3a Convention nazionale dei Direttori di Dipartimento
Verona, venerdì 10 marzo 2015

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-12: una opportunità mancata? Quali insegnamenti trarre?

Massimo Valsecchi

Funzione dei piani nazionali

Documenti che ricoprono un rango preminente fra l'insieme degli indirizzi nazionali e regionali

frutto di un faticoso e lungo percorso di discussione e compromessi fra Governo centrale e Regioni e Provincie autonome.

Dovrebbero costituire un punto di riferimento nei confronti di una marcata deriva di iniziative regionali che, complessivamente , è stata valutata dal legislatore talmente divaricante da indurlo a mettere mano alla revisione delle regole generali di suddivisione delle competenze

I tre piani nazionali

- il PNP 2005\2007 ,poi prorogato per gli anni 2008 e 2009
- il PNP 2010\2012, poi prolungato al 2013
- il PNP 2014\2018

All'interno di questo contesto assume rilievo l'incrementata enfasi posta, nel nuovo piano 2014\2018 rispetto ai precedenti, sui ***compiti centrali***, sulle funzioni, cioè, affidate agli organismi centrali;
spero che ciò sia interpretabile come una positiva evoluzione delle modalità di rapporto fra centro e periferia del paese.

modelli di governance

Un primo spunto positivo di tipo metodologico su questo aspetto si ritrova nell'allegato 2 al piano 2010\2012 :

nel Documento per l'attuazione delle linee di supporto centrali è inserita, infatti, una pregevole analisi dei diversi modelli di interazione fra governo centrale e periferico ed è stata inserita una decisa scelta verso il modello di stewardship.

modelli di governance

1 . Il modello del mandato (agency, in inglese): si tratta del modo in cui è stato gestito il sistema sanitario fino a pochi anni fa, nel quale, per esempio, è possibile descrivere il Ministero come mandante e le Regioni come mandatari o esecutori .

2. Il modello della ***stewardship*** : è una strategia di gestione del sistema sanitario che molti Paesi europei stanno adottando e che viene proposta con forza dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Per esempio, in questo modello il Ministero svolge un ruolo di indirizzo e coordinamento, ma anche di interlocutore con le Regioni .

Le Regioni possono assumere lo stesso ruolo - quello di steward-nei confronti delle ASL .

La valutazione critica

Un elemento critico , che riguarda il PNP 2010/2012 è dato dalla sostanziale assenza di una approfondita valutazione critica dei risultati e dei limiti dei piani precedenti.

E' mancata,ad es., un'analisi nei confronti del "Progetto Cuore", (PNP 2005/2007)

Su questo limite c'è, un tentativo di superamento, anche se parziale, nel piano attuale.

Anche, in quest'ultimo, per altro, Il massiccio inserimento nel piano 2010\2012 del tema della Medicina Predittiva resta senza una qualsiasi valutazione sia degli (eventuali) sforzi compiuti sia degli (eventuali) risultati ottenuti.

linee programmatiche e sistema organizzativo

il numero eccessivo di linee programmatiche e di obiettivi specifici inseriti (circa 800 progetti/programmi) ha portato ad una frammentazione del disegno complessivo.

Un ultimo limite relativo al Piano precedente riguarda l'assenza di qualsiasi accenno al sistema organizzativo dei servizi che erogano prevenzione nel Paese.
Mancava così ogni accenno ai Dipartimenti di Prevenzione (limite corretto nell'attuale piano anche su spinta del coordinamento regionale e della SITI) e , di conseguenza, al tema cruciale della presenza o assenza all'interno di un unico Dipartimento di prevenzione dei Servizi veterinari.

Linee di supporto centrali

Non era stato individuato nel tema Prevenzione malattie suscettibili di vaccinazione la necessità di una continuativa campagna nazionale di marketing sulla reale pericolosità delle malattie infettive e sui dati reali di reazioni avverse ai vaccini. Questi due aspetti sono stati ripetutamente evidenziati da numerose nostre ricerche come decisivi per contrastare l'attuale tendenza nazionale delle famiglie a ritardare od omettere la vaccinazione dei propri figli.

Resta assente a questo riguardo fra le azioni centrali mancanti un più vigoroso e continuo contrasto nei confronti di insensati pronunciamenti giudiziari in ambito vaccinale che con molta difficoltà e scarsa efficacia sono avversabili in periferia.

Ambiente e salute

Nel PNP 2010\2012, il forte rapporto (sia positivo che negativo) che esiste fra ambiente e salute viene liquidato velocemente e la programmazione proposta " attivazione di coordinamento e sinergie con ARPA, Province e Comuni al fine di concorrere alla tutela della salute per esposizioni a rischi ambientali" resta del tutto generica.

Viene elusa un'analisi non più rinviabile su quali siano stati i vantaggi e gli svantaggi della separazione organizzativa fra salute ed ambiente voluta dal referendum popolare del 18 aprile del 1993, che tolse le competenze sull'ambiente al Ssn per consegnarlo alle Agenzie regionali protezione ambiente.

Ambiente e salute 2

Donato Greco , Congresso Apulo-Lucano, della SITI, che si è svolto a Lecce dal 19 al 21 aprile2013.

" *Ritenuto positivo il fatto che dal 1993 in poi siano state costruite competenze specialistiche dedicate ai controlli ambientali; tuttavia si è creata una frattura tra competenze sanitarie e ambientali, è cresciuta una normativa ambientalista che ha ignorato le priorità di salute sia in termini di veri rischi per la salute che in termini di rischi presunti ma non provati scientificamente, si è coltivato il principio di precauzione, solido antagonista della scienza e sono state imposte restrizioni ipercautelative e talvolta inapplicabili senza valutarne il negativo impatto sociale e sul mondo della produzione. Ciò ha leso la credibilità del sistema favorendo la crescita ideologie contrapposte".*

urbanistica

sempre nell'ambito del rapporto fra Ambiente e Salute , va annotata l'assenza di interesse (in entrambi i piani) ai determinanti positivi di salute ed in particolare al tema dell'urbanistica che , ancorchè del tutto negletta anche nelle nostra aule universitarie e nella preparazione dei nostri specialisti, resta (come ci ricorda la preziosa tradizione ottocentesca della nostra disciplina) uno snodo vitale per modificare positivamente le condizioni di salute della nostra popolazione.

Evidenza vo’ cercando

L'impegno più volte ripetuto nel PNP 2010\2012 di avere l'EBP come stretto riferimento per le scelte operative è stato immediatamente contraddetto dalla Campagna di comunicazione dei Ministri per le Pari Opportunità e della Salute (27 maggio 2010) per una campagna di screening del carcinoma prostatico; campagna abortita dopo la pubblica reazione di 12 associazioni scientifiche hanno chiesto la sospensione della campagna di disinformazione .

- Ha fatto seguito il confuso e contraddittorio "balletto" di indicazioni sugli accertamenti sanitari ritenuti necessari per praticare attività motoria non agonistica; situazione che ha visto un positivo intervento della SITI.

Evidenza vo’ cercando

Cito questi due episodi perché bene illustrano due punti che mi sembrano vitali :

- la difficoltà , in questo Paese, da parte degli organi centrali e periferici di resistere ad iniziative settoriali non supportate da dati di evidenza ma sostenute da robusti interesse lobbistici.

- la necessità e l’utilità di un serrato e pubblico dibattito critico da parte degli operatori e delle associazioni scientifiche nei confronti delle scelte centrali e regionali.

Il ruolo delle società scientifiche

Alexis De Toqueville:

"penso che semplici cittadini associandosi possono costituire degli esseri molto opulenti , molto influenti e molto forti , in una parola delle persone aristocratiche.

Si otterrebbe(ro) in tal modo molti dei maggiori vantaggi politici dell'aristocrazia , senza le sue ingiustizie né i suoi pericoli.

Un'associazione politica, industriale, commerciale o anche scientifica e letteraria è come un cittadino illuminato e potente , che non si lascia piegare a volontà né opprimere nell'ombra e che nel difendere i suoi diritti particolari contro le esigenze del potere salva le libertà comuni".

Disuguaglianze

Concludo ricordando che Il limite del precedente PNP 2010-2013 che mi pare sia stato in assoluto più pesante è la completa assenza del tema delle disuguaglianze in salute.
Questa critica è , opportunamente, ripresa, anche nel capitolo iniziale del nuovo PNP.
Si tratta, infatti, di un problema di valenza tecnica ed etica , capitale , come abbiamo più volte documentato ed il fatto che sia stato ignorato dimostra , senza bisogno di nessuna altra prova, lo iato che separa (spero di poter dire : separava) la programmazione sanitaria dalla realtà del Paese e dalla necessità che la sanità e la prevenzione contribuiscano a migliorarla .

Disuguaglianze 2

Il nuovo PNP 2014/2018 dedica, ora, largo spazio al problema delle disuguaglianze anche se evita di definirlo, come sarebbe preferibile, uno dei macro-obiettivi del Piano stesso.

Nel PNP attuale è anadato perduto uno spunto prezioso del PNP precedente: quello (al punto 4.7) relativo alle Patologie orali che costituiscono , senza dubbio, uno degli aspetti più negletti delle attuali disuguaglianze nel nostro paese.

Credo, in ogni caso, che l'attenzione, anche se generica, alle disuguaglianze del nuovo PNP debba essere considerato un segno positivo di riavvicinamento al reale della programmazione nazionale ed uno stimolo non eludibile per i dipartimenti di prevenzione ad impegnarsi in questo senso.

Conclusioni

Definire, nel 2015, un realistico piano di prevenzione che serva al Paese , nella particolare e difficile situazione socio-economica che vive, vuol dire ancorare tutte le nostre attività attuali e future a questi tre pilastri che devono diventare le linee guida su cui costruire i piani di Prevenzione Regionali:

A) l'evidenza di efficacia dei provvedimenti assunti e di quelli in programmazione
B) il contrasto delle disuguaglianze di salute.
C) l'identificazione, e le strategie di ripianamento dei differenti livelli di qualità di prestazioni sanitarie erogate nel Nord e nel Sud del Paese