

Idee sul Dipartimento di Prevenzione

Pasquale Trecca, Segretario Nazionale S.I.Me.T. (Sindacato Italiano Medici del Territorio)

Premessa

La evoluzione del concetto di “salute” ha comportato profondi cambiamenti nel riassetto del nostro SSN, affrontato con il D.Lgs. 502 e successive modificazioni e integrazioni.

Riandando nella storia dell’ultimo quarto di secolo, occorre chiarire che già nel maggio del 1977 la Terza Assemblea Mondiale per la Sanità deliberò che “l’obiettivo sociale primario dei governi e dell’OMS dovesse essere nei successivi decenni la conquista, da parte di tutti i cittadini del mondo, entro l’anno 2000, di uno stato di salute che potesse permettere loro di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva” (risoluzione WHO 3043).

In questa ottica furono emanati i 38 obiettivi specifici che i 33 Stati aderenti all’Organizzazione nella regione europea, fra cui l’Italia, scelsero e dei quali bisogna dare entro ottobre del 1998 apposito resoconto circa i risultati conseguiti sul rinfocolato principio del ricorso all’assistenza sanitaria di base.

Nel frattempo ne sono pronti altri 26 per il terzo millennio, tutti ispirantisi alla equità nella salute degli Stati membri, alla salubrità dell’ambiente fisico, di vita e di lavoro e alle cure primarie che pongano al centro la famiglia e non è certamente un caso se oggi alla vigilia del nostro ingresso in Europa, che non può essere solo della moneta, si parla già della istituzione di un “tavolo europeo della sanità”.

Un passo indietro ancora per ricordare che nel settembre del 1979 durante una riunione promossa dall’OMS e dall’Unicef ad Alma Ata si riconobbe che tale strategia non potesse raggiungere i risultati prefissati, se non privilegiando ed esaltando l’assistenza sanitaria di base con al centro la prevenzione e la riabilitazione e pertanto si ammise che questo richiedeva un diverso orientamento degli altri livelli del sistema sanitario nel senso di non far mancare un effettivo sostegno all’assistenza sanitaria di base.

Sulla scia di questi indirizzi in Italia si fece strada il convincimento che i fattori principali che determinano la salute della comunità si trovano all’interno della comunità stessa nelle sue componenti sociali, culturali e biologiche e nel suo ambiente naturale e artificiale con la evidente conseguenza di un coinvolgimento partecipativo multiprofessionale e multisettoriale.

Di pari passo e con il ritardo universalmente riconosciuto si passò in Italia dalla cura della malattia, su chiamata dell’ammalato nel momento del bisogno, al concetto di salute, quale benessere fisico, sociale e mentale e quindi ad una “concezione ecosistemica e multidimensionale della salute”, che si deve legare alle non semplici interazioni tra ambiente fisico e sociale, da un lato, e fattori biologici, psicologici e relazionali, dall’altro.

Più specificamente si passò dall’assistenza medica primaria (AMP) all’assistenza sanitaria primaria (ASP) da realizzare nel Distretto sanitario di base e che agisce sul soggetto sano, prevenendo e promuovendo salute. Da una medicina passiva ad una attiva che potrebbe anche richiedere una revisione dell’art. 32 della Costituzione.

Questo excursus storico, se in un certo senso mi ha allontanato dal tema in trattazione, mi ha messo nella condizione però di marcare la grande importanza e dimensione che assume oggi l’ambiente nelle sue interfacce culturali, sociali, politiche, economiche e produttive, ambiente da essere difeso nei suoi luoghi di vita e di lavoro e premunito dagli agenti nocivi atmosferici e di inquinamento dell’acqua e del suolo con le conseguenti influenze sugli stili comportamentali di vita e sullo sviluppo stesso di nuovi quadri patologici; principi dei quali l’attuale PSN ha fatto in assoluto, e giustamente, una grossa prerogativa.

Da qui il riemergere della esigenza da parte delle attuali società di un sempre più puntuale ricorso alla pratica di una reale ed effettiva prevenzione, in uno alla ricerca e alla individuazione delle cause ambientali delle malattie.

Questo è stato a mio avviso il preludio che ha consentito l’introduzione nel D.Lgs. 502 del Dipartimento di prevenzione, del rimarcato consolidamento e rilancio del Distretto sanitario di base e di un ineludibile e moderno riorientamento dei servizi, che ammodernati e opportunamente finanziati saranno in grado di realizzare una reale alternativa al ricovero.

Criticità

Senza la volontà di inseguire, in questo spazio che mi è stato messo a disposizione, velleità di linee guida, su cui ci siamo già sperimentati a livello nazionale, mi soffermerei piuttosto su alcune criticità in tema di Dipartimento di prevenzione, sul quale incombe il primissimo obbligo di individuare, accertare e controllare, come già ho avuto modo

di precisare, i fattori di nocività, di pericolosità e di deterioramento nell'ambiente di vita e di lavoro, darne diffusione e individuare i mezzi per la loro eliminazione.

Legato a questo principio portante del Dipartimento di prevenzione c'è l'esigenza di tenere in gran conto la compatibilità, innanzitutto, dei piani urbanistici che devono avere a cuore la salvaguardia degli aspetti igienico-sanitari dei piani stessi in difesa dello stato di salute della popolazione e in maniera più immediata quella dei lavoratori.

Se questa, com'è facilmente intuibile, è un'esigenza primaria, ne consegue che se è stato, come è certamente stato, un grave errore delle politiche sociali del passato aver tenuto fuori le comunità e le municipalità con la legge 833/78, ora invece è il momento del grande recupero della riforma sociale, con il disegno di legge recante "Delega al Governo per la modifica del decreto legislativo 30/12/1992, n.502 e successive modificazioni", e sostenerla con convinzione e caparbietà, come personalmente sto facendo, nei punti a) e b) che prevedono il potenziamento del ruolo dei Comuni riferito alla integrazione tra servizi sanitari e sociosanitari.

Pertanto nel solco del cocetto di sussidiarietà il ruolo dei Comuni va valorizzato ed esaltato ed è ormai diffuso il convincimento che bisogna compiere un salto di qualità rispetto alla integrazione fra le politiche sociosanitarie e quelle delle municipalità per i seguenti motivi:

- i fattori di salute sono ampiamente influenzati e condizionati dalle scelte che le Amministrazioni di volta in volta prendono in tema di piani di intervento, che non sempre seguono gli orientamenti suggeriti dal tecnico medico inserito in Commissione, oltre che dallo standard di organizzazione dei servizi sanitari stessi, per cui posto il discorso in questi che sono i giusti termini i Comuni devono essere ritenuti i referenti unici delle esigenze delle comunità locali;

- i Comuni si devono far carico con un apposito fondo sociale di tutte le spese inerenti alla erogazione di prestazioni sociali, non essendo più sostenibile com'è accaduto nel 1996, che il FSN si sia accollato ben mille miliardi per interventi sociosanitari;

- il processo d'integrazione, infine, fa giustizia del mantenimento della divaricazione fra Aziende-Usl e Comuni; divaricazione che è in definitiva il vero punto cruciale dell'attuale nostro sistema sanitario, da non perdere di vista, considerando i non pochi disagi di ordine economico-finanziario e di resa, in termini di costo/beneficio, che si stanno tuttora subendo con il mantenimento di quelle tra Ospedale e Territorio e tra Ospedale e Dipartimento di prevenzione.

Tornando più da vicino al tema in corso di svolgimento, occorre puntualizzare che il Dipartimento di prevenzione non è solo l'insieme dei diversi servizi di sanità pubblica, ma va invece configurato come un processo di ricomposizione e di trasposizione dei vari servizi sugli obiettivi riportati e di pertinenza del trinomio, uomo, animale e ambiente, con tutta una serie di compiti e specificità professionali mediche e veterinarie e sanitarie.

Non di minore importanza, come in altra parte di queste note riportato, è il consolidamento del piano strategico della integrazione, parola-chiave, forte ed universale, bene assorbita in questa fase di riforma del SSN dalla opinione pubblica nelle sue diverse espressioni e livelli, fra Dipartimento di prevenzione e Distretto, fra Dipartimento di prevenzione e Ospedale, fra Dipartimento di prevenzione e Istituto zooprofilattico sperimentale, oltre a quella che imperversa da troppo tempo fra Ospedale e Distretto, ad onta, per quest'ultima, dei più volte conclamati richiami di legge.

Sul piano politico è stato ugualmente lamentato lo scollegamento che esiste tra i vari soggetti che si occupano di prevenzione (Ministero della Sanità, Dipartimento della prevenzione, che solo da poco tempo è stato chiamato in causa con la nomina di un direttore generale, Ispels, Inail, in corso di trasformazione da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica), mentre le esperienze che si vanno acquisendo sul campo in questi ultimi anni stanno evidenziando esigenze nuove di collegamento, cui occorre dare delle risposte.

Sempre a proposito di integrazione è necessario tenere nel dovuto conto quella che deve intercorrere tra il Dipartimento di prevenzione e l'Agenzia Nazionale per la Prevenzione Ambientale (ARPA) che è titolare delle attività tecnico-scientifiche per la prevenzione dell'ambiente, mentre restano affidate al SSN le attribuzioni in materia di igiene degli alimenti, dei servizi veterinari, di igiene, prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro e di igiene e sanità pubblica.

Attenzione particolare va riservata alla istituzione di un Osservatorio Epidemiologico con il precipuo impegno di studiare la mappa di distribuzione delle malattie nella popolazione in rapporto alla esposizione ai fattori ambientali ed acquisire elementi conoscitivi su cui basare gli interventi di sanità pubblica, valutarne la efficacia e la qualità, nonché lo stato del loro degrado, che in tema di ambiente va riferita ai singoli comparti ambientali aria, acqua, suolo.

Sono scollegamenti che oggi non hanno più ragione di esistere ed in particolare nei confronti del Dipartimento di prevenzione che vuole essere, per definizione, e per fatti concreti, una struttura funzionale complessa ed omogenea per la erogazione di attività specifiche, per le quali mal si coniuga una ulteriore cristallizzazione del principio di integrazione dianzi espresso e tutto questo se si vuole davvero intervenire sulla identificazione e rimozione delle cause ambientali e comportamentali delle malattie.

Gli interventi vanno concatenati, e non secondaria dev'essere la concentrazione di risorse per la individuazione dei fattori di rischio nelle sue componenti genetiche, ereditarie e ambientali e di quelli nocivi che si allocano negli ambienti di lavoro, nelle abitudini rispetto agli stili di vita, come il fumo, l'alimentazione, la sedentarietà e così via.

Il Dipartimento, quindi, per poter intervenire deve far sua la conoscenza dei meccanismi biologici e l'organizzazione dei sociale e sanitario per quella prevenzione collettiva e della persona che per legge è chiamato a svolgere, per la promozione della salute e della educazione sanitaria alla salute, se davvero vuole incidere sugli stili di vita con comportamenti e scelte consapevoli.

Una digressione, a mio parere opportuna, mi porta a soffermarmi un attimo su un concetto che sembrava fatto proprio dal Ministro della Sanità e che riguardava la ormai maturata esigenza della introduzione di fondi complementari, inerenti all'ammorbamento degli ambienti di vita e di lavoro da parte di industrie (discariche e quant'altro) e del Monopolio dei tabacchi, generatori a loro volta di stili di vita distorti, per il cui contenimento ed eliminazione bisogna intervenire con pesanti provvedimenti di remora.

Fa scuola l'America che in tema di fumo, e grazie ad una Magistratura attenta e rigorosa, sta riuscendo a debellare quella che si sta presentando come un'autentica epidemia tra i giovani, che in misura di tremila al giorno scoprono il tabacco, a causa del quale mille di questi moriranno prima del tempo, come da discorso radiofonico del sabato di Clinton nel corso del quale ha avuto modo, tra i teen-ager, di definire quella del fumo una "tragedia nazionale".

Pesanti ammende e punizioni severe sono in auge in America per le industrie, al fine di contrastare il potere economico e politico delle multinazionali del tabacco, nei confronti delle quali l'anno scorso Clinton riuscì a portare alle casse dello Stato ventimila miliardi a conclusione di un accordo intervenuto.

Sono problematiche che vanno politicamente approfondite bene, prima di pensare ad interventi in sanità da parte delle Fondazioni bancarie, di cui si sta parlando in questi giorni.

Da ultimo grande importanza assume, in un momento in cui con la legge di delega si punta alla razionalizzazione e riorganizzazione dei servizi, la riforma del Ministero della Sanità nella parte che riguarda l'attribuzione delle Direzioni Generali.

Esplicito il mio pensiero sulla base di esperienze personalmente vissute in termini di negatività, partendo dalla inoppugnabile considerazione che se le articolazioni del SSN sono tre -Ospedale, Distretto e Dipartimento di prevenzione- non si capisce, né si giustifica più che per problematiche e per quant'altro può interessare la programmazione centrale, la organizzazione e la responsabilità gestionale delle strutture territoriali ci si debba rivolgere alla "Direzione del Dipartimento professioni sanitarie delle risorse umane tecnologiche in Sanità e dell'assistenza sanitaria di competenza statale", ex Direzione Generale degli Ospedali.

Né va sottaciuto che nel frattempo è sorto, e giustamente, il "Servizio per i rapporti convenzionali con il SSN", che si fa carico del rinnovo della Convenzione Nazionale Unica, di quella della pediatria di base e della Guardia medica e Medicina dei Servizi, mentre si continua a sottovalutare la importanza che rivestono il Distretto e il Dipartimento di prevenzione, che per il loro rilancio hanno bisogno in ambito ministeriale di riferimenti unici, di continuità di impegni e di specificità professionali, riconoscendosi l'assoluta impossibilità e disumanità di accentrare sulla stessa persona tutte e tre le articolazioni del sistema sanitario che di omogeneo hanno poco, fatti salvi gli obiettivi di fondo.

Il discorso non si ferma alle considerazioni formulate, ma è stata inoltrata proposta di emendamento alla riforma del D.Lgs. 502 in corso, oltre ad averlo fatto presente direttamente al Ministro della Sanità.

Conclusioni

In sede di conclusione il discorso non può non farsi politico, dal momento che ancora una volta si è costretti a lamentare spaventosi ritardi in sanità, come in tutti gli altri apparati dello Stato; ritardi che vanno recuperati per quel senso di responsabilità e di coerenza con le esigenze dei tempi, rispetto alle quali la morsa da parte delle istituzioni non può essere allentata.

La considerazione in verità investe lo Stato nella sua intrezza per quella inveterata abitudine di non tener fede agli impegni che, di volta in volta, vengono assunti, questione questa che spesso pone problemi pesanti e seri in sanità, come in politica generale, dove non sono ammesse distrazioni.

Rientrando nel tema, non si può non mettere in evidenza la inadempienza del Ministero della Sanità e dell'intero sistema centrale nei confronti della legge 626/94 che detta norme sulle nuove condizioni di sicurezza e sulla tutela della salute dei lavoratori. Una legge che al momento della sua emanazione fece storia e a distanza di anni non si ha ancora modo di vederla applicata almeno nel punto ritenuto più nodale che riguarda le forme di coordinamento dei vari soggetti pubblici interessati alla realizzazione della fase operativa.

A mancare in sostanza è lo Stato nel dispiegamento di impegni adeguati nella gestione degli obblighi che dal D.Lgs. derivano, rendendosi in tal maniera responsabile conseguentemente della sofferta e ritardata attivazione in diverse Aziende degli stessi Dipartimenti di prevenzione, della fissazione dei carichi di lavoro e quindi dell'assegnazione di uomini e mezzi e da indagini statistiche si è rilevato pure che a non essere rispettata è stata anche l'ordinanza del Cipe di assegnazione del 6% del Fondo Sanitario Nazionale per la Prevenzione e che l'arretramento riguarda molto di più le regioni del Mezzogiorno.

Conseguenze a catena, come si vede, che, per altro verso stanno interessando il distretto sanitario di base e tutte le strutture territoriali che insufficientemente finanziate stentano ad entrare nel vero ruolo che le leggi e i bisogni primari loro attribuiscono e tutto questo interessa l'intero SSN.

Di certo nessuno intende sottovalutare il particolare stato di ristrettezze economiche del Paese, ma per queste c'è un ordine prioritario di impegni che in sanità vuol significare soddisfacimento dei bisogni selezionati fra i livelli minimi di assistenza, da fronteggiare con stanziamenti adeguati, e finanziamento equo per il potenziamento e rilancio di tutte le strutture territoriali che, dal Distretto al Dipartimento di prevenzione, sono chiamate ad allinearci alle direttive europee, perchè solo con queste, e non certamente con la situazione ospedaliera che oggi ci ritroviamo, noi rimarremo in Europa. A sostegno di tutto ciò, al di là di Alma Ata, è il nuovo movimento di sanità pubblica internazionale che ha trovato piena risonanza nella Conferenza internazionale per la promozione della salute, tenutasi ad Ottawa nel novembre del

1986 con la partecipazione di 38 Paesi che si sono riconosciuti nella “Carta per la Promozione della Salute” e ne hanno assunto i principi per un razionale mutamento dei servizi sanitari, al fine di assicurare un incremento dei livelli di qualità ed un accesso paritario ai servizi sanitari e loro uso.

Nel 1996 è subentrata la “Carta di Lubiana”, sottoscritta dai Ministri della Sanità degli Stati-membri europei dell’OMS, che in termini estremamente espliciti parla di riorientamento degli investimenti e dei finanziamenti di provenienza ospedaliera in favore dei servizi territoriali ruotanti intorno al Distretto.

La lapalissianità di questi principi basilari sono stati ripresi, pari pari, dal PSN 98/2.000 con il precipuo intendimento di mettere le aziende nelle condizioni di evidenziare, nel nuovo assetto organizzativo, sollecitato dalla legge di delega del governo per la razionalizzazione e la riorganizzazione del sistema, la centralità del cittadino al quale la legislazione riconosce sempre più la peculiarità di “cliente”, bene informato della possibilità che gli è conferita di libera scelta delle strutture pubbliche e private.

Certamente processi di portata siffatta nelle Pubbliche Amministrazioni del nostro Paese hanno bisogno, soprattutto in sanità, di decenni per la loro realizzazione. Tutto sta nel non farne, come invece sembra, un alibi artificioso a camuffamento dei nostri limiti, delle nostre arrendevolezza, delle nostre incongruenze. Di non essere soggetti politici all’altezza dei tempi!