono portarci a una condizione che ci fa passare da un'opportunità possibile ad un pericolo.

L'opportunità è descritta nelle intenzioni della riforma, e cioè avvicinare il potere di governo ai cittadini secondo il principio di sussidiarietà che dovrebbe consentire di sviluppare politiche maggiormente aderenti ai bisogni delle diverse realtà geografiche e sociali. Il pericolo consiste nel **perdurare ed inasprirsi di condizioni di disuguaglianza**, già presenti nel sistema storico centralizzato di governo del Paese, e che potrebbero aggravarsi in un sistema federalista esasperato in cui non agiscano principi di redistribuzione delle risorse e di garanzia di livelli minimi etici di prestazioni e servizi, e quindi di diritti, per tutti i cittadini.

Siamo consapevoli e preoccupati del **divario territoriale esistente nel Paese per le risorse disponibili anche per il nostro settore di intervento, divario che non è riferito solo al servizio sanitario, ed alla prevenzione in particolare, ma in generale alle condizioni ed alle opportunità di vita e di lavoro.** Più correttamente possiamo dire che, se anche in molte Regioni i Servizi di prevenzione pubblica sono troppe volte ostacolati nel loro lavoro da politiche locali che intendono il liberismo e la modernità come assenza di regole e di controlli, in alcune aree del Meridione questa situazione è aggravata dalle disuguaglianze economiche e sociali e da gravi fenomeni d'illegalità diffusa. Non è un panorama idilliaco quello che abbiamo di fronte ma ancora una volta mitighiamo il pessimismo della ragione con l'ottimismo della volontà. Siamo consapevoli di appartenere ad un ambiente professionale per molti versi conservatore, dove i diversi saperi servono talora più per erigere steccati corporativi ed autoreferenziali che per arricchirsi nel reciproco scambio e nel lavoro integrato.

Consapevoli di essere di fronte ad un quadro con tante difficoltà ed asimmetrie siamo anche convinti, per le esperienze felici realizzate, che occorre proseguire sulla strada percorsa in questi anni, in un quadro che seppur asimmetrico dimostra esperienze valide e da riproporre.

Un sistema pubblico dei Servizi di Prevenzione non può prescindere da capisaldi fondanti

- Il sistema informativo con la conoscenza di rischi e danni

La conoscenza epidemiologica della realtà sulla quale il Servizio sanitario è chiamato ad agire con interventi di prevenzione e attenzione alle conoscenze sommerse (ad es. la quota etiologica professionale dei tumori e in generale le malattie professionali non dichiarate) è il presupposto di tutto, che richiama il vecchio ma attuale **"conoscere per agire, per trasformare"**; è auspicabile sia costruito *recuperando e/o mettendo in rete archivi e banche dati già esistenti*; deve essere in grado di *offrire dati in tempo reale* e un *quadro conoscitivo ampio della situazione territoriale e di salute della popolazione*, superando il vecchio schema secondo il quale ci si occupava solo delle cause di morte e dell'incidenza di determinate patologie. Il sistema di informazioni utili alla Prevenzione *deve mettere in relazione tra loro i determinanti di patologia sia degli ambienti di vita che di lavoro*, in considerazione della sempre maggior influenza degli uni sugli altri e viceversa.

Il sistema informativo, deve contenere elementi utili per programmare interventi preventivi secondo priorità chiare; deve consentire di monitorare gli interventi secondo indicatori di processo e di salute permettendo quindi di correggere le azioni avviate, deve altresì consentire di redistribuire le risorse secondo le necessità.

Il sistema informativo deve essere accessibile e facilmente consultabile: parlando di partecipazione dei processi, il sistema informativo è strumento di comunicazione e di accesso anche per l'utenza.

- Organizzare attività su base programmata

La programmazione può conferire maggior efficacia agli interventi di prevenzione poiché permette di intervenire su vasta scala, di utilizzare nel modo più idoneo le indicazioni del sistema epidemiologico, di avere a disposizione una massa di dati sufficiente per monitorare i risultati, di attuare dei programmi di comunicazione importanti verso la popolazione e di formazione verso gli operatori, di valorizzare e diffondere le pratiche preventive migliori.

Programmare le attività risponde a criteri di omogeneità del servizio fornito al cittadino utente e risponde a criteri di certezza del diritto, potendo facilmente garantire dei livelli essenziali di prevenzione su tutto il territorio.

La programmazione è la sola condizione per garantisce un miglior utilizzo delle risorse umane e finanziarie ed anche può più facilmente reperire risorse all'esterno del sistema sanitario. Orientarsi per piani di intervento programmato permette di avviare progetti sperimentali senza coinvolgere tutto il sistema e nel contempo di liberare risorse per interventi settoriali o di emergenza.

La realizzazione di progetti preventivi significativi serve a valorizzare le risorse disponibili a motivare e a orientare i contatti, le relazioni e soprattutto l'effetto comunicativo promuovente in sé, in quanto i piani esistono, sono comunicati e partecipati.

Strategie di intervento consolidato su base di conoscenza rischi e danni e programmazione sono quelle degli **interventi di comparto (o di rischio) su vasta scala, condivisi fin dalla fase progettuale con i rappresentanti dei cittadini interessati**: conferiscono trasparenza alle azioni di prevenzione e certezza del diritto al cittadino; ottimizzano l'apporto degli utenti più sensibili; creano un clima di consenso sociale nei confronti delle azioni di prevenzione e di vigilanza.

Non esiste capacità di legare bisogni del territorio, uso delle risorse e programmabilità se non procede la costruzione di sistemi di misurazione delle attività dipartimentali.

Occorre misurare per tracciare gli indicatori di efficacia delle prestazioni fornite, per dimensionare le risorse necessarie al sistema di prevenzione.

Misurare e utilizzare opportuni indicatori permette di costruire procedure standard e quindi di rendere omogenee le prestazioni.

Tali principi ed enunciazioni si possono però sostanziare se viene definito **un programma di formazione mirato alle azioni programmate** che coinvolga i *dirigenti del dipartimento*, con l'obiettivo di creare una "squadra" che lavora insieme, e gli *operatori tecnici* i quali devono alla fine acquisire una preparazione tecnica omogenea.

Non secondario è l'utilizzo dei **sistemi premianti per i Servizi**, legati ai risultati: un'organizzazione complessa che richiede la partecipazione convinta degli operatori non regge senza un sistema incentivante (non solo o non sempre di tipo economico).

Le grandi differenze gestionali e organizzative tra le Regioni, soprattutto a sfavore del SUD, nei piani di prevenzione, sono difficilmente colmabili se non vengono pianificati e attuati interventi di coinvolgimento da parte delle Regioni trainanti.

La prevenzione non trova conflitto tra ruoli di vigilanza e ruoli di promozione: un *efficace sistema di vigilanza* che sia in grado di reprimere le aziende che non si adeguano ai programmi di prevenzione e nel contempo di dar risalto alle aziende migliori si lega all'uso di risorse sufficienti alla costruzione di un rapporto di fiducia con la rete di soggetti coinvolti nel processo preventivo (Associazioni imprenditoriali e sindacali, Associazioni dei consumatori ecc.).

La programmazione deve essere orientata anche in riferimento alle tutele dei soggetti più deboli e meno tutelati nel sistema (classi sociali disagiate, lavoratori irregolari, lavoratori interinali, immigrati ...) che difficilmente compaiono nelle statistiche o nei rapporti epidemiologici ufficiali ma che costituiscono probabilmente la parte di cui un sistema pubblico di prevenzione dovrebbe occuparsi prioritariamente.

Alcuni esempi di esperienze sul territorio e di integrazione, tra le tante che gli operatori hanno riportato nei recenti Convegni di studio organizzati da SNOPI:

- l'intossicazione da *antiparassitari* nel Ragusano costituisce una vera emergenza sanitaria; l'intervento ha permesso di mettere a punto un sistema di ricerca attiva dei casi, di individuare il prodotto che ne è il principale responsabile (metomil) e di contribuire ad avviare il processo di ritiro dal mercato;

- il problema degli incidenti stradali e dei traumi che ne conseguono è presente in varie esperienze che ne hanno evidenziato la complessità ma anche le diverse metodologie con cui la Sanità può dare un contributo significativo di prevenzione. Si tratta di inquadrare correttamente il fenomeno, formare gli operatori del Dipartimento di prevenzione che se ne debbono occupare, farlo diventare un problema avvertito come strategico dal sistema di prevenzione pubblico, individuare gli aspetti sui quali si può intervenire, stabilire gli indicatori in grado di monitorare l'efficacia dell'intervento (es: rilevazione della prevalenza d'uso delle cinture di sicurezza fra la popolazione), rapportarsi in maniera costruttiva con tutti i soggetti che già se ne occupano;

- importanti appaiono *l'intervento sui piani urbanistici* con il parere sanitario obbligatorio o addirittura con la partecipazione di un rappresentante del Dipartimento di prevenzione alla redazione dei piani, gli interventi per favorire l'uso delle *cinture di sicurezza e i seggiolini per bambini*, l'intervento per inserire *fra i rischi lavorativi il rischio da incidente stradale*, in primo luogo nelle Aziende Sanitarie e nelle Aziende Pubbliche; altresì importante l'esperienza emiliana di studio statistico di incidenti stradali con la definizione tra i fattori determinanti della segnaletica insufficiente.

La nascita e lo sviluppo dell'epidemiologia ambientale ha cominciato a riavvicinare ciò che il referendum aveva separato tra salute e ambiente e le occasioni di collaborazione tendono a consolidarsi a diventare nuova cultura e modello operativo.

La nostra osservazione ha evidenziato quindi **un paese che cammina**; in alcune Regioni vi sono esperienze di "sistema" tra il governo regionale e i DIP, in altre regioni la situazione è decisamente meno organizzata, ed allora nasce il problema di come costituire il minimo etico di prevenzione in tutte le situazioni.

Nell'ambito del sistema Paese è essenziale che funzioni il sistema Regioni per programmare, superare l'autoreferenzialità, monitorare e verificare l'efficacia, dare risorse, creare una rete di tutti i soggetti della prevenzione pubblici e privati.

Nella nuova realtà di decentramento federale delle competenze in materia sanitaria si pone il problema di **collocare i DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE in uno standard per l'Italia degli anni 2000 rispetto a**

· **contenuti (sistema informativo, conoscenza del territorio)**

· **programmazione (le decisioni, la committenza, gli ordini di priorità)**

· **azioni efficaci.**

Esiste il problema di **utilizzare al meglio delle risorse disponibili**, per fare ciò che oggi non siamo in grado di fare e liberando risorse, legando le attività alla loro efficacia e quindi a quella che chiamiamo **EBP, prevenzione basata sull'evidenza**: valga per tutti lo studio condotto in Friuli sugli obblighi e oneri del servizio pubblico come il controllo della macellazione domiciliare dei suini o la sorveglianza sanitaria per apprendisti residuo di vecchie circolari e norme ormai trapassate per nuovi contesti normativi.

La politica e le istituzioni hanno il compito di scegliere (la non scelta è già una scelta):

· **risorse (massa critica e massa impropria per pratiche non efficaci),**

· **materiali e metodi (partecipazione, aggiornamento scientifico, relazioni tra soggetti, proiezioni all'utenza e agli interessi del pubblico e della comunità),**

· **livelli (minimi) essenziali di prevenzione.**

Sempre in una logica di Sistema, devono peraltro funzionare anche le istituzioni centrali, sia i Ministeri sia gli Istituti centrali. Il **Ministero della Salute** è stato - ed è tuttora - quasi (o spesso) estraneo a vari aspetti della prevenzione, in particolare quella occupazionale; non sono giunti indirizzi, non sono state effettuate - se non saltuariamente e sporadicamente - verifiche, non è stato attivato un sistema informativo nazionale, non si è provveduto a definire ed attivare alcuna iniziativa rispetto alle non poche Regioni che hanno ignorato l'iniziativa sulle questioni della prevenzione, in particolare di quella nei luoghi di lavoro. Lo stesso Dipartimento di Prevenzione del Ministero, istituito negli ultimi anni, non ha svolto finora un ruolo palesemente utile sui problemi richiamati.

In tema di prevenzione occupazionale, è sempre più evidente invece il ruolo del **Ministero del Welfare**, che "fa" le leggi, rappresenta il sistema in Europa (pur con molte carenze e difficoltà) anche se da più di 20 anni ha perso con gli Ispettorati le precedenti competenze operative; in questa fase il Ministero del Welfare sembra tendere ad acquisire sempre più un ruolo di coordinamento, di regia, pur in una apparente - ma non continua - attenzione al ruolo delle Regioni.

Il **Ministero per le attività produttive** fatica a sviluppare quelle competenze, che, forse impropriamente, si trova attribuite, in materia di sicurezza e salute delle attrezzature e dei prodotti proprio quando la realtà del mercato europeo e le sfide globali le individuerebbero come centrali per un sistema incisivo della prevenzione;

Altri Ministeri si sono fino all'epoca recente mossi autonomamente su singole questioni, il tutto in totale assenza di una logica di coordinamento e di governo. La questione sicuramente fondamentale è che **tra Sanità, Lavoro e Ambiente non vi è un confronto organico nonostante lo stretto rapporto tra Produzione, Lavoro e Salute**. In ciò, è purtroppo venuta meno la possibile svolta del riordino dei Ministeri in base all'evoluzione normativa lanciata dal Ministro Bassanini: il possibile Ministero delle Politiche sociali, che poteva costituire una prospettiva nuova e di grande interesse.

Gli Istituti centrali hanno avuto nel periodo passato un peso del tutto insufficiente quale "menti" e "braccia" autorevoli dello Stato, riferimento scientifico e metodologico sulle varie materie. Vi sono oggi alcuni segnali di possibile novità, per una iniziale o crescente - pur se non diffusa in tutti i settori - disponibilità ad assumere ruoli sinergici "verso" il sistema, in una logica di integrazione tecnico-scientifica: occorre ovviamente guardare con attenzione a questi segnali, consapevoli che molto va ancora fatto.

Le domande e le risposte sono relative al processo di definizione dei livelli/standard minimi di prevenzione e relative anche ai soggetti che sono tenuti a definirli (Conferenza Stato-Regioni, Coordinamento interregionale).

La scienza, il mondo degli operatori, le forze sociali, devono essere protagonisti di questo processo e percorso di definizione.

Punti fermi

Noi riteniamo che vadano tenuti fermi alcuni aspetti di fondo:

⇒ **la prevenzione primaria collettiva, in un paese civile, non può essere considerata un optional bensì un diritto primario di tutti i cittadini;**

⇒ **occorre disporre di livelli minimi di prevenzione primaria che siano garantiti in tutto il paese, nella scia del Piano Sanitario Nazionale;**

⇒ **prevenzione e vigilanza devono essere gestite unitariamente, dallo stesso soggetto, e non separate; solo in sinergia tra loro le stesse possono essere realmente efficaci;**

⇒ **bisogna puntare alla massima riduzione di replicazioni e duplicazioni della rete di servizi di prevenzione e vigilanza a livello locale e nazionale, che deve essere il più possibile unica, unitaria e comunque omogenea nel paese;**

⇒ **nonostante i ritardi, le carenze e le disomogeneità, l'esperienza di un ventennio dei Servizi di prevenzione territoriali - basata sul modello d'intervento che dal sistema informativo conduce alla programmazione degli interventi - ha consentito risultati complessivamente rilevanti; occorre quindi andare avanti su questa strada e potenziarne l'efficacia con le dovute risorse in termini economici e professionali; ciò implica di sciogliere i nodi fondamentali nel sistema dei Servizi anche in termini di attenzione e risorse dedicate, con particolare attenzione alla realizzazione di sistemi informativi regionali nonché ai temi delle professionalità e della formazione di tutti gli operatori.**

Condizioni essenziali

L'assetto nazionale della prevenzione non può non fondarsi su alcune condizioni essenziali irrinunciabili:

1. che si realizzi un **coordinamento tra i Ministeri**;
2. che vi sia una **pianificazione** che contenga alcuni presupposti di base:
 - un sistema informativo nazionale,
 - indirizzi pianificatori,
 - un sistema di indicatori di risultato e di qualità,
 - una struttura di coordinamento permanente nell'ambito del rapporto Stato – Regioni, stanti i poteri e le competenze ormai definite per le Regioni;
3. **che si concretizzino negli Istituti centrali (ISPESL, ISS ed anche INAIL) ruoli ed azioni di riferimento scientifico e metodologico** in una logica di sinergie.

La strategia di azione per la tutela di condizioni di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Affrontiamo questo particolare settore per le **connotazioni preoccupanti che sta assumendo il quadro delle modifiche istituzionali ad esso correlato.**

Lo scenario sta caratterizzandosi in senso di distinzione della materia tutela della salute nei luoghi di lavoro dal quadro complessivo dei ruoli e delle strategie della prevenzione tutta.

Emerge una cultura politica che tende a distinguere la salute e sicurezza sul lavoro dalla tutela della salute tout court, e a legare la stessa ad appendice delle questioni correlate ai rapporti di lavoro e di impiego, con distinte tutele, distinte azioni, e individuando il perno delle azioni centrate sulla deregolamentazione. Ci pare esista un non chiaramente detto: abbattiamo tutto ciò che non agevola la produzione – e la tutela della salute diventa accezione di appesantimento, di orpello burocratico e finanziario.

Diciamo subito che l'art. 41 della costituzione e il codice civile all'art 2087 sono i capisaldi normativi da cui discende nel nostro paese il quadro delle tutele della salute esigibili anche per il lavoratore o meglio per il cittadino che lavora e che ha un diritto esigibile generale di tutela della salute.

Il **quadro delle modifiche in essere o in divenire** che va esaminato è il seguente:

- **l'art. 3 della legge di semplificazione e la relativa delega alla modifica del D.lgs. 626;**
- **la delega al riordino delle attività di vigilanza della cosiddetta “Legge Biagi” e l'aumento delle variabili di forme di lavoro atipico e flessibile in esso contenuto;**
- **la proposta di riordino costituzionale “devolution e federalismo” che separa dalla sanità questa materia e l'affida solo allo Stato;**
- **il T.U. in materia di normativa di igiene e sicurezza sul lavoro, di prossima uscita e senza consultazioni precedenti tra parti sociali, regioni e - aggiungiamo - associazioni scientifiche;**

- riteniamo sia da annettere a questa lista il nuovo Piano sanitario nazionale, che nei suoi 10 punti non fa adeguato riferimento alla Prevenzione e meno che mai alla prevenzione nei luoghi di lavoro.

Fa da cornice, non solo e non tanto folkloristica, la **proposta di modifica presentata dalla Confartigianato in materia di Normativa 626.**

Di fronte a questo quadro vanno espressi preoccupazione e allarme per vari motivi.

Siamo di fronte all'abbandono dell'interesse alla salute nei luoghi di lavoro alla sua tutela come interesse pubblico e al confinamento della materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro nell'ambito di una complessità di relazioni meno regolata e normata ma solo contrattata tra datori di lavoro e OOSS.

Tra interventi molteplici, ma tutti in grado di destrutturare la realtà esistente, ritroviamo un preoccupante filo conduttore.

Di fatto assistiamo all'**abbandono totale del percorso di adeguamento del 626 avviato da Carta 2000**, che pure è inizialmente apparsa come una svolta, con un'assunzione di responsabilità del Governo nel suo insieme sulle questioni della sicurezza del lavoro.

“La salute e la sicurezza sul lavoro sono l'imperativo che governo, istituzioni, amministrazioni locali e parti sociali si danno per il 2000. Rendere il lavoro sicuro, spezzare la tragica catena di infortuni e morti...con l'intensificazione dell'azione di vigilanza, con lo stimolo alla prevenzione e all'emersione dal lavoro nero. Ma le leggi da sole non bastano.

Deve proprio cambiare la cultura. La sicurezza dobbiamo insegnarla a scuola, perché entri nella coscienza profonda dei futuri lavoratori e dei futuri imprenditori...” (dall'introduzione di Carta 2000).

Non a caso la Conferenza di Genova del dicembre '99 aveva posto al centro come temi **“forti” il recupero della legalità del lavoro, gli impegni del Piano Sanitario Nazionale, la centralità, la specificità del ruolo della prevenzione** nel Patto per la Salute, **il ruolo della formazione** (nella scuola dell'obbligo, nelle scuole professionali, nel percorso formativo dei professionisti della salute e sicurezza; e, gradualmente, in tutti i soggetti, lavoratori e cittadini, a partire dalla centralità della formazione degli RLS, degli RLST e dell'informazione dei lavoratori come base per una cultura di salute e sicurezza e di comportamenti conseguenti), la necessità di **armonizzare la normativa attuale in materia di igiene e sicurezza del lavoro con quella di recepimento delle direttive europee**, tenendo conto della specificità del sistema produttivo italiano caratterizzato da piccole e medie imprese.

Carta 2000 è stato un percorso basato sull'esame di criticità reali e, se pur lento nei suoi svolgimenti, si muoveva secondo l'idea di migliorare il sistema 626 centrando le azioni e le critiche sull'obiettivo di creare migliori condizioni di tutela, reali condizioni di interazioni tra i soggetti aziendali della prevenzione e molta attenzione aveva posto alla figura degli RLS e al loro contributo nel processo di prevenzione. Ma quel percorso si è interrotto da tempo e le sensibilità di governo che lo avevano fatto iniziare appaiono oggi assai lontane se non proprio rimosse.

Altro dato che rileviamo è un'assenza di riferimenti alle azioni di **monitoraggio del 626** effettuato dal Coordinamento delle Regioni e dal Ministero della Salute. Dopo il primo rapporto sta per essere divulgato un rapporto definitivo, che può e deve costituire elemento di riferimento per valutare le criticità del sistema e per l'adozione di azioni programmate anche da parte del sistema pubblico di prevenzione.

Anche il CNEL ha prodotto una valutazione attenta delle condizioni di applicazione della tutela della salute nei luoghi di lavoro, proponendo interventi motivati di cui però ugualmente non sembra trovarsi eco nella delega governativa.

Va rilevata altresì l'assenza di consultazione sociale, e scientifica, su questo percorso governativo.

Tra le parti sociali siamo invece di fronte ad un'attivazione solo della parte datoriale degli interessi in gioco, sul dibattito per/ intorno alla delega governativa. L'esempio della proposta avanzata dalla Confartigianato, le sollecitazioni della grande industria e un relativo silenzio delle organizzazioni sindacali dei lavoratori ci pongono di fronte a una realtà asimmetrica delle forze in campo. La **proposta della Confartigianato di modifica del 626** può essere un chiaro riferimento di sbocchi possibili di questa delega: il 95% delle aziende entrerebbe sotto regime di semplificazione con la possibile scomparsa delle figure consulenziali del Medico competente del Servizio di Prevenzione e protezione e con la riduzione degli ambiti di intervento degli interventi degli RSL. In Italia la maggioranza dei datori di lavoro farebbero a meno di competenze che la Direttiva quadro raccomanda e prevede.

Il dibattito sulla Bozza di decreto per l'individuazione delle figure degli addetti e del responsabile del servizio di Protezione aziendale ha messo in evidenza un chiaro tentativo di abbassare le dotazioni formative di base e aggiuntive, quasi in sintonia con la tendenza per il 626 a far crescere le situazioni in cui il datore di Lavoro "fa tutto da sé". Non a caso la stessa Confartigianato si preoccupa di procurare "documentazione" liberatoria quale la valutazione dei rischi documentata anche per le piccole imprese e il certificato personale della formazione dei lavoratori: proposte in sé da esaminare ma in un contesto in cui sia salvaguardata la sostanza delle questioni, i contenuti della valutazione e della formazione.

Il nostro giudizio sulla delega governativa sul 626

Riteniamo che prevalga un'attenzione a un **presunto conflitto tra prevenzione e sistema sanzionatorio**. Per quanto è nell'accezione della prevenzione, **per SNOP, il sistema sanzionatorio è un corredo alle tutele, alle attività di responsabilizzazione, formazione, assistenza e ruolo di promozione generale del sistema pubblico, compreso il sistema premiante legato agli incentivi anche INAIL, è certezza del diritto esigibile.**

Il sistema attuale legato al D.lgs. 758 è penale, ma fortemente premiale in quanto, nell'85% dei casi diventa il semplice pagamento per via amministrativa di una ammenda ridotta a un quarto di quella massima prevista, con l'accettazione-applicazione "dell' invito ad adempiere" fatto dall'organo di controllo. La volontà di trasformare il cuore del sistema sanzionatorio in sanzioni amministrative dirette sembra nascondere solo la volontà di rendere più complesso e burocratico il sistema e non far sostenere agli inadempienti i costi delle bonifiche che vengono richieste dall'organo di controllo.

La delega al riguardo lascia intravedere un obbligo del sistema pubblico a divulgare saperi, conoscenze e soluzioni in materia che sembrerebbe esonerare i doveri in primis del datore di lavoro: siamo per la promozione informazione assistenza del sistema pubblico soprattutto per le PMI ma non per sostituzioni di responsabilità. Saremmo pronti anche ad esaminare un rango di dimensioni aziendali tutto sotto un sistema pubblico di tutela, "se il piccolo non ce la fa". Ma questo disegno sarebbe "altro" rispetto a quello proposto dal governo e occorre discutere di cosa si intende per "piccolo", a fronte anche del "piccolo" coinvolto nella filiera produttiva di altre aziende, in appalto, outsourcing, downsizing e per il quale (con una logica presente nel Decreto sulla sicurezza nei cantieri) occorrerebbe riscoprire ruoli e responsabilità nella committenza.

Altro segnale che viene dalla delega è la semplificazione e deregolamentazione. Riteniamo che la semplificazione vada rivolta a ciò che è inefficace, orpello, non alla sostanza degli obblighi che derivano dall'art. 2087 del Codice civile: riteniamo che semplificare non significhi abolire dei diritti, la semplificazione è un riferimento da avere sempre ma serve solo se è utile a potenziare e a garantire gli obiettivi di tutela della salute.

Il riassetto istituzionale che la delega prevede

Siamo per confermare le integrazioni in tutte le attività di prevenzione, le programmazioni di azioni territoriali integrate a salute e ambiente, Dalla delega viene invece un segnale di distinzione delle attività di tutela della salute nei luoghi di lavoro e la previsione di un riordino centralizzato sulla vigilanza.

Non è chiaro cosa si intenda per riordino della vigilanza ma si può intendere una vigilanza forse aspecialistica, indirizzata proprio sulle norme, su articoli violati, sganciata da un controllo fatto di polidisciplinarietà ed integrazioni di competenze e saperi.

La vigilanza immaginata è forse correlata ad uno scenario di separazione tra sicurezza e salute come interesse del sistema di controllo, di vecchio tipo, sulle singole violazioni a precetti e norme.

Ci troviamo di fronte ad un proposta di separazione del sistema.

Non siamo davanti ad una proposta di separazione del controllo pubblico tutto - ugualmente discutibile e criticabile - ed espresso da un equilibrio tra centralismo e federalismo fatto in condizione di arricchimento e di legame con le specificità ma garantito da soglie e standard minimi di tutela. Siamo di fronte ad una separazione delle funzioni di vigilanza - cosa è, chi la fa, quali sono le competenze necessarie - centralizzata per essere selettiva e guidata senza intravedere i criteri e l'ordine di priorità secondo cui deve essere programmata.

Il sistema premiale immaginato nella delega è poco e affatto correlato alla sostanza delle tutele e delle soluzioni delle condizioni di rischio.

Altro tema distintivo della delega è la messa al centro della bilateralità e della contrattazione antagonista e sostitutiva del ruolo di controllo-promozione pubblico: il fatto che la centratura avvenga sulle problematiche delle PMI, che in Italia significa il 90% delle

aziende che sono sotto i 10 dipendenti e più dell'80% sotto i 5 dipendenti, fa allibire per la prevedibile assenza di condizioni di non trattabilità proprio legata alla ridotta rappresentanza aziendale sindacale interna nelle PMI e che, con l'incremento delle tipologie di nuovi rapporti di lavoro atipico e flessibile, può drammaticamente solo aumentare.

Si coglie uno **svuotamento delle funzioni degli RLS** sia interni sia territoriali e che invece proprio nelle PMI potrebbero essere fattore di riequilibrio delle soggettività di ruoli che il sistema preventivo richiede.

Le motivazioni a corredo della delega possibili o comunque da sollevare sono quelle delle conoscenze dei danni alla salute legati al lavoro cioè infortuni e malattie professionali. Una corretta gestione e interpretazione dei dati è necessaria senza approssimazioni e soprattutto senza un uso dei dati di comodo e strumentale, uso che invece tende ad emergere nei commenti interessati alla delega. Anche su questo aspetto riteniamo utile dare il nostro punto di vista.

Infortuni

Il trend fornito dai dati INAIL ci dice che in questi anni sull'universo degli infortuni dichiarati esiste una tendenza al calo in tipologie determinate, ma occorre approfondire l'analisi rispetto alle tipologie di settori produttivi, per il rango di aziende, per le tipologie di rapporti di lavoro degli infortunati. L'osservazione locale del fenomeno infortunistico chiarisce molto di più ed evidenzia il ruolo delle situazioni legate agli appalti, alle nuove precarietà legate al lavoro atipico. Queste sono osservazioni orientate alla fiducia per un potenziamento della risorsa "dati INAIL", già attualmente più fruibile con il **sistema dei nuovi flussi recentemente attivati tra INAIL, ISPEL e Regioni/ASL (Il SISTEMA a RETE, finalmente)**.

Complessivamente i dati ci dicono anche di prendere atto che il sistema post 626 qualcosa ha prodotto ma ancora resta da fare: mantenere il sistema e indirizzarlo alle sacche di comparti e settori che non migliorano come trend infortunistici.

Da parte datoriale e governativa c'è la tendenza a dire invece "disarmiamo il sistema 626" perché c'è un calo degli infortuni. Noi sosteniamo, pur tra insoddisfazioni e criticità, che il trend attuale dimostra che il sistema 626 (e nell'edilizia le norme della Direttiva cantieri) hanno realizzato condizioni favorevoli la diminuzione totale degli infortuni.

Malattie professionali

Sono diminuite significativamente quelle delle statistiche ufficiali, sostanzialmente le malattie classiche, che invece risultano in aumento se si effettuano progetti di ricerca attiva territoriale come hanno dimostrato e stanno dimostrando in alcune Regioni integrazioni di sistema Asl-Ospedali-medici di famiglia-INAIL. **E aumentano in particolare i quadri più complessi**, in cui è di difficile accertamento il rapporto di causa, i quadri **ad eziologia multifattoriale**, spesso non facilmente differenziabili dalle patologie comuni (patologie respiratorie, degenerative, neoplastiche).

Per le malattie professionali, sia tipiche sia "atipiche", è un obiettivo disvelare il sommerso: lungi da estendere il compiacimento perché sono poche e quindi "disarmiamo ancora una volta il sistema 626".

Proprio in termini di Piani integrati di salute e spesa sanitaria pensiamo a quanto ci sia da fare per scoprire le componenti fattoriali lavorative della patologia della popolazione, in particolar modo per la **quota di tumori attribuibile all'esposizione professionale** (che anche in base ai dati INAIL sono **in continuo aumento negli ultimi anni** sia come denunce sia come riconoscimenti). Tumori che sono la seconda causa di morte e la prima nelle fasce di età entro il pensionamento. Stesso interesse vale anche per le **patologie cardiocircolatorie, muscolo-scheletriche e psichiatriche** nella popolazione del cittadino lavoratore.

In Italia, ancor oggi, ci si ammala e si muore in misura diversa a seconda del censo, della condizione sociale, della condizione di lavoro, del posto in cui si vive.

Basti come esempio superficiale ma non certo irrilevante, che tuttora gli infortuni sul lavoro sono un fenomeno alquanto diversificato come rilevanza a seconda della regione, della città: vi sono notevoli differenze degli indici di frequenza e di gravità infortunistica tra le singole regioni, anche indipendentemente dai settori produttivi presenti nelle stesse.

Ciò vuol dire semplicemente che nel nostro paese vi sono diritti diversi alla salute ed alla sicurezza, vi sono diritti diversi alla prevenzione e alla tutela, a seconda del luogo in cui si è nati, si vive, si lavora.

Dalla consapevolezza di questa ingiustizia non può non derivare il proposito di trovare rimedi, in primo luogo partendo dalla definizione di risorse in termini non solo economici ma anche umani, professionali, di formazione, e dalla omogeneità della distribuzione delle risorse stesse: in una parola, definendo un **sistema di prevenzione** che sia veramente **nazionale**.

La SNOP è "solo" una società scientifica, ma ritiene che il punto di vista scientifico di operatori che studiano osservano e praticano attività di prevenzione possa essere risorsa per chi socialmente e istituzionalmente deve assumere decisioni di governo e normazione del sistema di prevenzione.

aprile 2003

La Presidenza SNOP