



**Linee di indirizzo per l'avvio
di una sperimentazione funzionale
finalizzata al ri-orientamento più coerente,
appropriato, efficace
e socialmente produttivo della nuova
Direzione Integrata della Prevenzione.**

(Fase sperimentale anno 2008-2009)

INDICE

	<i>pag.</i>
1. Premessa	3
2. Definizioni preliminari e note d'inquadramento contestuale	6
3. Obiettivi di salute	10
Condizioni socioeconomiche come determinanti della salute	10
Stili di vita	12
Incidenti	14
Incidenti stradali	14
Incidenti domestici	15
Ambiente di vita	16
Ambiente di lavoro	17
Sicurezza alimentare	19
Determinanti biologici	21
4. Obiettivi etici e metodologici	24
Prudenza, sobrietà, efficacia, appropriatezza	24
La valutazione d'impatto sulla salute (VIS)	26
5. Obiettivi d'integrazione	28
L'integrazione con le amministrazioni locali: i PePS	28
L'integrazione intra-ASL	30
Il Dipartimento di Prevenzione nell'assetto attuale e futuro della prevenzione	31
Rapporti tra le ASL, con i servizi di supporto e gli enti sovraordinati	32
Gestione delle emergenze	34
6. Proposta operativa	35
Coordinamento Regionale della Prevenzione	35
7. Ipotesi organizzativa	38
8. Fase sperimentale	40

1. PREMESSA

Il Piano socio-sanitario regionale (PSSR) mette in evidenza numerosi aspetti problematici della prevenzione: insufficienti risorse, scarsa omogeneità rispetto all'organizzazione a scapito dell'uniformità ed equità delle prestazioni, frammentazione delle attività e scarso coordinamento secondo obiettivi condivisi e criteri di priorità, crescente attenzione all'individuo a volte a svantaggio degli interessi della collettività.

I problemi di salute oggi prevalenti nella popolazione richiedono spesso interventi di prevenzione radicalmente diversi e più estesi rispetto al tradizionale ambito di attività dei Servizi di Prevenzione. I principali problemi di salute richiedono lo sviluppo di vere e proprie politiche di prevenzione nel cui impianto i Servizi di Prevenzione devono certamente avere un ruolo fondamentale (di promozione, di sostegno, di valutazione), ma che necessitano dell'azione integrata di molti soggetti (istituzionali e non), nella collaborazione con i quali gli attuali Servizi hanno sporadica consuetudine e non sempre adeguata preparazione.

La prevenzione richiede l'organizzazione di attività per la riduzione dei rischi sanitari e di interventi di popolazione finalizzati a tutelare gruppi sociali svantaggiati; esige di investire risorse in vista di vantaggi futuri non immediatamente percepibili, di modificare comportamenti e stili di vita: tutte scelte da riportare di attualità.

Interventi di prevenzione si attuano a tutti i livelli dell'assistenza sanitaria: a livello territoriale, attraverso i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, a livello dell'assistenza specialistica ospedaliera e distrettuale e nel Dipartimento di Prevenzione, ma il potenziamento della prevenzione non può che realizzarsi, in senso più ampio, attraverso sinergie progettuali e operative.

Per consentire tale opera di potenziamento e riorientamento, il nuovo PSSR prevede di articolare gli interventi di prevenzione e di promozione della salute in due livelli:

- le politiche per la salute, tese a evidenziare e a ordinare, secondo un livello appropriato e coerente di priorità e di fattibilità, i problemi reali di salute della comunità;
- gli interventi di prevenzione vera e propria (primaria e secondaria), politicamente e professionalmente messi in atto per risolvere specifici problemi.

Per quanto attiene alle politiche per la salute si tratta di sviluppare, anche in Piemonte, un'iniziativa di promozione della salute basata sulla ragionevole assunzione preliminare che tutte le decisioni politiche influenzano la salute e che la valutazione di questo "impatto sulla salute" deve diventare uno dei parametri di riferimento qualificante nelle decisioni, sia individuali sia collettive. Questa iniziativa passa attraverso un graduale recupero della dimensione "politica" e non riguarda ovviamente solo il sistema dei servizi sociosanitari, soprattutto territoriali e preventivi, che possono tuttavia fornire un prezioso, autorevole e qualificato sostegno. Il pro-

cesso, che parte dalla costruzione di profili di salute per identificare i principali obiettivi di salute perseguibili anzitutto attraverso le scelte politiche locali, costituisce quindi il percorso fondante della futura attività di pianificazione a livello locale.

La necessità di promuovere la salute comporta l'esigenza di sviluppare un complesso articolato di attività di prevenzione che:

- privilegi e sviluppi appieno le potenzialità del sistema di prevenzione primaria;
- sviluppi e regoli gli interventi di prevenzione secondaria, selezionando quelli dimostratamente efficaci e sfruttando le potenzialità degli interventi di prevenzione e di promozione della salute attuabili anche nel normale contesto della pratica clinica.

L'integrazione dei progetti e il governo unitario della prevenzione richiedono una riorganizzazione delle attività di prevenzione e promozione della salute. Si tratta di affermare il principio per il quale tutte le azioni di promozione e prevenzione devono essere indirizzate dai servizi di sanità pubblica, adottando stabilmente un metodo basato sull'analisi dei problemi di salute, la scelta delle priorità, l'identificazione e attivazione di interventi efficaci, la valutazione dell'impatto degli interventi, la ridefinizione degli obiettivi.

L'esigenza di coordinare e integrare tra loro le numerose attività e di assicurare le funzioni di "governo" unico della prevenzione richiede un'organizzazione che favorisca l'incontro e l'integrazione dei soggetti interessati e, gradualmente, abbatta i numerosi confini che attualmente limitano la comunicazione e il coordinamento tra servizi, gruppi professionali e disciplinari diversi. Per favorire l'integrazione e il governo unitario della prevenzione il PSSR prevede la costituzione di una Direzione Integrata per la Prevenzione, in grado di:

- garantire la programmazione integrata delle attività e dei progetti di prevenzione, individuando obiettivi, competenze e risorse, secondo criteri di appropriatezza, riconducendo problemi e rischi a gerarchie di valori e priorità;
- assicurare aggregazioni progettuali unitarie che consentano una migliore evidenza di risultato e facilitino l'uso integrato delle risorse, delle competenze disciplinari e delle occasioni di contatto con l'utenza;
- favorire l'adozione di procedimenti e metodi comuni, supportati da evidenze, allineati agli standard internazionali, costantemente aggiornati e migliorati attraverso la ricerca e l'individuazione delle pratiche migliori, recuperando efficacia ed efficienza;
- garantire la gestione integrata delle emergenze, per rischi ambientali, chimico-fisici e infettivi attinenti alle materie mediche e veterinarie della prevenzione;
- sviluppare le attività di rete e di integrazione tra ASL;
- potenziare le attività di osservazione epidemiologica, promozione della salute e assistenza alla costruzione dei Profili e Piani per la Salute (PePS), migliorando la comunicazione con la popolazione e gli enti e le organizzazioni che la rappresentano;
- promuovere il coordinamento con amministrazioni diverse da quella sanitaria per l'adozione di progetti comuni nel quadro delle politiche per la salute;

- promuovere il coordinamento Regione-ASL, sostenendo i progetti e contribuendo alle iniziative della programmazione centrale.

Il presente documento vuole costituire una prima indicazione metodologica e concretamente operativa per consentire l'avvio del processo di valorizzazione e riorientamento della prevenzione previsto nel PSSR 2007-2010, la cui attuazione costituisce impegno prioritario dell'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità.

2. DEFINIZIONI PRELIMINARI E NOTE D'INQUADRAMENTO CONTESTUALE

La salute è definita dall'OMS come «stato di completo benessere fisico, psichico e sociale» – e diritto umano “indisponibile” – e non semplice assenza di malattia.

Tale diritto si pone alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone e alla collettività. Questi principi e questi enunciati precettivi assegnano agli Stati compiti che vanno ben al di là del mero governo e, a maggior ragione, della semplice gestione di un sistema sanitario (e medico-clinico). Gli Stati devono da un lato farsi carico di individuare e, tramite opportune determinazioni e programmi, annullare o ridurre quei fattori strutturali di rischio che influiscono negativamente sulla salute collettiva, e dall'altro lato promuovere quei fattori strutturali che favoriscono la salute; sono pertanto chiamati a esercitare funzione di tutela e di promozione, oltre naturalmente alla garanzia di cure appropriate ed efficaci.

La salute si ascrive anche alla classe dei beni comuni, qualifica che evoca immediatamente un complesso sistema di impegni, di doveri e di stili operativi sociali, i quali dovranno essere coerentemente declinati e soprattutto concretamente attuati.

La connotazione utopica della definizione di salute è chiara, esplicita e consapevolmente condivisa, ma questa configurazione non impedisce di aspirare almeno concretamente al ruolo di obiettivo/attractore polarizzante, avendo naturalmente ben cura che questa nobile sensibilità non diventi semplice salutismo, foriero di mercificazioni fondate su paure strumentalmente coltivate.

Come acutamente suggerito da consistenti filoni di pensiero critico, questa tendenza viene efficacemente rappresentata con l'espressione sintetica di “medicalizzazione della vita”, la quale comporta parallelamente un “monopolio radicale” della medicina: questa si sente allora motivata e abilitata a “rinforzare una società morbida”, dove il controllo professionale e sociale della popolazione da parte dell'apparato medico diventa anche una solida attività economica, redditizia e ben remunerata, anche se socialmente dissipativa.

Il monopolio radicale può portare inoltre a consacrare sempre più risorse a interventi clinici e preventivi fondati su ipotesi di benefici non verificati, con costi immediati e reali e con vantaggi lontani e incerti, sottraendo inevitabilmente risorse per altre attività.

La definizione OMS costituisce quindi una provocazione e un punto di riferimento verso il quale orientare gli sforzi, elaborando le difese correttive e sviluppando le proposte progettuali necessarie.

La traduzione di nobili dichiarazioni di principio in strategie e progetti operativi costituisce ovviamente un processo lungo, complesso e difficile.

A partire dagli anni Ottanta l'OMS ha cercato di rendere operative due strategie che vanno sotto il nome di “promozione della salute” e di “strategia della salute per tutti”, nella consapevolezza che la salute è il risultato di una serie di determinanti

di tipo sociale, ambientale, economico e genetico e non l'esclusivo prodotto virtuoso di un'organizzazione sanitaria-igienistica e medico-clinica. Il livello di salute/benessere di una popolazione deriva infatti solo in parte da scelte e interventi operati all'interno del sistema sanitario e/o medico-clinico ben funzionanti, ma dipende soprattutto dal governo di alcuni fattori o determinanti essenziali, fra i quali si possono citare l'istruzione, una condizione strutturale di pace perseguita attraverso l'equità, la garanzia di un lavoro socialmente produttivo e gratificante, la disponibilità di cibo appropriato ed equilibrato, una buona abitazione e altro.

In particolare e in specifico, la politica di Salute 21 per la regione europea di OMS ha due obiettivi principali:

- promuovere e proteggere la salute delle persone durante la loro vita;
 - ridurre l'incidenza delle malattie e alleviare la sofferenza che esse causano;
- da realizzare attraverso le seguenti linee strategiche principali:
- progetti/programmi/azioni multisetoriali adeguati e appropriati per affrontare, modulare e governare i fattori determinanti positivi e negativi (*health determinants*) della salute: riduzione dei rischi e promozione vera e propria della salute;
 - promozione, distribuzione e assunzione di responsabilità al massimo livello di partecipazione democratica socialmente compatibile: accettazione ragionata e argomentata di una priorità della politica sulla tecnica;
 - programmi e investimenti mirati a un sobrio, de-mercificato ed efficace sviluppo delle cure cliniche, seguendo uno stile socialmente equo e compatibile: radicale riequilibrio tra sanità territoriale e sanità ospedaliera;
 - governo equilibrato e composizione armonica del vettore professionale specifico e del vettore antropologico culturale (generale): composizione ottimale degli apporti scientifici storicamente validati dall'evidenza e degli imperativi imposti dall'etica della responsabilità quale garanzia di equità e solidarietà.

Nel sesto programma di azione per l'ambiente della Commissione europea, inoltre, è stata posta enfasi sull'approccio strategico (richiamato, nei documenti, con gli acronimi di VAS e VIS) articolato in indirizzi prioritari, fra i quali figurano azioni quali: integrare le tematiche ambientali nelle altre politiche, indurre il mercato a lavorare per l'ambiente, favorire la partecipazione dei cittadini, promuovere modifiche comportamentali, pianificare e gestire il territorio con attenzione verso la salute. L'innalzamento complessivo del livello di efficacia della prevenzione, in generale, può realizzarsi soprattutto attraverso sinergie progettuali e operative esterne al dominio specifico della sanità: le due classi di ambiti coltivano e sviluppano le loro peculiarità nel rigoroso rispetto delle proprie autonomie e nel riconoscimento della necessità di cooperazione. Anche all'interno del Servizio Sanitario gli interventi di prevenzione devono attuarsi a tutti i livelli dell'assistenza sanitaria, attraverso la collaborazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, dell'assistenza distrettuale e quella ospedaliera e del Dipartimento di Prevenzione. Occorre in sostanza dare forma alla definizione di Sanità Pubblica data dall'OMS nel 1996, che la intende come un «insieme degli sforzi organizzati della società per sviluppare politiche per la salute pubblica, la prevenzione delle malattie, la promozione della salute e per favorire l'equità sociale nell'ambito di uno sviluppo sostenibile».

Le attività di prevenzione costituiscono dunque un sottoinsieme del più ampio complesso della promozione della salute e devono allora essere il risultato del coordinamento di diversi attori, sia interni al sistema sanitario sia esterni ad esso, al fine di contribuire allo sviluppo di politiche in grado di incrementare i livelli di salute della comunità.

Altro elemento fondamentale della definizione è l'equità: l'equità sociale costituisce la piattaforma etica del nostro sistema sanitario. Essa può essere rappresentata come uguale accesso alle cure a parità di bisogno, uguale utilizzazione dei servizi a parità di bisogno e uguale qualità del servizio per tutti.

Infine il principio dello sviluppo sostenibile: la consapevolezza di dover operare con risorse sempre più limitate introduce nella logica della programmazione sanitaria i concetti di priorità, efficacia ed efficienza produttiva e allocativa.

La costruzione funzionale di una Direzione integrata della Prevenzione con una configurazione operativa e organizzativa improntata a una radicale sinergia capace di valorizzare ed esaltare le diverse specificità professionali, senza impropri esclusivismi asimmetrici quasi fatalmente condannati a una sterile autoreferenzialità, costituisce l'obiettivo qualificante previsto dal PSSR 2007-2010.

La realizzazione di questo obiettivo non si configura semplicemente come tentativo di riformare il Dipartimento di Prevenzione ma, integrandolo con altre funzioni, tenta di rispondere alle nuove sfide concettuali, logiche, etiche, antropologiche e professionali proposte dalla attuale situazione che attende e pretende, come già poco fa accennato, un impegnativo salto di paradigma, nuove visioni e nuove missioni.

Esistono tuttavia alcuni problemi che, non adeguatamente considerati, rischiano di comportare la progressiva marginalizzazione del Dipartimento e delle importanti branche della prevenzione che questo rappresenta. Innanzitutto molti Servizi della prevenzione patiscono oggi di una contrazione degli organici che, per il perdurare dei blocchi delle assunzioni imposti dalle limitazioni alla spesa, ha prodotto nel tempo un appiattimento delle attività a livelli minimali e talora anche al di sotto degli standard minimi di erogazione del servizio. La mancanza del *turnover* da oltre un decennio ha poi indotto un innalzamento dell'età media, facendo mancare l'apporto dei giovani al punto da poter parlare di senilizzazione dei servizi. Questa debolezza attuale della configurazione dei Servizi della prevenzione è un ostacolo importante che si frappone alla necessaria introduzione di elementi di rinnovamento, operazione come noto sempre onerosa nelle fasi di transizione.

Secondariamente, l'attuale articolazione organizzativa e lo stile operativo prevalenti nel Dipartimento di Prevenzione fanno sì che esso non riesca a rispondere unitariamente con adeguata flessibilità, tempestività ed efficacia alle esigenze di integrazione operativa e alle opportunità di promozione della salute. Come ricordato, nonostante alcuni progressi, una parte dell'attività è ancora burocraticamente finalizzata al soddisfacimento di adempimenti di legge e all'esecuzione di compiti che spesso risultano decisamente non pertinenti, scarsamente appropriati o quasi irrilevanti rispetto ai fini sanitari e di prevenzione e promozione della salute. La nutrita serie di ingiunzioni legislative stenta a organizzarsi in programmi e dà l'illusione del controllo puntuale di situazioni che, per la loro complessità, andrebbero affrontate con un diverso approccio. In alcuni settori la mancanza di un quadro consolidato e stabile di attività di sorveglianza e controllo dei fattori di rischio costringe i Dipartimenti ad agire sotto l'urgenza di aspettative ansiose della popolazione, che

pretende immediate soluzioni ai problemi collettivi e individuali di rischio, non importa se solo soggettivamente percepiti o oggettivamente validati. Un'ulteriore difficoltà discende dalla tendenza degli amministratori a trasferire impropriamente sul tecnico l'originaria e inalienabile responsabilità politica, accogliendo l'ipotesi rassicurante ma illusoria di un'automatica performatività della legge, che non si applica alle complesse tematiche in gioco. In queste circostanze un inappropriato atteggiamento difensivo formale, di mera auto-tutela, rappresenta una reazione che confligge radicalmente con gli obiettivi di tutela sostanziale della collettività e priva di efficacia l'intervento del Dipartimento.

Attualmente, e con rare eccezioni, poco spazio e scarsa diffusione residuano allora per attività di intelligente sorveglianza, di curiosa ricerca-azione, di studio appassionato e di impegnata promozione che consentano di consolidare nuovi ambiti o modelli di intervento. Esperienze innovative, pur non essendo mancate, non hanno avuto la possibilità di essere generalizzate e ricondotte a pratica ordinaria. Occorre pertanto sgravare i Servizi di adempimenti non sostanziali sotto il profilo dei risultati di salute e incentivarli, anche con il supporto di risorse progettuali, affinché trovino una nuova configurazione, che liberi le attività di carattere migliorativo dalla marginalità del volontarismo, per farle diventare invece il nucleo connotante dei servizi.

I progetti dipartimentali devono saper coniugare le esigenze della conoscenza adeguata dei fenomeni e del loro impatto con la formulazione di strategie di rimozione del rischio e tutela della popolazione. Per il passaggio dalla logica del semplice adempimento a quella di orientamento al risultato sono fondamentali la formazione e l'attitudine degli operatori. Per semplificare si considera che vi siano fondamentalmente tre tipi di operatori: quelli che fanno concretamente sì che le cose avvengano, quelli che assistono vigili e critici allo svolgersi delle cose e quelli che si chiedono perché le cose siano avvenute o avvengano. Far sì che le cose avvengano è il cuore della pratica in sanità pubblica, ma anche l'osservazione e la riflessione critica sui fenomeni appartengono alle funzioni della prevenzione e alle necessità della programmazione.

Nella parte che segue sono brevemente delineate, a titolo esemplificativo e senza pretesa di completezza ed esaustività, sintetiche considerazioni su alcuni determinanti di salute che richiedono da parte della Direzione della prevenzione una qualificata attività di osservazione epidemiologica, la formulazione di programmi e strategie concretamente adattati al territorio di riferimento e allo specifico contesto, la verifica del grado di integrazione interna ed esterna al SSR e la valutazione dell'efficacia delle azioni intraprese in termini di obiettivi e risultati di salute. Per ciascun argomento sono proposte indicazioni sul ruolo della Direzione Integrata della Prevenzione e sugli obiettivi funzionali diretti e indiretti da perseguire. A titolo esemplificativo sono talvolta segnalate specifiche attività suggerite. La rassegna, desunta dagli attuali programmi e filoni di attività, identifica parti significative dell'attività di prevenzione che sono ancora gestite per lo più settorialmente, stentano a configurare un programma unitario e patiscono di oggettive difficoltà nella fase di ricerca e costruzione di consenso partecipato fuori dai confini di specifica pertinenza. Sarà compito delle sperimentazioni propedeutiche all'istituzione della Direzione Integrata consolidare progressivamente metodi di analisi, organizzazione e programmazione che possano condurre alla formulazione del Piano regionale della Prevenzione, come strumento di concreta attuazione degli obiettivi indicati dal PSSR.

3. OBIETTIVI DI SALUTE

Le definizioni più moderne di sanità pubblica pongono un forte accento sugli aspetti riguardanti la salute positiva, operativamente e sinteticamente riclassificabile e rinominabile come benessere e qualità della vita.

L'andamento epidemiologico delle malattie di maggior rilevanza sociale nei Paesi più industrializzati ha subito negli ultimi 50 anni notevoli cambiamenti. Autorevoli studi hanno stimato il peso e l'impatto in diverse comunità di alcuni fattori determinanti della longevità, utilizzata come misura approssimata ma soddisfacente dello stato di salute e della qualità di vita: i fattori determinanti socioeconomici e gli stili di vita contribuirebbero per il 45-50%, lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 25-35%, l'eredità genetica per un altro 20-30% e il sistema dei servizi sanitari in senso stretto solo per il 10-15%.

Una recente indagine OMS mostra, inoltre, che il grado di percezione soggettiva positiva dello stato di salute è fortemente condizionato dalle diversità di periodo storico e di collocazione geo-politica ed è (curiosamente e un po' paradossalmente) inversamente proporzionale alla speranza di vita.

La prevenzione strutturalmente configurata a livello di popolazione rimane la strategia più sostenibile, più efficace e più socialmente produttiva a lungo termine, ricordando sempre il monito provocatorio di Geoffrey Rose, che ha messo a fuoco il cosiddetto "paradosso della prevenzione", per indicare il fatto che le comunità in quanto tali traggono dalla sanità pubblica benefici incomparabilmente maggiori rispetto ai singoli individui: è la società nel suo complesso, inoltre, che dovrebbe offrire un contesto ambientale che faciliti strutturalmente ai singoli l'adozione e la pratica di scelte più salutari.

La nuova Direzione Integrata della Prevenzione, nella forma e nell'articolazione rigorosamente funzionale sopra abbozzata, può portare un significativo contributo nell'esplorare, individuare e attivare concretamente relazioni "virtuose" tra determinanti e salute, non solo governando, controllando e dominando i fattori di rischio, ma anche contribuendo a promuovere piani, progetti e azioni più direttamente e immediatamente promotori di salute.

La nuova Direzione Integrata della Prevenzione contribuisce a mobilitare le vigili attenzioni e a coordinare e indirizzare le appropriate competenze professionali presenti nel sistema dei servizi sociosanitari.

Condizioni socioeconomiche come determinanti della salute

Le diseguaglianze sociali globalmente intese rappresentano il fattore complessivo di rischio che somma in sé la maggior capacità esplicativa sia del vettore negati-

vo (mortalità, morbosità) sia del vettore positivo (promozione vera e propria della salute) nella popolazione.

I legami e le relazioni tra determinanti sociali della salute e traiettorie collettive/di popolazione e individuali di salute e malattia sono ovviamente molto complessi. Esonerandoci, altrettanto ovviamente, da qualsiasi pretesa di esaustività, accenniamo solo, a titolo di esempio, al ruolo delle esposizioni nei primi periodi della vita sulla storia di salute nella fase adulta. Alti livelli di stress possono compromettere il buon funzionamento del sistema immunitario, mentre reti sociali immiserite, bassa autostima, alti tassi di depressione, ansietà, insicurezza e percezione di perdita di controllo impattano sulla qualità della vita. Alcuni fattori sociali come la mancanza di accesso alla scuola possono evidentemente influire negativamente sulle opportunità che si presentano nel corso dell'esistenza, mentre lo stress associato a tali disuguaglianze può avere effetti sul benessere emotivo a livello individuale. Stati emozionali negativi compromettono la salute psicologica manifestandosi in problemi come depressione, ansietà, rabbia, disperazione e condizioni fisiche come la malattia coronarica e probabilmente tumori, anche se i fattori causali implicati in queste associazioni sono complessi.

L'interpretazione *materiale* delle disuguaglianze in salute sottolinea la relazione scalare tra posizione socioeconomica e accesso a condizioni materiali tangibili, sia quelle fondamentali come cibo, un tetto e l'accesso a servizi e beni, sia di altro tipo come il possesso di un'auto e della casa, l'accesso a servizi telefonici e internet, e così via.

L'interpretazione *psicosociale*, invece, attribuisce l'esistenza delle disuguaglianze in salute agli effetti diretti e indiretti dello stress che proviene dall'essere inferiore nella gerarchia socioeconomica o dal vivere in condizioni di relativo svantaggio socioeconomico. Lo stress può anche influenzare indirettamente la salute causando un tipo di comportamento a rischio come il fumo o il bere eccessivo.

Considerato il rilievo dei fattori mentali, è necessaria una visione ampia della salute che ricerchi anche le interazioni migliori con i Servizi che operano per la salute mentale e per le tossicodipendenze, in modo da rafforzare le azioni che consentono la sorveglianza di varie forme di disagio individuale e sociale e la loro prevenzione. I livelli di salute di una popolazione sono qualcosa di più della semplice somma aritmetica della salute dei suoi singoli membri e i determinanti della salute di una popolazione sono sia di tipo individuale sia di tipo collettivo. Le reti e le altre strutture sociali hanno la capacità di fornire benefici ai propri membri attraverso due principali componenti: l'elemento relazionale, indiretto (fiducia, reciprocità che facilita le interazioni sociali ed economiche), e l'elemento materiale (beneficio diretto) collegato alle risorse a cui l'individuo e la comunità possono avere accesso.

Per il ruolo positivo della qualità dei servizi e delle relazioni umane sottese, un'attenzione particolare va riservata alla promozione, non solo di tutti i processi di agevolazione effettiva di accesso ai servizi per le fasce fragili di popolazione, ma anche ai processi di umanizzazione della medicina rispettosi dei diritti e delle sensibilità dei pazienti, di valorizzazione degli aspetti di supporto, anche psicologico, al malato, di promozione del ruolo del volontariato.

Cenni agli obiettivi funzionali diretti e indiretti della Direzione Integrata della Prevenzione

- ⇒ Contribuire in maniera attiva a inserire le strategie di prevenzione in una visione che persegua l'equità, la solidarietà e la giustizia sociale, pur nell'assoluta certezza che si tratta di principi e categorie la cui responsabilità supera la competenza e la pertinenza specifica degli operatori.
- ⇒ Supportare gli amministratori locali nella loro doverosa consapevolezza che le iniziative politiche, sociali e sanitarie sono strutturalmente integrate tra di loro, documentando nello specifico i verosimili riflessi positivi o negativi delle politiche (territoriali/locali).
- ⇒ Contribuire a rimuovere le barriere culturali, sociali, linguistiche e architettoniche che ostacolano l'accesso riparativo e compensativo dei gruppi di popolazione più fragili.
- ⇒ Contribuire a promuovere, nell'erogazione di tutte le prestazioni dell'ASL, il rispetto dei diritti e delle sensibilità dei malati e il ruolo di supporto del volontariato.

Stili di vita

Si tratta di un capitolo il cui impatto sul carico globale di malattia per l'area Euro è stimabile, per esempio per gli uomini, intorno al 24%.

Nell'Unione Europea il *fumo* provoca circa il 90% dei tumori del polmone, l'80% delle broncopneumopatie croniche ostruttive, il 25% delle morti per malattie di cuore e il 15% della mortalità complessiva. Il fumo dei genitori e dei conviventi costituisce la maggiore fonte di esposizione dei bambini a rischi per la salute. Il fumo influenza la fertilità di donne e uomini ed è inoltre correlato a talune patologie del feto. Sebbene alcuni studi sostengano che un consumo moderato di *alcol*, tra 10 e 30 g al giorno, riduca la mortalità per malattie del sistema circolatorio, specialmente la malattia coronarica e gli accidenti cerebrovascolari di origine ischemica, circa l'8-9% delle malattie nell'Unione Europea può essere attribuito al consumo di alcol, con frazioni variabili; esso è causa di oltre il 50% degli incidenti stradali (più gli incidenti sono gravi, maggiore è la presenza di alcol). Di recente è entrata in vigore la normativa inerente il consumo di alcol nei luoghi di lavoro, che ha vietato l'assunzione e la somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche nelle attività lavorative con rischio elevato di infortuni sul lavoro o per la sicurezza e salute di terzi, stabilite in un apposito decreto.

Alimentazione e nutrizione hanno una grande rilevanza nella prevenzione delle malattie e nella promozione della salute, e una dieta mal bilanciata può avere seri effetti sulla salute. A livello mondiale, l'OMS stima che circa il 58% del diabete mellito, il 21% della malattia coronarica e quote tra l'8 e il 42% di certi tipi di cancro siano attribuibili a un indice di massa corporea superiore a 21. In Europa al sovrappeso vengono attribuiti negli uomini il 9,6% della mortalità e il 6,9% dei DALY (*Disability adjusted life years*), nelle donne l'11,5% della mortalità e l'8,1% del DALY. In parti-

colare, un basso consumo di frutta e verdura è la causa del 19% del tumore gastrointestinale, del 31% della malattia ischemica e dell'11% dell'infarto.

In Europa, all'*inattività fisica* si può attribuire negli uomini il 6% dei decessi e il 3,3% dei DALY, nelle donne il 6,7% dei decessi e il 3,2% dei DALY. La sedentarietà raddoppia il rischio di malattie cardiache, di diabete mellito di tipo II, di obesità e mortalità per cause cardiovascolari e ictus, facendo aumentare del 30% il rischio di ipertensione e di cancro.

Occorre inoltre considerare le relazioni stili di vita-consumi/consumismo-mercato e quindi collegare tra loro le realtà della produzione e del consumo a quella della salute, per dar vita a un coerente complesso di attività di educazione, informazione e comunicazione e promuovere l'autoregolazione negli stili di vita e nei consumi da parte degli individui e delle famiglie attraverso una nuova cultura della prevenzione che rinforzi le capacità di decisione della popolazione.

Cenni agli obiettivi funzionali diretti e indiretti della Direzione Integrata della Prevenzione

- ⇒ Promuovere lo sviluppo di sistemi di sorveglianza per monitorare i dati sulla salute della popolazione, sui rischi sanitari e sui determinanti di salute, integrando i progetti di sorveglianza periodica già avviati (PASSI, HBSC, OKKIO, ecc.).
- ⇒ Supportare le Direzioni aziendali nella pianificazione per obiettivi utilizzando in modo vantaggioso le informazioni rese disponibili dai sistemi di sorveglianza.
- ⇒ Migliorare la comunicazione degli operatori sanitari nei contatti con l'utenza.
- ⇒ Promuovere e sviluppare programmi educativi che incentivino comportamenti salutari e con efficacia preventiva.
- ⇒ Integrare e coordinare in politiche e strategie unitarie più settori e più livelli: sanità, istruzione, associazioni, politica, produzione alimentare, ristorazione, commercio, ecc.

A titolo di esempio si citano alcune delle azioni che i programmi possono contemplare:

- monitorare i servizi di ristorazione collettiva (scolastica, ospedaliera, assistenziale, aziendale), promuovendo scelte alimentari più corrette;
- stimolare scuole a investire nell'attività motoria durante l'orario scolastico;
- stimolare le amministrazioni a migliorare l'ambiente urbano in modo da incentivare l'attività fisica;
- sensibilizzare i titolari pubblici e privati degli esercizi di ristorazione a offrire scelte alimentari compatibili con un'alimentazione sana;
- sostenere interventi per ridurre l'inizio dell'abitudine al fumo tra i giovani;
- sostenere le norme a tutela dal fumo passivo migliorandone l'applicazione;
- aumentare l'offerta di interventi efficaci per la disassuefazione;
- promuovere programmi educativi contro l'inquinamento *indoor* da fumo di tabacco.

Incidenti

Varie cause incidentali sono da annoverare tra i fattori che determinano lesioni, inabilità e mortalità, rilevanti specie nelle fasce di età in cui altri fattori patologici incidono in misura limitata per le migliorate condizioni di vita e igiene.

La rilevanza di queste cause, al di là dell'impatto numerico, che pure è documentato e consistente, risiede nella pratica possibilità, attraverso scelte sociali e comportamenti individuali socialmente promossi, di ridurre drasticamente l'impatto.

Incidenti stradali

Rappresentano un problema prioritario per la sanità pubblica per l'alto numero di morti e di invalidità permanenti e temporanee che causano. Diversi studi hanno evidenziato che il 60% degli incidenti è dovuto a fattori umani, il 30% a fattori ambientali e il 10% a fattori connessi con il veicolo. I fattori umani possono essere assai diversi e comprendono aggressività, disadattamento sociale, uso dell'alcol, uso di farmaci, malattie, deficit della vista, uso di sostanze psicotrope, stress, affaticamento, uso di apparecchi mobili alla guida.

Una quota importante degli incidenti stradali si configura anche come infortuni lavorativi, in quanto gli stessi avvengono per motivi di lavoro. Si evidenzia che circa la metà degli infortuni mortali che accadono in Italia è dovuta a incidenti stradali e in itinere. Oltre a queste cause, un cattivo uso dei dispositivi di sicurezza incide fortemente sul rischio di incidente, soprattutto in ambiente urbano. L'efficacia dell'uso del casco e delle cinture di sicurezza, così come dei seggiolini per bambini, e la pericolosità dell'uso del cellulare alla guida sono già state ampiamente dimostrate con diversi studi epidemiologici.

Per combattere il drammatico impatto derivante dagli incidenti stradali l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha elaborato una Strategia quinquennale, finalizzata alla riduzione di almeno il 50% della mortalità e della disabilità dovute agli incidenti stradali entro il 2020, cui si ispira il Programma d'azione europeo per la sicurezza stradale 2003-2010.

In Italia, i principali documenti programmatici che mirano alla prevenzione degli incidenti stradali sono: il Piano Nazionale per la Sicurezza Stradale (Legge 144/1999) con i relativi Programmi d'azione regionali, il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 (Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005) e successivo Piano 2008 (Intesa Stato-Regioni e Province autonome del 20 marzo 2008).

Cenni agli obiettivi funzionali diretti e indiretti della Direzione Integrata della Prevenzione

- ⇒ Promuovere il coinvolgimento di tutti gli attori sociali, istituzionali e professionali e lo sviluppo di alleanze nelle diverse realtà locali per concordare e sostenere interventi comuni ed efficaci finalizzati alla sicurezza stradale come "obiettivo salute".

- ⇒ Sostenere lo sviluppo di azioni integrate di sorveglianza e prevenzione degli incidenti stradali, intersettoriali e multilivello con partecipazione attiva di operatori di diversi servizi sanitari.
- ⇒ Sviluppare un sistema di sorveglianza integrata dell'impatto sulla salute degli incidenti stradali attraverso il monitoraggio dei principali dati (sanitari e non) di incidentalità e suoi determinanti, favorendo la sperimentazione di nuovi flussi informativi e garantendo la loro accessibilità ai diversi utenti a supporto della pianificazione territoriale delle attività.
- ⇒ Promuovere e attuare nuovi interventi di prevenzione, in particolare di promozione di comportamenti protettivi alla guida, rivolti alla popolazione in generale, con particolare attenzione alle fasce più a rischio, alla luce delle prove di efficacia e raccomandazioni di buona pratica.
- ⇒ Incoraggiare strategie locali per il miglioramento della viabilità delle zone ad alto rischio e il potenziamento del trasporto pubblico.
- ⇒ Programmare percorsi formativi, rivolti a personale sanitario e/o appartenente ad altre agenzie, finalizzati a fornire conoscenze e strumenti utili alla progettazione di interventi di prevenzione degli incidenti stradali, favorire l'individuazione di strategie comunicative e modalità didattiche, fornire conoscenze per lo sviluppo di attività di valutazione.

Incidenti domestici

Anche il tema degli incidenti domestici è stato riconosciuto come un problema di sanità pubblica rilevante, ma non sono disponibili molte informazioni riguardo all'incidenza, in particolare al livello locale.

Le donne sono coinvolte in oltre il 70% di tutti gli incidenti, con un quoziente di infortuni del 18,2 per mille; gli uomini hanno un quoziente di infortuni del 7,7 per mille. I bambini più piccoli e gli anziani sono categorie ad alto rischio.

Secondo il Censis, gli infortuni domestici dipendono da tre fattori: la qualità del sistema abitativo, le caratteristiche dei prodotti che entrano in casa (elettrodomestici, detersivi, ecc.), i comportamenti individuali che mettono a rischio anche terze persone (dimenticare le pentole sul fuoco acceso, utilizzare apparecchi elettrici in presenza di acqua, spegnere elettrodomestici tirando il filo della presa, lasciare il gas o i rubinetti dell'acqua aperti, ecc.).

Si possono considerare, poi, anche i pericoli legati alla mancata manutenzione di alcuni impianti presenti in casa (come le caldaie, il tubo del gas, le condutture) e quelli connessi all'esposizione a rischi chimici (esposizione a monossido di carbonio, fumo di tabacco, antiparassitari, detersivi, medicinali, ecc.), fisici (temperatura, illuminazione, aerazione, rumore, campi magnetici, radon), biologici (acari, allergeni da animali domestici, funghi, batteri) o relativi ad animali (aggressioni e morsicature).

Cenni agli obiettivi funzionali diretti e indiretti della Direzione Integrata della Prevenzione

- ⇒ Sviluppare sistemi di sorveglianza per monitorare i dati sugli incidenti e sui loro determinanti. Mettere a disposizione di enti e amministrazioni le informazioni rese disponibili dai sistemi di sorveglianza a supporto della pianificazione territoriale e delle attività.
- ⇒ Integrare e coordinare più settori e più livelli: sanità, istruzione, servizi sociali, associazioni, politica, ecc.
- ⇒ Formare il personale che opera nella sanità e nell'assistenza sociale a riconoscere le situazioni di rischio nell'ambiente abitativo.
- ⇒ Utilizzare le occasioni di contatto delle persone con l'SSN per azioni mirate di informazione e promozione.

Ambiente di vita

Secondo il rapporto OMS *Prevenire le malattie grazie a un ambiente migliore: verso una stima del carico di malattia legato all'ambiente*, circa il 24% di tutte le malattie nel mondo è dovuto all'esposizione a fattori ambientali e gran parte di questi rischi potrebbe essere evitata attraverso interventi mirati.

Anche nell'area europea fino al 20% delle morti totali è attribuibile all'ambiente (*outdoor* e *indoor*): inquinamento atmosferico, rumore, radon, cambiamenti climatici, contaminazioni chimiche alimentari, allergeni impattano in modo significativo e dimostrato su patologie respiratorie, cardiovascolari, neoplastiche. Anche in Europa sono i bambini i più esposti ai rischi ambientali: sotto i 19 anni, la percentuale di morti dovute a cause ambientali sale al 34%.

Le sproporzioni sono sensibili: i rischi sono minori nell'Europa occidentale e settentrionale, mentre sono più alti in alcuni Stati dell'Europa orientale, a causa di fattori ambientali sia tradizionali (come la qualità dell'acqua) sia più "recenti" (come l'inquinamento atmosferico e chimico). Le notevoli variazioni fra i diversi Paesi nel carico delle malattie dimostrano che questi pericoli possono essere evitati e ci danno una prospettiva per il futuro.

Per quanto riguarda l'Italia, i dati indicano che la percentuale del carico delle malattie attribuibili a cause ambientali è del 14%, per un totale di 91.000 morti all'anno, di cui 8400 per inquinamento atmosferico. Inoltre le recenti ondate di caldo hanno causato seri problemi di salute in Europa, a livello sia individuale sia sociale.

Questi effetti si possono prevenire, purché si adotti un approccio attivo e multidisciplinare in grado di portare a una pianificazione efficace e a una risposta adeguata: sono necessari, per esempio, il contributo di settori e professionalità diversi del SSN, incluso lo sviluppo di laboratori e la creazione di osservatori per il monitoraggio e la gestione di rischi specifici, e la collaborazione di amministrazioni diverse come quelle dei trasporti, dell'energia, dell'agricoltura e dell'industria.

La capacità di sorveglianza costante sull'inquinamento ambientale è un fattore determinante per una buona capacità preventiva: sorveglianza e prevenzione richiedono

no entrambe un intervento di piena integrazione delle competenze ambientali e sanitarie, con ampio coinvolgimento delle amministrazioni locali e della popolazione. Un'attenzione particolare di studio, ricerca e osservazione riguarda i fattori di persistenza e accumulo dei contaminanti ambientali nella catena alimentare, con riferimento alle coltivazioni e agli animali produttori di alimenti (vedi il paragrafo relativo alla sicurezza alimentare).

In generale, la prevenzione delle malattie di origine ambientale richiede uno sforzo complesso di azione sia sui comportamenti e gli stili di vita, sia sulle norme e le misure istituzionali.

Il consumo critico, che consiste nella scelta dei prodotti anche in base alla storia dei prodotti stessi e al comportamento delle imprese che li offrono, invia alle imprese un messaggio che richiede una caratteristica in più alla merce: quella dell'eticità, del rispetto dell'ambiente, della salute dei lavoratori e dei consumatori.

Cenni agli obiettivi funzionali diretti e indiretti della Direzione Integrata della Prevenzione

- ⇒ Sviluppare sistemi di sorveglianza per monitorare l'impatto sulla salute dei fattori di pressione ambientale.
- ⇒ Mettere a disposizione di enti e amministrazioni le informazioni fornite dai sistemi di sorveglianza a supporto della pianificazione territoriale e delle attività;
- ⇒ Promuovere la consapevolezza che le iniziative finalizzate al miglioramento dell'ambiente aumentano il livello di salute e benessere della popolazione e la qualità della vita.
- ⇒ Promuovere e sviluppare programmi educativi che incentivino stili di consumo finalizzati alla tutela dell'ambiente (ad esempio prodotti con meno imballaggi, prodotti locali, prodotto del commercio equo e solidale, ecc.).
- ⇒ Promuovere l'integrazione e il coordinamento dei soggetti interessati, in primo luogo sanità e ambiente.
- ⇒ Sviluppare le azioni di ricerca finalizzate alla sperimentazione di modelli di valutazione di impatto ambiente-salute al fine di ricercare e condividere protocolli per la riduzione e la gestione di rischi originati dall'antropizzazione del territorio.
- ⇒ Assicurare integrazione, appropriatezza ed efficacia alle azioni di protezione della popolazione dalla contaminazione di aria, acqua, alimenti.

Ambiente di lavoro

I dati INAIL evidenziano che in Italia, nel 2007, oltre 900.000 persone sono state vittime di infortuni sul lavoro, di cui 1200 circa mortali. Negli ultimi anni si è riscontrato, a livello nazionale, un moderato decremento del tasso infortunistico che pone in relazione gli eventi annualmente occorsi con la popolazione attiva, ma nel contempo anche un significativo incremento della gravità media degli eventi lesivi. Gli infortuni mortali nel 2006 sono aumentati rispetto al 2005 (1302 nel 2006 ri-

spetto a 1274 del 2005). I maggiori incrementi in termini di infortuni, riguardo alla tipologia contrattuale del lavoratore, si sono verificati per i lavoratori parasubordinati e i lavoratori "somministrati" (+19% nel 2006 rispetto al 2005 per entrambe le categorie), rientranti nel gruppo dei cosiddetti "lavori atipici".

Sono state altresì segnalate 27.000 malattie professionali o lavoro-correlate, dato comunque ampiamente sottostimato rispetto all'effettiva entità di tale problematica, considerata la rilevante sottonotifica ancora presente, soprattutto in alcune zone del Paese.

Accanto alle patologie da lavoro classiche, quali le ipoacusie, i tumori professionali, le dermatopatie, sono emerse, con sempre maggiore importanza, le patologie "correlate al lavoro" (*work related diseases*), quali le patologie da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori, diffuse nei settori lavorativi più vari, e i disturbi/patologie attinenti la sfera psichica e comportamentale, correlate ai rischi psicosociali e organizzativi, quali il mobbing e lo stress. Ed è proprio in relazione a queste ultime tipologie di rischio e patologie correlate che vi è una maggiore difficoltà, da parte dei medici, a riconoscere un eventuale nesso con l'attività lavorativa e quindi a inviare le segnalazioni previste dalla normativa.

L'andamento delle tecnopatie professionali, tenuto conto anche dei tempi di latenza che caratterizzano alcune di tali patologie, evidenzia che la costante innovazione tecnologica e la recente introduzione di normative specifiche poste a tutela della salute dei lavoratori per prevenire rischi di origine chimica e biologica non sembrano avere la forza di invertire il costante trend di nuove segnalazioni di patologie di origine professionale.

L'incidenza delle tecnopatie e degli infortuni sul lavoro è significativamente diversificata a livello locale, principalmente in ragione delle peculiarità dei substrati produttivi che caratterizzano il territorio nazionale.

In Piemonte, a fronte di un tessuto produttivo costituito da oltre 300.000 aziende e 1.500.000 addetti, vengono denunciati annualmente oltre 60.000 infortuni; parallelamente negli ultimi otto anni sono state segnalate in media circa 2700 nuove tecnopatie per ciascun anno. Nel corso del 2006 sono pervenute agli SPreSAL della Regione Piemonte 3316 notizie di malattia professionale, evidenziando un'inversione di tendenza rispetto al decremento delle notizie pervenute ai Servizi negli anni precedenti.

Le problematiche di rischio nei luoghi di lavoro sono quindi variegata, numerose e rilevanti in termini di danno alla salute.

È necessario tuttavia, al fine di incrementare l'efficacia delle attività di prevenzione e vigilanza e ridurre i rischi e i danni da lavoro, migliorare la programmazione dell'attività dei Servizi sulla base di una conoscenza più approfondita dei rischi presenti sul territorio, misurare i risultati degli interventi attuati e monitorare nel tempo l'evoluzione delle problematiche, coinvolgere i vari soggetti singoli e istituzionali interessati ai processi di prevenzione (medici di medicina generale, medici competenti, enti locali, ecc.) e realizzare iniziative di sensibilizzazione, informazione e formazione delle parti sociali, dell'utenza interessata e della cittadinanza.

Essenziale è anche promuovere la partecipazione attiva dei lavoratori, dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e delle organizzazioni sindacali al processo della prevenzione e della tutela della salute nei luoghi di lavoro; tale partecipazione può essere attuata mediante il recupero delle conoscenze sulle condizioni di lavoro

di cui essi sono portatori, attraverso la costruzione delle mappe grezze di rischio. Questo consentirà di integrare i sistemi informativi istituzionali (INAIL, SPreSAL, ecc.) con il sistema informativo “grezzo”, rappresentato dalle mappe grezze di rischio, al fine di costruire una rappresentazione comune fra i tecnici che si occupano di salute, i Servizi di Prevenzione e i soggetti sociali coinvolti, che consenta di programmare interventi su priorità condivise e validate.

Cenni agli obiettivi funzionali diretti e indiretti della Direzione Integrata della Prevenzione

- ⇒ Promuovere la definizione dei profili e dei relativi piani di salute (PePS) anche riguardo ai rischi negli ambienti di lavoro, integrati con le mappe grezze di rischio.
- ⇒ Promuovere nuovi sistemi di sorveglianza per monitorare i risultati conseguiti e l'evoluzione delle problematiche di rischio sul territorio.
- ⇒ Implementare sistemi che agevolino la partecipazione dei lavoratori e di loro rappresentanti nella scelta delle priorità di intervento, nella programmazione degli interventi, nel monitoraggio e nella verifica dei costi e dei risultati.
- ⇒ Implementare sistemi di sorveglianza dei danni alla salute correlati al lavoro attraverso programmi di formazione e informazione volti ai medici di medicina generale, ai medici specialisti, ai medici competenti, ai patronati, ecc.
- ⇒ Promuovere una maggiore sensibilizzazione dei medici, in particolare di medicina generale, coinvolti in problematiche connesse ai “nuovi rischi”, al fine di migliorare le capacità di diagnosi e le conoscenze delle patologie correlate.
- ⇒ Promuovere piani di adeguata informazione dell'utenza, in collaborazione con gli enti locali e le loro articolazioni territoriali, in merito alle competenze dei Servizi e degli altri enti interessati (ARPA, Vigili del Fuoco, ecc.), al fine di migliorare l'appropriatezza della domanda.
- ⇒ Promuovere, con la collaborazione delle parti sociali, la cultura della sicurezza fra le parti datoriali, fra i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e i lavoratori, attraverso la realizzazione di linee guida, iniziative di formazione e di confronto.
- ⇒ Favorire la condivisione dei dati raccolti dai Servizi e dalle strutture delle ASL deputati alla prevenzione nei luoghi di lavoro, relativamente al territorio e alle attività svolte (risultati, cambiamenti prodotti, costi), portandoli a conoscenza delle istituzioni locali, delle parti sociali e dei cittadini mediante bilanci pubblici di attività.

Sicurezza alimentare

La garanzia di assenza di pericoli collegati agli alimenti, nota come sicurezza alimentare, rappresenta uno degli obiettivi sanitari della prevenzione meglio identificati e definiti nelle attività collegate, nell'ambito delle politiche sanitarie europee. I programmi di sicurezza alimentare sono pertanto uno strumento completo di re-

sponsabilizzazione dei produttori, di leale concorrenza negli scambi, di garanzia per i consumatori e di mantenimento della fiducia nel sistema degli approvvigionamenti alimentari. Sono basati sulle procedure della valutazione del rischio per individuare correttamente i pericoli, le priorità di intervento, la graduazione delle misure di controllo applicate dall'impresa (autocontrollo) o applicate come controlli pubblici ufficiali.

I dati epidemiologici confermano l'importanza degli obiettivi di controllo del rischio microbiologico negli alimenti: nel report comunitario 2007, relativo all'andamento delle zoonosi, della resistenza batterica e delle epidemie alimentari nell'anno 2006, l'UE segnala complessivamente oltre 360.000 casi di infezioni zoonotiche trasmesse con gli alimenti, di cui 160.649, pari a 34,6 ogni 100.000 abitanti, di salmonellosi. I focolai di diffusione epidemica accertati, dovuti a patogeni presenti nei cibi, sono stati 5710 con il coinvolgimento di 53.568 persone.

Contaminazioni di origine varia (ambientale, tecnologica, fraudolenta, ecc.) entrano nella catena alimentare attraverso complesse interazioni e trasformazioni.

Nel *World Cancer Report* pubblicato nel 2003 e reperibile sul sito dell'International Agency for Research on Cancer, le micotossine, i composti organoclorurati, gli idrocarburi policiclici aromatici, le nitrosammine e i metalli pesanti vengono indicati come contaminanti alimentari di rilievo, ai fini dell'insorgenza di patologie tumorali nell'uomo.

Nella Raccomandazione CE 2001/C322/02 l'alimentazione viene additata come sorgente principale di esposizione umana alle diossine: tale via contribuisce per oltre il 90% all'esposizione complessiva totale e i prodotti di origine animale rappresentano circa l'80% delle fonti di contaminazione.

Strettamente legati alla sicurezza alimentare sono la gestione e il controllo dell'acqua potabile. Negli ultimi anni è cresciuta la consapevolezza che l'acqua è un bene scarso che, nel nostro ecosistema, deve essere salvaguardato nella quantità (sostenibilità e continuità di erogazione) e qualità (purezza microbiologica e presenza di sostanze chimiche in quantità innocue).

Oltre alle specifiche prestazioni professionali di controllo erogate direttamente dal personale del SSR e incluse nel Piano Regionale Integrato di Sicurezza Alimentare, le politiche di sicurezza alimentare si avvalgono di strumenti sociali di intervento che devono acquisire la capacità concreta di governare gli orientamenti del sistema di produzione degli alimenti, in modo da promuovere garanzie crescenti di qualità igienico-sanitaria, anche con il concorso del rafforzamento delle capacità di analisi e scelta dei consumatori.

La sicurezza alimentare non esaurisce il complesso insieme di interventi per regolare le interazioni tra alimentazione e salute in modo progressivamente favorevole per i bilanci di salute. L'utilizzo di alimenti modificati nella loro naturale composizione deve essere oggetto di attenta valutazione per le possibili implicazioni sulla salute. Organismi modificati per la resistenza ai pesticidi, alimenti con allergeni, alimenti arricchiti con nutrienti essenziali forniscono spesso occasioni di riflessione su quanto sia labile l'equilibrio tra potenziali rischi e benefici nell'utilizzo di nuove tecnologie. Peraltro, cambiamenti quali la globalizzazione dei mercati, l'urbanizzazione, l'utilizzo di tecniche produttive sofisticate e intensive, la modifica degli stili di vita, i viaggi internazionali, l'inquinamento ambientale e le gravi cala-

mità naturali o provocate dall'uomo necessitano di nuove strategie di valutazione e controllo per attenuarne l'impatto sulla delicata catena di produzione alimentare.

Cenni agli obiettivi funzionali diretti e indiretti della Direzione Integrata della Prevenzione

- ⇒ Garantire l'attuazione completa, efficace e integrata delle attività specifiche previste nell'ambito del Piano Regionale Integrato di Sicurezza Alimentare (PRISA).
- ⇒ Promuovere l'integrazione e il coordinamento delle azioni sanitarie dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione con politiche di promozione della qualità sanitaria ed ecologica delle produzioni, condotte con il concorso delle amministrazioni pubbliche coinvolte (agricoltura, commercio, istruzione), con il settore privato di assistenza professionale alle imprese, con le associazioni di produttori e di consumatori.
- ⇒ Favorire lo sviluppo di sistemi integrati di epidemio-sorveglianza in grado di fornire elementi costanti di valutazione sui pericoli, sul relativo rischio e sulla capacità di impatto sul territorio ASL, in modo da delineare specifici profili di salute, inclusa la salute animale, e favorire l'appropriatezza degli interventi preventivi.
- ⇒ Favorire l'inserimento organico nelle attività educative e di promozione della salute dei temi riguardanti l'importanza di una sana alimentazione e la consapevolezza dei pericoli associati al consumo di alimenti, favorendo una corretta comunicazione del rischio che prevenga ingiustificati allarmismi, rafforzando la capacità di scelta e l'orientamento dei consumi verso prodotti sicuri e di maggior valore in termini nutrizionali e di ecocompatibilità.
- ⇒ Gestire appropriatamente l'informazione ai consumatori e la comunicazione del rischio, in particolare nel corso di emergenze alimentari.
- ⇒ Formare il personale che opera nella sanità e nell'assistenza sociale a riconoscere le situazioni di rischio collegate agli alimenti.
- ⇒ Orientare il sistema produttivo alla gestione integrata e sinergica della sicurezza alimentare, in linea con gli obiettivi di salute, anche mediante percorsi formativi qualificanti.

Determinanti biologici

Tra i determinanti per i quali la prevenzione può avere un significativo impatto sulla salute vanno annoverate tutte quelle caratteristiche biologiche che, se riconosciute e prese in carico tempestivamente, possono consentire un beneficio di salute. In generale sotto questa fattispecie possono ricadere molte caratteristiche individuali che solitamente il clinico prende in considerazione per impostare il rapporto di *counselling* o di trattamento di un paziente (medicina preventiva di opportunità). In particolare due di queste categorie hanno rilievo per la prevenzione:

- i segni precoci di una malattia a impatto rilevante che, se riconosciuti tempestivamente, possono dar luogo a trattamenti capaci di modificare favorevolmente

la prognosi con un beneficio che sopravanza i rischi: si tratta dei casi a cui si applicano i programmi di *screening* di popolazione;

- le caratteristiche biologiche di una persona che rappresentano fattori di rischio per malattie a impatto rilevante, che, se riconosciute tempestivamente, danno luogo a interventi preventivi (sui comportamenti, sulle condizioni di vita e di tipo farmacologico) efficaci nel ridurre il rischio di insorgenza di tali malattie.

In questi casi l'approccio di sanità pubblica è di tipo individuale e può essere definito come "medicina d'iniziativa".

I principali interventi di tipo preventivo che possono avere impatto sulla salute sono gli *screening*, il controllo dell'ipertensione, dell'ipercolesterolemia e del diabete. Gli *screening* dei tumori femminili e del tumore del colon-retto si rivolgono a un problema ad alto impatto sulla salute, utilizzano un intervento per cui è ben documentato un favorevole rapporto costo/rischio-benefici, applicano un modello organizzativo multilivello capace di far cooperare strutture e professionisti a diversi livelli; si rivolgono a tutta la popolazione asintomatica ed eseguono il monitoraggio dei processi e dei risultati.

La medicina d'iniziativa relativamente all'ipertensione presenta invece alcune lacune: indagini campionarie hanno stimato una prevalenza di ipertensione del 50% nelle persone oltre i 50 anni. Solo la metà degli ipertesi sa di esserlo e solo il 20% la controlla correttamente con gli stili di vita o con un trattamento farmacologico efficace. Inoltre, sono soprattutto le persone meno istruite e di bassa classe sociale a essere maggiormente esposte agli effetti dell'ipertensione arteriosa non controllata.

Altri interventi rivolti verso determinanti biologici sono quelli di controllo delle malattie infettive. La sorveglianza e il controllo delle malattie infettive appaiono interventi ben consolidati nella tradizione della medicina preventiva, in particolare tra le attività del Dipartimento di Prevenzione. Tra queste, particolare importanza riveste l'attività di vaccinazione; essa si realizza con un'offerta attiva di un intervento di immunizzazione di provata efficacia e di rischio contenuto, per la protezione dell'individuo dall'infezione e della comunità dalla circolazione dell'agente infettante. L'offerta attiva e le buone coperture vaccinali sono elementi che correggono le disuguaglianze di accesso. In Piemonte le coperture per alcune vaccinazioni sono uniformemente elevate, mentre per altre esiste qualche disomogeneità. Inoltre l'indagine sulla qualità dei servizi vaccinali ha rilevato disomogeneità nei modelli organizzativi dell'attività nelle ASL della Regione.

Cenni agli obiettivi funzionali diretti e indiretti della Direzione Integrata della Prevenzione

- ⇒ Integrare le attività del Dipartimento di Prevenzione, della Promozione della Salute e dei Distretti per la realizzazione di progetti specifici (ad esempio utilizzo della carta del rischio cardiovascolare).
- ⇒ Integrare le attività del Dipartimento di Prevenzione, della Direzione Sanitaria, dell'Assistenza Sanitaria Territoriale, dei Reparti al fine di coordinare l'attività di controllo delle malattie infettive comunitarie e nosocomiali, migliorare la sorveglianza, ottimizzare il trattamento, affrontare le emergenze.

- ⇒ Valutare e promuovere idonei modelli organizzativi utili a potenziare l'offerta attiva e gratuita dei programmi vaccinali.
- ⇒ Integrare l'attività del Vaccine Field e della Vaccine Library, ubicati presso il Servizio Sovrazonale di Epidemiologia di Alessandria, con l'attività delle ASL, al fine di diffondere e condividere l'utilizzo del metodo EBM e avvicinare il personale addetto alle vaccinazioni al processo di revisione sistematica dell'efficacia dei vaccini.
- ⇒ Promuovere la comunicazione, la formazione e la collaborazione fra medici vaccinatori, medici di medicina generale, pediatri e specialisti per garantire ai tecnici una formazione indipendente dalla pressione dei media e delle ditte produttrici e alla popolazione informazioni corrette, finalizzate a ottenere un consenso consapevole e prestazioni innocue ed efficaci.
- ⇒ Cercare modalità di collaborazione e coordinamento con la rete dei servizi di prevenzione secondaria, medici di medicina generale e medici specialisti al fine di potenziare l'offerta attiva e gratuita dei programmi di screening, conseguire elevati livelli di adesione e scoraggiare coerentemente l'implementazione locale di screening non raccomandati o la diffusione massiva di test diagnostici non suffragati da prove di efficacia e appropriatezza.
- ⇒ Promuovere la condivisione delle informazioni derivanti dai sistemi di sorveglianza per il monitoraggio degli indicatori di processo e di risultato.

4. OBIETTIVI ETICI E METODOLOGICI

La sanità pubblica storicamente affonda le sue radici nell'etica: con la salvaguardia di debite e profonde distinzioni, esistono attinenze tra precetti igienici e alcuni precetti religiosi e analogie tra comportamenti virtuosi e comportamenti di tutela della salute personale e collettiva. Mirando a tutelare la salute della comunità, la sanità pubblica inevitabilmente solleva problemi di etica, primo fra tutti il conflitto che può insorgere tra interessi individuali, quali ad esempio la privacy, la libertà di scelta, l'iniziativa economica e la salvaguardia di diritti collettivi.

Possibili "conflitti" tra esigenze individuali ed esigenze collettive possono insorgere, per esempio adottando provvedimenti che restringano la libertà personale di malati contagiosi, utilizzando diversi criteri di allocazione delle risorse, prendendo misure che limitano le possibilità di scelta individuale, definendo soglie di accettabilità di rischio sulla base di valutazioni rischi-benefici e costi-benefici.

La sanità pubblica e la prevenzione si sono pertanto dotate di principi e metodologie di analisi che forniscono un contributo al superamento dei conflitti etici e talora anche di diritto, ricercando le prove di efficacia e monitorando i risultati, promuovendo sobrietà e sostenibilità degli interventi, adottando misure di salvaguardia giustificate dalla necessità di precauzione.

Prudenza, sobrietà, efficacia, appropriatezza

"Primum non nocere": questo principio, che rappresenta il motto della medicina e della sua deontologia, deve comparire anche al di là della cura, negli altri ambiti dove in un modo o nell'altro si decide la salute e dove si dà possibilità di nuocere.

Il settore sanitario è un sistema organizzativo caratterizzato da molteplici dimensioni, altamente complesso e proprio per questo soggetto a errore. Con l'aumentare della complessità, connessa per esempio all'innovazione tecnologica e alla ricerca scientifica, crescono i costi legati alle cure e alla salute e i rischi cui l'organizzazione è sottoposta.

I fattori che influenzano la salute configurano condizioni di complessità ancora maggiore. In più, mentre nella pratica clinica individuale i sistemi di verifica di efficacia dei procedimenti sanitari hanno fatto molta strada sul terreno della *Evidence Based Medicine*, molti interventi di sanità pubblica applicati a livello collettivo non hanno, in realtà, alcun supporto di studi che ne documentino l'efficacia.

Fideistiche e ingenuie assunzioni quali "in ogni caso prevenire non reca danno", "prevenire è meglio che curare", "se la situazione di rischio è accertata fare qualcosa è comunque meglio di fare nulla" hanno ingenerato nel tempo pericolosi equivoci sulla cui base ci troviamo di fronte a una situazione nazionale paradossale: in tutto il Paese vengono utilizzate risorse ingenti per effettuare controlli talvolta anacronistici, talvolta inutili. A fronte della difficoltà di valutare l'efficacia di un prov-

vedimento di prevenzione anche gli interventi di nuova introduzione sono spesso generalizzati prima di essere sottoposti al vaglio dell'“evidenza”.

Alcuni interventi non possono essere considerati “innocui” per definizione: quando nel 1976 gli USA, spinti dalla paura della pandemia, decisero di vaccinare in massa contro un ceppo di influenza suina, furono lamentati oltre 4000 casi di neuropatie (principalmente sindromi di Guillain-Barré) attribuiti alla vaccinazione; l'ansia e gli effetti depressivi indotti da risultati falsamente positivi di uno *screening* scarsamente specifico rappresentano una controindicazione alla diffusione dello stesso. Inoltre, anche quando non sono prevedibili effetti avversi di tipo sanitario, sono pur sempre da considerare il costo economico e la sottrazione di risorse in un contesto di scarsità.

A partire dal 2000 la Regione Piemonte si è preoccupata di applicare anche alle pratiche preventive il metodo della valutazione delle prove di efficacia (EBP) al fine di fronteggiare annosi problemi del Dipartimento di Prevenzione: carenza di risorse, stile di lavoro, notevole mole di attività burocratiche spesso anacronistiche e di efficacia dubbia, scarsità di ricerca e innovazione, demotivazione degli operatori.

Il progetto, denominato *Prevenzione efficace*, si è occupato di ricercare prove di efficacia riguardanti le attività di prevenzione, esercitate o meno dai Servizi, promuovere la progressiva eliminazione delle pratiche inutili, stimolare l'adozione di pratiche efficaci non in uso, promuovere una riflessione sulle priorità della prevenzione. Il progetto si è sviluppato, si è onorevolmente inserito nel dibattito nazionale in corso e ha portato ad alcuni risultati: abbandono di una serie di attività inutili, implementazione di nuove attività, formazione.

A partire dagli anni Settanta, inoltre, si è sviluppato il principio della precauzione, che delinea la necessità di un atteggiamento di cautela intesa come anticipazione preventiva del rischio di fronte all'incertezza del sapere scientifico.

Il ricorso al principio di precauzione appare giustificato in processi decisionali attinenti le politiche ambientali e sanitarie sia per quanto riguarda le questioni relative al cambiamento globale, per le quali si ha la finalità di prevenire eventi catastrofici anche se solo ipotetici, sia per quanto attiene il rischio associato a specifici agenti chimici e fisici la cui esposizione va normata.

È inoltre condivisibile un'inclusione del principio di precauzione fra i valori sottesi alle valutazioni di causalità in sanità pubblica anche in relazione al carattere eminentemente pragmatico delle valutazioni dell'epidemiologia e della sanità pubblica stessa.

Cenni agli obiettivi funzionali diretti e indiretti della Direzione Integrata della prevenzione

⇒ La Direzione della Prevenzione dovrà esercitare un ruolo di “deflattore” nei confronti di azioni di prevenzione improvvisate e non validate. Nel percorso di omogeneizzazione richiesto, tra l'altro, dall'accorpamento delle ASL e dai piani regionali di attività sarà possibile, tra le diverse alternative operative, orientare le scelte verso quelle per cui esistono maggiori evidenze di efficacia o minori costi.

- ⇒ Il metodo della prevenzione basata sulle prove di efficacia deve essere, oltre che diffuso, documentato nei risultati, per tutti gli ambiti della prevenzione, affinché i Servizi di Prevenzione siano fondati su prove scientifiche, di buona qualità, economici e sostenibili per il futuro. L'assenza di prove documentate in letteratura, o la difficoltà ad applicare il rigore del clinical trial alla valutazione degli interventi preventivi, non deve scoraggiare rispetto alla ricerca di risultati o di metodi alternativi di valutazione.
- ⇒ Sarà incentivata la misurazione dei risultati come parte della pratica quotidiana. Occorrerà proseguire l'opera di dimostrazione di inefficacia delle pratiche obsolete al fine del loro progressivo abbandono e della riconversione di risorse verso attività efficaci.
- ⇒ Sono in corso di valutazione, per esempio, anche presso altre regioni, alcuni interventi che sottraggono molto tempo e risorse ai Servizi (commissioni di vigilanza pubblico spettacolo, macellazione a domicilio per il consumo privato familiare delle carni, visite fiscali, ecc.). È pertanto possibile costruire alleanze con le Regioni interessate per promuovere iniziative più cogenti anche a livello nazionale.
- ⇒ La Direzione della Prevenzione dovrà favorire la valutazione del rischio per individuare le priorità di intervento nella programmazione e definire la adeguata gradazione dell'impegno da approfondire in tutte le attività a rischio variabile.
- ⇒ Nel complesso il metodo della programmazione basato sulla valutazione del rischio e sulla misurazione dei risultati deve divenire parte non solo delle strategie direzionali, ma anche della pratica quotidiana, in modo da generare continui e pertinenti rimandi alla verifica di appropriatezza ed efficacia delle azioni intraprese a tutti i livelli.

La valutazione d'impatto sulla salute (VIS)

Un approccio efficace allo sviluppo della salute richiede che tutti i settori della società siano responsabili dell'impatto sulla salute delle loro politiche e dei loro programmi. La valutazione dell'impatto sulla salute (VIS) deve perciò essere applicata a qualunque politica o programma o progetto di sviluppo che abbia probabilità di provocare effetti sulla salute. Scopo della VIS è l'accertamento a priori della compatibilità con la salute dei cittadini delle decisioni politiche prese nei settori non strettamente sanitari (economia, istruzione, ambiente, trasporti, ecc.).

Per fare ciò, la VIS utilizza una combinazione di metodi, di procedure e di strumenti attraverso cui stima quale sia l'impatto complessivo di un provvedimento – una politica, un piano o un progetto – sulla salute della popolazione intera o su suoi sottogruppi specifici. Il vantaggio è duplice: da un lato, e in generale, le informazioni fornite da questa analisi consentono decisioni meglio ponderate, dall'altro, e ancor più concretamente, esse possono dare luogo a precise raccomandazioni e misure che correggono e migliorano le decisioni prese. In questo modo la VIS facilita l'adozione di decisioni che minimizzino i rischi per la salute e ne massimizzino i benefici.

La VIS non è una scienza e dal punto di vista metodologico non è codificata in modo univoco. Essa utilizza, piuttosto, una metodologia diversificata che fa capo a dati sia quantitativi sia qualitativi e che impiega differenti strumenti derivati dalle discipline mediche (epidemiologia), sociali, economiche e ambientali, fondendole in una prospettiva multisettoriale. Per principio, inoltre, essa richiede il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati dal provvedimento esaminato. In sintesi, dunque, essa rappresenta al tempo stesso un aiuto alla decisione per i responsabili politici e un mezzo per responsabilizzare gli attori implicati (*stakeholders*), creando le condizioni affinché essi possano assumere tale responsabilità. La VIS tende così a realizzare nella pratica gli approcci della sostenibilità, della partecipazione attiva e della promozione della salute.

Dall'esperienza della VIA sono maturati filoni di sviluppo sottesi a una maggiore visione strategica finalizzata allo sviluppo sostenibile e all'integrazione delle considerazioni ambientali nelle politiche settoriali.

Cenni agli obiettivi funzionali diretti e indiretti della Direzione Integrata della Prevenzione

- ⇒ La Direzione della Prevenzione dovrà incoraggiare e diffondere la cultura della VIS delle scelte operate dentro e fuori la sanità.
- ⇒ L'epidemiologia potrà supportare le fasi della VIS proponendo immagini per la valutazione dello stato di salute della popolazione residente in un particolare ambito territoriale, mettendo a disposizione conoscenze per la valutazione dei potenziali effetti sulla salute della popolazione.
- ⇒ Occorrerà inoltre sviluppare adeguate capacità e programmi di comunicazione al fine di favorire il coinvolgimento del destinatario finale nella progettazione degli interventi e promuovere la diffusione delle informazioni.
- ⇒ I professionisti della sanità pubblica saranno formati affinché possano fungere da facilitatori e sostenitori della salute verso la popolazione; dovranno incaricarsi a loro volta dell'informazione e formazione di gruppi professionali (progettisti, impiantisti, giornalisti, ecc.) anche attraverso la collaborazione con gli ordini e le scuole professionali.

5. OBIETTIVI D'INTEGRAZIONE

L'innalzamento complessivo del livello di efficacia della prevenzione può realizzarsi soprattutto attraverso interventi multilivello e sinergie progettuali e operative esterne e interne al dominio specifico della sanità.

La disponibilità di mezzi pubblici, piste ciclabili, percorsi pedonali incentiva lo spostamento con mezzi alternativi all'auto e promuove la salute attraverso l'aumento dell'attività fisica, il contatto sociale, la riduzione degli incidenti e dell'inquinamento dell'aria.

L'accesso delle fasce sociali svantaggiate al mercato del lavoro, all'istruzione, all'assistenza sociale e sanitaria, per esempio, può essere realizzata attraverso l'interazione di istituzioni (scuola, lavoro, assistenza, ecc.), amministrazioni, enti, volontariato che possono creare opportunità e favorire il senso di protezione sociale della popolazione.

I programmi nazionali e regionali di Prevenzione Attiva richiedono l'implementazione di approcci multilivello e multisettoriali: campagne di informazione e di educazione attraverso la sanità ma anche attraverso la scuola, formazione degli operatori sanitari volta all'acquisizione di competenze per il riconoscimento di rischi specifici, formazione di alleanze con associazioni, enti, volontariato, ecc.

L'integrazione con le amministrazioni locali: i PePS

I Profili e Piani per la Salute (PePS) possono essere considerati un segno tangibile del profondo cambiamento che ha investito la "nuova" sanità pubblica, orientata a considerare la natura multifattoriale e multidimensionale della salute. Si tratta di sviluppare, anche in Piemonte, un'iniziativa di promozione della salute basata sulla ragionevole assunzione preliminare che tutte le decisioni politiche influenzano la salute e che la valutazione di questo "impatto sulla salute" deve diventare uno dei parametri di riferimento qualificante nelle decisioni, sia individuali sia collettive.

I PePS sono costruiti a livello locale, anche attraverso l'iniziativa e l'assunzione di responsabilità da parte degli enti locali, con il coinvolgimento di numerosi soggetti sociali e con il supporto tecnico delle ASL e dei consorzi socioassistenziali. Costituiranno uno strumento anche per la sensibilizzazione e la responsabilizzazione dei cittadini per l'adozione di comportamenti e stili di vita sani.

Il processo parte dalla costruzione di profili di salute per identificare i principali obiettivi di salute, perseguibili anzitutto attraverso le scelte politiche locali, e per porli al centro di piani di salute.

Questo primo aspetto si concretizza nel tentativo di giungere a una maggiore comprensione del contesto locale volto a individuare i bisogni e, conseguentemente, le priorità. In questo senso le ASL metteranno a disposizione il loro bagaglio cultura-

le e le esperienze maturate nel campo dell'elaborazione e dell'utilizzo dei sistemi informativi sociosanitari formali e informali.

L'epidemiologia, in particolare, ha il compito di produrre elementi di informazione a supporto della presa di decisioni in materia di sanità pubblica, aiuta a definire la migliore stima del rischio, con i dati disponibili o indicando le indagini e gli approfondimenti necessari, mette a disposizione gli strumenti per la rassegna delle evidenze scientifiche e per la valutazione di impatto delle politiche sanitarie.

Cenni agli obiettivi funzionali diretti e indiretti della Direzione Integrata della Prevenzione

- ⇒ Potenziare le attività di osservazione epidemiologica e assistere il processo di costruzione dei PePS presso gli amministratori locali.
- ⇒ Incoraggiare la diffusione del metodo epidemiologico nell'ASL come strumento di analisi, programmazione e valutazione anche attraverso corsi di formazione.
- ⇒ Fornire alle amministrazioni locali il necessario supporto tecnico per proporre immagini informative, validare indicatori, avviare il processo congiunto di analisi e interpretazione dei dati, anche al fine di sperimentare la compatibilità e la complementarità di regole interpretative che traggono ispirazione e orientamento da punti di vista diversi (tecnico-professionale, politico, ecc.), promuovere azioni innovative per la riduzione del rischio e la promozione della salute.
- ⇒ Promuovere coordinamento e integrazione fra il livello tecnico e il livello politico e sociale, anche per favorire lo scambio attivo di informazioni, attraverso forum o iniziative di formazione mista a livello locale.
- ⇒ Realizzare momenti di confronto fra ARPA, Sanità e amministrazioni comunali finalizzati a condividere metodi per affrontare, classificare e dirimere le situazioni di disagio espresse dai cittadini su problematiche di tipo ambientale.
- ⇒ Ricercare strumenti di coinvolgimento della popolazione, anche al fine di riconoscere e includere nelle scelte strategiche bisogni di salute sottovalutati.
- ⇒ Ricercare una scala di valori condivisi su cui graduare problemi ed emergenze (gravità, frequenza, urgenza, risolvibilità, percezione della popolazione, ecc.) e sviluppare tecniche di priority rating.
- ⇒ Promuovere e sperimentare l'utilizzo del ragionamento positivo e propositivo (promuovere stili di vita positivi anziché demonizzare quelli negativi; convincere e spiegare prima di vietare e punire. Un atteggiamento di biasimo della vittima è di fatto controproducente nelle pratiche preventive, oltre a essere indicato come scorretto dalle associazioni di persone malate).
- ⇒ Incentivare la partecipazione a tavoli di lavoro dinamici focalizzati su specifici problemi e finalizzati alla realizzazione di progetti.

L'integrazione intra-ASL

La natura multifattoriale e multidimensionale della salute richiede un'azione integrata e coordinata tra gli operatori della prevenzione e gli operatori di diagnosi e cura.

Ambiti specifici di attività di prevenzione primaria (ad esempio controllo malattie infettive, sorveglianza e prevenzione nutrizionale, lotta al tabagismo) devono prevedere l'integrazione delle attività del Dipartimento di Prevenzione, della Direzione Sanitaria, dell'Assistenza Sanitaria Territoriale, dei Servizi clinici al fine di coordinare l'attività di controllo, sorveglianza e trattamento e affrontare le emergenze.

È inoltre dimostrato, ad esempio, che i consigli dati dai medici di medicina generale ai loro pazienti sono in grado di promuovere stili di vita positivamente correlati alla salute nella popolazione generale e in gruppi particolari a rischio. È altresì dimostrato che il comportamento prescrittivo del medico di medicina generale è influenzato dal medico specialista (su tutti poi, dal prescrittore al consumatore, pesa l'azione di sviluppo e propaganda svolta dall'industria con i noti e potenti mezzi).

Ciò comporta la necessità di governare e coordinare le azioni preventive (promozione, *counselling*, vaccinazione, prevenzione secondaria e finanche terziaria) svolte da tutte le articolazioni organizzative dell'azienda e apportare una visione di sanità pubblica all'interno di tutti i processi di prevenzione e assistenziali.

Cenni agli obiettivi funzionali diretti e indiretti della Direzione Integrata della Prevenzione

- ⇒ Supportare le Direzioni aziendale, di presidio, di distretto, nella valutazione di priorità, nella valutazione preventiva sull'impatto delle diverse scelte sanitarie, nella valutazione sull'efficacia delle azioni compiute.
- ⇒ Assicurare il raccordo con le Direzioni del distretto e le Direzioni di presidio per garantire un adeguato flusso informativo su problematiche rilevanti, emergenze, iniziative di sanità pubblica e progetti.
- ⇒ In collaborazione con la Direzione del distretto e le strutture di promozione della salute, ricercare modalità per incentivare e indirizzare correttamente il ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta nel consigliare e sostenere corretti stili di vita nei loro pazienti.
- ⇒ In collaborazione con la Direzione sanitaria e le strutture di promozione della salute, ricercare modalità per incentivare e indirizzare correttamente un analogo ruolo dei medici specialisti ospedalieri.
- ⇒ Ricercare forme di collaborazione sistematica con reparti o specialisti ospedalieri su specifici progetti (ad esempio prevenzione dell'obesità), sul controllo delle malattie infettive (promozione della vaccinazione, stesura e diffusione di procedure e protocolli operativi, ecc.) e per fronteggiare le emergenze.

Il Dipartimento di Prevenzione nell'assetto attuale e futuro della prevenzione

Nel quadro delle azioni di riorientamento e valorizzazione della prevenzione, l'assetto dei servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione necessita di essere rivisto in termini funzionali e relazionali nuovi. Senza configurarsi come l'unico luogo in cui si esercita l'azione preventiva, il Dipartimento continua infatti a costituire un complesso funzionale sistemico, né esclusivo, né autarchico, di azioni e interventi professionali capaci di garantire, col supporto di appropriate integrazioni funzionali, una vera ed efficace prevenzione, accanto a una pertinente promozione della salute.

A livello locale, i servizi attualmente afferenti ai Dipartimenti di prevenzione costituiscono lo strumento tecnico principale, anche se non esclusivo, per lo svolgimento delle attività di prevenzione e promozione della salute.

Il capitolo 3 del PSSR, interamente dedicato alla prevenzione e promozione della salute, evidenzia che tutte le attività di prevenzione attualmente realizzate nel Servizio Sanitario Regionale dovranno essere tra loro maggiormente coordinate, ulteriormente potenziate e ricondotte a unità organizzativa e uniformità metodologica, adottando stabilmente un metodo che comprenda:

- analisi dei problemi di salute;
- scelta delle priorità;
- identificazione degli interventi efficaci;
- attivazione degli interventi efficaci;
- valutazione dell'impatto degli interventi;
- ridefinizione degli obiettivi.

Il PSSR indica chiaramente che, proprio a partire dai Servizi della prevenzione, devono essere previste azioni per:

- completare il processo di valutazione dell'efficacia degli interventi;
- organizzare gli interventi sviluppando le integrazioni tra i servizi sulla base di progetti condivisi;
- specializzare e consolidare le attività di vigilanza e ispezione indirizzandole verso obiettivi di salute.

La necessità di riorientamento funzionale del Dipartimento di Prevenzione fortemente evidenziata nel PSSR – a partire da criteri di trasversalità delle azioni, integrazione di funzioni a valenza dipartimentale e promozione di pratiche EBP – non può prescindere dalla considerazione che gli attuali assetti organizzativi non possono essere modificati per quanto deriva dal quadro normativo nazionale. Tuttavia è fondamentale, anche a seguito della ridefinizione degli ambiti territoriali delle ASR e in relazione all'applicazione degli atti aziendali, guidare la riorganizzazione su base funzionale individuando responsabilità che aggregino funzioni rilevanti, a cui far corrispondere adeguata autonomia organizzativa e competenze professionali qualificate e chiaramente individuate. Questa organizzazione per funzioni consentirà anche di superare, soprattutto per le funzioni di direzione di struttura, la logica distrettuale e geografica, che non consentirebbe concretamente di razionalizzare l'impiego delle risorse e recuperare efficienza.

Il ruolo e le funzioni del Direttore del Dipartimento di Prevenzione quindi non possono venire superati e ricondotti semplicemente all'interno della figura del Direttore della Prevenzione, sia per il peso in termini di impatto sociale e sanitario sia per la specificità e competenza professionale richieste per il coordinamento delle attività cosiddette tradizionali. A livello regionale è prevista un'azione di indirizzo e di monitoraggio per assicurare che la transizione verso un'attività prevalentemente orientata a priorità di salute e verso un nuovo modello organizzativo della prevenzione avvenga per gradi, con le necessarie sperimentazioni e senza creare squilibri e disomogeneità.

Nella fase di transizione, in particolare in alcuni contesti locali, caratterizzati da situazioni di complessità organizzativa per vastità territoriale, numerosità di popolazione, presenza di attività a forte impatto zootecnico o industriale, l'incarico di Direttore di Dipartimento può essere attribuito con incarico a tempo dedicato; parimenti può essere prevista in contesti locali a bassa complessità l'identificazione dei due ruoli (Direttore del Dipartimento e Direttore della Prevenzione) nella medesima figura, purché svolti a tempo dedicato.

Cenni agli obiettivi funzionali diretti e indiretti della Direzione Integrata della Prevenzione

- ⇒ Monitorare i profili dell'andamento di risorse, attività e costi del Dipartimento di Prevenzione, rilevando e correggendo appropriatamente le criticità che ostacolano l'attività.
- ⇒ Favorire la realizzazione di modelli organizzativi aderenti agli obiettivi citati.
- ⇒ Monitorare e favorire i processi di integrazione interna ed esterna e l'individuazione di aree progettuali comuni a Servizi del Dipartimento e altre componenti del SSR.
- ⇒ Assicurare che la definizione degli obiettivi di salute nelle materie di competenza dei Servizi del Dipartimento sia accompagnata dall'analisi del contributo al risultato di appropriate iniziative nel settore della promozione della salute, delle politiche per la salute, della formazione di addetti e sostenere i relativi processi di attuazione in un quadro unitario.

Rapporti tra le ASL, con i Servizi di supporto e gli enti sovraordinati

I rapporti tra Regione e aziende sanitarie presentano alcuni problemi evidenziati nel PSSR 2007-2010.

L'azione della Regione è condizionata dai limiti organizzativi interni (ad esempio carenza di professionalità sanitarie con ruoli strutturati) e talora prevalentemente orientata dalla necessità di svolgere il ruolo di controllo di legittimità formale. E' necessario superare le carenze nella comunicazione orizzontale (tra diversi settori regionali) e verticale (tra Regione e ASL) che hanno portato a volte a input non coerenti e a una disomogenea adesione periferica agli indirizzi regionali: l'adesione parziale del Dipartimento di Prevenzione al progetto *Prevenzione efficace*, per e-

sempio, ha fatto sì che solo in alcuni servizi la riflessione sull'efficacia delle pratiche preventive si traducesse in comportamenti positivamente operativi.

L'azione delle aziende, e in particolare dei Dipartimenti di Prevenzione, presenta evidenti ambivalenze, tra ricerca dell'autonomia e ricerca della "copertura" regionale, anche in termini di responsabilità e di richiesta di finanziamento vincolato.

Inoltre i rapporti tra le aziende sanitarie sono poco strutturati e sviluppati e ciò ha condotto a disomogeneità anche molto evidenti nelle procedure e nei modelli organizzativi.

La rete dei servizi di riferimento coordinata a livello regionale (Rete dei Servizi di Epidemiologia, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, Rete dei Servizi di Medicina del Lavoro, ARPA) non ha svolto in modo organico il ruolo di sostegno metodologico alle ASL, motivo per cui lo sviluppo di alcune attività è avvenuto a macchia di leopardo.

Spesso quanto sopra si è tradotto inoltre in demotivazione negli operatori.

Indubbiamente la Direzione Integrata della Prevenzione può costituire un osservatorio privilegiato delle azioni preventive e un punto di riferimento per valutazioni generali e specifiche sulla capacità delle azioni intraprese di conseguire i risultati attesi. Le funzioni di miglioramento della comunicazione, di unificazione delle attività attualmente disperse in rivoli progettuali, la progressiva identificazione di figure professionali di riferimento per attività ad alto contenuto professionale e di innovazione, la ricerca condivisa delle migliori pratiche e dei procedimenti più efficienti, soprattutto se avviate su territori ampi e in sintonia con le indicazioni della programmazione regionale, possono contribuire a riallineare progressivamente e spostare su standard qualitativamente più elevati la pratica quotidiana, che rimane l'obiettivo fondamentale di ogni effettiva riforma.

Cenni agli obiettivi funzionali diretti e indiretti della Direzione Integrata della Prevenzione

- ⇒ Garantire la diffusione di informazioni e coordinamento fra il livello centrale regionale e le ASL.
- ⇒ Raccogliere e rappresentare le esigenze provenienti dalle ASL, anche attraverso lo strumento delle riunioni (di area, di coordinamento sovrazonale, fra esperti, su progetti, per obiettivi, ecc.) e la partecipazione ai gruppi di lavoro definiti con il coordinamento regionale.
- ⇒ Favorire il confronto e la condivisione dei modelli organizzativi e delle esperienze realizzate anche attraverso gruppi di progetto e iniziative di formazione.
- ⇒ Ricercare esperienze positive che possano fungere da modello.
- ⇒ Individuare servizi o équipe di riferimento in grado di sostenere i progetti di miglioramento.
- ⇒ Garantire supporto alla progettazione regionale, inclusa la funzione di interfaccia con il CCM, per lo sviluppo dei progetti e il rafforzamento di alleanze, anche al fine di stimolare in senso positivo e coerente l'azione legislativa e regolatrice della Regione e dello Stato.

- ⇒ Realizzare un maggior raccordo funzionale e operativo tra le funzioni di tutela e protezione dell'ambiente e quelle di promozione della salute; in questo quadro sarà necessario completare l'attività di revisione dei rapporti tra il sistema dei servizi sanitari e l'ARPA.
- ⇒ Ricercare migliori forme di interrelazione fra le ASL e la rete dei servizi di riferimento attraverso protocolli e atti di intesa concordati fra i soggetti interessati e sottoposti all'approvazione della Regione.

Gestione delle emergenze

Il periodico riproporsi all'attenzione pubblica di reali o ipotetici rischi "straordinari" (attacchi terroristici, diffusione di nuovi agenti biologici trasmissibili, rilascio accidentale di agenti chimici o infettivi, pandemia influenzale, ecc.), accanto all'ordinaria ricorrenza di episodi di urgenza sanitaria (tossinfezioni alimentari, allerta alimentari, emergenze di tipo ambientale, ecc.), rendono indispensabile la strutturazione di un adeguato sistema di risposta rapida coordinato fra Regione e ASL.

La risposta alle emergenze rappresenta un importante terreno di misura delle capacità organizzative e della credibilità di qualsiasi sistema. L'emergenza di sanità pubblica è un problema particolarmente complesso e delicato dal momento che, oltre a interessare un numero più o meno grande di individui, coinvolge sfere emotive spesso non facilmente controllabili.

Oltre alle possibili conseguenze sanitarie, quindi, un episodio trattato non correttamente, sia dal punto di vista della gestione sia della comunicazione, ha importanti ricadute anche in termini di immagine, percezione e fiducia.

Occorre quindi proseguire le azioni di integrazione delle risorse piemontesi per la risposta rapida e adeguata a differenti tipologie di urgenze ed emergenze in salute e sviluppare contestualmente adeguati sistemi di comunicazione del rischio.

Cenni agli obiettivi funzionali diretti e indiretti della Direzione Integrata della Prevenzione

- ⇒ Ridefinire il modello di risposta alle emergenze per migliorarne l'integrazione. Sarà valutata la possibilità di garantire la presenza di "operatori esperti" nelle diverse tipologie dell'emergenza (infettive, alimentari e idriche, in ambiente di vita, in ambiente di lavoro, veterinaria, ecc.) che possano fungere da riferimento tecnico sull'intero territorio.
- ⇒ Valutare la possibilità di integrare la rete dei servizi di riferimento affinché le competenze specialistiche possano essere messe a supporto delle ASL anche nel momento dell'emergenza.
- ⇒ Condividere e sperimentare piani protocollari in aree specifiche, riprendendo il progetto regionale, per la regolamentazione e la gestione delle chiamate in emergenza, in collaborazione con il servizio 118.

⇒ **Formare gli operatori in tema di comunicazione del rischio e concordare con i soggetti interessati le procedure di comunicazione del rischio con la popolazione, con la stampa, ecc.**

6. PROPOSTA OPERATIVA

Coordinamento Regionale della Prevenzione

Sarà formalmente istituito il Coordinamento Regionale della Prevenzione presieduto dal Direttore Regionale, di cui faranno parte i Direttori della Prevenzione delle ASL, i rappresentanti dei servizi sovrazonali di riferimento e di supporto (Epidemiologia, DoRS, ARPA, IZS, CPO, ecc.) con il compito di dare attuazione agli indirizzi di piano attraverso l'elaborazione di un piano regionale di prevenzione in grado di:

- porre la salute al centro di tutte le politiche di gestione del territorio;
- potenziare l'osservazione epidemiologica anche al fine di assistere il processo di costruzione dei PePS presso gli amministratori locali;
- implementare sistemi di sorveglianza capaci di fornire immagini utili a tutti i livelli in cui vengono assunte decisioni collegate alla salute: pianificazione, programmazione, progettazione, valutazione di impatto sulla salute e di risultato;
- promuovere la consapevolezza del potenziale di salute e sicurezza collegato alla riduzione delle disuguaglianze;
- promuovere la consapevolezza del potenziale di salute e sicurezza collegato al miglioramento dell'ambiente (programmazione urbanistica, inquinamento, viabilità, produzione e trattamento rifiuti, ecc.);
- integrare e coordinare più settori e più livelli (sanità, ARPA, servizi sociali, istruzione, amministrazioni, enti, associazioni, politica, ordini professionali, ecc.) affinché le scelte operate nei diversi ambiti di competenza siano orientate alla promozione di stili di vita salutari (alimentazione, attività fisica, astensione dal fumo, ecc.);
- implementare piani, programmi e progetti della pianificazione nazionale (Piani di Prevenzione Attiva, progetti CCM);
- sviluppare la comunicazione verticale e orizzontale tra amministratori, tecnici e con la popolazione anche al fine di favorire il coinvolgimento del destinatario finale alla progettazione degli interventi e ricercare una scala di valori condivisi su cui graduare problemi ed emergenze;
- integrare e coordinare le attività dei macrolivelli di assistenza (prevenzione, territorio, ospedale, ecc.) per il controllo delle malattie infettive, la prevenzione delle malattie croniche e delle loro complicanze, la promozione di buoni stili di vita, l'utilizzo delle buone pratiche, il sostegno e la promozione dei sistemi di controllo ufficiale per la sicurezza alimentare, l'uso corretto e sostenibile dei servizi;
- promuovere fra gli operatori sanitari l'utilizzo di strumenti appropriati ed efficaci per la tutela della salute e disincentivare l'utilizzo di procedure non validate e non *evidence based*;

- garantire una formazione indipendente dalla pressione dei media e delle ditte produttrici;
- incentivare la ricerca indipendente anche a livello locale, promuovere l'utilizzo della EBM ed EBP e del *technology assessment*, incentivare la misurazione dei risultati come parte della pratica quotidiana;
- sperimentare nuovi modelli per la gestione integrata delle emergenze e definire criteri per la riorganizzazione dell'istituto della pronta disponibilità regionale e locale;
- definire il modello organizzativo a regime della Direzione Integrata della Prevenzione.

Costituiranno azioni prioritarie della fase sperimentale del Coordinamento regionale della prevenzione:

1. l'assistenza all'implementazione dei nuovi programmi in tema di:
 - malattie infettive in collaborazione con il Servizio regionale di riferimento per le malattie infettive;
 - tutela della salute dai fattori di rischio presenti in ambiente di vita, con particolare riguardo all'impatto ambiente-salute, in collaborazione con ARPA;
 - sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
 - sicurezza alimentare, con particolare riguardo ai programmi di collaborazione integrata tra servizi medici e veterinari;
 - tutela della salute dei lavoratori alla luce degli indirizzi del patto per la salute e la sicurezza;
2. l'assistenza alla costruzione dei PEPS per:
 - sviluppare l'attività di sorveglianza affinché la progettazione e la programmazione delle attività, anche a livello locale, possano essere accompagnate da una fase preliminare di descrizione e quantificazione del fenomeno e da una fase conclusiva di valutazione del risultato;
 - produrre bilanci di *mission* a partire dai dati disponibili derivanti da flussi informativi correnti, banche dati e motori di ricerca (MADE, Rete per la Salute, ecc.), risultati del progetto *Passi*, atlanti regionali, relazioni, ecc.;
 - stimare il grado di avvicinamento agli obiettivi di salute indicati dai programmi nazionali e internazionali (*Salute 21, Guadagnare salute, Città sane, Health in All Policies*);
 - diffondere informazioni epidemiologiche presso gli amministratori locali;
 - fornire alle amministrazioni il supporto tecnico richiesto per la costruzione dei PePS;
 - promuovere strategie idonee a interagire efficacemente con le comunità locali sia a livello istituzionale (amministratori) sia direttamente con i cittadini;
3. la riorganizzazione delle attività della prevenzione per aree omogenee e funzionali al fine di:
 - individuare aree di attività omogenee all'interno del Dipartimento finalizzate al perseguimento di specifici obiettivi di salute;
 - individuare e formalizzare "équipe di riferimento" connotate da specifiche abilità che possano fungere da supporto, traino e riferimento tecnico-

scientifico per implementare progetti, risolvere problemi e socializzare esperienze;

- promuovere presso i Direttori generali delle aziende la valutazione degli organici e la necessità di ampliamento degli stessi al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute;
4. la valutazione di nuovi modelli organizzativi per l'allerta e la risposta rapida alle emergenze secondo i seguenti principi:
- valutare la possibilità di integrare formalmente la rete dei servizi di riferimento (ARPA, SSEPI, DoRS, IZS, ecc.) nel modello organizzativo allo scopo di fornire supporto specialistico "esperto" anche nel momento dell'emergenza e al di fuori dell'orario di servizio;
 - condividere e sperimentare piani protocollari in aree specifiche, riprendendo il progetto regionale per la regolamentazione e la gestione delle chiamate in emergenza, in collaborazione con il servizio 118;
 - valutare a livello di area vasta (ad esempio area di coordinamento sovrazonale) la possibilità di organizzare la pronta disponibilità in modo da garantire la presenza di "operatori esperti" nelle diverse tipologie dell'emergenza (referente SIMI, referente per il sistema di allerta alimentare, ecc.) che possano fungere da riferimento tecnico sull'intero territorio;
 - programmare formazione in tema di comunicazione del rischio e concordare con i soggetti interessati le procedure di comunicazione del rischio con la popolazione, con la stampa, ecc.

Costituiranno strumenti per la realizzazione di quanto indicato dal documento:

- affidamento di referenze specifiche per le azioni prioritarie;
- riunioni (regionali, di area di coordinamento sovrazonale, fra esperti, su progetti, per obiettivi, ecc.) e la partecipazione ai gruppi di lavoro definiti con il Coordinamento regionale;
- riunioni e iniziative di formazione;
- ricerca di esperienze positive che possano costituire modelli da diffondere;
- condivisione ed emanazione di linee guida;
- ricerca di alleanze anche attraverso la stesura di protocolli, progetti e atti di intesa;
- coordinamento e coinvolgimento formale intra- e inter-assessorile con i principali settori/assessorati regionali che governano e amministrano politiche afferenti alla Prevenzione;
- monitoraggio delle azioni prioritarie e valutazione dei risultati.

7. IPOTESI ORGANIZZATIVA

Si propone di avviare una fase sperimentale in cui la Direzione Integrata della Prevenzione sarà costituita come Struttura Complessa in staff alla Direzione Aziendale e costituirà riferimento unicamente funzionale per tutti i progetti di prevenzione all'interno dell'ASL.

Al fine di promuovere il miglioramento della salute nella popolazione, nell'ottica di quanto sopra premesso, la Direzione Integrata della Prevenzione dovrà lavorare in collaborazione con le Direzioni aziendali e di presidio, le Direzioni dei Dipartimenti di Prevenzione, i Distretti, i Consorzi socioassistenziali, le amministrazioni locali, gli enti, le associazioni di categoria e tutte le forze sociali al fine di perseguire gli obiettivi enunciati nel documento.

La Direzione Integrata della Prevenzione si inserirà nella rete dei servizi della prevenzione come prevista dal PSSR 2007-2010 (punto 3.5). I Direttori della Prevenzione costituiranno nodi intermedi tra la Direzione Regionale Sanità e le ASL, insieme con la rete dei servizi e presidi di riferimento e supporto (Rete dei Servizi di Epidemiologia, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, IZS e Presidi multizonali di profilassi e polizia veterinaria, strutture di epidemio-sorveglianza veterinaria, Rete dei Servizi di Medicina del Lavoro, ARPA e Coordinamento *screening*).

I Direttori della Prevenzione fungeranno da supporto ai settori della Direzione Regionale di Sanità affinché siano emanate linee guida e atti di indirizzo finalizzati a garantire l'integrazione delle attività, il recupero di più elevati livelli di efficienza e di efficacia, la riduzione delle disomogeneità di attività inter-ASL e il governo unitario della prevenzione.

Forniranno inoltre funzione di supporto e collaborazione per la pianificazione dell'attività dei servizi, l'implementazione di progetti, la programmazione della formazione, la valutazione di ricaduta sanitaria, l'elaborazione di procedure e linee guida.

Il Coordinamento Regionale si raccorderà con la struttura organizzativa di interfaccia con il CCM per l'attuazione dei Piani nazionali e regionali di Prevenzione, la realizzazione dei progetti CCM, la risposta efficace e coordinata alle emergenze di sanità pubblica.

I Direttori della Prevenzione disporranno di uno staff amministrativo e tecnico per lo svolgimento delle funzioni specifiche in materia di epidemiologia e promozione della salute (eventuali strutture semplici o altre articolazioni funzionali di Epidemiologia e Promozione della Salute saranno poste in staff alla Direzione della Prevenzione).

Alla fine della fase sperimentale sarà proposto all'approvazione regionale il modello organizzativo a regime della Direzione Integrata della Prevenzione e il regolamento di funzionamento e di coordinamento della rete della prevenzione. Il regolamento dovrà contenere le modalità di coordinamento e di interazione con le Di-

rezioni e le strutture aziendali, con la rete dei servizi di riferimento e supporto, con i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione; conterrà inoltre gli strumenti di verifica dell'operato.

Il Direttore della Prevenzione sarà scelto sulla base di specifici requisiti professionali: esperienza lavorativa nel campo della sanità pubblica, curriculum professionale che documenti formazione ed esperienza nel campo della prevenzione e dell'epidemiologia, abilità nell'elaborazione e conduzione di progetti e attività di ricerca.

Dovranno essere valutate necessità di percorsi formativi specifici correlati agli obiettivi della programmazione regionale.

8. FASE SPERIMENTALE

Gli atti aziendali presentati dalle ASR nel mese di giugno e sottoposti al procedimento di verifica ai sensi del DLgs. 502/92 s.m.i. e della DGR n. 80/1700 del 11.12.2000 contengono la previsione della struttura Direzione Integrata della Prevenzione.

Si intende pertanto che, a partire dalla approvazione del presente documento, sarà avviata una fase transitoria di sperimentazione della durata di circa 6 mesi, durante la quale sarà condotta una ricognizione delle attività di prevenzione in essere, delle risorse dedicate e dei modelli organizzativi, con particolare riferimento agli obiettivi definiti nella DGR n. 1-8611 del 16 aprile 2008.

Nella fase sperimentale è opportuno, anche a partire dalle indicazioni della suddetta DGR, che sia attivata almeno una struttura per ogni area di coordinamento sovrazonale, mediante conferimento di incarico.

Durante la fase sperimentale dovranno essere prioritarie:

- la funzione di supporto alla Direzione Regionale Sanità per la costruzione del Coordinamento della Prevenzione;
- la definizione del modello organizzativo a regime;
- la predisposizione di documenti di indirizzo e linee guida per la gestione della funzione a livello ASR.

Costituiranno risultati attesi della fase sperimentale la stesura di:

- relazione delle attività di prevenzione e analisi organizzativa all'interno dell'ACS con particolare riferimento alla DGR n. 1-8611 del 16 aprile 2008;
- documenti di indirizzo per la gestione della funzione a livello di ASL;
- regolamento di funzionamento del Coordinamento Regionale della Prevenzione;
- proposta di piano regionale per la prevenzione.