

## **8. Quale prevenzione sul territorio: l'ambiente e la comunità. Carenza nel PNRR di proposte su rilancio/riorganizzazione/rinforzo della prevenzione**

*Ennio Cadum, Maria Grazia Petronio, Mauro Valiani*

### **Premessa**

La Mission 6 del PNRR offre alcune prospettive interessanti anche per la prevenzione e l'epidemiologia. Nella pandemia in corso gli epidemiologi e i medici di sanità pubblica dovrebbero essere particolarmente ricercati ed apprezzati. Abbiamo assistito invece alla preponderante presenza mediatica di clinici e virologi, forse più abili nelle comunicazioni con i media.

In particolare, la seconda *mission* focalizzata nell'investimento "Infrastruttura tecnologica del Ministero della salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria" pare offrire un'occasione che la prevenzione e l'epidemiologia italiana dovrebbero sfruttare al meglio. Nel testo è riportato che il progetto, finanziato con 290 milioni di euro, ha come scopo «il rafforzamento del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), ovvero dell'infrastruttura e degli strumenti di analisi del Ministero della salute per il monitoraggio dei LEA e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria alla popolazione che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico».

L'*Health Prevention Hub* citato nel PNRR in un punto (purtroppo non più ripreso successivamente in altri) è un passaggio importante su cui richiedere precisazioni e fornire indicazioni. Non solo come centro nazionale di riferimento deputato a elaborazione, valutazione e messa in atto di norme, linee guida e politiche di prevenzione (che dovrebbe anche rinforzare le attività di promozione e monitoraggio del pool di informazioni sul modello previsionale nel campo della prevenzione e degli stili di vita) ma anche come

modello replicabile ai livelli regionali.

Al di là delle parole sopra riportate manca chiarezza sugli scopi esatti di questo centro nazionale e dei centri regionali potenzialmente attivabili. Se da una parte la cosa può sconfortare, dall'altra può essere un'occasione di chiarimento e precisazione - anche attraverso l'organizzazione di momenti specifici di confronto sia in ambito AIE che nei Dipartimenti di Prevenzione - e redazione di documenti possibilmente congiunti indirizzati agli esponenti istituzionali, come già attuato in altri momenti della pandemia.

Lo stesso *Hub*, al di là dei timori che si possa rivelare un gestore di un sistema informativo sanitario evoluto e non un centro di coordinamento per la prevenzione e l'epidemiologia, in parte già risponde sotto l'aspetto organizzativo alla domanda "Quali sono le priorità di innovazione del sistema informativo sanitario nazionale? Quali strategie può essere utile sviluppare per guidarne la riorganizzazione in ambito preventivo?"

### **Confronti internazionali**

Le esperienze internazionali (almeno in ambito europeo) sono multiformi. Riportiamo 3 esempi in 3 Paesi paragonabili all'Italia per popolazione e dimensione territoriale.

Particolarmente interessante l'esperienza francese. In Francia nel 2010 viene creata l'ANSES (agenzia nazionale per la sicurezza alimentare, ambientale e del lavoro), che assorbe l'attività, le risorse ed il personale dell'Agenzia francese per la sicurezza alimentare (AFSSA) e dell'Agenzia Francese Sicurezza Ambiente Salute e del Lavoro (AFSSET) (1).

La fusione di AFSSA e AFSSET è il risultato di un lungo processo di confronto fra le due agenzie pubbliche. L'intento perseguito è quello di avere un'unica agenzia sanitaria ed ambientale per valutare, prevenire e tutelare i cittadini contro i rischi nella società moderna. L'Agenzia nazionale per la sicurezza alimentare, ambientale e del lavoro è un ente pubblico sotto il controllo amministrativo dei ministri responsabili della salute, dell'agricoltura, dell'ambiente e del lavoro, articolata in 9 Laboratori regionali.

La missione dell'Agenzia è quella di effettuare la valutazione dei rischi

e fornire alle autorità competenti tutte le informazioni su questi rischi. L'Agenzia garantisce altresì la competenza e l'assistenza scientifica e tecnica necessarie per lo sviluppo delle normative e l'attuazione di misure di gestione dei rischi. Svolge compiti di controllo, di allarme e pronto intervento, definisce, realizza e sostiene programmi di ricerca scientifica e tecnologica e propone alle autorità competenti le misure per tutelare la salute pubblica.

In Germania è presente un'Agenzia Nazionale per la Protezione Ambientale (Umweltbundesamt), mentre l'Ufficio di igiene pubblica (Der öffentliche Gesundheitsdienst), presente nelle circoscrizioni e in alcune grandi città presso l'autorità sanitaria o presso altri uffici della pubblica sanità, è sotto il controllo del Land di competenza, ed è finanziato direttamente dallo stato. Svolge attività di tipo preventivo, di sicurezza alimentare, di sorveglianza infettiva, di assistenza sociale e di promozione della salute. L'integrazione tra le due componenti non è presente, ma sono previste attività collaborative su temi specifici.

Nel Regno Unito si è costituito l'Office for Environmental Protection (OEP) con compiti di indirizzo strategico, che affianca il DEFRA (Department for Environment, Food & Rural Affairs) ministeriale, il quale a sua volta coordina 33 autorità locali. Il DEFRA collabora con le Agenzie Ambientali nazionali di Inghilterra, Scozia e Galles e con il NHS (Sistema Sanitario nazionale), pur rimanendo distinto e con scarse integrazioni con quest'ultimo.

### **Difficoltà regionali e difficoltà di relazioni dei Dipartimenti di Prevenzione con le ARPA**

La situazione italiana, con la presenza di Sistemi Sanitari Regionali (SSR) differenziati tra loro e la compresenza di Agenzie regionali per la Protezione Ambientale (ARPA) distinte, unite con l'Agenzia Nazionale in un Sistema Nazionale per la Protezione Ambientale (SNPA), è particolarmente variegata, con modalità di collaborazione tra Sistema sanitario e Sistema ambientale (ARPA) differenti tra regione e regione. Così ci sono regioni in cui la collaborazione è definita puntualmente sulla base dell'art. 7 quinquies della Legge 229/99 ad altre in cui manca ancora l'accordo regionale previsto dallo stesso articolo.

L'esperienza consolidata - anche nelle realtà in cui le collaborazioni sono più avanzate - è che il livello di scambio di dati ed informazioni non è ancora ottimale; i servizi sanitari ed i Dipartimenti di Prevenzione (DP) devono ancora richiedere le informazioni ambientali di cui necessitano per la prevenzione negli ambienti di vita con note protocollate ufficiali e risposte con latenze anche lunghe.

In particolare, nella partecipazione alle conferenze dei servizi mirate al rilascio delle autorizzazioni per piani e progetti la disponibilità di informazioni di dettaglio in campo ambientale è indispensabile per una valutazione preventiva ottimale dei rischi per la salute e per il rilascio del relativo parere sanitario. Disporre di tali informazioni solo in sede di conferenza e non prima è una criticità irrisolta che genera notevoli problemi al sistema sanitario ed a cui occorrerebbe porre rimedio.

Infine, la carenza di personale è un tratto che caratterizza entrambe le strutture della prevenzione collettiva e della tutela ambientale nel nostro Paese. Su questo punto, dunque sulla spesa corrente, oltre che sugli assetti organizzativi e i programmi, si gioca la gran parte del futuro di questi settori.

### **Prevenzione ed Epidemiologia**

La Prevenzione, nelle sue molteplici articolazioni, necessita di dati ed informazioni sullo stato di salute della popolazione per poter intervenire efficacemente. In un famoso articolo del 2011 Friel affermava "No data, no problem, no action" (2). L'esperienza dell'attuale pandemia ha mostrato come ove l'integrazione e lo scambio di dati tra Dipartimenti di Prevenzione ed epidemiologia è stato costante, anche l'organizzazione e la risposta del Dipartimento è stata adeguata; laddove invece il Dipartimento di Prevenzione non ha avuto informazioni sull'andamento attuale e previsto dell'epidemia sul proprio territorio si è creato più facilmente uno squilibrio organizzativo tra personale necessario e personale disponibile e arruolabile. In alcune regioni (vedi Emilia-Romagna o Friuli) i Dipartimenti di Prevenzione ospitano una propria struttura di epidemiologia, proprio allo scopo di disporre internamente e facilmente delle informazioni indispensabili alla programmazione degli interventi di preven-

zione sul territorio. Anche laddove i servizi di epidemiologia non sono fisicamente all'interno del Dipartimento, tuttavia è importante che vi sia una collaborazione stretta e uno scambio di informazioni; pertanto appare auspicabile o la presenza di una struttura epidemiologica nel Dipartimento di Prevenzione o una cooperazione e continua con scambio di dati con l'osservatorio epidemiologico aziendale.

Abbiamo visto che il *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025* (agosto 2020) rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (*One Health*). Pertanto, riconoscendo che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono interconnesse, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animali-ecosistemi. Anche in considerazione della pandemia da COVID-19, il Piano sottolinea l'indispensabilità di una programmazione sanitaria basata su una rete coordinata e integrata tra le diverse strutture e attività presenti nel territorio, anche al fine di disporre di sistemi flessibili in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di un'emergenza infettiva o ambientale sia per garantire interventi di prevenzione (prevenzione primaria, screening oncologici, vaccinazioni, individuazione dei soggetti a rischio etc.) e affrontare le sfide della promozione della salute e della diagnosi precoce e presa in carico integrata della cronicità. Per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute, il Piano punta su alleanze e sinergie intersettoriali tra forze diverse, secondo il principio della "Salute in tutte le Politiche" e conferma l'impegno nella promozione della salute, quale elemento centrale nelle politiche sanitarie non solo per l'obiettivo di prevenire un limitato numero di condizioni patologiche, ma anche per creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza, resilienza e capacità di controllo (*empowerment*) che mantenga o migliori il capitale di salute e la qualità della vita.

Lo stretto legame tra salute pubblica e ambiente rende necessario un rafforzamento della collaborazione tra Aziende (quanto ci piacerebbe che venisse eliminata la dizione azienda!) sanitarie e Agenzie

ambientali, ma anche conseguenti rivisitazioni nell'assetto istituzionale organizzativo dei servizi. La progettazione di **nuove entità organizzative integrate ambientali-sanitarie a livello locale, regionale e nazionale** si rende necessaria per realizzare quell'attività di prevenzione primaria che consiste nella riduzione dell'esposizione della popolazione a noxae ambientali attraverso la riduzione della loro presenza nell'ambiente esterno, in ambito lavorativo e negli ambienti di vita (case, scuole etc.).

L'integrazione funzionale delle due componenti, ambientale e sanitaria, presuppone altresì una rivisitazione dei rapporti interni delle varie componenti della Prevenzione: la sanità pubblica, la sanità veterinaria e la sicurezza alimentare, l'Igiene e la sicurezza dei lavoratori, l'educazione alla salute, l'epidemiologia (anche e soprattutto ambientale).

Pur tenendo conto delle differenze a livello regionale, a volte molto marcate, queste componenti si sono negli anni sempre di più separate per vari motivi. Tra questi una profonda trasformazione delle attività di prevenzione, centrate in passato sull'attività di valutazione preventiva di piani e progetti, che riguardava tutti gli insediamenti produttivi, ma anche gli strumenti urbanistici, gli impianti sportivi, ricreativi, ricettivi, scolastici.

La valutazione veniva svolta in commissioni multidisciplinari appositamente organizzate, che spesso vedevano anche la collaborazione stabile di operatori delle Agenzie ambientali e che erano in grado di verificare contemporaneamente l'impatto ambientale e quello sanitario da tutti i punti di vista. Queste commissioni hanno rappresentato per anni il fulcro delle attività dipartimentali ed il luogo fisico in cui venivano riportate tutte le attività transdisciplinari.

Accanto a queste un certo grado di libertà nella pianificazione delle attività locali aveva anche consentito negli anni di organizzare progetti integrati di prevenzione, orientati alla mitigazione delle criticità dei singoli territori, che, ancora una volta, coinvolgevano tutte le componenti dei Dipartimenti di Prevenzione e i Dipartimenti di protezione ambientale.

Con la "semplificazione" normativa, che ha favorito l'autocertificazione al posto dell'autorizzazione previa valutazione d'impatto, da

un lato, e con la trasformazione graduale delle attività di prevenzione, sempre più orientate al controllo e quindi alla numerosità degli interventi più che alla qualità degli stessi, dall'altra, le commissioni interdisciplinari sono state svuotate di contenuti e i diversi settori della Prevenzione si sono sempre più dedicati alle specifiche attività trascurando molto l'interazione, nell'illusione che concentrarsi su un singolo settore avrebbe consentito un risparmio di risorse e di tempo ma con il risultato di un impoverimento culturale e di efficacia dei provvedimenti. Altri elementi determinanti per questa separazione sono stati il progressivo depauperamento del personale e la carenza di formazione (demandata quasi totalmente ad un'attività FAD dall'efficacia tutta da verificare).

Dunque, la realtà è andata in una direzione esattamente opposta a quell'integrazione auspicata dagli strumenti di pianificazione sanitari e ambientali, dalle norme e dalla oggettiva constatazione di una necessità di integrazione per affrontare situazioni che non sono classificabili come ambientali o sanitarie o relative all'ambito veterinario o della medicina del lavoro ma che piuttosto richiedono un approccio integrato di tutti questi aspetti.

La pandemia di Covid-19 è un esempio lampante di questa necessità ma anche la prevenzione delle malattie cronico-degenerative, ben più conosciute e da più lungo tempo, avrebbe richiesto un approccio e una gestione integrati. A maggior ragione se, come realmente è accaduto, queste due condizioni interagiscono tra loro (sindemia) e sono entrambe sostenute da fattori di rischio socio-economici ed ambientali, la cui rimozione consentirebbe sicuramente di ridurre il rischio di nuove pandemie e di eliminare almeno il 25% delle malattie cronico-degenerative.

## **Conclusioni**

In conclusione, riteniamo di far nostre le proposte del gruppo 'MSOH' (Mind for One Health) (3):

- **Istituzionalizzare l'approccio *One Health***, anche attraverso un piano generale di riorganizzazione delle attività relative alla protezione dell'ambiente fisico, sociale e della salute, che ponga il tema dei co-benefici (sinergie tra politiche sanitarie ed ambienta-

li) al centro delle attività di prevenzione e preveda ad ogni livello istituzionale e organizzativo il pieno coinvolgimento del Servizio Sanitario Nazionale e del Sistema Nazionale della Protezione Ambientale.

- **Rafforzare e riorganizzare i Dipartimenti di prevenzione** attraverso il reintegro del personale e l'integrazione tra le attività di epidemiologia e di sanità pubblica relative agli ambienti di vita e di lavoro, l'igiene degli alimenti e la medicina veterinaria, le attività dei dipartimenti territoriali delle ARPA. Aggiornare le norme obsolete di sanità pubblica (dettate ancora dal Regio Decreto del 1934) e assegnare ai Distretti le prestazioni di prevenzione rivolte alla persona (vaccinazioni, screening dei tumori, certificazioni varie).

Accompagnare gli interventi di rafforzamento della rete dei servizi sanitari territoriali con una chiara definizione degli obiettivi di prevenzione primaria e di assistenza alla persona orientate al *Chronic Care Model* ridefinendo, in primo luogo, il **rapporto dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con il SSN** e il loro percorso formativo, anche al fine di valorizzare il loro patrimonio di conoscenze e la loro capacità di influenzare i comportamenti individuali e le scelte collettive.

- **Unificare e mettere in rete tutti i laboratori di sanità pubblica** afferenti alle Aziende sanitarie, agli Istituti Zooprofilattici, all'ARPA e all'ISPRA in modo che le indagini ambientali, gli esami tossicologici e microbiologici sull'uomo e sugli animali possano trovare un unico punto di riferimento e di coordinamento.
- **Riorganizzare l'architettura dei sistemi informativi**, nell'ottica di una integrazione con un disegno funzionale collegato al contesto di vita delle persone a cui debbono essere riferiti tutti gli attributi ambientali, economici, sociali e di lavoro, prioritari rispetto alla semplice architettura informatica slegata dal contesto e dai valori, perché basata su dati astratti, in quanto tutta la conoscenza epidemiologica e sul singolo paziente è apprendimento legato a un contesto.

Abbinare gli interventi di ammodernamento delle apparecchiature sanitarie con progetti di **contenimento dell'eccesso di**

**prestazioni inutili**, inappropriate e di scarso valore clinico che rappresentano non solo una delle voci più rilevanti degli sprechi in ambito sanitario, pari al 20-30% della spesa complessiva, ma anche un possibile danno ai pazienti e un danno ambientale evitabile.

- **Ridurre l'impatto ambientale del settore sanitario** attraverso l'adozione di specifici interventi per il risparmio energetico, l'utilizzo di fonti rinnovabili di energia (fotovoltaico, geotermica, eolica) e, compatibilmente con le esigenze di sicurezza degli operatori e dei pazienti, per contenere il consumo e lo spreco di dispositivi medici e di altro materiale sanitario e no.
- **Istituire piani di formazione transdisciplinari** superando la settorialità dei processi formativi e la frammentarietà delle discipline che concorrono a delineare la complessa problematica del binomio ambiente e salute. I piani di studio devono avvalersi della prospettiva sistemica e rivolgersi a diversi ambiti disciplinari: architettura, ingegneria, agraria, chimica, fisica, economia etc. Dato che la salute, secondo l'approccio *One Health* (in una prospettiva di *Planetary Health*), non è una competenza esclusiva del sistema sanitario, non ha senso l'istituzione di una Scuola di Specializzazione in Salute Ambiente e Clima presso i Dipartimenti di Medicina. In coerenza con i principi espressi nei documenti del governo è necessario invece **avviare un piano generale di formazione per tutti i dipartimenti universitari secondo il modello previsto nel documento elaborato dalla Task Force ambiente e salute del Ministero della Salute.**

*“Il dramma ambientale è forse l'occasione per ‘realizzare Keynes’ andando oltre il compromesso keynesiano. L'emergenza climatica ci impone infatti di affrontare contemporaneamente il bisogno di una piena occupazione, uscendo definitivamente dall'ubriacatura neoliberale, e la necessità di ripensare radicalmente il nostro sistema produttivo. Non possiamo cioè prima ritornare a un produttivismo, magari anche più egualitario e inclusivo, e poi ripiassmare il nostro modo di vivere la produzione, la distribuzione e il consumo delle nostre economie. Dobbiamo compiere contestualmente queste due azioni, questa doppia svolta, dei*

*nostri sistemi produttivi. Senza questa ambiziosa, ma indispensabile conversione, temo che le nostre società si frammenteranno sempre di più in un individualismo di non senso e pura competizione”.*

*Gabriele Guzzi, Economia Politica Università Roma Tre,  
esperto economico presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri*

**Bibliografia**

1. <http://www.anses.fr/en/content/presentation-anses>
2. Friel S, Vlahov D, Buckley RM. No data, no problem, no action: addressing urban health inequity in the 21st century. *J Urban Health*. 2011 Oct;88(5):858-9. doi: 10.1007/s11524-011-9616-z. PMID: 21956281; PMCID: PMC3191207
3. [https://www.isde.it/wp-content/uploads/2021/04/Mind-For-One-Health\\_doc-DEF.pdf](https://www.isde.it/wp-content/uploads/2021/04/Mind-For-One-Health_doc-DEF.pdf)