SNOP
CIVITANOVA MARCHE – 29.10.09

I livelli essenziali di assistenza

Assistenza Sanitaria Collettiva

Giuliano Tagliavento
Servizio Salute – Regione Marche

L’inizio di un nuovo percorso per la prevenzione: L.833/78

Art. 19

- **assicurare ai cittadini i tre livelli di intervento per la salute: prevenzione, cura, riabilitazione**

- **Assicurare ai cittadini i tre livelli di assistenza in modo uniforme in tutto il territorio**

I tre modelli storici della prevenzione:

- **Modello piramidale della sanità pubblica igienistico/certificativo medico legale**
- **Modello piramidale veterinario integrato successivamente dalle direttive europee**
- **Modello partecipativo territoriale della prevenzione nei luoghi di lavoro integrato successivamente dalle direttive europee**

La prima organizzazione post 833

- **Nella maggioranza delle regioni, compresa la nostra, nei primi PP.SS.RR. non veniva colta la più importante novità della 833 e dei tempi, ovvero il passaggio al SSN della prevenzione nei luoghi di lavoro**

- **Il ministero della sanità non adeguava (e non adeguerà mai sino ad oggi) la sua organizzazione a questa nuova richiesta di impegno**

- **Il modello proposto era quello nazionale consolidato piramidale basato sulle due professionalità storiche: medico igienistica e medico veterinaria**

La seconda organizzazione post 833: i dipartimenti di prevenzione

- **I DD.LLgs 502/92, 517/93, 229/99 istituiscono i Dipartimenti di Prevenzione e forniscono indicazioni organizzative (1 direzione di dipartimento ed almeno 6 servizi)**

Ma si delineano i primi problemi ……

Interni alle nuove strutture ……..

- **Difficoltà di comprensione (linguaggio diverso e metodi di approccio diversi tra i servizi)**
- **Difficoltà di integrazione e difficoltà di mettere in discussione il proprio metodo di lavoro (autoreferenzialità)**
- **Scarsa capacità di lavorare in gruppo**

Ed esterni ad esse ……..

- **Difficoltà delle Direzioni Aziendali a riconoscere il ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione**
- **Insufficiente finanziamento**

(monitoraggio LEA accordo 8/8/01):

- Italia: valore medio Ass. San. Collettiva ambienti di vita e di lavoro 4.32%

- Carichi di lavoro vincolati a pratiche e compiti di la cui efficacia ed appropriatezza non sono sempre provate

(Commissione Parlamentare d'inchiesta sul sistema sanitario 1999 e documento consiglio superiore di sanità 22 nov. 2000)

L’accordo sui LEA recepisce soprattutto la storia consolidata delle “3 prevenzioni”

nel DPCM 29/11/01 il
“livello 1 – assistenza sanitaria in ambiente di vita e di lavoro”
è strutturato come
“contenitori organizzativi di prestazioni”

1. **Profilassi delle malattie infettive e parassitarie**
2. **Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali**
3. **Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro**
4. **Sanità pubblica veterinaria (divisa nelle tre aree)**
5. **Tutela igienico sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale**
6. **Attività di prevenzione rivolte alla persona (vaccinazioni e screening)**
7. **Servizio medico legale**

In positivo per la prima volta declina l'art. 19 della 833/78 in quanto:

- definisce molte importanti ed essenziali funzioni della prevenzione primaria
- ne definisce la diffusione su tutto il territorio nazionale in modo uniforme

ma evidenzia alcune carenze logiche di formulazione

- **il concetto di prestazione si adatta bene al contesto assistenziale (visite, esami medici, ricoveri) meno alla sanità pubblica.**
- **La prestazione è richiesta e il beneficiario è il richiedente o chi riceve la prestazione,**
- **l'intervento di sanità pubblica è invece attivo e, spesso, il beneficiario non è il richiedente o il ricevente, ma la comunità.**

ed anche alcune carenze di contenuto

- **La sorveglianza di sanità pubblica non ha dignità di “prestazione” o “servizio”**
- **E’ assente la prevenzione delle malattie croniche e dei rischi comportamentali**
- **E’ assente la prevenzione degli incidenti domestici e stradali.**
- **Sono presenti in modo copioso certificazioni, idoneità e autorizzazioni che molte regioni hanno poi abolito.**

Le indicazioni nazionali per migliorare……(1)

(Accordo Stato Regioni luglio 2002: Linee Guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività del DP delle ASL):

- La consapevolezza di dover porre l'attenzione sulla modifica degli stili di vita e di miglioramento dell'ambiente obbligano la filosofia della Prevenzione ad un salto di qualità riconducibile a ……
- **Operare per obiettivi in una logica di**
  - **omogeneità regionale**
  - **secondo scale consapevoli di priorità scaturite dalla valutazione epidemiologica**
    - **Nazionale: definiti dal PSN e dai LEA**
    - **Regionale: definiti dal PSR in linea con il livello nazionale**
    - **Locale: elaborati basandosi sull'analisi dei singoli contesti territoriali**

Le indicazioni nazionali per migliorare ……(2)

(Accordo Stato Regioni luglio 2002: Linee Guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività del DP delle ASL):

- E’ necessaria una allocazione cospicua di risorse per consentire una coerente formazione degli attori della prevenzione
- E’ necessaria la interdisciplinarietà professionale al fine di fornire la risposta più efficace possibile ai bisogni di salute
- E’ necessario, sulla base degli obiettivi, programmare le azioni e verificare i risultati

Le indicazioni nazionali per migliorare …….(3)

(Accordo Stato Regioni luglio 2002: Linee Guida per la prevenzione sanitaria e per lo svolgimento delle attività del DP delle ASL):

In questa modalità di approccio possono essere identificati i seguenti elementi caratterizzanti:

- **Valutazione dei bisogni ed identificazione dei livelli di rischio**
- **Sanità Pubblica basata sulle prove di efficacia**
- **Analisi sistemica**
- **Comunicazione**
- **Assicurazione di qualità**

l'azione del sistema per migliorare / le azioni di sistema per migliorare

- la riforma del titolo V della costituzione del 2000 ed il coordinamento tecnico interregionale per la prevenzione (il federalismo)
- le direttive europee (la valutazione e la gestione del rischio / le reti per il controllo) dai primi anni '90 in poi
- l'EBP: un movimento di pensiero inarrestabile
- Il Piano Nazionale della Prevenzione (accordo 23/3/03)
- Il sistema informativo integrato per la prevenzione nei luoghi di lavoro INAIL ISPESL Regioni del luglio 2002
- Il CCM dal 2003 al 2008
- Il progetto "Mattoni" (accordo del 2003 chiuso nel 2007)
- Il PSN 2006 – 2008 (G.U. 139 del 17/6/06)
- Il patto per la salute (accordo ottobre 2006)

Alcuni concetti alla base della proposta dei nuovi L.E.A.

- ***le caratteristiche della prestazione*:** gli interventi non sempre si traducono in prodotti direttamente misurabili e gli interventi sono generalmente attivi, ossia non originano da una richiesta e il beneficiario non è il richiedente bensì la comunità;
- ***gli strumenti di misura*:** le prestazioni dell'assistenza sanitaria collettiva vengono misurate non solo come "quantità" ma anche come "copertura" della popolazione. Questi indicatori di copertura misurano il processo, ma rappresentano anche un'approssimazione degli indicatori di outcome,
- ***i modelli organizzativi***: gli interventi dell'assistenza sanitaria collettiva spesso richiedono un forte impegno verso l'integrazione e la collaborazione, non solo tra servizi dei Dipartimenti di Prevenzione ed le strutture delle altre macroaree, ma anche con altre istituzioni ed enti.

Alcuni concetti alla base della proposta dei nuovi L.E.A.

- ***le modalità di realizzazione*:**
  - gli interventi dell'assistenza sanitaria collettiva, sono abitualmente organizzati in **programmi,** dando a questo termine una valenza ampia che sottintende la complessità e l'articolazione che generalmente li caratterizzano.
  - L'implementazione di un programma implica l'uso dell'**epidemiologia** come strumento per analizzare il contesto e selezionare i problemi/bisogni di salute prioritari, individuare gli interventi di provata efficacia, definire gli obiettivi, le corrispondenti azioni e i metodi più idonei al monitoraggio e alla valutazione dei risultati.

A **Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**

B **Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati**

C **Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro**

D **Salute animale e igiene urbana veterinaria**

E **Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori**

F **Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening**

G **Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale**

H **Valutazione medico legale degli stati di disabilità e per finalità pubbliche**

La struttura di ogni sezione è organizzata in tre parti:

. ***programmi/interventi***, che richiamano, con una accezione nuova e più ampia, le “funzioni/prestazioni previste dalla normativa vigente” elencate nel DPCM 29 novembre 2001.

Il termine *programma* è applicato a diversificate attività organizzate che consistono in

- - servizi direttamente gestiti,
- - piani di mobilitazione della comunità,
- - sistemi di sorveglianza,
- - azioni di sviluppo di politiche sanitarie,
- - investigazione di “focolai” epidemici così come cluster di patologie professionali , diagnostica di laboratorio così come indagini di igiene industriale,
- - campagne di comunicazione, servizi di training, aggiornamento ed educativi.

La struttura di ogni sezione è organizzata in tre parti:

- ***componenti del programma*** che specificano le principali linee di attività che dovrebbero costituire, garantendone l'efficacia e la qualità, un programma di salute pubblica. In alcuni casi, le componenti del programma, sono dei veri e propri sotto-programmi, in altri casi, le componenti rappresentano qualcosa di molto simile a prestazioni particolari.
- ***prestazioni/azioni*** che traducono le linee di attività in attività singole o prodotti usufruibili dai beneficiari degli interventi.

B10	Tutela della popolazione e dei lavoratori dal rischio “amianto”	- Censimento presenza di amianto friabile e compatto nei luoghi di vita e di lavoro - Controllo dei piani di bonifica - Vigilanza sulle attività di bonifica a tutela dei cittadini e dei lavoratori.	- Verifiche e controlli - Informazione ed assistenza - Monitoraggio e comunicazione dati a cittadini e lavoratori

B7	Tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici ad uso scolastico e ricreativo	- Vigilanza sulle condizioni di salubrità e sicurezza degli edifici esistenti per gli utenti ed i lavoratori - Concorso alla definizione delle azioni di miglioramento, da concordare con i soggetti gestori	- Verifiche e controlli - Assistenza agli enti preposti - Controlli analitici indoor nell’ambito di programmi specifici

C1	Sorveglianza epidemiologica del territorio per la prevenzione e controllo dei rischi e danni da lavoro	- Utilizzo e aggiornamento archivio anagrafico informatizzato delle aziende (INAIL – ISPESL -Regioni e/o della CCIAA) - Mappatura delle aziende a rischio di incidente rilevante - Elaborazione di mappe e profili territoriali per comparto e/o per rischio - Comunicazione e diffusione dei dati ai soggetti sociali e istituzionali	- Report periodici di informazione - Comunicazione periodica ai cittadini e alle istituzioni

Un problema serio: quale rappresentazione nazionale di tutto ciò?

- **L'attuale sistema di monitoraggio dei LEA prevede come indicatori di verifica per la prevenzione dell'accordo 23/3/05:**
  - **Copertura vaccinale vaccinazioni obbligatorie**
  - **Copertura vaccinale vaccinazioni raccomandate (MPR e influ over 65)**
  - **Costo pro-capite macrolivello LEA Ass. San. Collettiva**
  - **N. tecnici PSAL / tot. Addetti imprese del territorio (x 100.000)**
  - **Copertura allevamenti controllati per TBC bovina e brucellosi**
  - **Copertura piano eradicazione malattia vescicolare del suino**
  - **% controlli alimenti e bevande rispetto numero minimo DPR 14/7/95 e DM 23/12/92**

La strada è ancora lunga ……

ESPERIENZE RECENTI (2005 – 2008) E SPUNTI POSITIVI PER IL FUTURO PROSSIMO

- **IL PROGETTO MATTONI**
- **LA REDAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO ’81**
- **IL PNP 2005 – 2007 (PROROGATO SINO AL 2009)**
- **“GUADAGNARE SALUTE”**

Piano Nazionale della Prevenzione 20010 – 20012
La prevenzione universale - punto 3

Area della prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari

guadagnare salute
rendere facili le scelte salutari

Approccio globale e multisettoriale

✓Programmi di prevenzione rivolti alla popolazione

✓Programmi mirati agli individui a rischio

✓Miglioramento copertura e qualità dell'assistenza sanitaria

✓Riduzione delle disequità

INTERSETTORIALITÀ

LA SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE

guadagnare salute

rendere facili le scelte salutari

Le aree del programma

A	Guadagnare salute rendendo più facile una dieta più salubre (alimentazione)
B	Guadagnare salute rendendo più facile muoversi e fare attività fisica (attività fisica)
C	Guadagnare salute rendendo più facile essere liberi dal fumo (lotta al fumo)
D	Guadagnare salute rendendo più facile evitare l'abuso di alcol (lotta all'abuso d'alcol)

guadagnare salute

rendere facili le scelte salutari

Una nuova strategia per la salute

- **Mettere le persone al centro dell'agire**
- informare
- educare
- assistere
- stimolare la responsabilità individuale

- **I cittadini diventano partner attivi della promozione della salute**

- **Sviluppare sinergie per i cittadini**
- Amministrazioni centrali
- Amministrazioni locali
- (Regioni, Province, Comuni)
- Servizio Sanitario Nazionale
- Professionisti della salute
- Scuola
- Mondo del lavoro e dell'industria (parti sociali)
- Associazionismo, Privato sociale

Azioni e politiche concrete per *facilitare le scelte salutari*

guadagnare salute

rendere facili le scelte salutari

P.N.P. 2009 – 2011

Strategie globali e intersettoriali per la promozione di stili di vita sani e per la prevenzione dei rischi

RICHIEDONO

- **Integrazione di competenze professionali a partire dalle specificità**
- **Conoscenza delle specificità per realizzare cooperazione**

Questa è probabilmente la "ricetta" di metodo per la prevenzione futura, ma anche per il futuro della prevenzione e quindi:

degli individui che vi operano, delle organizzazioni a cui questi appartengono, delle reti che vi partecipano.

Grazie per l'attenzione