

Senigallia 31 marzo 2017

V[^] Convention Nazionale dei Direttori dei dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie Italiane

www.snop.it



Società Nazionale Operatori della Prevenzione



Dipartimento di
Prevenzione ASL BA


Le sfide strategiche per la Direzione di Dipartimento

Giorgio Di Leone

Le sfide strategiche dei nostri tempi

- La riorganizzazione dei territori:dalle micro alle macro ASL. Un'esigenza economica e gestionale ... ma l'efficacia dei Servizi ai cittadini e la sicurezza degli operatori ASL?
- Disomogeneità di risorse, organizzazione e comportamenti dei Dipartimenti di prevenzione medica e veterinaria e dei servizi nel territorio nazionale (vedi anche ricerche della Fondazione Smith & Kline)
- La comunicazione: vetustà dei siti (con immagine sempre burocratica, vecchi, incapaci di valorizzare le cose che si fanno) e necessità di una trasparenza sempre maggiore (report)
- La trasversalità delle azioni dei Dipartimenti di prevenzione





Dalle 659 USL nel 1992 fino al 2017 alle attuali 104 ASL, di cui 2 «Aziende Zero» (+ 99 Aziende ospedaliere autonome): cambiamenti negli obiettivi e diverso dimensionamento territoriale, con criteri diversi da Regione a Regione.

Fonte: Elaborazione *Fiaso*
L. Fassari

REGIONE	N. PRIMA DEL 2016	N. FASE INTERMEDIA	N. OGGI O PREVISTO
PIEMONTE	63	22	18
VAL D'AOSTA	1	1	1
LIGURIA	20	5	5
LOMBARDIA	80	14	8
VENETO	36	22	9
FVG	6	5	5
PROV. BOLZANO	4	4	1
PROV. TRENTO	1	1	1
TOSCANA	40	12	3
EMILIA ROMAGNA	41	13	8
LAZIO	51	12	10
MARCHE	24	13	1
UMBRIA	12	5	2
ABRUZZO	15	4	1
PUGLIA	55	12	6
CAMPANIA	61	9	7
MOLISE	7	1	1
BASILICATA	7	5	2
CALABRIA	31	11	5
SICILIA	62	9	9
SARDEGNA	22	8	1

LA MERGER MANIA

- Le **ASL** si sono **ridotte del 40%** dal 2005 al 2017 (anche se è opportuno chiarire che in alcuni casi ASL di dimensioni più grandi comportano un'organizzazione territoriale più capillare e maggiormente efficiente)
- I **Distretti** si sono **ridotti del 33%** dal 2005 al 2017 (da 977 a 562)
- Gli **IRCCS** sono passati **da 82 a 19** tra il 2011 e il 2017
- **Aziende Ospedaliere e Aziende Ospedaliere Universitarie** sono passate **da 82 a 80** tra il 2011 e il 2017



La ridefinizione dei territori delle ASL, con riaccorpamenti in territori su scala provinciale o regionale, è un percorso avviato principalmente con **logiche di economia di scala e gestionali.**

Per il mondo della Sanità Pubblica può comportare **vantaggi** per:

- un più razionale impiego delle risorse economiche, individuando un'**unica centrale degli acquisti**
- una **migliore conoscenza epidemiologica di ciascun territorio**, agevolata da approfondimenti su scala maggiore rispetto a quelle delle attuali piccole ASL (ma che fine fanno i centri regionali ... laddove esistenti?)
- La possibilità di giungere ad una **migliore standardizzazione e omogeneizzazione** delle prestazioni offerte e delle procedure
- La possibilità di **realizzare programmi di prevenzione primari e secondari e piani preventivi di comparto** (o su specifici temi di interesse per il territorio) **con un miglior coordinamento e utilizzo delle risorse disponibili**

MA

Sappiamo che il mondo della prevenzione soffre diffusamente di un'ormai inguaribile **carenza di risorse**. Un accentramento isorisorse può veramente rappresentare un migliore utilizzo delle stesse? Quali sono gli **standard di riferimento** per assicurare quanto meno i LEA?

Questa situazione poi sembra ulteriormente aggravata dalle esperienze di “**Dipartimenti dei Tecnici della prevenzione**” (Toscana, Lazio, ...), assolutamente in controtendenza rispetto alle reali esigenze dei territori e dei servizi. Se l'obiettivo è quello (anche legittimo) di assicurare prospettive di carriera a figure tecniche, si possono ricercare altri strumenti contrattuali. Ma depotenziare i servizi di sanità pubblica scindendo la collaborazione tra figure tecniche e figure sanitarie è una scelta che può condurre ad una crisi operativa dell'intero sistema. Al contrario, **i servizi** (per definizione **multidisciplinari**) **dovrebbero potere usufruire della collaborazione con altre figure tecniche quali ingegneri, chimici, ergonomi o perfino giuristi.**

MA

C'è grande preoccupazione per le **distanze** che si vengono a creare **tra centro e periferia** nelle nuove mega ASL. Distanze che devono essere **colmate dai cittadini che richiedono le prestazioni** (a meno di non prevedere comunque una presenza capillare di uffici e ambulatori dipartimentali ... ma allora perché accentrare?) e che comunque possono avere l'esigenza di interloquire "anche" con il centro, **e dagli stessi operatori dei servizi** che devono comunque svolgere la loro attività sul territorio (si pone un problema di **tempestività delle prestazioni**, di **distanze da percorrere** e di **sicurezza** degli operatori chiamati a svolgere la propria attività a distanza dalla propria sede di origine). Quanto tempo occorre per raggiungere il punto più lontano del territorio "servito"? Quanto tempo resta per occuparsi con serenità (che vuol dire anche con qualità e in sicurezza) del lavoro da svolgere, anche di quello organizzativo e gestionale?



Al momento le evidenze sull'impatto degli accorpamenti sono contrastanti e ciò che emerge è che non esiste automatismo tra l'aumento delle dimensioni dei bacini di utenza e miglioramenti nella performance delle aziende o nelle economie di scala e che l'accorpamento in sé non è condizione necessaria né sufficiente per realizzare integrazione dell'assistenza sanitaria

[Wilkin D, Bojke C, Coleman A, Gravelle H. The relationship between size and performance of primary care organisations in England. *Journal of Health Services Research & Policy* 12003; 8(1): 11–17]

Le evidenze empiriche di beneficio nella performance ed economicità dovute agli accorpamenti sono scarse e l'incremento della dimensione organizzativa produce una maggiore "distanza" tra vertice strategico e linee operative con conseguente aumento di costi di integrazione legati alla necessaria espansione delle funzioni di middle management



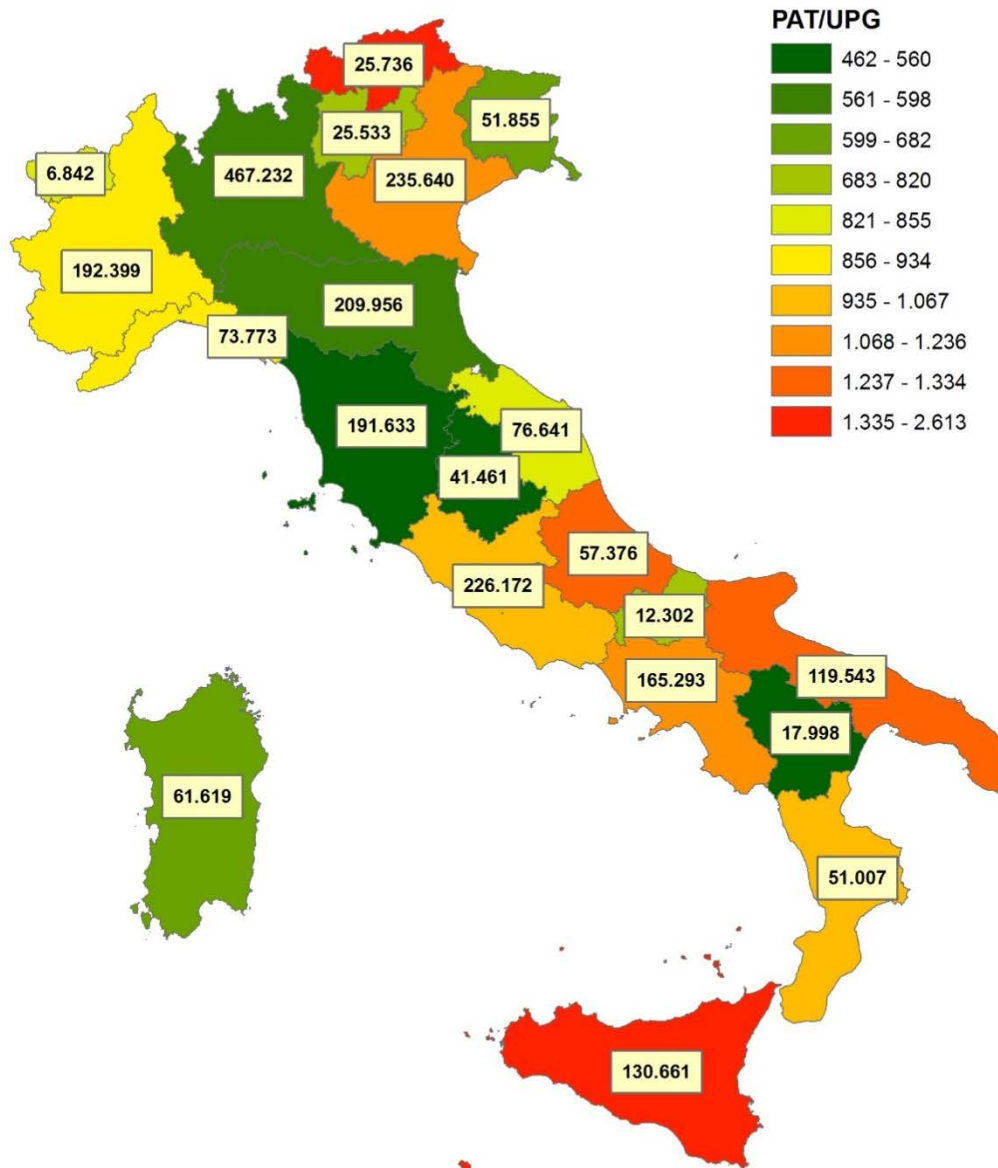
Ne conseguono due domande:

- ✓ **qual è la dimensione massima ammissibile di una ASL** perché ne sia realmente assicurata la funzionalità e l'efficacia operativa e oltre la quale il bilancio complessivo (compresi anche i "costi umani") è da ritenersi in perdita? E allora forse, al criterio numerico degli abitanti si potrebbe affiancare il criterio delle caratteristiche orografiche e meteorologiche del territorio
- ✓ dobbiamo perseguire esclusivamente una logica di bilancio oppure l'obiettivo deve e può essere anche il **perseguimento di prestazioni di qualità** nel rispetto della **EBP**?



Un tema ricorrente è quello della **disomogeneità e delle diseguaglianze nella presenza territoriale dei Servizi forniti dalle ASL lungo la penisola.** Queste differenze, peraltro evidenti anche in tema di assistenza sanitaria primaria, si traducono in **differenti aspettative per i cittadini in tema di sanità pubblica, igiene ambientale e sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro**

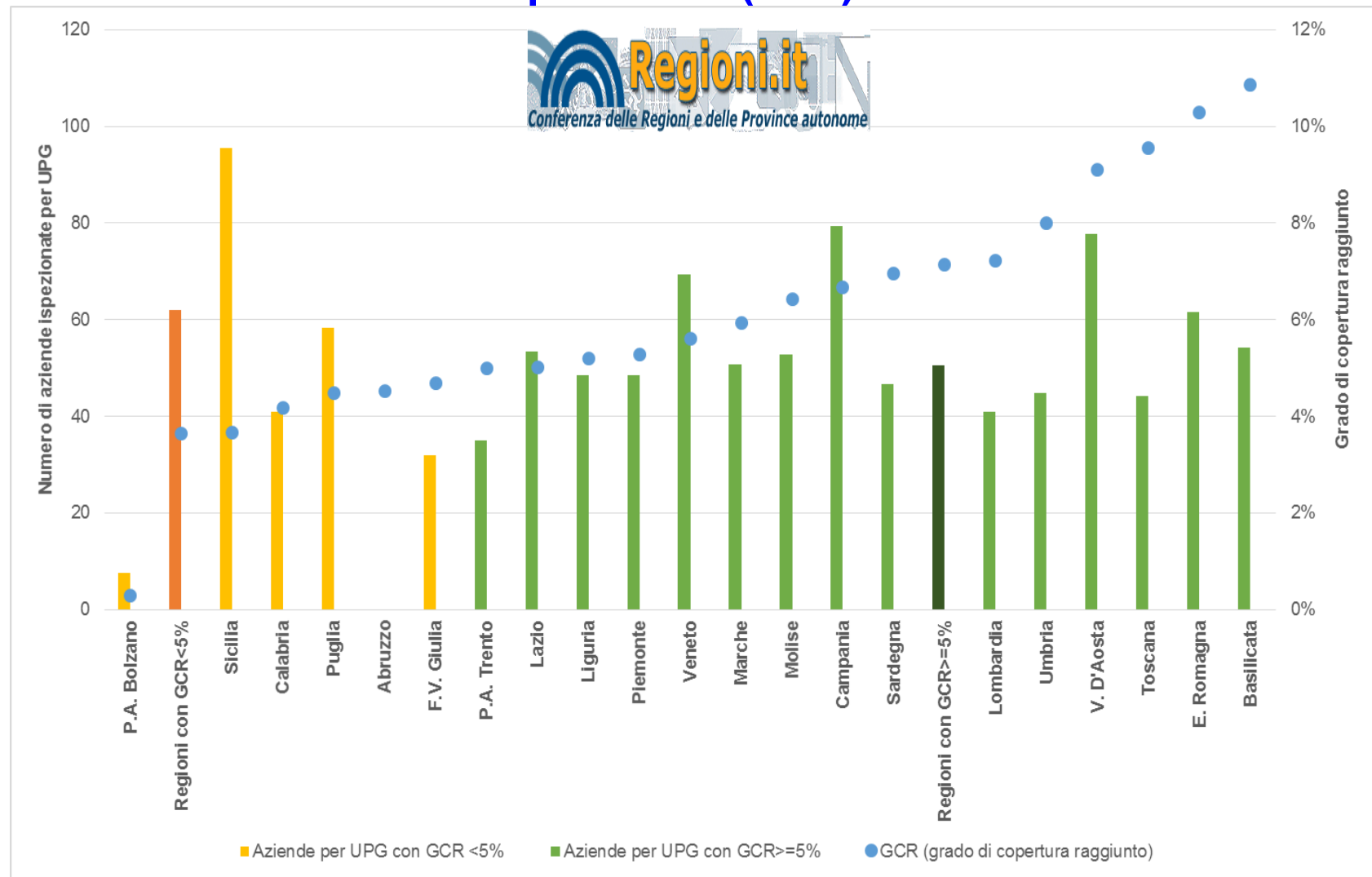
Ad esempio in tema di Sicurezza sul lavoro



**Numero PAT
per il calcolo
del LEA 2013 (in
etichetta)
e rapporto
PAT/UPG (colore
di fondo)**

Ad esempio in tema di Sicurezza sul lavoro

Numero di aziende ISPEZIONATE per UPG e Percentuale raggiunta di aziende ispezionate (LEA) - Anno 2013



Il dato relativo agli UPG dell'Abruzzo non è disponibile per l'anno 2013.

I dati della Provincia Autonoma di Bolzano sono relativi soltanto alla Sezione Ispettorato Medico del Lavoro della Medicina del Lavoro dell'ASL.

Ad esempio in tema di Sanità pubblica

IGIENISTI ON-LINE

*Tra gli obiettivi primari del SSN per il 2017 il Ministro della Salute auspica **l'efficiamento della sanità meridionale** dove si registra una **grandissima sofferenza e notevoli disparità di accesso a cure e terapie** nonostante le leggi fatte. Non fanno eccezione le politiche di prevenzione che registrano **percentuali sotto soglia per le vaccinazioni sia dell'infanzia che degli adulti e anziani** ma soprattutto **adesioni imbarazzanti agli screening oncologici.***





Ad esempio in tema di Sanità pubblica

"No vaccino, no nido".

Passa la legge dell'Emilia Romagna

L'Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna ha approvato il 22 novembre 2016 il progetto di legge regionale sui servizi educativi per la prima infanzia. Esso prevede all'articolo 6 come "**requisito di accesso ai servizi educativi e ricreativi pubblici e privati, l'aver assolto da parte del minore gli obblighi vaccinali** prescritti dalla normativa vigente; ai fini dell'accesso la **vaccinazione deve essere omessa o differita solo in caso di accertati pericoli concreti per la salute del minore in relazione a specifiche condizioni cliniche**".

Andamento delle spese per settori* Anni 2006-2013

Aumentano le spese:
per le attività di prevenzione rivolte alle persone, verosimilmente legato **all'acquisto di nuovi vaccini** (nuovi piani nazionali e regionali di prevenzione vaccinale con aumento delle offerte attive e gratuite), e **alla promozione su larga scala dei tre screening oncologici** (mammella, cervice uterina e colon retto).

Diminuiscono in modo consistente le spese:
per l'igiene e la sanità pubblica, settore tradizionalmente con molto personale, **quasi certamente ascrivibile alla diminuzione di Dipendenti**

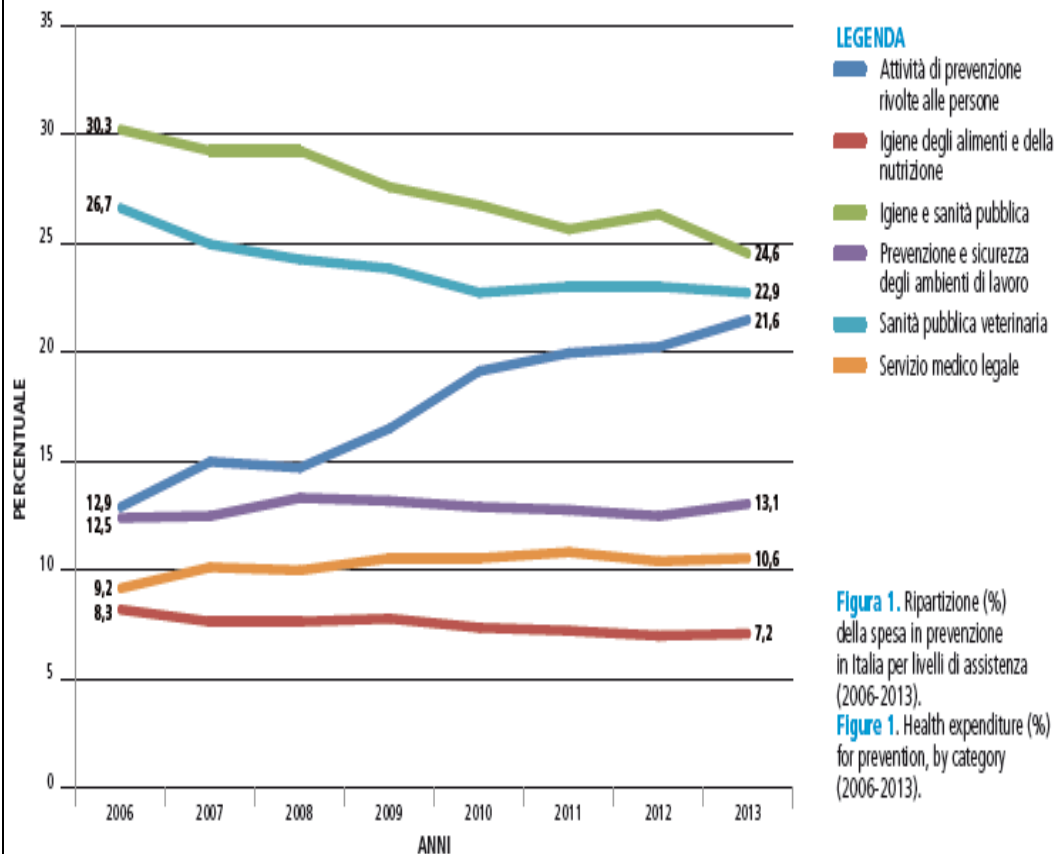
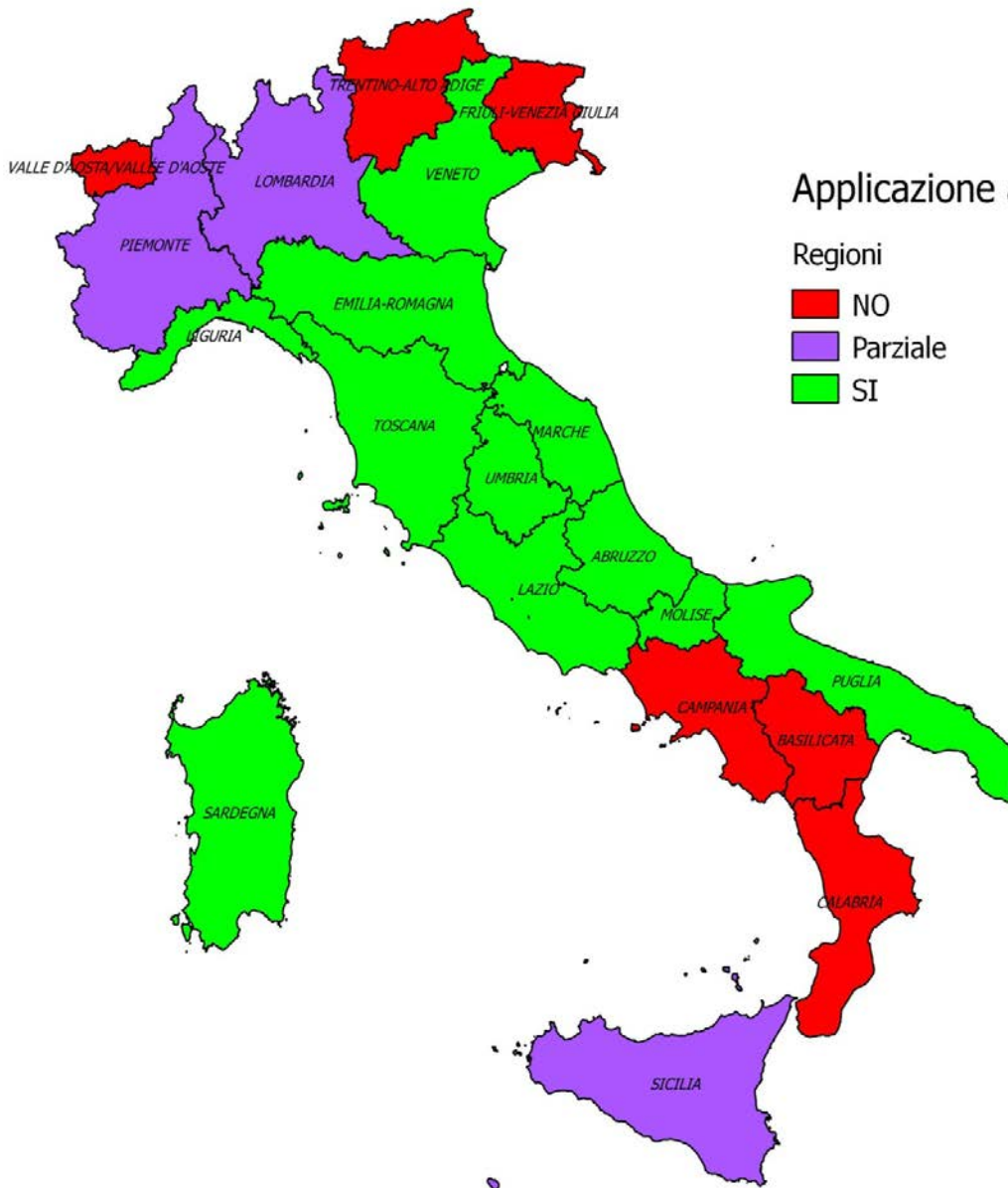


Figura 1. Ripartizione (%) della spesa in prevenzione in Italia per livelli di assistenza (2006-2013).
Figure 1. Health expenditure (%) for prevention, by category (2006-2013).

*Fonte: *Epidemiologia e prevenzione*, anno 40 (5) settembre-ottobre 2016

La disomogeneità nell'uso delle risorse economiche ex- **articolo 13 c. 6 del DLgs 81/2008** → Fonte SNOP
(oggi circa 50 milioni di euro all'anno)



Applicazione art.13 c.6 D.Lgs.81/08

Regioni

NO

33%

Parziale

14%

SI

53%

Ma anche i fondi derivanti dall'applicazione della **Legge 194/08** su Alimenti e dalle Normative su **Regolamenti REACH - CLP n° 1907/2006 e 1272/2008**



RIEQUILIBRARE I RAPPORTI CON LE PROCURE DELLA REPUBBLICA

L'ERRORE UMANO:

Beniamino Deidda **dalla cultura della colpa alla cultura della
prevenzione (2008)**

RAPPORTO TRA INCHIESTA GIUDIZIARIA ED INCHIESTA TECNICA

Non si può ignorare che ci sono zone del nostro Paese, nelle quali la prevenzione non ha alcun posto. Ci sono territori in cui l'intero servizio di prevenzione nei luoghi di lavoro passa il suo tempo a condurre inchieste infortuni e di malattia professionale su incarico dei pubblici ministeri, anche quando si tratta di malattie di pochi giorni per le quali il codice non prevede la procedibilità d'ufficio, ma solo su querela che non viene quasi mai presentata. L'organo di vigilanza, ironia dei nomi, non fa mai vigilanza, non esce in attività ispettiva, non fa sopralluoghi, se non dopo l'infortunio e neppure d'iniziativa, ma su delega del p.m.

**Siamo di fronte ad una vera e propria indebita
soppressione del servizio ad opera dell'apparato
giudiziario.**



Beniamino Deidda

Ci sono altri compiti di prevenzione, oltre la vigilanza, previsti dall'art. 20 L. 833/78 che non vengono quasi mai svolti efficacemente. E poi i meccanismi della prevenzione affidati dalla legge agli organi delle ASL prevedono che sia svolta soprattutto attività d'iniziativa e raramente attività delegata.....

Questi meccanismi non possono evidentemente funzionare se si attende la delega del pubblico ministero; occorre invece avere il tempo di mettere in piedi un'attività programmata di ispezione e vigilanza che si integri efficacemente con un rigoroso piano di informazione anche a livello di singolo luogo di lavoro, di assistenza per tutti i soggetti impegnati nella prevenzione, di catalogazione e previsione dei rischi e, infine, di elaborazione degli standard più adeguati in materia di sicurezza e igiene.

Le nuove frontiere: valorizzare la comunicazione

Tra le principali sfide dell'oggi e del domani:

- promozione della salute
- corretta comunicazione del rischio





La cultura della prevenzione: ***informazione e comunicazione***

Occorrono una **strategia ed una regia comunicativa nazionale**, che partendo dall'evoluzione tumultuosa delle modalità e degli strumenti dell'informazione adatti e "ammoderni" materiali e metodi, iniziative ed attività, utilizzando le esperienze utili (passate e presenti) ma evitando la miriade di produzioni autonome che lasciano magari scoperte intere zone del paese

Le nuove frontiere: valorizzare la comunicazione

- La comunicazione è **strumento essenziale** per le attività di prevenzione: per l'assistenza e l'informazione (ma anche per la vigilanza)
- **Superare la “buona volontà”** e utilizzare professionalità adeguate e dedicate, utilizzando anche le risorse degli articoli 13 e 14 del Dlgs 81/2008 e Legge 194/08 su Alimenti e Regolamenti REACH – CLP n° 1907/2006 e 1272/2008
- Utilizzare **strumenti moderni e** il più possibile **interattivi**, tenendo conto dei destinatari (attenzione alle disuguaglianze!)
- Condividere criteri e obiettivi con il mondo a cui ci si rivolge, **superando l'autoreferenzialità anche con l'obiettivo di contrastare bufale o fake news**



Altri problemi da affrontare

- Incentivare il lavoro per progetti (locali, regionali, nazionali) definendo le priorità, semplificando o trascurando le attività a minor impatto prevenzionale, misurandone l'efficacia
- Valorizzare le attività di prevenzione e non solo quelle di vigilanza
- Favorire l'integrazione tra servizi dei DPM e con altri Servizi/Enti

Integrazione all'interno dei DPM

Alcuni esempi

- L'avvio delle nuove attività lavorative
- Il controllo delle aree dismesse e dei relativi lavori di bonifica ambientale
- L'amianto (censimento e mappatura, valutazione dei siti, informazione ai cittadini, bonifiche)
- REACH e CLP
- Le strutture sanitarie e socio-sanitarie maggiori e minori (rapporto anche con PAC)



S
A
L
U
T
E
e
A
M
B
I
E
N
T
E





Integrazione all'interno dei DPM

Alcuni esempi

- La sicurezza negli ambienti collettivi pubblici e privati (spettacoli, fiere, mercati, luoghi di ritrovo e di ricreazione, supermercati, ecc.)
- La sicurezza in ambienti con presenza di utenti e lavoratori (es. centri di estetica, negozi, palestre)
- La sicurezza nelle abitazioni



Una risposta fondamentale:

L'integrazione e la multidisciplinarietà degli interventi del sistema pubblico di prevenzione e di protezione ambientale.

Il futuro a livello territoriale sta in una logica autenticamente, concretamente, scientificamente dipartimentale.

Lo stesso ultimo P.N.P. sposa finalmente la tesi della necessaria trasversalità delle azioni e delle risposte.

Ripensare al modello dei Servizi

- **adeguamento della capacità di risposta dei singoli Servizi e dei singoli operatori** (formazione, arricchimento delle professionalità, recupero delle competenze e capacità igienistico-ambientali)



la questione delle “competenze di secondo livello”
(Quanti Laboratori di Sanità Pubblica sono ancora realmente operativi? Le Università pubbliche sono realmente anche al servizio del sistema? Quali sono i rapporti con ARPA, IZS, UOML, ecc.?)

- **dimensionamento territoriale**
- **rafforzamento e diffusione della logica dipartimentale**



Assist positivi per la prevenzione

- **Pianificazione nazionale, regionale, territoriale** (vedi PNP 2014-2018 e Piani Regionali Prevenzione e pianificazione tematica). **Indicatori non di sola “vigilanza” e nuovi temi “salute e ambiente”, dipendenze, etc....**
- **Nuovi LEA**
- **Atto di indirizzo 2017 del Ministero della Salute**
- **Conoscere per decidere: disponibilità di dati**
- **Dedizione di molti operatori non sempre sostenuti dal sistema istituzionale in un quadro di debolezza sindacale**

Alcune proposte

- ✓ Puntiamo sull'efficacia di una programmazione omogenea delle attività sul territorio nazionale (vedi gli esempi dei tanti Piani Nazionali ripresi da quelli regionali)
- ✓ **Non arrocchiamoci sulla difesa dell'esistente:** ci sono troppe differenze tra i vari Nord e Sud d'Italia in tutti campi della prevenzione anche per un ruolo contraddittorio e debole del sistema delle Regioni, ed un'asimmetria di interessi del Ministero della Salute: un esempio **bello il sito sui controlli degli alimenti** in collaborazione con Regioni, ma nel frattempo nel silenzio generale sono spariti alcuni siti su salute e sicurezza sul lavoro da quando affidati ad INAIL
- ✓ **Il sito Ministero della Salute e prevenzione** si va progressivamente arricchendo di temi, ma, ad esempio, **su Sicurezza negli ambienti di lavoro** è ancora molto carente

Ma anche qualche NO

- ✓ **NO ad un accentramento non rispettoso** dell'importanza del legame con il territorio e delle esperienze maturate, delle competenze e delle professionalità dei Servizi e dei Dipartimenti di prevenzione delle ASL
- ✓ **NO ad una impostazione di tipo verticistico e ad una centralizzazione tout court** che rappresenterebbe un arretramento rispetto agli obiettivi di prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro faticosamente conquistati (**il sistema deve basarsi su un corretto rapporto tra centro e territori e naturalmente su un adeguamento non solo delle risorse ma anche delle metodologie e della capacità professionali e strumentali delle strutture territoriali**)
- ✓ Pensiamo che un reale sviluppo del sistema prevenzione italiano debba necessariamente passare anche attraverso un **utilizzo più razionale delle risorse** già ora disponibili, attraverso una **seria valutazione di efficacia delle attività** messe in campo, attraverso la **definizione di standard di riferimento** condivisi su risorse e obiettivi e attraverso una **severa valutazione delle performance** di ciascuna Regione/ASL e Dipartimento/Servizio



- È necessaria una razionalizzazione dell'assetto istituzionale che **garantisca l'omogeneità delle prestazioni, attraverso la definizione di criteri, standard e risorse che siano reale riferimento per tutte le Regioni (livelli essenziali di prevenzione e assistenza);**
- quindi una strategia d'intervento istituzionale in materia di salute, sicurezza e legalità che si basi su una corretta distribuzione di

ruolo, funzioni e impegno centrali

e

funzioni e azioni territoriali

- Ci riferiamo quindi a un sistema dove ci sia un **centro "forte", autorevole, condiviso, in grado di indirizzare – coordinare - verificare**

Come SNOP **proponiamo** di avviare con oggi con SITI e SIMeVeP un percorso di discussione e proposte: **una “operazione prevenzione”** (partendo da un passato che ha comunque portato risultati significativi, e **condividendo una visione ed una strategia di prevenzione per il futuro che sia coerente con gli obiettivi di fondo degli scorsi decenni, ma che innovi in base alle necessità che il “nuovo mondo” pone).**



Sviluppiamo quindi battaglie interassociative come www.tobaccoendgame.it o temi come l'edilizia abitativa o lavorativa ... o tanti altri

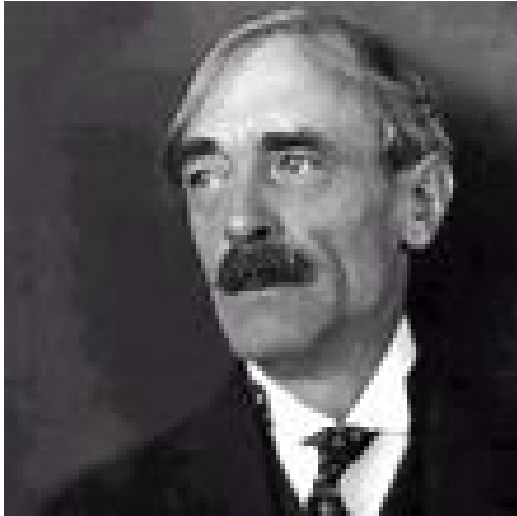


Ma vorremmo anche condividere una visione ed una strategia di prevenzione per il futuro che sia coerente con gli obiettivi di fondo degli scorsi decenni ma che innovi in base alle necessità che il “nuovo mondo” pone.



VORREMMO QUINDI COME SOCIETÀ SCIENTIFICHE:

- ✓ Provare a **ragionare sulle dimensioni accettabili per un reale funzionamento delle ASL**. Compito obiettivamente molto difficile!
- ✓ Provare a **ragionare sugli standard di riferimento per personale e attrezzature**, in funzione di obiettivi, dimensioni aziendali e caratteristiche orografiche degli stessi.
- ✓ Provare a **ragionare su quanto realmente ciascuna Regione** (ma intendo dire TUTTE le Regioni e non solo quelle più virtuose che solamente da poco stanno sperimentando le difficoltà che il resto dell'Italia vive “da sempre”) **“deve” fare per rendere efficiente ed efficace il sistema ... senza deleghe fittizie e cascate di responsabilità.**



GRAZIE

C'è uno stupido dentro di me. Devo approfittare dei suoi errori.

P. Valery