

Novità nei Livelli Essenziali della Prevenzione Collettiva e della Sanità Pubblica

di Paolo D'Argenio

Dopo 15 anni dal DPCM 26/2001 che li definì per la prima volta, sono stati aggiornati i livelli essenziali di assistenza (LEA) ed è stato diffuso il testo del nuovo DPCM che all'articolo 2 individua i LEA della prevenzione collettiva e della sanità pubblica, descritti per esteso nell'allegato 1. Le novità principali riguardano la denominazione, l'aggiornamento dei servizi che devono essere offerti alla popolazione e l'impianto logico.

La denominazione del livello, che originariamente era "Assistenza Sanitaria Collettiva in ambiente di vita e di lavoro", è stata riformulata in modo da indicare con immediatezza la missione cioè la salute pubblica e affermare il principio ispiratore, quello di prevenzione. In considerazione del fatto che la prevenzione è un approccio sistematico comune a tutti i livelli dell'assistenza, la qualificazione *collettiva* la differenzia dalla prevenzione clinica o individuale¹. Pertanto la nuova denominazione è: Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica², cioè a dire programmi di salute rivolti alla popolazione.

L'aggiornamento dei servizi essenziali previsti ha tenuto conto dei grandi cambiamenti avvenuti in questi 15 anni: da un lato, siamo diventati sempre più consapevoli dell'importanza delle malattie croniche e dei fattori di rischio ambientali, sociali e comportamentali associati ad esse, dall'altro il nostro Sistema Sanitario è cambiato con l'aziendalizzazione e il decentramento a seguito della riforma del titolo V della Costituzione. Inoltre, i servizi della sanità pubblica italiana sono stati attraversati da una esigenza di rinnovamento per realizzare una prevenzione sempre più basata su prove di efficacia, per semplificare e sburocratizzare la pratica e dotarsi di modelli organizzativi che privilegino la cooperazione **tra** discipline e **tra** strutture diverse, tra amministrazioni e tra vari settori della società.

Il DPCM 26/2001, suddivideva le prestazioni del Livello di Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro in 7 aree, individuate con lettere maiuscole da A a G. L'attuale proposta suddivide il livello in 8 aree. Il confronto è riportato nella tabella seguente.

Tab. 1 Differenze tra la classificazione dei livelli essenziali di assistenza (livello 1) prevista dal DPCM 26/2001 e quella dell'attuale proposta di revisione all'attenzione della Conferenza Stato/Regioni

Aree del Livello Assistenza Sanitaria Collettiva in ambiente di vita e di lavoro (DPCM 26/2001)		Aree del Livello Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica nell'attuale revisione	
A	Profilassi delle malattie infettive e parassitarie	A	Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
B	Tutela della collettività e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di vita,	B	Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati

¹ La prevenzione collettiva include interventi rivolti alle comunità o modifiche del sistema sociale, oltre a interventi, come alcune vaccinazioni, che attraverso il trattamento di individui mirano a modificare la circolazione di agenti patogeni e ridurre i rischi infettivi per l'intera popolazione, e anche veri e propri interventi di prevenzione individuale, come gli screening oncologici, quando attuati con programmi organizzati che hanno l'obiettivo di ridurre la mortalità nella popolazione.

² La sanità pubblica può essere definita come: "la scienza e l'arte di prevenire le malattie, prolungare la vita e promuovere la salute attraverso azioni sociali organizzate: politiche, piani, programmi, progetti, servizi". Acheson Report. *Public Health in England: the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*. (Cm. 289). London: HMSO, 1988.

	anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali		
C	Tutela della collettività e dei singoli dai rischi infort-unistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro	C	Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro
D	Sanità pubblica veterinaria	D	Igiene e Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori
E	Tutela igienico sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale	E	Vigilanza e controllo degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, igiene urbana veterinaria
F	Attività di prevenzione rivolte alla persona, vacci-nazioni obbligatorie e raccomandate; programmi di diagnosi precoce; medicina dello sport	F	Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening
		G	Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale
G	Attività di medicina legale	H	Valutazione medico legale degli stati di disabilità e per finalità pubbliche

I principali cambiamenti sono:

- Costituzione della nuova area di Sorveglianza e Prevenzione delle Malattie Croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e gli screening oncologici;
- Eliminazione dell'area relativa alle attività di prevenzione rivolte alla persona: le vaccinazioni sono ricomprese nell'area di prevenzione dei rischi infettivi, mentre gli screening oncologici nella nuova area di prevenzione delle malattie croniche;
- Costituzione della nuova area di Sorveglianza e Prevenzione Nutrizionale
- Aggiornamento della terminologia per legare strettamente le attività di Sorveglianza a quelle di Prevenzione e Controllo.

Con questi cambiamenti, le aziende sanitarie e i servizi della sanità pubblica italiana vengono chiamati a concentrarsi sui principali problemi di salute del paese, a utilizzare il loro radicamento, i rapporti con altre istituzioni o settori ed i loro strumenti di intervento tradizionali per orientare la comunità (ad esempio con i profili di salute, i report informativi), per mobilitarla verso obiettivi di salute (ad esempio con accordi, adozione di regolamenti come quelli per il contrasto al fumo, campagne di mobilitazione sociale) .

Lo schema logico è stato fortemente innovato. I livelli essenziali di assistenza del 2001 erano stati costruiti attorno alla nozione di prestazione assistenziale; questa implica una richiesta avanzata da un individuo che intende beneficiarne, ad un professionista o a una struttura sanitaria, uno schema derivato dalla clinica. Al contrario, l'azione della sanità pubblica è, di solito, proattiva cioè intrapresa su iniziativa dei servizi sanitari, a ciò indotti da una disposizione normativa o dall'individuazione di particolari rischi o bisogni di salute della collettività e persegue obiettivi di salute a vantaggio della collettività, attraverso la riduzione dei rischi ambientali, infettivi, occupazionali, comportamentali, e/o l'aumento delle difese della popolazione.

In questi anni, il fatto che i LEA fossero basati sulla sola nozione di prestazione, ha obbligato a notevoli contorsioni sia per includere attività tipiche della sanità pubblica (ad esempio quelle di sorveglianza), sia per valutare la produttività dei servizi.

Ad esempio, un incremento delle notifiche di malattie trasmissibili comporta l'aumento delle inchieste sui casi e quindi della produttività del servizio di Igiene, anche se rappresenta soprattutto un peggioramento delle condizioni di salute. Con questo ragionamento può succedere che, a seguito di un'epidemia di morbillo, il servizio responsabile riceva un encomio.

Al posto della prestazione, il nuovo DPCM mette al centro il *programma* di sanità pubblica che viene articolato in *componenti* che specificano le principali linee di attività. Infine le *prestazioni* traducono le linee di attività in azioni o prodotti finali il cui beneficiario è la collettività. Importanti alcune forme quali audit, attività di comunicazione, report informativi e rendicontazioni ai cittadini, operatori e istituzioni

Questa tripartizione non modifica sostanzialmente la classificazione per funzioni prevista nel DPCM 29/2001 ma, mentre le funzioni sono invalutabili, i programmi di salute pubblica sono potenzialmente valutabili in termini di processo (componenti del programma), di prodotti o risultati e, in alcuni casi, anche in termini di raggiungimento degli obiettivi di salute. Inoltre, all'interno del nuovo schema, alcune delle funzioni previste dal DPCM 29/2001, trovano una più adeguata collocazione, altre sono meglio specificate o valorizzate, altre ancora sono state eliminate in quanto non più coerenti con l'attuale contesto normativo o organizzativo di riferimento.

Alcune considerazioni aggiuntive servono a chiarire l'importanza del nuovo schema. Il concetto di *programma* è flessibile e si adatta meglio di quello, per altro, simile di *servizio* per essere applicato a diversificate attività organizzate, inclusi interventi che consistono di servizi direttamente gestiti, sforzi di mobilitazione della comunità, sistemi di sorveglianza, azioni per lo sviluppo di politiche sanitarie, accordi per l'adozione di regolamenti, investigazione di focolai epidemici o rischi ambientali, campagne di comunicazione, attività di formazione, programmi di aggiornamento ed educativi.

Un ulteriore vantaggio è che possono essere incluse attività basate sulla cooperazione di molteplici soggetti (ad esempio un programma per la promozione dell'allattamento al seno può essere portato avanti dagli ospedali, dai consultori materno infantili, dai pediatri, valutato nei centri vaccinali e coordinato dal servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione). Ed, infine, il programma è frutto di un'attività di programmazione che include la definizione degli obiettivi, i protocolli di azione e i sistemi di valutazione una caratteristica che favorisce l'inclusione delle attività di sanità pubblica nella programmazione dell'azienda sanitaria locale.

L'esame delle tabelle riportate nell'allegato 1 permette di individuare alcuni **punti critici**.

L'architettura della nuova classificazione risente della complessità della revisione che si è basata sul contributo di diversi gruppi a livello nazionale, regionale e locale: dai Dipartimenti del Ministero salute al CCM e al Coordinamento interregionale della prevenzione fino a organi rappresentativi delle categorie professionali o del mondo scientifico, singoli esperti dei vari settori o operatori sul territorio che hanno messo a disposizione la propria esperienza e conoscenza o anche semplicemente il proprio punto di vista.

Proprio alla molteplicità e diversità delle posizioni e degli interessi coinvolti nella revisione dei LEA sono da attribuire alcuni squilibri. E' facile intravedere che, in alcuni casi, l'estensione ed il dettaglio delle aree sono tanto più accentuate quanto più forte è stata la motivazione ed il lavoro del gruppo di interesse. A ciò si aggiunge la difficoltà metodologica di applicare, in maniera

omogenea a tutte le aree, la ripartizione in programmi, componenti del programma e prestazioni cioè di individuare questi tre elementi in maniera chiara e soprattutto funzionale alla valutazione.

Infine, sono presenti attività la cui efficacia è controversa come i certificati per l'attività sportiva non agonistica rilasciati secondo le attuali linee guida ministeriali, ed altre che non hanno valore dal punto di vista della salute, come le visite fiscali.

Il punto di forza della nuova classificazione, rispetto alla classificazione del DPCM 29/2001, è il fatto che tiene conto della evoluzione delle conoscenze scientifiche e colloca, all'interno dei LEA, quei fenomeni, e le relative aree di intervento, che stanno assumendo una rilevanza sempre maggiore, in termini di dimensione e impatto sanitario, sociale ed economico. Infine lo schema logico basato sulla nozione di programma implica notevoli potenzialità per l'evoluzione della sanità pubblica: sarà possibile integrare e sostenere l'applicazione pratica con indirizzi, raccomandazioni e linee guida per organizzare i programmi, confrontarsi sui modelli organizzativi, attuare la formazione e costruire l'accreditamento dei programmi, individuare gli indicatori utili per verificare l'applicazione dei LEA.