



## EDITORIALE

Un'assurdità nel testo unico per la promozione della salute nei luoghi di lavoro

### Fuori igienisti e medici legali!

**Alessandro Maida**  
Presidente Nazionale Siti

**Paolo Arbarello**  
Presidente della Simla

La Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (Siti) e la Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni (Simla), accogliendo pienamente l'appello del Presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, per un maggior impegno di tutti i professionisti della prevenzione per contrastare con efficacia gli infortuni, le morti sul lavoro, le malattie professionali stigmatizza, al contempo, quanto contenuto nell'ultima bozza del testo unico sulla sicurezza dei luoghi di lavoro. La Siti e la Simla hanno seguito con interesse e attenzione la lunga e complessa predisposizione dello schema di decreto legislativo, ai sensi della legge 3 agosto 2007, n.123 e nell'ultima edizione del provvedimento, datata 2 febbraio 2008, notiamo che il cosiddetto testo unico per la prevenzione e la sicurezza nei luoghi di lavoro è diventato un ponderoso e dettagliato regolamento. Ancora privo delle relative ed importanti sanzioni, ben lungi dalle ribadite richieste di chiarezza tecnica e di semplificazione amministrativa, esso è composto da ben 53 articoli che affrontano disposizioni di carattere generale, il sistema istituzionale, la gestione della prevenzione.

Lo Stato centrale, ancora una volta, esonda in molte parti dalle competenze istituzionali e costituzionali, non limitandosi a fissare i principi fondamentali per la tutela della salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, ma entrando in questioni di dettaglio e regolamentari che non sono di esclusiva competenza statale e che al massimo possono essere inseriti in appositi atti di intesa tra lo Stato, le Regioni, le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sentite le Forze sociali e le Società Scientifiche competenti in materia di prevenzione e sicurezza.

SEGUE A PAG. 2

## A PISA LA X CONFERENZA DI SANITÀ PUBBLICA

# Il nostro futuro

*Si è svolta a Pisa, dal 14 al 16 ottobre scorsi, la X Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica che la Siti organizza ogni due anni, alternandola al Congresso Nazionale*



**G**li oltre 1200 medici igienisti intervenuti hanno risposto con una partecipazione quantitativa e qualitativa di grande levatura. Oltre 600 tra comunicazioni e poster, tutti di grande interesse e attualità, hanno infatti integrato il fitto programma di sessioni plenarie, simposi, workshop e tavole rotonde ospitate nel Palazzo dei Congressi dell'Università di Pisa.

Il tema di questa edizione ha confermato la sua tempestività rispondendo pienamente all'esigenza degli operatori di confrontarsi sugli obiettivi, strumenti e metodi della sanità pubblica e della medicina preventiva più appropriati per affrontare i problemi di salute della popolazione.

Più che constatare una crisi di identità della disciplina, sono state

presentare riflessioni ed esperienze di quella "medicina silenziosa" che nasce e trae nutrimento dall'operatività quotidiana dei professionisti, alla luce dell'evidenza scientifica, alle prese con i tanti temi e problematiche di salute emergenti: dalla gestione delle aziende sanitarie all'organizzazione dei servizi territoriali, dalle prospettive future della prevenzione vaccinale e dell'evoluzione degli interventi di prevenzione (argomenti tecnici ai quali dedicheremo spazio sul prossimo numero) alla luce del mutamento del quadro delle patologie e dei processi di cura.

**La prevenzione sanitaria alza la testa e diventa protagonista**

È nelle conclusioni del Presidente della Conferenza, Gaetano Privitera,

al termine dei lavori, il bilancio del grande successo della manifestazione che ha sancito un vero e proprio "rinascimento" per gli operatori di sanità pubblica. «Questa X Conferenza» ha sottolineato Privitera ha registrato grandi attese e un grande entusiasmo da parte degli operatori che lavorano nella prevenzione e dei colleghi universitari. Abbiamo inoltre constatato un livello molto elevato dei contributi scientifici, con evidenza degli aspetti più nuovi che cominciano a farsi strada come la medicina predittiva, gli aspetti della determinazione dei caratteri genetici e quindi della definizione dei profili di cura per particolari finestre di popolazione. Abbiamo poi assistito» ha aggiunto Privitera «ad un grande rilancio e una grande riv-

SEGUE A PAG. 7

## ALIMENTAZIONE

Parte da Pisa il nuovo Progetto Nazionale per la sicurezza alimentare e la prevenzione nutrizionale

*Alessandro Maida, Presidente della Siti: «Tutti i professionisti saranno coinvolti in un piano strategico e sinergico di collaborazione»*

Medici, veterinari, biologi, chimici, farmacisti... sono solo alcune delle professionalità che saranno coinvolte in un ampio progetto culturale per la sicurezza alimentare e nutrizionale. Lo "Start Up" di questa grande iniziativa che ha sancito una rinnovata progettualità e comunione di intenti ha preso il via il 16 ottobre, Giornata Mondiale dell'Alimentazione, nel corso di una Tavola Rotonda organizzata a Pisa nell'ambito della X Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica della Siti.

«Il progetto nazionale di cui oggi abbiamo gettato le basi con tutti i rappresentanti delle professioni coinvolte» ha spiegato il Presidente della Siti Alessandro Maida «prevede non soltanto la collaborazione tra professionisti, società scientifiche e strutture (Ircs, Istituti zooprofilattici, Aziende sanitarie, Università...) ma anche un serio percorso formativo finalizzato alla creazione di professionalità specifiche da inserire nelle strutture operative deputate allo scopo: i Dipartimenti di Prevenzione, unanimemente riconosciute come tali».

Tra le iniziative in programma nei prossimi mesi, proposte e accettate dai convenuti, anche un Forum Nazionale al quale parteciperanno tutti gli attori coinvolti del settore (industrie alimentari comprese) e nel corso del quale verrà approfondito e, quindi, recepito in maniera collegiale e unitaria il Codice sulla Sicurezza alimentare già elaborato dal Ministero della Salute.

## Obbligo vaccinale

# Salute e responsabilità individuale

**L**eggendo i numerosi articoli comparsi in merito ai casi di meningite che si sono verificati negli ultimi tempi in particolare nel Veneto, emerge come sia stata trascinata nel dibattito pubblico (anche per la forte emozione suscitata dai recenti episodi di infezione da meningococco) la complessa questione della so-

La lettera del Presidente Siti Sezione Triveneta inviata al Corriere Veneto e al Gazzettino

sensione dell'obbligo vaccinale nella Regione Veneto.

Ritengo utile ed opportuno che nel dibattito che si è riaperto la Sezione Triveneta della Siti (Società Italiana di Igiene Medicina Pre-

ventiva e Sanità Pubblica), che raggruppa, tra gli altri, gli operatori (medici, assistenti sanitarie, tecnici della prevenzione) di area igienistica dei Dipartimenti di prevenzione del Veneto, Friuli Venezia Giulia, Province autonome di Tren-

SEGUE A PAG. 2

di **Adriano Marcolongo**

## ULTIM'ORA

### Un appello per le prossime elezioni: non dimenticate la prevenzione!

di **Aldo Grasselli\***, **Alessandro Maida\*\***

Mercoledì, 20 febbraio 2008, a Roma, si sono riuniti i gruppi di lavoro misti (Veterinari e Medici), promossi dalla Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità pubblica (Siti) e dalla Società italiana di Medicina Veterinaria Preventiva (SIMeVeP), sui temi della Formazione e della Qualità dei servizi che operano nel campo dell'Alimentazione e della Nutrizione per la tutela dei consumatori.

La Siti e la SIMeVeP denunciano il fatto che la maggior parte dei Servizi di Prevenzione delle Aziende sanitarie locali non siano ancora stati inseriti in un idoneo e moderno sistema della Qualità, Certificazione e Accreditamento all'eccellenza, limitando le possibilità di tutela della Salute e di sviluppo economico e sociale dell'Italia.

Ci sono esperienze regionali e locali, assai valide, che vanno diffuse e generalizzate anche alla luce delle nuove direttive e

SEGUE A PAG. 5

## CONFERMATO IL PNP

### Il futuro del Piano nazionale di prevenzione

Per l'anno 2008 una sostanziale conferma di obiettivi, linee di attività e meccanismi di valutazione.

SERVIZIO A PAG. 2



## I-4 OTTOBRE 2008

### A Bari il 43° Congresso Nazionale Siti

In allegato a questo numero di Siti Notizie il 1° annuncio del Congresso di Bari





## IL PNP CONFERMATO PER IL 2008

## Il futuro del Piano nazionale di prevenzione

**Il Ccm, tramite il suo sito web, ripercorre le tappe importanti del Piano Nazionale di Prevenzione e illustra il percorso ancora da compiere**

**I**l Piano nazionale della prevenzione 2005-2007 si è da subito rivelato un'esperienza utile e si è andato configurando come un metodo per innovare la prevenzione in Italia sotto molteplici aspetti: gli ambiti di intervento, la modalità di lavoro per progetti, il coordinamento, la valutazione.



Il Pnp, infatti, interpreta la prevenzione come una risorsa strategica del sistema sanitario, individuando interventi efficaci da attuare su tutto il territorio nazionale e definendo una funzione centrale di coordinamento, una regionale di progettazione e monitoraggio, una locale di attuazione e gestione. Nei primi tre anni, l'impegno maggiore di Regioni e Ccm è stato rivolto alla progettazione e a porre le basi per una valutazione "evolutiva", che non fosse cioè solo funzionale agli obblighi certificatori dettati dall'Intesa, ma servisse realmente a livello regionale e locale per portare al suc-

cesso i progetti, modificandoli eventualmente in corso d'opera, per realizzare interventi efficaci. Al termine del triennio 2005-2007 l'implementazione dei progetti si trova, in molte Regioni, ancora in una fase iniziale, e, per di più, necessita di un sistema di monitoraggio che guardi ai risultati, andando quindi oltre la valutazione di processo intesa come misura del livello di avanzamento nell'attuazione di quanto pianificato. Bisogna però prendere atto che obiettivi ambiziosi come quelli prodotti da alcune aree del Pnp comportano un orizzonte temporale più lungo e, in alcuni casi, vanno ritirati anche nel breve-medio periodo, affinché siano più realistici e misurabili. Il Piano necessita dunque di una messa a punto e di un rilancio, pensando al cammino

già intrapreso, per consolidare e capitalizzare il lavoro fatto, attuare quanto progettato e ricambiare missione, obiettivi e meccanismi di coordinamento e gestione.

La direzione operativa del Ccm ha quindi proposto di andare a una nuova Intesa Stato-Regioni, che preveda:

- per l'anno 2008 una sostanziale conferma di obiettivi, linee di attività e meccanismi di valutazione
- per il triennio 2009-2011 una rielaborazione del Piano che dovrebbe portare, entro il primo semestre 2008, alla stesura, da parte del gruppo di lavoro Ccm-Regioni (opportunitamente formalizzato), di una proposta di Pnp 2009-2011, da condividere in sede di Conferenza Stato-Regioni.

## EDITORIALE

## Segue dalla Prima

## FUORI IGIENISTI E MEDICI LEGALI!

È singolare il fatto che alcuni articoli della proposta del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, andando oltre la delega legislativa, contengano inoltre scelte discriminatorie, corporative, errate sul piano tecnico scientifico, indebolenti il sistema e il necessario rilancio della prevenzione e della sicurezza nei luoghi di lavoro, per motivi poco chiari e comprensibili e fortemente ingiustificabili.

Clamoroso e preoccupante appare, in particolare, il contenuto dell'articolo 37 "Titoli e requisiti del medico competente". Nonostante gli esposti, le spiegazioni, i convegni, i seminari, nonché l'esistenza di una recente e chiara legge dello Stato, si vuole discriminare nell'esercizio delle funzioni di medico competente gli specialisti in igiene e medicina preventiva e quelli in medicina legale e delle assicurazioni. Con as-

surda discriminazione e con grave danno dei professionisti della prevenzione non si prevede neppure il regime transitorio in attesa dei corsi per chi ha la specialità in igiene e medicina preventiva o in medicina legale e delle assicurazioni, così che se entrasse in vigore questo testo gli igienisti e i medici legali che non abbiano svolto questo lavoro (e i nuovi specialisti) non potranno farlo fino all'emanazione del decreto

interministeriale sui percorsi formativi.

A fronte dei drammatici problemi che ogni giorno colpiscono i lavoratori italiani, il Ministero del Lavoro si è preoccupato, con incomprensibile pervicacia, di vicende settoriali, corporative che non potranno che indebolire le sinergie e le integrazioni indispensabili per una reale ed efficace prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro.

## GRANDE SUCCESSO PER IL NOSTRO SITO

www.sitinazionale.org

Periodo di riferimento luglio-dicembre 2007

Area pubblica	
Pageviews	62.383
Visite totali	56.104
Pagine viste per visita	1,1

## Pagine più visitate

Pagina	Sezione
Home page	Home Page
Dalle Regioni	Dalle Regioni
Congressi	Congressi
La Siti	La Siti
News	News
Altro	

## SEGUE DALLA PRIMA

## Obbligo vaccinale

to e Bolzano e i docenti universitari dell'area di Igiene e sanità pubblica delle Università di Padova, Verona, Udine e Trieste, intervenga per rappresentare anche il proprio punto di vista tecnico sull'intera materia.

Comincio ricordando l'art. 32 della Costituzione italiana che sancisce il principio della libera scelta delle cure per ciascun individuo, e nel contempo tutela la salute come fondamentale interesse della collettività.

Nel caso specifico, l'interesse della popolazione riguarda la prevenzione da malattie contagiose estremamente pericolose e dannose per la salute. In Italia, per preservare l'interesse generale della comunità a essere tutelata da malattie contagiose, si è ricorso e si ricorre, per alcune patologie, allo strumento dell'obbligo di legge. Anche grazie a questo metodo si è raggiunta a livello nazionale, negli anni, una percentuale di copertura vaccinale ottima, adeguata a garantire il controllo di malattie molto gravi (poliomielite, difterite, epatite B e tetano oltre ad altre patologie mediante le vaccinazioni facoltative). A ciò ha contribuito in modo determinante l'efficace organizzazione sanitaria diffusa sul territorio nazionale dei servizi di prevenzione delle aziende sanitarie che, con il loro lavoro, hanno raggiunto livelli ottimali di coperture vaccinali anche per le vaccinazioni attualmente facoltative. Questo è particolarmente vero in alcune regioni tra cui quelle della nostra sezione (Veneto, Friuli Venezia Giulia, e province autonome di Trento e Bolzano).

Alla crescente e positiva consapevolezza che la tutela della propria salute passa soprattutto attraverso coscienti scelte individuali nell'ambito

dei comportamenti personali (come si legge nella dichiarazione di Ottawa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) si affianca anche la delicata questione della libera adesione a tutte le pratiche assistenziali, comprese le vaccinazioni. La visione moderna di sanità pubblica non può prescindere dallo sviluppo, nel sentire comune, del principio di responsabilità individuale per la tutela della salute, senza il quale l'azione dei servizi sanitari per quanto efficiente risulterebbe inefficace, insufficiente ed economicamente insostenibile.

In linea con questo mutamento culturale, europeo e italiano, la regione Veneto ha intrapreso una sperimentazione che prevede la sospensione dell'obbligo delle vaccinazioni attualmente obbligatorie.

Questa scelta rappresenta uno sforzo per mettere a punto un modello di sanità coerente con il principio di responsabilità individuale ed allo stesso tempo capace di garantire azioni efficaci di contrasto a tutte le malattie, siano esse infettive che cronico-degenerative. Nella Regione Veneto la sperimentazione, lanciata con la legge regionale n.7 del 2007, si basa innanzitutto sulla presenza di elevati livelli di copertura vaccinale (superiore al 90% raccomandato dall'Oms) ed è resa possibile sia dalla presenza di una rete di servizi vaccinali efficienti e capillari, sia da un'anagrafe vaccinale sempre aggiornata che permette il contestuale monitoraggio di chi non ha aderito agli inviti per effettuare la vaccinazione. In coerenza con le migliori pratiche è stato costituito, per una precisa supervisione, un organismo tecnico consultivo regionale a cui partecipano il

Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, gli Atenei di Padova e Verona e professionisti dei dipartimenti di prevenzione della Regione Veneto.

La sperimentazione della sospensione si accompagna quindi ad un costante ed approfondito monitoraggio e qualora ci fosse una riduzione del tasso vaccinale è prevista la reversibilità con il ripristino dell'obbligo.

I servizi di prevenzione della Regione Veneto sono quindi stati tutti opportunamente preparati per la gestione di questo cambiamento culturale dalla obbligatorietà alla responsabilità individuale anche per le popolazioni immigrate. La presenza di frange di popolazione antivaccinazione, che rappresentano un'esigua minoranza della popolazione veneta, era presente già in regime di obbligatorietà, la problematica è seguita e monitorata dai servizi di prevenzione. Per quanto attiene la vaccinazione degli immigrati, è da rilevare come già l'adesione ai programmi vaccinali, per la parte regolarmente iscritta alle anagrafe comunale, sia nella regione Veneta ottimale, mentre, per la parte di soggetti irregolari ovviamente il problema non è da correlare con l'obbligatorietà ma alla loro raggiungibilità.

Attualmente la Regione Veneto sta inoltre affrontando la gestione del problema dei focolai di meningite batterica, sulla base dei dati epidemiologici presenti nella Regione, non è indicata la necessità di una vaccinazione di massa, ma sicuramente una particolare attenzione al problema.

Appare evidente che l'impegno dei servizi vaccinali è orientato, durante l'emergenza, alla chemioprolifassi po-

st-esposizione dei "contatti stretti" ed alla vaccinazione dei gruppi di popolazione a maggior rischio di infezione nelle aree del cluster epidemico. Una successiva azione da intraprendere potrebbe essere rappresentata da un intervento di chiamata attiva di particolari coorti tale da permettere il raggiungimento più rapido di una copertura vaccinale ottimale nei soggetti a più elevato rischio d'infezione (giovani adulti). Gli operatori dei dipartimenti di prevenzione stanno affrontando tali importanti sfide con grande abnegazione e professionalità. Sono operatori sanitari non alla ribalta, ma sempre in prima linea; ci si accorge di loro solo in circostanze critiche per la salute pubblica quando il ruolo di questi Servizi diventa emergente ed eclatante nella prevenzione delle malattie contagiose. Per loro, una sfida ancora più impegnativa e difficile è quella di controllare le malattie cronico-degenerative, quali il cancro e le patologie cardiovascolari; anche per vincere questa sfida, è fondamentale la personale presa di coscienza che la salute dipende anzitutto da scelte individuali.

Termino quindi questo breve intervento per rassicurare la comunità veneta che la tutela dalla salute pubblica viene quotidianamente assicurata da medici, assistenti sanitarie e tecnici della prevenzione di elevata professionalità e competenza, a cui va innanzi tutto il nostro plauso. A tal proposito il ruolo dei mezzi di comunicazione diventa ogni giorno più importante nel sottolineare e rimarcare la necessità di un'informazione corretta ed equilibrata, e che sostenga con forti messaggi le scelte individuali per la tutela della salute.



Periodico di informazione e di documentazione della Società Italiana di Igiene, medicina preventiva e sanità pubblica

**Presidente Siti**  
Alessandro Maida

**Direttore Editoriale**  
Gualtiero Ricciardi

**Comitato direttivo**  
Francesco Blangiardi, Silvio Brusaferrò, Vittorio Carreri, Michele Conversano, Gianfranco Finzi, Domenico Lagravinese, Lorenzo Marensi, Augusto Panà, Gaetano Privitera, Salvatore Sciacca.

**Editore**  
Società Italiana di Igiene, medicina preventiva e sanità pubblica viale Città d'Europa, 74 - 00144 Roma tel. 06 5203492, fax 06 5204140

**Coordinamento editoriale**  
Iniziative Sanitarie s.r.l. Viale di Val Fiorita, 86 00144 Roma tel. 06 5919418 fax 06 5912007 www.iniziativesanitarie.it

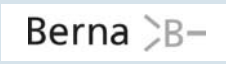
**Stampa**  
Ricciograf - Roma

Registrazione Tribunale di Roma n. 373/93 del 13.09.1993

**Direttore Responsabile**  
Carlo Signorelli

Prezzo: € 2,00  
Chiuso in tipografia: Febbraio 2008

Con la collaborazione di:



www.sitinazionale.org



# Una proposta per il futuro della sanità pubblica

## INTRODUZIONE

Dal 25 al 27 giugno 2007 la Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIIP) triveneta ha organizzato e realizzato un workshop residenziale a Camposampiero (PD), che ha coinvolto dirigenti e operatori dei Dipartimenti di Prevenzione (DdP), docenti universitari e dirigenti regionali di sanità pubblica, rappresentanti dei contesti operativi, professionali, formativi ed accademici del Triveneto.

Tale iniziativa è partita dalla constatazione che è in atto una riflessione internazionale, nazionale e locale sulla natura, sulla rilevanza politica, sociale ed economica della Sanità Pubblica (SP) e conseguentemente sul futuro ruolo ed organizzazione dei servizi che vi afferiscono.

L'attenzione in questo workshop è stata posta principalmente sugli aspetti di SP legati alle funzioni dei dipartimenti di prevenzione così come esistono nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano.

L'obiettivo generale del workshop era rivedere e aggiornare il ruolo del dirigente medico di sanità pubblica (DMSP) del Dipartimento di Prevenzione, in particolare dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) e Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN), alla luce degli attuali indirizzi internazionali, nazionali, regionali, aziendali e dei nuovi approcci tecnico-scientifici per la prevenzione e la promozione della salute.

Nello specifico si è puntato, utilizzando la metodologia di Guilbert, a definire le funzioni del DMSP, e definire le attività per le funzioni individuate, riconoscendo che il ruolo "atteso" del DMSP è definito dall'integrazione dinamica di tre punti di vista/bisogni/logiche: quelli della Comunità, quelli dei Professionisti, quelli delle Istituzioni Sanitarie. Per "giocare" efficacemente questo ruolo appare essenziale tendere alla compenetrazione equilibrata di tutte le prospettive (Figura 1), contrastando lo sbilanciamento attualmente percepibile verso le sole prospettive professionale e istituzionale.

## SINTESI DEI RISULTATI

Durante il workshop sono state identificate, a partire dalle funzioni della sanità pubblica, variamente declinate a livello internazionale, valutate anche alla luce degli attuali e nuovi LEA e delle priorità espresse da indagini nazionali, le seguenti funzioni essenziali attribuibili ai dirigenti di Sanità Pubblica:

1. Valutazione dello stato di salute e identificazione dei rischi della comunità (lo strumento principe è l'epidemiologia)
2. Promozione della salute
3. Prevenzione (intervento proattivo sui determinanti di salute)
4. Protezione (intervento reattivo, tutela, garanzia, vigilanza, verifica)
5. Programmazione
6. Comunicazione

## Il ruolo del medico di sanità pubblica del Dipartimento di Prevenzione

(nei servizi di Igiene e Sanità Pubblica e Igiene degli Alimenti e Nutrizione)

7. Formazione dei professionisti
8. Attivazione di alleanze e risorse per programmi complessi di sanità pubblica
9. Gestione delle crisi in sanità pubblica
10. Ricerca

Secondo la metodologia di Guilbert le funzioni descrivono le ragioni per cui esiste la figura professionale (mission), che deve essere correlata con le esigenze della comunità, coerente con l'insieme delle evidenze scientifiche e con il modello organizzativo. Le attività, invece, descrivono i settori di interesse e ed i contenuti che debbono essere garantiti dalle figure professionali.

Ciascuna delle 10 funzioni (mandati) prioritarie individuate è stata quindi analizzata separatamente, al fine di identificare le attività essenziali (linee di lavoro) che la compongono.

### 1. VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE E IDENTIFICAZIONE DEI RISCHI DELLA COMUNITÀ

- Costruisce il profilo di salute della comunità
  - Identifica la comunità oggetto della valutazione
  - Definisce i problemi, i metodi di analisi ed i relativi indicatori
  - Utilizza i dati dei flussi correnti disponibili (sanitari e non)
  - Realizza indagini mirate
  - Misura la percezione dello stato di salute della comunità con tecniche appropriate
  - Condivide la valutazione con la popolazione, gli amministratori e gli operatori
  - Individua e condivide le priorità di intervento
  - Monitora e comunica nel tempo gli esiti degli interventi
- Garantisce il supporto e la consulenza epidemiologica
- Costruisce la valutazione dei servizi/attività di prevenzione e promozione esistenti
- Garantisce reportistica periodica su bisogno e attività in ambito preventivo promozionale

### 2. PROMOZIONE DELLA SALUTE

- Contribuisce a costruire una politica pubblica della salute
- Sostiene la centralità della salute nelle scelte politiche ed amministrative
- Opera per rendere capaci i singoli e le comunità di tutelare la propria salute
- Media tra diverse istanze e interessi presenti nella comunità
- Favorisce la costruzione di ambienti sani

- Individua strumenti di monitoraggio comuni tra tutti gli attori

### 3. ATTIVITÀ DI PREVENZIONE (Tabella I)

Attività qualificabili come PROTEZIONE, d'istituto o reattive o dirette ad affrontare pericoli attuali o previsti, ovvero di controllo, vigilanza e attesa, che implicano un ruolo di garanzia di standard di salute e di sicurezza pre-definiti, che hanno solitamente carattere "strutturato", anche in termini di modelli organizzativi e risorse;

### 4. ATTIVITÀ DI PROTEZIONE (Tabella I)

Attività qualificabili come "PREVENZIONE/PROMOZIONE": interventi sui determinanti di salute, a carattere maggiormente innovativo e pro-attivo quindi maggiormente caratterizzate da esercizio di leadership (capacità di iniziativa e di influenza) e da ruolo di guida e supporto nel rafforzare il ruolo dei vari attori (empowerment); si tratta di attività legate ad un'iniziativa del servizio o a programmi ad hoc (progetti pluriennali...), caratterizzate da una minor attenzione al bisogno da parte della comunità, meno codificate in termini di setting organizzativo e di standard attesi.

### 5. PROGRAMMAZIONE

- Supporta la programmazione strategica aziendale e sovra aziendale su temi della salute collettiva (es. piani di zona, piani annuali territoriali, ecc.)
- Definisce gli interventi
  - in coerenza con
  - il profilo di salute e di attività
  - le evidenze scientifiche
  - le risorse attivabili
  - utilizzando strumenti quali
  - HIA (Health Impact Assessment)
  - HTA (Health Technology Assessment)
  - ecc.
- Programma le azioni
  - coordinando i diversi attori
  - raccordandosi con i diversi livelli organizzativi
  - Regionale
  - Area vasta
  - Azienda

### 6. COMUNICAZIONE

(attività bidirezionale che mette in comunicazione la componente tecnico-professionale del DdP con altre componenti tecnico professionali e con gli altri attori (utenti, comunità, istituzione))

- Pianifica la comunicazione
  - Obiettivi della comunicazione
  - Tecnico funzionale
  - Promozionale
  - Informativo (es. conoscenza, assicurazione, allarme, ecc.)
  - Facilitativo i processi decisionali (incluso counselling)
  - Orientativo
- Programma la comunicazione (ordinaria, nelle crisi)
- Calibra il messaggio sul target identificando il comunicatore
- Utilizza tutti gli strumenti (mezzi e strategie) della comunicazione
- Valuta l'efficacia della comunicazione

### 7. FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI

(attività diretta a far acquisire le conoscenze e le abilità necessarie all'esercizio del proprio mandato e a sostenere gli atteggiamenti e le motivazioni rispetto al proprio ruolo)

- Definisce i fabbisogni formativi
  - rispetto a:
  - Conoscenze (sapere)



- Orientamento (saper essere)
- Attività pratica (saper fare)
- rispetto a strumenti (es. master, corsi, workshop, ecc.)
- Identifica i destinatari
  - Interni
  - Esterni (sanitari e non)
- Pianifica gli eventi
  - Costruisce reti con agenzie educative
  - Individua le modalità di addestramento/tutoraggio e insegnamento
- Contribuisce alla realizzazione degli eventi
- Valuta l'efficacia degli interventi.

### 8. ATTIVARE ALLEANZE E RISORSE PER PROGRAMMI COMPLESSI DI SANITÀ PUBBLICA

(Costruire un ambiente e una rete favorevole al raggiungimento degli obiettivi di sanità pubblica, dentro e fuori il SSN)

- Identifica obiettivi e soggetti da coinvolgere
- Promuove alleanze
- Costruisce consenso
  - Evidenziando e valorizzando i vantaggi reciproci
  - Offrendo una visione di rete (valore aggiunto)
- Identifica ed attiva le risorse (proprie ed esterne)
- Esercita una funzione di coordinamento (leadership)

### 9. GESTIONE DELLE CRISI IN SANITÀ PUBBLICA

(Capacità di rispondere in modo efficace e coordinato a eventi non programmabili o inattesi a-venti impatto sanitario)

- Individua rischi ed eventi possibili
- Collabora con gli altri protagonisti istituzionali a definire gli scenari di crisi
- Partecipa alla identificazione della catena di responsabilità e comando
- Partecipa alla individuazione delle reti di comunicazione, della pianificazione e dei responsabili della gestione
- Partecipa alla individuazione di modelli di intervento e le procedure operative
- Partecipa alla formazione continua degli addetti

### 10. RICERCA

- Promuove e realizza la ricerca operativa in materia di sanità pubblica (su singole tematiche, sui servizi)
- Collabora con università ed altri enti di ricerca
- Trasferisce e divulga i risultati della ricerca operativa ai vari livelli

**Figura 1**  
PUNTI DI VISTA/BISOGNI/LOGICHE ESISTENTI NELLA DEFINIZIONE DEL RUOLO DEL DIRIGENTE DI SANITÀ PUBBLICA





Tabella 1

	PROTEZIONE	PREVENZIONE
<b>1. Previene le malattie infettive:</b>		
– Organizza interventi di informazione ed educazione sanitaria per rischi infettivi		x
– Organizza, attua e verifica i programmi vaccinali	x	x
– Garantisce l'esecuzione della profilassi		
• Individuale e collettiva	x	
• Internazionale	x	x
• Nelle comunità immigrate	x	x
– Esegue inchieste epidemiologiche ed attua sorveglianza	x	
– Sorveglia i programmi e valuta gli interventi disinfezione, derattizzazione	x	
– Gestisce i flussi informativi (es. anagrafe vaccinale, denunce malattie infettive, eventi avversi, ...)	x	
<b>2. Previene le malattie cronico degenerative (neoplastiche, cardiovascolari e metaboliche):</b>		
– Attua interventi sugli stili di vita (lotta al fumo, alcool, sedentarietà, sovrappeso e obesità ...)		x
– Promuove l'individuazione e la gestione dei soggetti a rischio con strumenti di provata efficacia (es. carta del rischio cardiovascolare...)		x
– Organizza e verifica l'attuazione dei programmi di screening (es. cancro della cervice uterina, mammella, colon ...)		x
<b>3. Promuove e collabora alla prevenzione di incidenti e traumi</b> (da incidenti da traffico, da incidenti domestici, negli altri ambienti di vita)	x	x
<b>4. Tutela l'igiene e la qualità degli ambienti di vita e dell'abitato</b>		
– Partecipa ai programmi di studio sull'evoluzione urbanistica e territoriale (es. Città sane, Agenda 21, ecc.)	x	x
– Partecipa alla definizione di strumenti di programmazione urbanistica e territoriale nelle varie fasi (concertazione, approvazione)	x	
– Esprime pareri su progetti di edilizia	x	
– Collabora alle valutazioni di impatto ambientale e alle valutazioni ambientali strategiche	x	x
– Garantisce consulenza e formazione	x	x
<b>5. Partecipa alla tutela della salute della comunità dagli effetti sanitari dell'inquinamento ambientale</b>		
– Valuta il rischio sanitario ambiente correlato	x	
– Registra, valuta e comunica gli effetti sanitari degli inquinanti ambientali	x	
– Partecipa alla definizione degli interventi di miglioramento dell'ambiente	x	x
<b>6. Tutela la sicurezza degli alimenti</b>		
– Vigila e controlla le acque destinate al consumo umano	x	
– Vigila e controlla la ristorazione pubblica e collettiva	x	
– Vigila e controlla la filiera alimentare di competenza anche con adeguati sistemi informativi (rintracciabilità, corretta etichettatura)	x	
– Vigila e controlla i prodotti fitosanitari	x	
– Vigila e controlla la commercializzazione e il consumo dei funghi eduli	x	
– Garantisce consulenza sui problemi specifici		x
– Partecipa alla formazione degli addetti al settore alimentare e valuta i programmi di formazione	x	x
<b>7. Promuove l'educazione alimentare e la corretta nutrizione</b>		
– Promuove, sostiene e indica l'adozione di corretti stili di vita alimentari nel singolo e nella comunità		x
– Sorveglia gli aspetti nutrizionali nelle collettività	x	x
– Offre consulenza al singolo ed alla collettività		x
<b>8. Effettua attività certificatoria e medico legale</b>	x	

### CONSIDERAZIONI FINALI

Nel corso del dibattito sono emersi come punti strategici fondamentali da affrontare in futuro:

- il riorientare in modo più deciso le azioni dei DdP rispetto alla comunità di riferimento;
- il ridefinire la collocazione dei DdP rispetto all'assistenza primaria;
- il riaggiornare la funzione di "protezione" alla luce delle nuove esigenze (es. gestione dei rischi, delle crisi, ecc.);
- il mettere in atto nei settori della promozione e prevenzione della salute un approccio di guida e proattivo anche sviluppando competenze nella programmazione e gestione dei progetti nonché nella leadership professionale;
- il perseguire e rinforzare rigorosamente un approccio metodologico che preveda la valutazione confrontabile delle performance dei servizi;
- il riconoscere la comunicazione all'interno delle organizzazioni e con gli attori esterni come elemento essenziale

sul quale è opportuno fare forti investimenti nell'acquisizione di competenza ma anche di risorse;

- il promuovere un continuo interscambio tra componente tecnico professionale e decisore politico, per migliorare la comunicazione e la conoscenza reciproca per poter effettivamente perseguire la promozione della SP.

### DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Brusaferro S. (2006): Quale dirigente in Sanità Pubblica in Italia nel 2000, Università di Udine, Cattedra di Igiene
- Commissione Didattica della Scuola di Specialità in Igiene e Medicina Preventiva – Università di Verona (2006): analisi delle competenze specialistiche
- Commissione Europea (2006): Programma d'azione comunitario nel settore della salute e della tutela dei consumatori (2007-2013) nell'Unione Europea. Decisione n. 1926/2006/CE del Parlamento Europeo e del Consi-

glio (GUUE GUCE L404/39 del 30 – dic. 2006)

- DGR 1311 8/05/2007 Regione Veneto: Piano triennale dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica afferenti ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto 2005-2007: Obiettivi ed attività 2007
- DGR 2843 24/11/2006 Regione Friuli Venezia Giulia: Piano Sanitario e Socio-sanitario regionale 2006-2008
- DPCM 29/11/2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza per il SSN". S.O. alla G.U. n.33 dd. 8/02/2002
- EUPHA (2005): 10 statements on the future of Public Health in Europe. EUPHA report 2004 – 1; 2005
- Giunta Nazionale SitiI (2007): Documento della Giunta Nazionale sul futuro dell'Igiene, Castelbrando 4-5-giugno 2007. Atti della X Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica, di PISA, 14-16 ottobre 2007 (Esseditrice)
- Institute of Medicine, Committee for the Study of the Future of Public

Health National Academy Press. Washington City, 1988 [www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309038308](http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309038308) Accesso del 28/11/2007

- Scottish Executive. Review of the Public Health Function in Scotland. <http://www.scotland.gov.uk/library2/doc09/rphf-00.asp> Accesso del 28/11/07
- The report of the Chief Medical Officer's Project to Strengthen the Public Health Function. DH Department of Health [www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4121567](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4121567) Accesso del 28/11/07
- The World Bank (2002): Public Health and World Bank Operations- ANNEX 2: "Essential" Public Health Functions Identified by PAHO/CDC/WHO <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/Peer-Reviewed-Publications/PHOperations.pdf> Accesso del 28/11/07.

### ELENCO DEI PARTECIPANTI AL WORKSHOP

Luca Baggio, Alberto Betta, Silvio Brusaferro, Armando Buzzo, Sandro Cinquetti, Paolo Coin, Tina Dal Fior, Fabio De Battisti, Chiara De Marchi, Lucia De Noni, Luigi Donatoni, Anna Ferraresso, Giovanni Gallo, Lorenza Gallo, Tolinda Gallo, Lorena Gottardello, Adriano Marcolongo, Tiziana Menegon, Michele Minuzzo, Gianna Paussi, Clara Pinna, Albino Poli, Luigi Rossato, Luca Sbroglì, Flavio Schiava, Josef Simeoni, Manuela Spaccini, Ugo Stoppato, Piero Superbi, Stefano Tardivo, Alessandro Urdich, Massimo Valsecchi, Manuela Zamparo

### REDAZIONE A CURA DI:

Silvio Brusaferro, Adriano Marcolongo, Flavio Schiava

### RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia la ditta Pfizer che ha supportato questo lavoro attraverso un contributo



QUALITÀ E SICUREZZA DEL SSN

# In attesa di un confronto per migliorare

La Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva, Sanità Pubblica (Siti) e la Società Italiana di Medicina Veterinaria Preventiva (Simevep) hanno espresso un primo sintetico commento al ddl di cui all'oggetto, in data 7 dicembre 2007, restano dunque in attesa di essere convocate dalle Sssl, nelle sedi istituzionali competenti, per dare ogni utile apporto tecnico e scientifico al miglioramento della qualità e della sicurezza del Ssn.

Si conferma la valutazione negativa su alcuni contenuti del ddl in oggetto, specie per la visione centralistica e burocratica che lo caratterizza, per le evidenti scelte settoriali e corporative, per la grave sottovalutazione dei settori prioritari e strategici della prevenzione, della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro e della sicurezza alimentare. In particolare si fanno le seguenti osservazioni e proposte:

**Art. 1 (Principi del Ssn).**

Si confermano le osservazioni e le critiche di cui in premessa. In particolare si esprimono dubbi e perplessità sulla frase "con partecipazione della spesa", che andrebbe a nostro avviso tolta. Andrebbe invece inserito al punto 6) del presente articolo "l'assistenza intermedia".

**Art. 2 (Programmazione sanitaria e intersettoriale).**

Vanno tolti da questo articolo alcuni riferimenti impropri come "Indirizzi e azioni finalizzati agli obiettivi del programma governativo di prevenzione" e la proposta di un modello, peraltro opinabile, come "Guadagnare salute" che nulla hanno a che vedere con le competenze statali e con i precisi obblighi della legge, che dovrebbe limitarsi a definire i principi fondamentali per la tutela della salute dei cittadini.

**Art. 3.** Con questo articolo si istituisce il "Sistema nazionale e regionale di valutazione del SSN ed interventi sostitutivi". Che con questo strumento si possa esercitare un'azione di vigilanza e di controllo sul Ssn, appare assai opinabile sia sotto l'aspetto tecnico che di legittimità costituzionale.

**Art. 4.** (Promozione della integrazioni socio-sanitaria).

Valgono le considerazioni di cui in premessa.

**Art. 5.** Idem come sopra.

**Art. 6.** (Delega al Governo in materia di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale) Con questo articolo il governo non si limita a fissare i principi fondamentali, ma entra direttamente nelle competenze regionali, specie per gli aspetti organizzativi e realizzativi che inevitabilmente comporteranno oneri assai pesanti anche dal punto di vista economico-finanziario e con la conseguente sottrazione di risorse in altri settori, prioritariamente a danno della prevenzione, da anni costantemente finanziata in modo insufficiente. Non è affatto accettabile la deroga del possesso di specialità medica per gli addetti, comunque in servizio, nei pronto soccorso. Sorprendente appare la proposta di estendere la funzione e il compito della educazione sanitaria ai laureati in farmacia, che si vuole anche abilitare ad alcune attività di medicina di laboratorio, nonché autorizzare alla integrazione nelle prestazioni dei servizi di assistenza sanitaria a domicilio. Con quali competenze, con quale sicu-

**Le osservazioni e le proposte della Siti e della Simevep sul disegno di legge "Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio Sanitario Nazionale (collegato alla manovra di finanza pubblica per il 2008)"**

rezza, affidabilità, qualità, responsabilità, non è dato di conoscere. Si propone dunque di togliere queste funzioni improprie e si precisa inoltre che i compiti da assegnare ai medici convenzionati non sono materia della presente legge, bensì istituiti da affrontare nei rinnovi contrattuali. In particolare le Unità di Medicina Generale (Umg) così come proposte nel loro dimensionamento non sono idonee al di fuori, forse, delle sole aree metropolitane. Si fa presente inoltre che i medici della Medicina dei servizi sono per lo più già occupati in attività essenziali e non possono quindi essere impegnati in altri compiti. Le cosiddette attività di supporto non possono assolutamente essere a carico dei bilanci delle Ausl.

**Art. 7.** (Organizzazione della Azienda) Nessuna osservazione.

**Art. 8.** (Direttori Generali). Si prevedono numerosi controlli formali da parte dello Stato. Si propongono per i Direttori Generali corsi di formazione che appaiono macchinosi e burocratici. Organizzati peraltro in un'ottica centralistica e poco razionale. E comunque ex post. C'è bisogno di chiarezza, di efficacia, di semplificazione, di corretto utilizzo delle strutture idonee.

**Art. 9** (Distretto) Appare come elemento secondario nel nuovo assetto istituzionale. Va comunque precisato che esso collabora non solo con l'ospedale, ma anche con i Dipartimenti territoriali, specie con il Dipartimento di Prevenzione delle Ausl.

**Art. 10.** (Requisiti delle strutture sanitarie pubbliche e private, effetti sanzionatori in caso di truffe al Ssn). Nessuna osservazione.

**Art. 11.** (Dipartimenti).

Non pare costituzionalmente corretto che sia lo Stato a stabilire che i Dipartimenti ospedalieri debbano essere tutti strutturali. Ancora una volta si impone una visione che mette a fuoco solo l'ospedale e che rischia di essere dannosa per i dipartimenti territoriali, specie per i Dipartimenti di Prevenzione che, come già ricordato ancora non ricevono la quota di finanziamento prevista per legge, sono presenti in tutte le Ausl, e che devono essere invece rilanciati e potenziati in un'ottica di protezione sempre più efficace dai rischi sia per la prevenzione umana che veterinaria. Nella logica della sanità pubblica inoltre i Dipartimenti di Prevenzione debbono essere tra loro armonizzati e collegati a livello regionale.

**Art. 12.** (Responsabilità dei Direttori).

Accanto ai Direttori dei Dipartimenti e dei Distretti, vanno previsti anche i Direttori dei Presidi Ospedalieri.

**Art. 13.** Incarichi di direzione di



**Aldo Grasselli**  
Presidente della SIMEVeP



**Alessandro Maida**  
Presidente della SItI

struttura complessa. Va superata la disposizione che siano i Direttori Generali a scegliere e nominare il direttore di struttura complessa prendendolo dalla terna indicata dalla Commissione d'esami. È noto a tutti che molti professionisti, tra i più qualificati, non partecipano ai concorsi in quanto si sa in anticipo chi ha il massimo delle probabilità di vincere sulla base degli sponsor politico-partitici che orientano l'esito concorsuale. Occorrono dunque Commissioni di esame, indipendenti, composte dai migliori professionisti delle Università e delle Strutture del Ssn, scelti per sorteggio nelle liste nazionali predisposte dai competenti ministeri. Il vincitore del Concorso diventa titolare del posto di direttore di struttura complessa, questo è il primo passo per garantire maggiore qualità e sicurezza per i cittadini che accedono alle strutture sanitarie italiane. Infine si fa presente la necessità che nel bandire la selezione per posti di direttore di struttura complessa, l'Azienda Sanitaria debba definire in dettaglio, sulla base delle esigenze locali, il profilo tecnico professionale e quello manageriale richiesti.

**Art. 14:** formazione specifica in Medicina Generale. Il Ministero della Salute coordina le Regioni e le Province Autonome nell'attività di formazione e anche di "specializzazione" dei Medici di Medicina Generale. In Europa, a partire dal Regno Unito, i MMG si specializzano con le stesse modalità e nelle stesse sedi istituzionali, universitarie nelle quali si specializzano tutti gli altri medici. Si chiede analogo comportamento anche per il nostro Paese.

**Art. 15 e 16:** nessun commento.

**Art. 17:** sistema nazionale linee guida e valutazione delle tecnologie sanitarie. Si chiede di assegnare un ruolo istituzionale alle principali Società Scientifiche, regolarmente certificate e accreditate.

**Art. 18:** si tratta dell'articolo dai contenuti più confusi e preoccupanti. Senza alcun collegamento alla legge 833/78, ai decreti legislativi 502/92, 517/93, 229/99, 624/94 ed alla legge delega 123/07, si istituisce una "funzione aziendale" per la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti, incluso il rischio di infezioni nosocomiali, senza alcun riferimento alle Direzioni sanitarie, al sistema di prevenzione e sicurezza che fa capo al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria, alle norme sul controllo delle infezioni correlate a pratiche assistenziali, ai compiti e le responsabilità che in materia di prevenzione, di vigilanza, di controllo, di attività ispettive spettano per legge alle Ausl, specie ai Dipartimenti di prevenzione. Si fa riferimento invece ad un indefinito Servizio di Ingegneria

Clinica che, comunque, non deve comportare oneri aggiuntivi. Si chiede al Parlamento di precisare le competenze in atto, di pretendere un miglior funzionamento sulla base di un più forte coordinamento specie a livello regionale, dotato di un idoneo servizio informativo (nazionale, regionale, locale) ed inserito in un moderno sistema della qualità, della certificazione dell'accreditamento all'eccellenza.

Le Regioni hanno il diritto dovere di monitorare con le Aziende Sanitarie i principali rischi e danni in ambienti sanitari, prioritariamente negli ospedali, pubblici e privati, nonché di rendere pubblico il grado di prevenzione e sicurezza raggiunto dalle singole unità organizzative.

**Art. 19 e 20:** nessun commento.

**Art. 21:** Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali. Essa è titolare di innumerevoli incombenze, a partire dal monitoraggio, dalla promozione, dal coordinamento della "sicurezza delle cure e della prevenzione del rischio clinico". Inoltre essa deve svolgere anche il monitoraggio delle procedure di accreditamento dei soggetti pubblici e privati erogatori dei servizi sanitari, la valutazione dei processi innovativi, ivi comprese le sperimentazioni gestionali. Va chiarito dunque con quali risorse si faranno tutte queste complesse attività e quale ruolo avranno le principali e accreditate Società Scientifiche.

**Art. 22** (Deleghe al Governo per la riorganizzazione degli enti vigilati dal Ministero della Salute e per il coordinamento della disciplina legislativa in materia sanitaria). In primo luogo si fa notare che nell'articolo in esame nulla si dice sulla indispensabile e non più rinviabile revisione del Testo Unico delle Leggi Sanitarie del 1934, peraltro in gran parte in vigore. Entro 12 mesi dall'entrata in vigore del presente ddl, devono essere riorganizzati: l'Istituto Superiore di Sanità, gli Istituti

Zooprofilattici Sperimentali, la Croce Rossa Italiana, la Lega per la Lotta contro i Tumori, l'Agenzia del Farmaco. Singolare il fatto che nell'ultima versione del ddl è stato tolto dall'elenco l'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza nei Luoghi di Lavoro.

A nostro avviso andrebbe previsto, con apposito provvedimento, il trasferimento dell'Istituto Nazionale per la Ricerca nella Alimentazione e Nutrizione (Inran). Naturalmente anche tutti gli altri enti ed istituti dovrebbero essere organicamente inseriti nel Ssn.

**Art. 23:** nessuna osservazione.

Infine, alla luce dei recenti provvedimenti recepiti in sede comunitaria, che rivedono il ruolo e le funzioni delle strutture istituzionali che compongono l'Autorità Competente in materia di sicurezza alimentare, si ritiene indispensabile una rivisitazione, preferibilmente con uno specifico provvedimento, dell'assetto organizzativo e delle correlazioni tra Ministero della salute, Regioni, Servizi Territoriali per la Prevenzione, Izzss, Arpa con la neo istituita "Agenzia nazionale per la sicurezza alimentare". Ciò affinché il Ssn possa essere messo in grado di fornire un livello uniforme e univoco di controlli e di azioni a contenimento dei rischi effettivi, riducendo l'impatto regolamentare prescrittivo acritico e abbandonando le attività ormai inappropriate e prive di evidenza scientifica.

Tenendo per converso conto della necessità di fornire al Paese l'uniforme attuazione dei Lea e di tutti i requisiti di sicurezza alimentare che ci impongono oltre il ruolo spesso autoreferenziale delle istituzioni nazionali anche l'appartenenza alla Ue e al Wto.

**Conclusioni**

Il ddl in oggetto deve essere profondamente modificato e semplificato sia per gli aspetti tecnici, scientifici, organizzativi che legislativi e costituzionali. Le Società Scientifiche firmatarie del presente documento si mettono a disposizione delle Istituzioni per un reale ammodernamento della Sanità Pubblica, per immettere finalmente più qualità e sicurezza nel Ssn, per promuovere e tutelare la salute dei cittadini.

*Il Presidente della SItI*  
**(Prof. Alessandro Maida)**

*Il Presidente della SIMEVeP*  
**(Dott. Aldo Grasselli)**

**SEGUE DALLA PRIMA**

dei recenti regolamenti dell'Unione europea, di cui al "pacchetto Igiene". Le Società scientifiche denunciano inoltre lo stato di difficoltà in cui si trovano i Servizi di Prevenzione delle ASL e la grave carenza dei Laboratori di Sanità pubblica, nonché l'assurda situazione secondo la quale in Italia si risparmia solo sul primo LEA, quello della prevenzione collettiva. Nel corso dell'incontro è emerso infine come prioritario il tema della Formazione e dell'Aggiornamento degli operatori dei servizi e dei Presidi deputati alla prevenzione nelle ASL, in particolare dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione e dei Servizi di Igiene degli Alimenti di Origine Animale. In questo senso si richiama l'attenzione sia del Ministero della Salute e del Ministero dell'Università che delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano. Le due Società scientifiche predisporranno nel più breve tempo possibile proposte formative che dovranno, in via sperimentale, partire sia in sedi Universitarie che direttamente nei servizi di importanti realtà del Nord, Centro e Sud Italia. Nei prossimi Convegni e Congressi delle due Società scientifiche saranno ulteriormente approfonditi i vari progetti relativi alla formazione ed alla Qualità, nonché i risultati delle esperienze realizzate. La SItI e la SIMEVeP chiedono che finalmente nei programmi elettorali dei principali partiti impegnati nella campagna elettorale per un nuovo governo del Paese siano affrontate tali tematiche.

*\*Il Presidente della SIMEVeP    \*\*Il Presidente della SItI*



## IL DDL TURCO SU QUALITÀ E SICUREZZA DEL SSN NEL COLLEGATO ALLA FINANZIARIA 2008

# Ecco cosa cambia

«Il disegno di legge» ha commentato il Ministro della Salute Livia Turco «nasce dall'esigenza di migliorare la qualità e la sicurezza delle molteplici prestazioni erogate dalla sanità pubblica italiana e lo fa intervenendo in diversi ambiti del Ssn.

A partire dall'aggiornamento dei suoi grandi principi ispiratori, confermando l'unitarietà, l'universalità e l'equità del sistema, ma alla luce dei cambiamenti del quadro costituzionale (che hanno visto un ruolo sempre più rilevante delle Regioni) e della necessità di garantire appieno i nuovi bisogni di salute della popolazione.

Questo testo rappresenta una forte e precisa assunzione di responsabilità della politica per la

salvaguardia e il miglioramento del sistema sanitario nazionale. Per questo vengono ridefiniti i principali strumenti di governo del sistema a partire dal Piano sanitario nazionale e dalla programmazione regionale degli interventi, fino alla determinazione di un vero e proprio "sistema nazionale di valutazione" delle cure per monitorare costantemente i risultati di salute in rapporto agli obiettivi fissati dai piani nazionali e locali. Si attua poi» ha aggiunto il Ministro «il definitivo riordino della medicina territoriale per determinare un nuovo assetto delle cure e dell'assistenza extraospedaliera, basato sulla continuità dell'assistenza per tutto l'arco della settimana e soprattutto indirizzan-

do gli interventi verso i nuovi bisogni legati all'invecchiamento e alla crescita delle malattie croniche che richiedono risposte sempre più mirate sull'esigenza della persona.

Nasce così il secondo pilastro del Ssn, per una medicina realmente vicina al cittadino ed in grado, nel contempo, di riqualificare l'attività della rete ospedaliera.

In questo senso abbiamo anche riannodato le fila del processo di integrazione tra servizi sociali e sanitari, in sintonia con l'altro ddl sulla non autosufficienza, per arrivare ad un vero e proprio "sportello unico assistenziale" dove il cittadino possa trovare tutte le risposte e le soluzioni indipendentemente dal soggetto erogatore (Asl, Comuni, ecc.). Ma perché

qualità e sicurezza? Perché oggi dopo l'aziendalizzazione del sistema, la determinazione del diritto alla salute con la fissazione di livelli essenziali di assistenza omogenei su tutto il territorio, dobbiamo rispondere alla forte domanda di qualità e sicurezza che ci proviene giustamente dal cittadino. Qualità e sicurezza nelle cure, ma anche nei processi gestionali e organizzativi. Perché qualità e sicurezza sono anche trasparenza nelle nomine e nelle scelte di manager e primari e si ottengono anche coinvolgendo nella gestione e nelle decisioni gli operatori sanitari che si affiancheranno al direttore generale, attuando finalmente il tanto atteso "governo clinico" nelle Asl e negli ospedali. Ma qualità e sicurez-

za è anche avere i dirigenti con responsabilità gestionali complete dedicate all'azienda sanitaria pubblica per la quale lavorano e quindi con rapporto esclusivo per tutta la durata del loro incarico. E, ovviamente, qualità e sicurezza è dotare le Asl e gli ospedali degli strumenti giusti per gestire il rischio clinico per evitare errori e disorganizzazione che causano disservizi e malasanità. Insomma quello che stiamo disegnando con questo ddl» ha concluso Livia Turco «è un servizio sanitario nazionale sempre più amico, responsabile, accogliente, trasparente, capace di prendere in carico e interamente proiettato alla promozione e alla tutela della salute in qualità e sicurezza».

### NUOVI PRINCIPI PER FAR CRESCERE IL SISTEMA

Sono rivisitati e aggiornati i principi ispiratori del Ssn già individuati dalla legge del 1978 e dagli interventi normativi del 1992 e del 1999, in particolare:

1. è confermato il principio della dignità della persona in tutte le fasi della vita, anche quella terminale, con particolare attenzione alle implicazioni derivanti dalle applicazioni mediche
2. la tutela della salute si trasforma in assunzione globale di responsabilità di tutte le politiche pubbliche non sanitarie che influiscono direttamente sui determinanti dello stato di salute della popolazione;
3. è chiamata in causa anche la responsabilità della singola persona, quale artefice del proprio stile di vita e delle conseguenze di salute che ne derivano;
4. è rafforzata la centralità del territorio nella logica di sussidiarietà tra gli enti di governo del sistema
5. è introdotto il principio del governo clinico come modalità di coinvolgimento delle professioni sanitarie nelle decisioni sulla gestione dell'azienda o dell'ospedale
6. la partecipazione dei cittadini diviene strumento diffuso di verifica per un costante miglioramento continuo della qualità dei servizi
7. la valutazione diviene una funzione imprescindibile del Ssn a tutti i livelli di governo

### LE NOVITÀ PIÙ RILEVANTI

Il principio della dignità della persona è espressamente collegato al diritto a ricevere le cure più appropriate anche nelle fasi terminali della vita. Il disegno di legge si collega, in questo modo, sia con il dibattito in corso in Parlamento in materia di dignità del fine vita, sia con il più ampio confronto relativo alle implicazioni degli sviluppi etici della ricerca biomedica (art. 1).

La responsabilità della tutela della salute esce dai confini del Ssn e diviene obiettivo delle politiche pubbliche non sanitarie, in coerenza con gli orientamenti espressi dall'Organizzazione mondiale della sanità e dall'Unione europea. Attraverso la sistematizzazione di uno strumento adottato per la prima volta nel 2007 – il piano Guadagnare salute – le politiche pubbliche settoriali saranno orientate a influenzare i c.d. determinanti della salute. Al contempo i singoli individui sono richiamati, attraverso campagne di prevenzione mirate, ad adottare stili di vita salubri (art. 2).

La centralità del territorio - pilastro del Ssn già dai primi anni Novanta - è adeguata alla riforma del Titolo V della parte seconda della Costituzione. In questa ottica le più rilevanti decisioni riguardanti il Ssn sono prese d'intesa con Regioni ed Enti locali, nella consapevolezza che lo sviluppo della sanità pubblica è concretamente garantito dalla condivisione degli obiettivi (art. 6).

Il governo clinico chiude il processo di aziendalizzazione del Ssn: la buona sanità è il prodotto della convergenza fra manager attenti alla gestione delle risorse – come condizione imprescindibile per il governo del sistema – e professionisti a contatto quotidiano col bisogno di salute delle persone (art. 7).

Ai fini di una effettiva realizzazione della partecipazione dei cittadini al funzionamento e al miglioramento del Ssn, il disegno di legge prevede che l'audit civico divenga strumento ordinario di valutazione e che un accordo tra Stato e Regioni individui le forme di partecipazione che ciascun livello di governo è tenuto ad assicurare (art. 5).

La valutazione è strumento indispensabile per la governance del sistema, specialmente in un contesto istituzionale ispirato al decentramento territoriale entro il quale il governo nazionale elabora con l'ausilio delle Regioni indirizzi ed obiettivi e ciascun livello di governo è responsabile delle proprie scelte strategiche. Tutti i soggetti coinvolti sono chiamati ad alimentare il Sistema nazionale di valutazione incaricato di misurare costantemente il rispetto dei livelli di servizio, la loro qualità, l'andamento dei conti del Ssn (art. 3).

### GLI STRUMENTI DI GOVERNO DEL SSN: UNA STRATEGIA NAZIONALE PER UN PIÙ FORTE RUOLO DELLE REGIONI

Il disegno di legge ridisegna l'impianto di governo del Ssn e rimodula gli strumenti che compongono in maniera coerente la cabina di regia del sistema:

- il Piano sanitario nazionale;
- gli accordi tra Stato e Regioni;
- la programmazione regionale;
- il Sistema nazionale di valutazione;
- i poteri sostitutivi.

- La programmazione nazionale diventa cornice di orizzonte temporale più ampio per definire in forma partecipata i target di salute del paese
- Le priorità della programmazione nazionale sono attuate tramite accordi

di fra Stato e regioni che definiscono programmi di intervento per il raggiungimento degli obiettivi di salute

- Il Sistema nazionale di valutazione monitora e verifica il livello di perseguimento degli obiettivi nazionali e regionali.
- L'attivazione di poteri sostitutivi costituisce lo strumento di chiusura del sistema.

Si potenziano inoltre i luoghi della cooperazione tra Stato e Regioni: l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali si configura con una missione e un quadro di obiettivi più chiari

### LE NOVITÀ PIÙ RILEVANTI

Lo strumento principale della programmazione sanitaria, il Piano sanitario nazionale, acquista un orizzonte di cinque anni rispetto ai quali individua i bisogni di salute della popolazione e definisce le linee di indirizzo generali. Inoltre, il coordinamento con il Piano Guadagnare salute punta a fare convergere in modo integrato tutte le politiche pubbliche sul miglioramento dei determinanti della salute (art. 2).

Le sinergie tra Stato e Regioni saranno fissate nell'ambito di specifici accordi che rispondono ai macro obiettivi dettati dal Piano sanitario nazionale.

Gli accordi intervengono prioritariamente nelle aree definite dal disegno di legge: erogazione dei LEA, programmi di prevenzione, ricerca, sviluppo della qualità, formazione, linee guida ecc. (art. 2).

La programmazione regionale, in coerenza con il Piano nazionale e con gli accordi, definisce l'orizzonte di azioni, obiettivi e risorse delle singole Regioni.

La chiusura del sistema si realizza attraverso la verifica degli adempimenti previsti dagli accordi svolta dal Sistema nazionale di valutazione anche attraverso il network di soggetti che lo alimenta (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, all'Agenzia italiana del farmaco, al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA ecc.) (art. 3)...

... nel caso di inerzia delle Regioni si attiva il potere sostitutivo: un accordo tra Stato e Regioni stabilisce a monte quali impegni sono soggetti a verifica e quindi all'attivazione del potere sostitutivo, a riprova che il raggiungimento degli obiettivi di salute e/o di gestione di una singola Regione è interesse non solo dello Stato nella sua funzione di garante dell'unitarietà del sistema, ma anche delle singole Regioni (art. 3).

Il disegno di legge fissa le competenze dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali per (art. 15):

- promozione della qualità delle prestazioni e dei servizi resi al cittadino;
- valutazione dell'impiego delle risorse in relazione alla qualità erogata;
- monitoraggio e promozione della sicurezza delle cure e del rischio clinico;
- promozione dei programmi di riduzione dei tempi di attesa;
- elaborazione di linee guida cliniche e di percorsi diagnostico-assistenziali.

### QUALITÀ, APPROPRIATEZZA E VALUTAZIONE

Il disegno di legge orienta il modo di operare del Ssn verso gli obiettivi di qualità, appropriatezza e valutazione.

Tali principi devono essere agiti quotidianamente nell'azione di dirigenti, medici e operatori delle strutture sanitarie, ma queste pratiche diventano diffuse se il Governo nazionale si fa promotore di funzioni coordinate, aperte e partecipate da tutti i soggetti istituzionali volte a fornire un quadro nazionale di riferimento sui modelli, gli strumenti, le informazioni.

In questa ottica virtuosa - che interpreta in modo di essere del Governo nella cornice della riforma costituzionale federale - il disegno di legge prevede l'istituzione di due Sistemi nazionali di riferimento:

- il Sistema nazionale linee guida e valutazione delle tecnologie sanitarie;
- il Sistema nazionale di valutazione del Ssn.

### LE NOVITÀ PIÙ RILEVANTI

Il Sistema nazionale linee guida e valutazione delle tecnologie sanitarie nasce come funzione di coordinamento finalizzato a due obiettivi:

- stabilire le linee guida di riferimento per i percorsi diagnostico terapeutici;
- valutare l'impatto sanitario ed economico dell'introduzione di nuovi dispositivi medici e nuove tecnologie sanitarie.

Attraverso il Sistema nazionale linee guida si promuove in maniera diffusa il miglioramento continuo della qualità nelle pratiche diagnostiche e terapeutiche in riferimento ai tempi di attesa, alla probabilità di incidenti critici ed errori clinici, alle patologie più complesse, agli effetti rilevanti sull'organizzazione dei servizi.

Per raggiungere questo obiettivo il Sistema nazionale linee guida si organizza come sede di collegamento e coordinamento tra il Ministero della salute, le Regioni, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, l'Istituto superiore di sanità, l'Istituto superiore per la prevenzione e sicurezza sul lavoro, l'Agenzia italiana del farmaco, il Coordinamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il Consiglio superiore di sanità, la

Commissione unica dei dispositivi medici, la Commissione nazionale sull'appropriatezza, della Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri (art. 17).

Il Sistema nazionale di valutazione del Ssn si configura, a sua volta, come il cruscotto nazionale attraverso cui monitorare e valutare lo sviluppo della qualità e dell'appropriatezza delle cure erogate dalle strutture sanitarie e gli andamenti economici del sistema. Il Sistema nazionale di valutazione deve svilupparsi come la sede nella quale sono presenti tutte le informazioni che riguardano l'evoluzione del Ssn, in riferimento alle caratteristiche quantitative e qualitative delle prestazioni garantite, all'andamento della spesa sanitaria pubblica e privata, all'evoluzione dei modelli organizzativi dei servizi ecc. (art. 3). Il Sistema nazionale di valutazione viene pertanto alimentato di informazioni provenienti da tutti i soggetti del Ssn, tanto che la sua stessa progettazione viene effettuata attraverso modalità negoziate con le Regioni.

### VERSO UNA NUOVA SALUTE DEL TERRITORIO: MIGLIORE ASSISTENZA PRIMARIA E PIÙ INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Il miglioramento della medicina territoriale è un obiettivo centrale del disegno di legge. Solo quando le persone coglieranno concretamente l'avanzamento in termini di qualità e presenza della rete della medicina di base, si potrà riequilibrare il rapporto con la sanità ospedaliera. Quindi l'obiettivo è di realizzare delle reti che, salvaguardando gli studi dei medici generali, concentrino in strutture del territorio che diventano immediatamente percepite dalla cittadinanza (le Case della salute), la continuità dell'assistenza ambulatoriale, tutti i giorni della settimana, 12 ore al giorno, e l'assistenza medica domiciliare – anche pediatrica - sempre senza interruzione.

Il potenziamento dell'assistenza primaria con le nuove reti di medici di famiglia fa da piattaforma per un'operazione ancora più ambiziosa sull'integrazione socio-sanitaria. Perché una salute del territorio organizzativamente più robusta, permette di integrarsi in maniera più efficace con le reti territoriali dei servizi sociali.

Nella medesima ottica di definire la rete di servizi territoriali più completa possibile, acquista significato anche l'ampliamento delle funzioni delle Farmacie che, in quanto tradizionale presidio territoriale, ampliano la propria gamma di attività all'assistenza domiciliare integrata, alle analisi di laboratorio, al monitoraggio sui farmaci prescritti.

I cittadini, specie le persone con problemi di cronicità, devono essere presi in carico all'interno di un percorso di cura e assistenza unitario. Le molte risposte di cui necessita un problema così complesso (risposte mediche, sociali ed economiche) non devono essere composte insieme dal paziente o dalla sua famiglia, ma devono entrare tutte in una modalità di presa in carico globale, attraverso sportelli unici ed équipe multidisciplinari. Questo è l'obiettivo fondamentale della strategia del disegno di legge.

### LE NOVITÀ PIÙ RILEVANTI

Vengono costituite le Unità di medicina generale e le Unità di pediatria come strutture organizzative di almeno 15 medici per una platea di assistiti di almeno 15.000 persone (art. 6).

Le Unità di medicina generale garantiscono l'assistenza ambulatoriale in tutti i giorni della settimana nell'arco delle dodici ore diurne e l'assistenza domiciliare continua, diurna e notturna (art. 6).

Le Unità di pediatria assicurano l'assistenza ambulatoriale tutti i giorni della settimana nell'arco delle dodici ore diurne e l'assistenza notturna, prefestiva e festiva in collaborazione con le Unità di medicina generale (art. 6).

Le Regioni, per trovare soluzioni organizzative adeguate ad assicurare la presa in carico integrata del bisogno socio-sanitario e la continuità del percorso di cura e di assistenza (art. 4):

- rendono coerenti il disegno dei distretti sanitari e degli ambiti territoriali sociali;
  - sviluppano una programmazione unitaria per le prestazioni ad alta integrazione;
  - verificano che quando i servizi relativi alle prestazioni integrate sono affidate in outsourcing, si svolgano gare uniche di ASL e comuni.
- Le Farmacie attivano le seguenti specifiche funzioni (art. 21):
- supporto all'assistenza domiciliare integrata per i pazienti residenti nell'ambito della sede farmaceutica;
  - analisi di laboratorio di prima istanza (esclusa l'attività di prelievo di sangue o plasma mediante siringhe);
  - supporto all'attività del medico di medicina generale ai fini del monitoraggio dell'utilizzazione dei farmaci prescritti;
  - educazione sanitaria al pubblico.



■ LEGGE FINANZIARIA 2008: NUOVE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI SANITÀ PUBBLICA

# Pillole sulla Finanziaria 2008



**Con l'approvazione definitiva del Senato, lo scorso 21 dicembre, la Finanziaria 2008 è diventata Legge.**

Il 21 dicembre 2007 il Senato della Repubblica ha approvato la legge finanziaria 2008 (L. n. 244 del 24.12.2007, pubblicata sulla G.U. n. 300 del 28.12.2007); si riportano, di seguito, le principali disposizioni innovative di interesse igienistico. Il Fondo sanitario nazionale per finanziare i Livelli essenziali di assistenza viene incrementato di 4,417 miliardi di euro rispetto al 2007, raggiungendo un

totale di 101,457 miliardi di euro, allo scopo di assegnare le risorse necessarie a garantire una migliore erogazione delle prestazioni assistenziali a tutti i livelli, dall'ospedale al territorio. Il provvedimento prevede, inoltre, un rilancio degli investimenti strutturali nell'edilizia sanitaria con lo stanziamento di 3 miliardi di euro in più, rispetto al 2007. Tali stanziamenti sono subordinati a verifiche sull'adozione di misure significative di efficienza energetica e di produzione di energia da fonti rinnovabili e di risparmio idrico, evidenziando l'interesse del legislatore per la tutela dell'ambiente e del risparmio energetico. Altre due importanti disposizioni in materia di sanità pubblica, previste dalla legge finanziaria 2008, sono relative allo stanziamento di ulteriori 50 milioni di euro per il poten-

ziamento delle attività di prevenzione e contrasto degli incidenti e delle malattie professionali sui luoghi di lavoro, nonché altri 30 milioni di euro destinati alla rapida esecuzione della vaccinazione gratuita contro il virus HPV, che sarà garantita ogni anno a oltre 250 mila ragazze italiane. Di non minore importanza, tra gli altri provvedimenti, è la trasformazione del Comitato nazionale per la sicurezza alimentare, istituito con decreto dei Ministeri della Salute e delle Politiche agricole nel luglio 2007, in Autorità nazionale per la sicurezza alimentare, che opererà presso il Ministero della Salute e per la quale sono stati stanziati 6,5 milioni di euro per il triennio 2008/2010 (Fonte: Ministero Salute, 2008).

Antonio Giulio de Belvis

A CURA DI LAURA MURIANNI

**Aggiornato il sito dell'Istat Health For All**

Il database dell'Istat Health For All è stato aggiornato da Dicembre 2007: <http://www.istat.it/sanita/Health/>

Si segnala l'aggiornamento in particolare:

- dei dati con fonte le Indagini Multiscopo sulle Famiglie "Aspetti della vita quotidiana" e "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari".
- delle serie storiche delle sezioni dedicate a: famiglia, fecondità, interruzioni volontarie della gravidanza, aborti spontanei, istruzione, forze di lavoro e occupazione, povertà, ambiente, malattie infettive, speranza di vita, attività ospedaliera in generale, le risorse finanziarie, le risorse umane e le risorse tecniche.

Il gruppo di dati della sezione disabilità è stato integrato con dati relativi a "Disabilità nella vista, udito e parola".

**I Dati dell'Osservatorio Nazionale Screening**

Il 19 dicembre 2007 l'Osservatorio Nazionale Screening ha presentato i dati delle survey relative alla situazione dei programmi di screening: mam-

mografico, citologico, coloretale (dati 2005 e 2006 preliminare) in Italia. Molto è stato fatto a partire dal 2001 ad oggi, ma ancora molto resta da fare per raggiungere gli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione.

Risulta in atto una estensione dei programmi di screening in molte regioni italiane in particolare in quelle del Sud, ma gli obiettivi fissati nell'Accordo Stato-Regioni del 2006, da raggiungere a fine 2007, non saranno rispettati. Per quanto riguarda lo screening mammografico circa un quinto della popolazione italiana non può usufruirne mentre per quello citologico si parla di un terzo della popolazione. Per quanto riguarda i programmi di screening coloretale sono state molte le realtà che li hanno attivati a partire dal 2005-2006:

la discrepanza tra regioni del Centro-Nord e quelle del Sud resta anche per questo programma per cui non ne usufruisce circa la metà della popolazione italiana.

**Disabilità: la prima grande Convenzione internazionale in materia di diritti umani del terzo millennio**

Il 28 dicembre 2007 è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il disegno di legge per la ratifica della "Convenzione delle Nazioni unite sui diritti delle persone con disabilità": la prima grande Convenzione internazionale in materia di diritti umani del terzo millennio: <http://www.un.org/disabilities/>.

È una Convenzione che, a conclusione di un lungo e complesso negoziato, ha individuato

nuovi percorsi per il riconoscimento dei diritti delle persone con disabilità ed è stata approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006, alla firma dell'Italia il 30 marzo 2007. L'Italia si è impegnata ad accelerare il più possibile il processo di ratifica con i necessari interventi legislativi al fine di darne concreta applicazione.

Tale convenzione ha come scopo promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità. Intendendo per persone con disabilità coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed ef-

fettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri (art.1).

I principi generali di tale convenzione sono:

- rispetto per la dignità, l'autonomia individuale e l'indipendenza delle persone;
- non discriminazione;
- piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società;
- rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa;
- parità di opportunità;
- accessibilità;
- rispetto dello sviluppo delle capacità dei minori con disabilità e il rispetto del diritto dei minori con disabilità a preservare la propria identità (art.2-3).

COME RINNOVARE LE ISCRIZIONI SITI 2008

**1 BOLLETTINO BANCARIO MAV**

Allegato a questo numero di Siti Notizie è stato inviato a tutti i nostri soci (ad eccezione di onorari e vitalizi) un bollettino MAV utilizzabile presso qualunque sportello bancario italiano per versare - senza spese - la quota associativa.

**2 SITO INTERNET CON CARTA DI CREDITO**

Cliccando su [www.sitinazionale.org](http://www.sitinazionale.org) è possibile accedere alla pagina web specifica ed utilizzabile per versare la quota di iscrizione alla Siti per l'anno 2008, utilizzando la carta di credito VISA o MASTER.

**3 PRESSO LE SEZIONI REGIONALI SITI**

Sarà sempre possibile sottoscrivere la quota associativa presso le 15 Sezioni regionali della Siti.

SEGUE DALLA PRIMA

dicazione da parte degli operatori dei Dipartimenti di prevenzione di voler giocare un ruolo da protagonisti nel miglioramento della salute dei cittadini e l'abbandono di qualsiasi connotazione vittimistica che la povertà di risorse e di investimenti pubblici (ben meno del 5% stabilito dalla legge) avevano sino ad oggi, in un certo senso, alimentato. Gli operatori della sanità pubblica sono propositivi, hanno dei progetti, conoscono i bisogni di salute del Paese e vogliono collaborare con tutte le professionalità coinvolte nel settore e saranno, da oggi, sempre più protagonisti nella tutela della salute dei cittadini e nella ricerca. Protagonisti» ha concluso Privitera «di quella medicina "invisibile" chiamata prevenzione, che oltre ai malati si prende cura anche e soprattutto dei sani».

**Il primo LEA... dimenticato!**

E già, poiché troppo spesso gli igienisti e gli operatori della prevenzione si trovano costretti a suonare la campanella della memoria suonando l'allarme per la "Cenerentola" della sanità: la prevenzione.

«Assistiamo all'assurda situazione che, in Italia, si risparmia solamente sulla prevenzione collettiva» ha ricordato (denunciato) Vittorio Carreri, Coordinatore del Collegio degli Operatori. «Si spende infatti, mediamente, il 3,5 per cento del cosiddetto Fondo Sanitario Nazionale (FSN), contro il minimo concordato dallo Stato e dalle Regioni del 5%. Ne deriva» ha aggiunto Carreri «che in numerose Regioni non si adempie neppure al diritto irrinunciabile dei cit-

tadini di avere le prestazioni di cui al Primo Livello Essenziale di Assistenza (Lea)». A giudizio del Coordinatore degli Operatori della Siti, infatti, da molti anni le Aziende Usl non sostituiscono, di fatto, gli operatori, specie dei Dipartimenti di Prevenzione, che per cause varie (pensionamenti, trasferimenti, decessi, ecc) hanno lasciato il servizio. Ne deriva una preoccupante carenza di personale qualificato e di necessari ricambi generazionali. «I decisori politici ed istituzionali, sia del Governo nazionale sia delle Regioni» ha aggiunto «devono rendersi conto che bisogna investire di più e meglio nella prevenzione, favorendo anche l'integrazione della Sanità Pubblica con tutte le altre attività della Società, in quanto dalla tutela del-



**Vittorio Carreri**  
Coordinatore  
Collegio degli Operatori  
della Siti

la Salute e dalla Sicurezza ambientale, alimentare e lavorativa, dipen-

Il nostro futuro

dono in maniera sostanziale la solidità dell'economia e il benessere della popolazione.

Ma sui temi della prevenzione la risposta non si può limitare ai programmi di cambiamento degli stili di vita e ai pur necessari provvedimenti di prevenzione secondaria o di diagnosi precoce, specie nei confronti di alcune patologie tumorali. Vanno invece potenziate e sviluppate, in modo chiaro e consistente, le attività di prevenzione primaria: dalla educazione sanitaria all'igiene ambientale; dall'igiene e sicurezza alimentare all'igiene nutrizionale; dalla prevenzione e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro, compresi gli ospedali e le Rsa, all'ampliamento dell'offerta vaccinale.

P.S.



L'ONU RICHIAMA AI SUOI IMPEGNI LA COMUNITÀ INTERNAZIONALE

## 2008: proclamato Anno internazionale sulle condizioni igienico sanitarie

Il 2008 è l'Anno internazionale sulle condizioni igienico sanitarie. L'iniziativa, di un anno tematico dedicato al problema igienico-sanitario, scaturisce dalla decisione presa nel dicembre 2006 dall'Assemblea Generale dell'Onu di imprimere un'accelerazione ai progressi nel campo igienico-sanitario. Si calcola, a livello mondiale, che circa 2,6 miliardi di persone risultano prive di adeguati servizi igienico-sanitari, e conseguentemente della necessaria protezione contro malattie prevenibili, responsabili ogni giorno della morte di migliaia di persone, la maggior parte delle quali sono bambini. Oltre 1 miliardo di persone in tutto il mondo ha guadagnato l'accesso a servizi igienici adeguati negli ultimi 14 anni, ma circa 2,6 miliardi - inclusi 980 milioni di bambini - ne restano tuttora privi.

L'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha deciso di lottare contro questo stato di cose con l'inaugurazione a New York, il 21 novembre scorso, dell'Anno internazionale per l'igiene. Intende così ricordare alla comunità internazionale gli impegni assunti nell'ambito degli Obiettivi del millennio. E intende imprimere un'accelerazione in questo settore se si vuole ridurre della metà, entro il 2015, la popolazione mondiale priva di accesso a servizi igienico-sanitari adeguati. Obiettivo che risulta essere ancora molto lontano. La comunità internazionale conti-

nua ad essere fuori rotta per ciò che riguarda il raggiungimento dell'Obiettivo di Sviluppo del Millennio n. 7, che prevede, appunto, entro il 2015, il dimezzamento del numero di persone che non hanno accesso ai servizi igienico-sanitari di base. Benché la disponibilità globale di infrastrutture igienico-sanitarie sia cresciuta dal 49 al 59% tra il 1990 e il 2004, si deve migliorare se si vuole raggiungere l'obiettivo del 2015. Se si confermerà la tendenza attuale, nel 2015 vi saranno 2,4 miliardi di persone prive di servizi igienico-sanitari di base, con i bambini che continueranno a pagare il prezzo più alto in termini di mortalità, opportunità perse d'istruzione scolastica, malattie, malnutrizione e povertà. Si stima che infrastrutture igienico-sanitarie opportunamente migliorate potrebbero ridurre le malattie diarroiche nei bambini piccoli di oltre un terzo.

Se poi fossero accompagnate dalla promozione delle norme igieniche, come ad esempio insegnare a lavare correttamente le mani, la riduzione raggiungerebbe i due terzi.

Detti miglioramenti contribuirebbero inoltre ad accelerare lo sviluppo economico e sociale in Paesi in cui la principale causa di perdita di giornate lavorative e scolastiche è rappresentata dalle malattie legate alla mancanza delle elementari condizioni igienico-sanitarie.

P.P

### DIREZIONI SANITARIE

#### Istituita task force

La Sezione Campana della Società Italiana di Igiene, presieduta dalla Prof.ssa Maria Triassi, docente ordinario di Igiene alla Facoltà di Medicina dell'Ateneo Federico II, ha istituito un gruppo di lavoro sulle direzioni sanitarie. Il gruppo di lavoro sarà coordinato da Lorenzo Labate, responsabile del Nucleo Ispettivo della Regione Campania. Il Dott. Labate lavora da anni per migliorare gli standard qualitativi delle strutture sanitarie campane e per dare rigore ai comportamenti dei sanitari in campo igienistico e della prevenzione.

La segreteria organizzativa è stata invece affidata a Graziano Olivieri, Direttore Sanitario Aziendale dell'Istituto dei Tumori G. Pascale con esperienza universitaria decennale in campo igienistico e della organizzazione. Obiettivi del gruppo di lavoro saranno: 1) la riqualificazione e la valorizzazione degli igienisti impegnati nelle direzioni sanitarie sia aziendali sia di presidio e sia territoriali; 2) criteri che possano garantire la più alta qualità delle nomine e degli incarichi, ivi compresi il possesso dei requisiti previsti dalla legge; 3) la sistematizzazione e diffusione delle linee guida e delle procedure operative necessarie a garantire la qualità dell'operato delle direzioni sanitarie. Senza qualità e alta qualificazione delle direzioni sanitarie non è possibile garantire l'efficacia dell'intera assistenza sanitaria erogata. La metodologia di lavoro del gruppo sarà basata sull'evidenza scientifica e sulla formazione del medico igienista anche alle problematiche di responsabilità civile e penale nell'ambito della propria attività: l'attività di Direttore Sanitario è particolarmente a rischio soprattutto in questo momento storico, caratterizzato da situazioni emergenziali di carattere igienico sanitarie e organizzative, come quella dei rifiuti che in questi giorni sta vivendo la Campania ed inoltre in prima linea rispetto alle richieste dei cittadini e anche rispetto alle strategie di prevenzione del rischio clinico.



#### SI È SPENTO ENNIO BELLELLI

Un maestro dell'igiene ci ha lasciati. Ennio Bellelli, 73 anni, tutta la carriera all'Università di Parma fino al titolo di Emerito riservato a pochi illustri docenti, si è spento durante le vacanze natalizie. Allievo di Monaci (scuola Giovanardi) Bellelli ha raggiunto l'ordinariato nel 1976 e ha diretto ininterrottamente l'Istituto di Igiene di Parma per 24 anni, fino al collocamento fuori ruolo nel 2001. Ha svolto mansioni e ricoperto per molti anni incarichi di responsabilità sia culturale che organizzativo-amministrativa presso la Facoltà di Medicina e l'Ateneo di Parma; è

### AGENDA

## Congressi e convegni di interesse igienistico, di medicina preventiva e di sanità pubblica

**Gestione rifiuti: da emergenza campana a problema nazionale**

**VIETRI SUL MARE (SA)**

14 marzo 2008

Programma:  
[www.mgmweb.it](http://www.mgmweb.it)

**1° Congresso della Società Italiana Medici Manager (SIMM)**

**ROMA**

17-19 aprile 2008

Il Congresso è organizzato insieme alla British Association of Medical Managers.

Programma:  
[www.medicimanager.it/congresso2008.html](http://www.medicimanager.it/congresso2008.html)

**Symposio internazionale Current Developments in Food and**

**Environmental Virology**

**PISA**

9-11 ottobre 2008

Programma:  
<http://virambnet.isti.cnr.it>

**1° Congresso Nazionale GISIO (Gruppo Italiano Studio Igiene Ospedaliera)**

**Infezioni correlate all'assistenza sanitaria**

**POZZO FACETO DI FASANO (BR)**

25-27 maggio 2008

Programma:  
<http://www.sitinazionale.com/content/2300art/0801/1104/13298/all1.pdf>

**I Conferenza Nazionale sulle Cure Primarie BOLOGNA**

25-26 febbraio 2008

Programma:  
[www.saluter.it/conferenza\\_cureprimarie](http://www.saluter.it/conferenza_cureprimarie)

**EUPHA Annual Conference**

**I-health: health and innovation in Europe**

**LISBONA**

6-8 novembre 2008

[www.eupha.org/html/2008\\_lisbon/EUPHA\\_Lisbon\\_2008\\_First\\_announcement.pdf](http://www.eupha.org/html/2008_lisbon/EUPHA_Lisbon_2008_First_announcement.pdf)

**6° Incontro Nazionale di Formazione**

**Attualità e Prospettive delle vaccinazioni**

**VILLA MONDRAGONE TOR VERGATA (RM)**

28 maggio 2008

### RECENSIONI



#### PATIENT SAFETY - LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

Charles Vincent Edizione italiana a cura di Tommaso Bellandi, Diana Pascu, Gabriele Romano, Riccardo Tartaglia

Esseditrice-Panorama della Sanità, 2007

Il libro fornisce una visione d'insieme degli errori medici e, in senso più ampio, degli errori nel campo dell'assistenza ai pazienti. Si tratta di un ambito divenuto oggetto di diversi studi ed il focus di numerosi programmi di miglioramento della qualità in sanità, un fenomeno che coinvolge un numero considerevole di cittadini. Nel volume sono presentati non solo l'attività di ricerca ma anche l'applicazione operativa dei suoi risultati in Gran Bretagna, Stati Uniti, Europa, Australia e in altri Paesi.

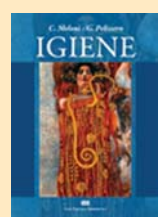


#### IL RISCHIO CLINICO: METODOLOGIE E STRUMENTI

Augusto Panà, Simona Amato

Esseditrice-Panorama della Sanità, 2007

Il volume tratta l'argomento del Rischio Clinico attraverso un approccio sistemico al rischio che prevede un preciso itinerario: mappatura dei processi, chiara definizione delle politiche qualità, chiara identificazione dei potenziali rischi connessi alle attività e, soprattutto, progettazione di barriere che impediscano il presentarsi degli errori.



#### IGIENE

Cesare Meloni, Gabriele Pelissero

CEA, 2007

Il volume tratta tutte le diverse articolazioni dell'Igiene. Inoltre, comprende anche materie correlate e per alcuni aspetti complementari, quale, per esempio, l'Economia sanitaria. Si offre come strumento di supporto sia per gli studenti dei diversi corsi di studio che contemplano la conoscenza dell'Igiene nel loro percorso formativo, sia per gli operatori professionali di area igienistica che a vario titolo e con diverse funzioni operano nei servizi e presidi del Servizio sanitario.

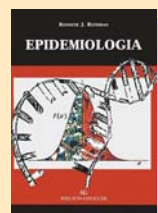


#### GOVERNO E GESTIONE DELL'IGIENE NELLE STRUTTURE SANITARIE. MANUALE PRATICO

Gianfranco Finzi, Ugo Luigi Aparo, Umberto Moscato, Daniela Pedrini, Gabriele Pelissero, Gualtiero Ricciardi, Egidio Sesti, Carlo Signorelli

Il Pensiero Scientifico, 2007

Realizzato per gli operatori sanitari impegnati in attività di prevenzione e di direzione sia all'interno che all'esterno degli ospedali, questo volume fornisce le più attuali conoscenze sulla patogenesi delle infezioni, mettendo in luce i principi emanati per la loro prevenzione e cura e le indicazioni aggiornate sugli aspetti più importanti dell'Igiene.



#### EPIDEMIOLOGIA

Kenneth J. Rothman

Edizione italiana a cura di: Giuseppe La Torre, Stefania Boccia, Alice Mannocci

Idelson-Gnocchi, 2007

Questo testo, come lo stesso Rothman sottolinea, si configura, per la semplicità del linguaggio e la pragmaticità dell'approccio didattico, come un avvicinamento all'epidemiologia per chi si accosta per la prima volta a questa materia, ma costituisce nel contempo uno strumento per coloro che sono già esperti, poiché riesce a riassumere ed a schematizzare i concetti più importanti fornendo opportuni esempi reali in una cornice di grande rigore scientifico.

stato membro del Consiglio di Amministrazione dell'Università, membro della Commissione per la valutazione delle qualifiche funzionali del personale dell'Ateneo e coordinatore del gruppo dei docenti dell'area Biologica.

Ha ricoperto per più mandati la carica di Presidente della Società Italiana di Igiene (SITI) della sezione Emilia-Romagna. Ha svolto ininterrottamente attività scientifica sia come ricercatore sia come coordinatore nell'ambito dell'epidemiologia e della prevenzione delle infezioni da virus respiratori (in particolare influenza), di virus enterici (in particolare poliovirus), di virus epatitici e dell'HIV. Bellelli si è anche interes-

sato di ambiente. Di particolare rilievo le indagini sulle acque superficiali (studio sulle acque del PO e dei suoi affluenti), su quelle destinate al consumo umano, sui metodi di potabilizzazione e sugli inquinamenti atmosferici.

La Facoltà, congiuntamente alla SItI, ha ricordato la figura del professor Bellelli lunedì 21 gennaio nell'Aula del Consiglio di facoltà dell'Università di Parma; presenti il Rettore, il Preside e molti igienisti italiani tra i quali in primis il Past Preside della Facoltà di Medicina Prof. Novarini, Fara e Giammanco che hanno ricordato i meriti scientifici di Bellelli e il Presidente SItI Maida che ha concluso i lavori.

IN COLLABORAZIONE CON

**sanofi pasteur MSD**  
i vaccini per la vita

**gsk** GlaxoSmithKline

**NOVARTIS**  
VACCINES

**Wyeth**  
Vaccini

**Berna** >B-