

# Una politica della prevenzione nel progetto dei Sistemi Sanitari Regionali

---

## 1. Introduzione

L'organizzazione del sistema della prevenzione non può prescindere da un percorso di confronto con le professionalità presenti nelle aziende sanitarie, le Istituzioni presenti sul territorio ed i portatori di interesse tra la popolazione.

Tale confronto appare molto importante, poiché la conoscenza della realtà, delle problematiche esistenti e la proposizione di linee di miglioramento non possono non basarsi su chi opera quotidianamente nel Servizio Sanitario. Spetta poi ai decisori politici mettere a confronto questa conoscenza con le istanze del territorio per giungere ad una corretta pianificazione, in funzione anche degli indirizzi derivanti dalla pianificazione a livello nazionale. Molto spesso, purtroppo, le “riforme sanitarie” si sono basate sul lavoro di un limitatissimo numero di esperti, talvolta neppure conosciuti agli operatori e dirigenti delle Aziende Sanitarie, spesso neppure operanti nelle specifiche aree per le quali hanno definito regole e lineamenti organizzativi. E se ciò può essere plausibile in una logica nazionale, ove necessariamente il confronto tra le diverse ipotesi deve essere condotto all'interno di un gruppo tecnico di altissimo livello, necessariamente ristretto, a livello locale la costruzione di un sistema deve partire anche dal coinvolgimento dei soggetti che dovranno interpretarlo operativamente.

Questa nota vuole costituire una riflessione sul contesto in cui gli operatori del Servizio Sanitario si trovano ad operare nei nostri giorni, a fronte degli importanti cambiamenti socio-economici e culturali in atto.

---

## 2. I nodi

Le principali criticità del sistema della prevenzione possono essere affrontate in relazione a tre punti di vista: la prevenzione “istituzionale”, ossia quella derivante dalla necessità di dare attuazione ai principi costituzionali e relativa al “sistema organizzativo”; la prevenzione di fronte all’evoluzione tecnologica, e alle nuove situazioni di rischio derivanti ad esempio dalla diversa organizzazione del lavoro e dalla globalizzazione dei mercati; la prevenzione “globale” di fronte ai mutamenti sociali e culturali della contemporaneità (N.B. tutte queste attività, ovviamente, rispondono a principi costituzionali).

### 2.1. La prevenzione “istituzionale”

La prevenzione “istituzionale”, derivante dai principi costituzionali e relativa al sistema organizzativo (L. 833/78, D.Lgs.vi 502/92 e 517/93, soprattutto, e successivi Piani sanitari in funzione anche dello sviluppo della normativa europea), si articola con la declinazione delle strutture e soprattutto delle attività che rappresentano il nucleo indispensabile su cui si fonda la garanzia della salute dei cittadini; attività spesso date per scontate, poco conosciute dalla popolazione generale e, peggio ancora, spesso presentate come un freno o un vincolo per lo sviluppo anche da politici di rilievo nazionale. Può essere ricordata a proposito una dichiarazione dell’agosto 2010 (Berghem fest) di un Ministro, che si riferiva al D.lgs. 626/94 come *“un lusso che non possiamo permetterci. Sono l’Unione Europea e l’Italia che si devono adeguare al mondo”*.

Frase esemplare - e non in positivo - per molti aspetti, anche se poi in parte smentita come intenzione. Ma la stessa citazione di una norma di fatto abrogata due anni prima (con il D.lgs. 81/08) dava il segno di quanto nell’immaginario collettivo, e non solo, si consolidasse l’idea che fosse stata la normativa europea (di cui il decreto legislativo 626 era appunto il paradigma) a paralizzare l’industria imponendo mille obblighi per la sicurezza (e su ciò si potrebbe riflettere molto, in un Paese che con il D.lgs. 758/94 aveva visto radicalmente cambiare l’approccio dello Stato alla prevenzione negli ambienti di lavoro), sia, d’altra parte, perché insinuava pesantemente il principio che la salute avesse un prezzo e che, dopotutto, se nei Paesi emergenti (all’epoca i BRIC, Brasile - Russia - India - Cina, tutti extraeuropei) la salute dei lavorato-

ri era un *optional* da posporre al lavoro ed al profitto, allora dovrebbero essere l'Europa, e l'Italia, a doversi adeguare, minando con ciò - nel nostro Paese - la base di principi costituzionali.

Viceversa, questa prevenzione "istituzionale" derivante dai principi costituzionali, è basata su attività essenziali: il controllo della filiera alimentare, degli allevamenti zootecnici, la prevenzione delle malattie infettive trasmissibili, la sicurezza sul lavoro, la tutela della salute di fronte all'inquinamento ambientale, le attività di competenza medico-legale per la tutela delle persone, la sicurezza degli impianti, la promozione di corretti stili di vita, ecc. (si precisa che la previsione di queste attività non deriva unicamente dalle norme citate). Tutte attività da declinarsi in specifiche strutture, organizzate necessariamente in modo capillare sul territorio.

L'organizzazione "storica" delle attività preventive, seppur datata, appare tuttora indispensabile nella sua forma territoriale, ma ha evidenziato negli ultimi anni molti limiti, in particolare per un suo mancato aggiornamento di fronte all'emergenza di nuove - o in precedenza non adeguatamente affrontate - problematiche, quali le mutate abitudini di vita (le cui conseguenze possono essere rilevate, ad esempio, nell'aumento dell'obesità, del diabete, ecc.), l'aumento dell'età della popolazione (con l'emergenza di nuove fragilità, con conseguenti diverse esigenze del cittadino anziano), i flussi migratori legati al mutare del contesto internazionale, a guerre, a povertà, le sempre più importanti problematiche di salute legate all'inquinamento ambientale; accanto ad altre problematiche importantissime, evidenti, ma mai affrontate con la stessa sistematicità sino a non molti anni fa, quali ad esempio gli infortuni negli ambienti di vita (tra gli incidenti, quelli domestici rappresentano la maggior causa di morte in Italia), il calo delle adesioni vaccinali, con la ricomparsa di malattie infettive trasmissibili ormai ritenute scomparse nell'immaginario collettivo, ecc..

## **2.2. La prevenzione di fronte alle nuove situazioni di rischio**

Gli aspetti della prevenzione di fronte all'evoluzione tecnologica e alle nuove situazioni di rischio (anche in funzione della diversa organizzazione del lavoro e del mercato globale) sono storicamente affrontati con difficoltà dal Servizio Sanitario Nazionale, più concentrato sulle attività primarie essenziali, senza le quali crollerebbe la sicurezza della popolazione (vaccinazioni, controlli sugli alimenti, vigilanza, ecc.) e, in tal

senso, si può affermare che anche i SSR sono in parte disarmati nell'affrontare situazioni complesse, quali inquinamenti industriali, nuove organizzazioni del lavoro, nuove tecnologie, non necessariamente riferite a realtà di importanti dimensioni.

Se prima del D.lgs. 626/94, infatti, gli stessi SPSAL (Servizi per la Prevenzione e la Sicurezza negli Ambienti di Lavoro) erano dotati di laboratori che permettevano di valutare i livelli di esposizione a rischio, la dismissione degli stessi e la delega - inizialmente ai PMP e poi all'ARPA - dell'attività di igiene industriale, con una risposta dapprima inadeguata e successivamente assente, ha portato, assieme ad una maggior complicazione degli aspetti formali (e per questo aspetto la citata dichiarazione del Ministro può essere condivisa), ad un sostanziale impoverimento delle attività e ad un loro appiattimento sulla verifica degli aspetti puramente organizzativi/formali, lasciando incompiuta l'importantissima verifica della corretta valutazione dei livelli di rischio presenti. Di fronte ad una valutazione, ad esempio, di un inquinamento da solventi, l'unica possibilità per molte strutture è quella di disporre una rivalutazione dei livelli di concentrazione dell'inquinante da parte del datore di lavoro, e non quella di misurare direttamente se l'iniziale valutazione fosse corretta.

### **2.3 La prevenzione “globale”**

Per quanto riguarda poi la risposta in termini di interventi preventivi e di contrasto dei fattori di rischio collegati a mutamenti socio-culturali, essa dovrebbe essere radicalmente ristrutturata. Ad esempio, l'emergere prepotente dell'inadempienza vaccinale e della subcultura che spesso l'accompagna ha trovato risposta soltanto negli ultimi anni, e ha avuto un'importante accelerazione con il recente D.L. 73/2017 (e s.m.i.) necessita però di una riorganizzazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione, con la previsione di adeguate risorse e di modelli organizzativi che prevedano un rapporto sempre più stretto con i Pediatri di libera scelta, i Medici di Medicina Generale, le Strutture delle stesse Aziende Sanitarie (Distretti *in primis*, ospedali/strutture di pediatria, ecc.), oltre che con le Istituzioni presenti sul territorio (Comuni, Scuola, ecc.), i media, e i portatori di interesse.

Tale risposta dovrebbe essere fornita con la reale fusione in rete di tutti i soggetti pubblici che possono concorrere alla fondamentale, complessa azione di promozione della salute (Conferenza di Ottawa 1986, Carta di Tallin 2008), senza frammentazioni ed isolamenti nell'organiz-

zazione del SSR, senza “incistamenti” in funzione di presunte specificità e competenze, che invece rappresentano le risorse essenziali del piano globale degli interventi di promozione della salute. E a questo proposito va evidenziato come gli stessi Dipartimenti di prevenzione rappresentino forse l'esempio più chiaro di cosa significhi lavoro in rete, un esempio di collaborazione ed integrazione strutturato e non funzionale, nell'attività sul territorio delle ASL.

Appare necessario stabilire le esigenze, definire un percorso, precise risorse, programmi che prevedano un'informazione basata su strumenti che le Aziende Sanitarie spesso non possiedono, ma che necessariamente devono acquisire, in rete con i media e le altre Istituzioni (Università *in primis*).

Un altro esempio attualissimo è rappresentato dall'emergenza dell'arrivo di migranti, cui le Aziende Sanitarie stanno facendo fronte senza che sostanzialmente siano state previste risorse adeguate, spesso senza che neppure ci siano spazi idonei a svolgere l'attività richiesta.

Per le diverse attività che esso svolge, e per la complessità delle problematiche affrontate, il Dipartimento di prevenzione non ha eguali nel Servizio Sanitario. Esso si interfaccia peraltro con un'utenza estremamente complessa, dal singolo cittadino alle Istituzioni/Enti, dalle aziende alle parti sociali, dalla magistratura e dagli organi giudiziari alla prefettura. Perché dunque esso possa conseguire i suoi obiettivi di salute, è essenziale la collaborazione di tutte le professionalità nelle diverse discipline presenti al suo interno, che da sole sarebbero assolutamente inadeguate al bisogno. L'ipotesi quindi di scorporare una singola professionalità del Dipartimento di Prevenzione al di fuori del complesso unitario di competenze e conoscenze interdisciplinari presenti nello stesso comporterebbe una perdita di conoscenze tale da limitare enormemente il suo essenziale contributo alla prevenzione.

---

### 3. Le soluzioni

I tre diversi aspetti della prevenzione fin qui sommariamente delineati comportano dunque necessariamente risposte che devono svilupparsi su diversi piani: attività preventiva “di base”, *ex-legibus*, garanzia dei LEA e degli elementi essenziali della sicurezza del cittadino, necessario riferimento per l'utenza; attività di prevenzione “di secondo livello”, mirata ad affrontare problematiche estremamente complesse e/o settoriali, interessan-

ti anche diverse aree della Regione; attività di promozione della salute e di prevenzione di fronte al mutamento della società, della cultura del cittadino e della catena dell'informazione.

### **3.1. Attività preventiva “di base”**

L'attività preventiva “di base” deve necessariamente essere radicata sul territorio, in quanto se condotta su scala eccessivamente vasta perderebbe efficacia, e non fungerebbe da necessario riferimento per l'utenza (controllo della catena alimentare, riferimento per il lavoratore e l'imprenditore, riferimento per il cittadino sugli aspetti medico-legali e legati a situazioni ambientali, vaccinazioni, ecc.), né sarebbe supportata dalle istituzioni locali. D'altro canto, indipendentemente dall'ampiezza del territorio servito, il comune denominatore è rappresentato dalla complessità delle problematiche da affrontare e dalla necessità di avere una massa critica di conoscenze legate a professionalità diverse senza la quale il sistema diventerebbe inefficace. La distribuzione territoriale dei Dipartimenti, e parte della loro strutturazione per specifici aspetti, dovrebbe dunque essere fondata principalmente su considerazioni di adeguatezza territoriale (in grado di rispondere, di fungere da riferimento capillare), e di omogeneità dell'area servita in funzione dei bisogni della popolazione.

### **3.2. Le realtà più complesse**

Questa organizzazione “di base”, tuttavia, non sempre è sufficiente per affrontare correttamente problematiche estremamente complesse e/o settoriali, ad esempio problemi di inquinamento legati ad insediamenti industriali complessi, a situazioni di rischio lavorativo emergenti, a situazioni di rischio che si ritengono non correttamente o non completamente valutate; così come non pare rappresentare un modello efficace nell'affrontare situazioni che interessano aree diverse, non coincidenti con il territorio di competenza di una singola Azienda Sanitaria (si pensi alla problematica legata alla sicurezza in ambito portuale o aeroportuale, ma anche alla diversa importanza dell'agricoltura tra le diverse ASL, ad aree di confine interessanti ASL diverse che affrontano problematiche legate all'arrivo di migranti, ecc.).

Allo stato attuale la risposta che il Servizio Sanitario dà a queste problematiche spesso è inadeguata, o si basa su pure formalità senza che i problemi siano affrontati compiutamente. Si pensi, quale esempio eclatante, all'in-

cidente alla Thyssen Krupp (le dichiarazioni di un tecnico dell'ASL, riportate dai giornali, nelle quali lo stesso dice che non sarebbero stati in grado di prevedere l'incidente neppure se fossero andati molto più spesso in azienda, sono clamorose, ma assolutamente reali e riassumono l'"impotenza" di questo sistema ad affrontare problemi molto complessi).

Ecco che per queste fattispecie si rende dunque forse necessario ipotizzare la costituzione in coordinamento tra i Dipartimenti di Prevenzione regionali - magari anche ricorrendo a risorse aggiuntive non necessariamente di rilevante impegno - di *nuclei operativi ad alta specializzazione* che possano *agire su aree regionali diverse* o anche su base interregionale, in caso di situazioni territoriali caratterizzate dalla presenza di un particolare rischio comune. Nuclei che dovrebbero possedere *know how* e strumentazione adeguati. Questa logica, già praticata di fatto con il REACH, ha dimostrato di poter essere seguita con buoni risultati. Un esempio in questo senso può essere fornito dal gruppo tecnico della ASUI di Trieste, che opera nell'ambito del Comitato degli Organi Ispettivi del porto di Trieste, e che potrebbe seguire anche tutti gli altri porti della Regione, di minore dimensione; così come potrebbe essere possibile che operatori di una o più aziende sanitarie con una forte presenza di aziende agricole possa seguire anche quelle, di numero limitato, presenti nella provincia di Trieste.

L'ipotesi di organizzare a livello regionale, presso due o tre ASL, dei nuclei tecnici che possano effettuare indagini di igiene ambientale ed industriale di primo livello appare una scelta ineludibile se si vuole impostare un'azione di prevenzione efficace, mirata a specifici rischi, senza che la stessa si appiattisca su aspetti meramente formali. Tali nuclei dovrebbero peraltro avvalersi, per problematiche di salute estremamente complesse, della collaborazione di tecnici esterni al SSR, quali quelli dell'ARPA (con cui di regola si collabora), ma anche dell'Università o referenti del mondo del lavoro (si pensi agli effetti legati all'inquinamento, ma anche all'igiene e sicurezza sul lavoro, ecc.).

### **3.3 Adeguamento delle attività al mutamento della società**

In merito infine alla necessità di adeguare l'attività di prevenzione al mutamento della società, della cultura del cittadino e del modificarsi della catena dell'informazione, si possono semplicemente fare alcuni esempi.

L'aumento dell'età della popolazione, con l'emergere di fragilità e di disgregazione familiare, l'emergenza del problema obesità, la diminuzione

dell'adesione vaccinale, la precarietà nel mondo del lavoro, gli imponenti flussi migratori determinati da guerre e povertà e la conseguente compresenza di componenti culturali diverse, una catena dell'informazione che spesso veicola messaggi errati, ecc., non possono trovare un'adeguata risposta se non con l'attivazione di una fortissima componente di rete tra le diverse istituzioni, attribuendo a tutte le Strutture coinvolte (si pensi al Dipartimento di Prevenzione, ma anche ai Distretti, ai Pediatri di libera scelta ed ai Medici di Medicina Generale, ai reparti ospedalieri di pediatria, ai consultori, ai Comuni, alle scuole, ecc.) la precisa responsabilità di fornire un'informazione corretta e condivisa, prevedendo un impegno mediatico necessariamente diverso dall'attuale.

L'informazione attraverso canali televisivi, *spot* su siti *web*, *social*, radio e televisione appaiono ormai come strumenti inevitabili per la promozione della salute e la diffusione di una corretta cultura della prevenzione. Di fronte alla pervasività e alla raffinatezza dei messaggi pubblicitari di prodotti nocivi per la salute o che promuovono stili di vita dannosi, del tutto inadeguata risulta la vecchia maniera di condurre gli interventi comunicativi da parte del SSN (*dépliant* spesso autoprodotti nei consultori e nei centri di vaccinazione, con una grafica poco efficace o addirittura disturbante, ecc.), e il coinvolgimento, il ricorso, ad esperti del settore della comunicazione appare assolutamente ineludibile.

---

## 4. Conclusioni

Il mondo del lavoro, dell'impresa, i lavoratori ed i cittadini chiedono un sistema di regole chiare, anche se severe, che diano loro certezza nell'operare, che siano uguali per tutti, che vengano fatte rispettare con interventi di vigilanza percepiti come sistema di giustizia, di equità, di regolazione della concorrenza sleale, e non come mero apparato vessatorio, in un quadro sanzionatorio che spesso equipara il piccolo commerciante al direttore di una grande industria ad alto rischio (che, nel quadro normativo attuale, può ricevere una sanzione minore rispetto ad una piccolissima S.n.c. a conduzione familiare, quale il negozio di frutta e verdura sotto casa, i cui titolari, ad esempio, tutto percepiscono, meno che l'aspetto della delega - sostanziale - nella catena delle responsabilità).

Ma proprio su questi aspetti l'intervento pubblico per molti anni non si è rivelato soddisfacente, e spesso ha delegato di fatto al privato il suo



ruolo di riferimento. Il percorso di semplificazione intrapreso, assieme alla definizione di strumenti/strutture di riferimento per le imprese ed i cittadini, non può limitarsi ad un sovrapporsi di norme e regole che modificano altre norme e regole, talora senza sostituirle completamente. Si pensi ad esempio alla normativa relativa alla problematica alcol e lavoro, che coinvolge aspetti amministrativi e penali, oltre che contrattuali, di fonte quindi completamente diversa, spesso con implicazioni e limiti diversi (D.lgs. 81/08, L. 125/2001, D.Lgs. n. 285/1992, Accordo Stato-Regioni e Province autonome del 16.3.2006, Linee guida regionali, Contratti di lavoro, ecc., e loro aggiornamenti e modifiche), dove, per un'interpretazione corretta, si deve ricorrere ad un giurista (con affetto verso i giuristi, ma talvolta serve anche qui un interprete) e le proposte di semplificazione appaiono talora peggiori delle norme esistenti.

Infine, i programmi di sanità pubblica dovrebbero certo essere supportati da dimostrate evidenze di efficacia (*Evidence Based Prevention*), tuttavia talvolta solo le azioni preventive che si traducono in atti assimilabili a quelli sanitari (ad esempio, interventi di profilassi e *test* diagnostici usati come *screening*) possono essere sottoposte a studi di efficacia analoghi a quelli sviluppati nel campo della EBM clinica, mentre questioni metodologiche connesse alla necessità di tempi lunghi di osservazione, all'ubiquità di alcune esposizioni, alla rarità di alcuni eventi attesi, rendono difficili se non improponibili non solo gli studi di efficacia, ma anche quelli eziologici, in molti campi della prevenzione (si pensi ad alcuni rischi ambientali, ma anche ad alcuni rischi alimentari).

Per tali motivi, nell'ambito di alcune azioni preventive è necessario intervenire sulla base del principio di precauzione, anche in assenza di comprovati studi di efficacia, ma sulla base di evidenze scientifiche che dimostrino un potenziale rischio, perseguendo buone pratiche condivise (cit. Marco Petrella, Dipartimento di Prevenzione, Azienda USL 2 dell'Umbria, Perugia). Ed è questa necessità di analizzare, proporre e costruire un sistema di condivisione e diffusione delle conoscenze, supportato da una competenza epidemiologica adeguata su scala anche locale, in rete con il sistema regionale, che deve connotare il Dipartimento di Prevenzione del futuro, nell'ambito di un collegamento costante con l'Amministrazione Regionale e Nazionale che porti all'adozione delle corrette azioni preventive anche in presenza di rischi emergenti.

Ciò non può esimere comunque dall'obbligo di svolgere una rigorosa verifica delle attività, anche perché ciò permetterebbe la condivisione dei

metodi tra gli attori di tali attività e l'utilizzo di informazioni già acquisite, spesso faticosamente, al fine anche di evitare duplicazioni, e valutare correttamente le strategie future.

*Si ringrazia della collaborazione e del contributo metodologico il Dr. Francesco Calamo-Specchia, Coordinatore nazionale dell'Osservatorio Italiano sulla Prevenzione.*

---

Nel confronto tra le diverse realtà nazionali che perseguono problematiche comuni, uno strumento quale l'OIP - Osservatorio Italiano sulla Prevenzione, attivato dalla Fondazione Smith Kline e dalle principali Società scientifiche della Sanità pubblica italiana (SItI, SNOP, SIMEVEP) - appare estremamente utile, permettendo un confronto ampio e costante tra gli operatori della Sanità pubblica di tutt'Italia. Confronto che raccoglie anche la soggettività degli operatori dei Dipartimenti di prevenzione<sup>1</sup>, alla base spesso delle motivazioni degli stessi e del buon funzionamento del sistema. L'OIP si propone inoltre di attivare una serie di *Consensus conference* con gli operatori delle diverse professionalità operanti nei dipartimenti di prevenzione e di stimolare sperimentazioni di progettazione partecipata<sup>2</sup> con i cittadini, che valgano a introdurre nella formulazione delle ipotesi organizzative del Dipartimento le aspettative e i giudizi della popolazione servita<sup>3</sup>.

---

1. Calamo-Specchia, F., Nicelli A.L., Valsecchi M., L'Osservatorio italiano prevenzione (Oip) 2015: storia, risultati, prospettive, in (a cura di) Bassi, M., Calamo-Specchia, F., et. al., Rapporto prevenzione 2015 - Nuovi strumenti per una prevenzione efficace, pag. 13-108, Franco Angeli editore, 2015

2. "Alcune tecniche partecipative possono essere particolarmente utili, quali: 1) strumenti per l'ascolto dei cittadini e dei gruppi di interesse (interviste, questionari, osservazione partecipante, *focus group*, *brainstorming*, *camminata di quartiere*, ...); 2) pratiche di consultazione e interazione costruttiva (tavoli di lavoro/consulte, *workshop* tematici, *forum* telematici, *future search conference*, *world café*, *open space technology*, laboratori progettuali, *metaplan*, analisi SWOT, ecc.); 3) tecniche per il raggiungimento di conclusioni condivise e promozione di processi deliberativi (*town meeting*, giurie dei cittadini, *deliberative polling*, ecc.). Utilizzando tali tecniche, particolare cura deve essere posta ai linguaggi e ai saperi, alle dinamiche di potere e ai conflitti di interesse, ai significati attribuiti, alla definizione di una visione condivisa dell'oggetto di lavoro e dei problemi da affrontare; così che sia possibile prefigurare scenari, dar seguito alle proposte che emergono e costruire un impianto di valutazione che permetta a promotori e partecipanti di leggere unitariamente il processo di lavoro". Maria Elena Coffano, *Promozione della salute e modelli di cambiamento*, in (a cura di) Francesco Calamo-Specchia) *Manuale critico di sanità pubblica*, Maggioli, 2015

3. Francesco Calamo-Specchia, Coordinatore nazionale Oip, V Convention nazionale dei Direttori dei Dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie italiane, comunicazione orale su: Osservatorio italiano della prevenzione, Senigallia, 31 marzo 2017

---

## Breve schema di sintesi

<p><b>1. La prevenzione “istituzionale”, quella derivante dai principi costituzionali, ma relativa al “sistema organizzativo”</b></p>	<p>→ La distribuzione territoriale dei Dipartimenti di Prevenzione non può non tener conto della necessità di rappresentare un riferimento diretto per l’utenza e le istituzioni presenti, se questo filo viene perso a fronte di aree di competenza troppo vaste la risposta non può che diventare inadeguata</p>
<p><b>2. La prevenzione di fronte all’evoluzione tecnologica, alle nuove situazioni di rischio anche in funzione della diversa organizzazione del lavoro e del mercato globale</b></p>	<p>→ Allo stato attuale la risposta che il Servizio Sanitario dà a queste problematiche spesso è inadeguata, o si basa su pure formalità senza affrontare correttamente i problemi. Opportuno costituire nuclei ad alta specializzazione che possano agire su aree regionali diverse, anche ricorrendo di volta in volta a risorse aggiuntive per specifiche situazioni estremamente complesse (situazioni eccezionali)</p>
<p><b>3. La prevenzione “globale” di fronte ai mutamenti della società, della cultura</b></p>	<p>→ Adottare una politica a fortissima componente di rete tra le diverse istituzioni, con attribuzione di responsabilità a tutte. Adeguate l’attività di promozione della salute a fronte del mutamento della società, della cultura del cittadino e del modificarsi della catena dell’informazione. Utilizzo di mezzi di comunicazione a livello sovra aziendale utilizzando i canali di informazione che possono incidere sulla percezione di tutte le fasce di popolazione (anche televisione, <i>web</i>)</p>
<p>Altri aspetti</p>	
<p><b>Il mondo del lavoro, dell’impresa, i lavoratori ed i cittadini chiedono un sistema di regole chiare, anche se severe, che diano loro certezza nell’operare, che siano correttamente proporzionate alle azioni, che possano essere percepite non come un sistema vessatorio</b></p>	<p>→ Necessità di semplificazione e trasparenza. Necessità di assistenza. Individuazione di strumenti/strutture di riferimento per le imprese, con una collaborazione diretta con gli organismi paritetici o supplendo agli stessi ove non presenti. Azione concordata con le Organizzazioni di categoria</p>
<p><b>Raccordo funzionale Dipartimento di Prevenzione - Distretto</b></p>	<p>→ Implementare strumenti di coordinamento tra le strutture e definire obiettivi trasversali. Sviluppare la cooperazione nella progettazione ed attuazione di programmi comuni a forte integrazione orizzontale tra comparto sanitario, sociale e rappresentanze degli Enti locali e delle Associazioni</p>

### **Quanto tracciato, si deve basare su:**

- Reale conoscenza del territorio, discussione sulle sue specificità
- Analisi delle risorse necessarie alla prevenzione nelle diverse aree
- Analisi delle reti necessarie e delle strutture/azioni possibili su scala diffusa o regionale
- Investimenti a sostegno della progettualità multiprofessionale e multidisciplinare