



NEWSLETTER

dell' Associazione Nazionale Assistenti Sanitari
integrativa del periodico "L'ASSISTENTE SANITARIO"



Numero 41

Prot. 33/07 – 05 maggio 2007

Cari Soci,

le vicende della politica nazionale, in particolare parlamentare, hanno distratto l'attenzione dalla problematica delle professioni sanitarie, che lascia spazio alla riforma complessiva delle professioni intellettuali, come già Vi abbiamo informato.

Ancora in ombra il ddl 1609, che riguarda gli ordini per la 43.

Sulle 22 professioni sanitarie si agitano opinioni, per lo più tendenti a sollecitarne la riduzione e l'accorpamento: grande confusione.

La nostra professione non sfugge a questo clima di incertezza, riguardo al quale il nostro imperativo è di non farci travolgere dal pessimismo e, viceversa, di continuare, anche come Associazione, a perseguire i nostri obiettivi, dalla salvaguardia del profilo all'autonomia professionale e ordinistica.

Questa newsletter Vi aggiorna su alcuni problemi importanti.

Un caro saluto

Gianna Calzolari

In questo numero	
Editoriale	Pag. 1
Che fine ha fatto il ddl 1609 sugli Ordini ? - Il nuovo Testo Unico in materia di Sicurezza del Lavoro - Stato di attuazione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 - Il SIVEAS	Pag. 2
Il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie	Pag. 3 - 4
Guadagnare Salute - Vaccino per la prevenzione del Papilloma Virus (HPV) - Legge Finanziaria 2007 - Sulla Funzione di coordinamento	Pag. 4 - 5
Istituzione della qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie	Pag. 5 - 6
Ipotesi di accordo per la costituzione del fondo di previdenza complementare per i dipendenti delle regioni e autonomie locali e per i dipendenti del servizio sanitario nazionale - Osservatorio Occupazionale - Legge Regione Veneto di sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva	Pag. 6
Allegato n.1 – Lettera Sottosegretario Patta	Pag. 7
Allegato n.2 – Lettera AsNAS osservazioni bozza funzione coordinamento	Pag. 8
Allegato n.3 – Bozza funzione coordinamento con osservazioni AsNAS	Pag. 9-10
Allegato n.4 – Bozza ultima funzione coordinamento	Pag. 11-12
Allegato n.5 – Bozza istituzione qualifica dirigente professioni sanitarie	Pag. 13-16
Allegato n. 6 – Legge Regione Veneto n.7 del 23 marzo 2007	Pag. 17-20

Redazione: Consiglio Direttivo Nazionale AsNAS – Sede Presidenza Nazionale
Via Tagliamento, 14 – 41037 Mirandola (MO) – Tel-Fax: 0535/23295
E-mail: presidenza@asnas.it – segreteria@asnas.it - info@asnas.it
majorioppi@libero.it – gabriellatritta@virgilio.it
Sito web: <http://www.asnas.it>

CHE FINE HA FATTO IL DDL 1609 SUGLI ORDINI ?

E' la domanda che ci viene spesso rivolta.

Il ddl. 1609 sui nuovi ordini, in applicazione della legge 43, non è sparito, come da qualche parte si legge.

Il suo cammino legislativo è frenato dal disegno di legge di riforma delle professioni intellettuali, sul quale ci siamo soffermati in piu' occasioni, ma non è scomparso.

Sta proseguendo il suo iter in aula alla Camera dei Deputati, anche se faticosamente.

AsNAS continua la pressione a livello nazionale, ed è sempre piu' importante che le Sezioni Regionali e Provinciali contattino i Deputati di riferimento territoriale.

Molto utile la ripetizione delle iniziative che sia AsNAS nazionale che le Sezioni (non tutte) hanno adottato nei mesi scorsi.

IL NUOVO TESTO UNICO IN MATERIA DI SICUREZZA DEL LAVORO

Ci viene richiesto a che punto è.

Ci siamo intrattenuti piu' volte su questo argomento.

Possiamo informare che lo schema di disegno di legge è stato esaminato dalla Conferenza Stato/Regioni P.A. e che attualmente è all'esame del Senato (S 1507).

Il testo è scaricabile dal sito del Senato all'indirizzo:

<http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=Ddlpres&leg=15&id=262969>

L'accelerazione del cammino di questo provvedimento è stata al centro delle riflessioni istituzionali, politiche e sindacali del 1° maggio.

STATO DI ATTUAZIONE DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-2008

Il PSN è in corso di attuazione.

A livello di Conferenza Stato/Regioni – snodo strategico ormai per la maggior parte dei provvedimenti legislativi – sono state individuate sette priorità di attuazione: i Livelli Essenziali di Assistenza, le cure primarie, la rete ospedaliera, la prevenzione, le liste d'attesa, la salute mentale e l'evento nascita.

Abbiamo la conferma di materie che non possono non vedere protagonista la nostra figura.

Come del resto accade per la serie dei piu' importanti passaggi programmatici in Sanità degli ultimi tempi, dal Piano della Prevenzione al Piano Vaccini, allo stesso PSN.

AsNAS è impegnata su tutti i fronti, dalle leggi ai luoghi del lavoro e della formazione, a far capire che per tutti gli obiettivi che stanno in quei piani una figura “giusta e fatta apposta” c'è ed è la nostra.

Ma è difficile.

IL SIVEAS

Ci è stato chiesto che cosa è:

è il “Sistema di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria”, previsto dalla Legge finanziaria 2006 e istituito con Decreto ministeriale del 17 giugno 2006, ha lo scopo di coordinare le attuali attività di controllo e verifica affidate a diversi organismi ed enti al fine di facilitare la raccolta dei dati provenienti dal sistema informativo sanitario ma anche da altri enti (Ministeri Economia e Finanze, ISTAT, Agenzia per i servizi sanitari regionali, Regioni, Asl, NAS, ecc.).

Il SIVEAS potrà effettuare proprie analisi affidandole ad esperti o a centri di ricerca pubblici o privati su aspetti specifici dell'assistenza.

Gli ambiti di intervento sono: la qualità delle prestazioni sanitarie, i tempi di attesa, la sicurezza, la corretta applicazione dei LEA, il controllo della spesa sanitaria, gli investimenti in Sanità.

Per saperne di piu' si può andare nel sito:

<http://www.ministerosalute.it/programmazione/lea/sezOrgani.jsp?label=siveas>

IL CENTRO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE

Il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie, CCM, è istituito presso il Ministero della Salute con la Legge 138 del 26 maggio 2004, "Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica".

La nuova struttura che ha obiettivi soprattutto di contrasto alle emergenze sanitarie, dalle nuove infezioni come Sars e influenza aviaria al bioterrorismo, e di prevenzione attiva, stili di vita corretti e screening, prende il via ufficialmente il 27 ottobre con una cerimonia inaugurale, presieduta dal Ministro della Salute Girolamo Sirchia, che ha voluto il Centro sulla scorta dell'esempio dei Centers for disease control and prevention statunitensi (CDC) e in linea con l'Europa che si appresta a varare il proprio centro di controllo delle malattie.

Come prevede la norma istitutiva, in realtà il CCM è un network di competenze, strutture e capacità già esistenti nel nostro Paese. Opera infatti in coordinamento con le strutture regionali e, attraverso Convenzioni, con:

- l'Istituto superiore di sanità (ISS);
- l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (ISPESL);
- gli istituti zooprofilattici sperimentali (IZS);
- le università;
- gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Ircs);
- altre strutture di assistenza e di ricerca pubbliche e private;
- gli organi della sanità militare.

E agisce in costante collegamento con i network internazionali (ECDC, OMS, CDC, OCSE...)

I compiti

Con un proprio Decreto del 1 luglio 2004, oltre a provvedere all'organizzazione del Centro, il Ministro della Salute ne ha specificato i compiti. Eccoli:

- Analisi dei rischi per la salute
- Coordinamento con le Regioni dei piani di sorveglianza e di prevenzione attiva dei sistemi nazionali di allerta e risposta rapida anche con riferimento al bioterrorismo
- Promozione, aggiornamento e formazione, funzionali all'attuazione dei programmi annuali per i quadri nazionali e regionali
- Attuazione e verifica dei programmi annuali definiti
- Collegamento con altre realtà istituzionali e con altre realtà analoghe europee ed internazionali
- Diffusione delle informazioni.

A seguito dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, al CCM spetta il coordinamento regionale dei seguenti interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione 2005-2007:

- prevenzione della patologia cardiovascolare
- prevenzione delle complicanze del diabete
- diagnosi precoce dei tumori
- piano vaccinazioni
- prevenzione degli incidenti, compresi quelli domestici.

Le materie

Il CCM si occupa soprattutto dei seguenti argomenti:

- Malattie infettive e diffuse
- Promozione della salute e stili di vita
- Ambiente e clima
- Vaccini e vaccinazioni
- Incidenti
- Bioterrorismo

Finanziamenti

Per l'attività e il funzionamento del Centro, ivi comprese le spese per il personale, è prevista una spesa di 32.650.000 euro per l'anno 2004, 25.450.000 euro per l'anno 2005 e 31.900.000 euro a decorrere dall'anno 2006.

GUADAGNARE SALUTE

Numerose discussioni sta suscitando il documento del Ministero della Salute "Guadagnare salute-rendere facili le scelte salutari".

E' un'utile lettura per la nostra professione.

E' scaricabile dal sito:

<http://www.ministerosalute.it/dettaglio/phPrimoPiano.jsp?id=410>

VACCINO PER LA PREVENZIONE DEL PAPPILLOMA VIRUS (HPV)

Il carcinoma della cervice uterina è il settimo tumore maligno per incidenza e mortalità nella popolazione femminile in Europa. Cardine della prevenzione è lo screening con test di Papanicolaou (Pap test). A questo irrinunciabile strumento di prevenzione si associa oggi il nuovo vaccino contro il papilloma virus (HPV).

Per saperne di piu' si può andare nel sito:

<http://www.ministerosalute.it/dettaglio/phPrimoPiano.jsp?id=377&area=ministero&colore=2>

LEGGE FINANZIARIA 2007

Per le disposizioni in materia sanitaria contenute nella legge finanziaria 2007, un documento interessante può essere scaricato dal sito della Conferenza S/R :

http://www.regioni.it/upload/Finanziaria07_e_sanita.doc

SULLA FUNZIONE DI COORDINAMENTO

Piu' ampio spazio dedichiamo ad un problema importante e attuale: la funzione di coordinamento. Numerose richieste di notizie ci sono pervenute, riguardo a: a) a che punto è la materia, dopo l'art.6 della legge 43; b) quali le prospettive; c) quale la posizione dell'AsNAS sull'argomento.

Come noto l'articolo 6 della Legge 43 prevede che per i profili delle professioni sanitarie possa essere istituita la funzione di coordinamento e che l'esercizio di tale funzione venga espletato da coloro che siano in possesso di due requisiti:

a) master di primo livello in management o coordinamento;

b) esperienza almeno triennale nel profilo di appartenenza.

Lo stesso articolo riconosce poi la validità, ai fini dell'esercizio della funzione di coordinamento, del certificato di abilitazione all'esercizio delle funzioni direttive (ex-caposala), e stabilisce che i criteri e le modalità per l'attivazione della funzione di coordinamento debbano essere definiti, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, con apposito accordo tra il Ministro della salute e le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Subito dopo l'approvazione della Legge 43, legge di importanza capitale, in particolare per la professione di Assistente Sanitario per le ragioni ben note, si sono evidenziate notevoli criticità relativamente all'applicazione dell'art.6, dovute ad un mancato coordinamento con la preesistente, e tuttora vigente, normativa contrattuale.

Va ricordato infatti che i vigenti CCNL del Comparto Sanità prevedono che l'incarico di coordinamento, e la relativa indennità, possa essere attribuita, a regime, a tutti i "collaboratori professionali sanitari" in possesso di 5 anni di esperienza professionale (ridotti a 4 per chi è in possesso dell'AFD) e che tale indennità possa essere revocabile in entrambe le sue componenti (parte fissa e parte variabile), perché è cessata la funzione o per valutazione negativa; i criteri per l'attribuzione degli incarichi e delle indennità sono da stabilire con la concertazione tra l'Azienda e le OOSS.

Questa situazione ha portato negli ultimi mesi nelle Aziende ad un sostanziale blocco delle procedure per l'attribuzione dei coordinamenti, per il timore di contenziosi con i possessori di

master che sostenevano l'obbligatorietà del possesso del titolo specifico, sulla base dell'art.6 della Legge 43, oltre che ad una fortissima preoccupazione da parte di coloro che già svolgevano la funzione di coordinamento senza possedere il master.

Alcune Regioni hanno dovuto intervenire con specifici atti rivolti alle Aziende (ad es. l'Emilia Romagna) per chiarire che l'art. 6 della Legge 43 non poteva essere applicato in mancanza dell'Accordo Ministero della Salute-Conferenza delle Regioni previsto dallo stesso art. 6 comma 3. Trascorsi i 90 giorni previsti dalla Legge 43 e su sollecitazione delle OOSS, si è pervenuti ad una bozza di Accordo elaborata dal Ministero della Salute e trasmessa alla Segreteria della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato le Regioni e le Province autonome, che il Dott. Gian Paolo Patta, Sottosegretario di Stato alla Salute, ha ritenuto di farci conoscere anche per acquisire le nostre valutazioni.

Nel parere che abbiamo trasmesso al Sottosegretario il 3 marzo u.s. abbiamo fatto presente, in primo luogo, l'assurdità della situazione che si è venuta a creare, con una sopravvalutazione dei master inaccettabile, tanto che oggi molti ritengono più prestigioso acquisire un master piuttosto che una laurea magistrale.

Abbiamo poi rilevato la necessità di ricondurre la funzione di coordinamento alla sua natura di incarico, sottoposto, come tutti gli incarichi, a periodiche valutazioni e, se del caso, revoca, in una logica di modelli organizzativi aziendali moderni e dinamici, evitando anche di sopravvalutare la funzione di coordinamento che rischia di svalutare ed erodere gli ampi spazi di autonomia e di responsabilità propri dei laureati delle professioni sanitarie.

Con l'occasione non abbiamo certo tralasciato di ricordare l'indispensabilità di procedere, oltre che alla istituzione degli ordini delle professioni sanitarie, alla revisione della normativa concorsuale per il comparto ed alla emanazione della normativa concorsuale per i dirigenti delle professioni sanitarie.

Dopo aver acquisito il parere delle Associazioni delle professioni sanitarie, il Ministero della Salute ha poi convocato il 10 aprile u.s. le OO.SS., le quali avevano già in precedenza inviato note unitarie relativamente ai seguenti aspetti:

- l'importanza di ricondurre alla contrattazione nazionale e aziendale le modalità e i criteri per l'individuazione delle funzioni di coordinamento;
- l'inserimento della figura degli assistenti sociali;
- da parte della CISL la sottolineatura dell'importanza della formazione telematica.

Dalle note sindacali successive all'incontro Ministero Salute-OO.SS. del 10 aprile sappiamo che il Ministero avrebbe accettato le richieste di modifica avanzate da queste ultime.

In attesa del testo definitivo che sarà proposto nei prossimi giorni alla Conferenza Stato-Regioni, alleghiamo al presente commento la lettera del Sottosegretario Patta (*all.1*), la nostra lettera di risposta (*all.2*) con allegata la bozza di Accordo con le nostre osservazioni in rosso del 03.03.2007 (*all.3*), il testo della bozza di Accordo al 09.04.2007 (*all.4*).

DEFINIZIONE ACCORDO STATO - REGIONI SULLA "ISTITUZIONE DELLA QUALIFICA UNICA DI DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE"

Abbiamo ricevuto dal Ministero della Salute in data 31.03.2007 anche una bozza relativa ad un *Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla Istituzione della qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica.* (*all.5*).

Della necessità di una normativa concorsuale per i dirigenti delle professioni sanitarie avevamo del resto già rilevato nella nostra lettera al Ministero della Salute del 03.03.2007 (*all.3*) e la nascita di questo documento conferma la giustezza delle nostre osservazioni.

Per ora non ci sono state richieste dal Ministero valutazioni sul documento e pertanto riteniamo ci sia il tempo e l'opportunità di procedere ad una valutazione ed eventuale elaborazione di osservazioni da parte di tutti i soci interessati che potranno trasmetterle all'email: info@asnas.it

Naturalmente informeremo delle osservazioni raccolte e della loro sintesi, come degli sviluppi della definizione dell'Accordo.

IPOTESI DI ACCORDO PER LA COSTITUZIONE DEL FONDO DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE PER I DIPENDENTI DELLE REGIONI E AUTONOMIE LOCALI E PER I DIPENDENTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.

Il 16 aprile u.s. la Corte dei Conti ha certificato l'ipotesi di accordo sulla previdenza complementare firmato il 6 marzo u.s. dal presidente dell' Aran e dalle Organizzazioni sindacali interessate; a questo punto si resta in attesa della stipula definitiva dell'accordo tra l'ARAN e le OO.SS.

Si tratta di uno strumento che valorizza il pilastro della previdenza complementare di fonte negoziale, parallela al sistema generale obbligatorio.

Il fondo si basa su un sistema di finanziamento a contribuzione definita e a capitalizzazione individuale.

L'accordo istitutivo del fondo, al quale dovrà fare rapido seguito la messa a punto dello statuto e del regolamento elettorale, indica le regole fondamentali che riguardano : gli organi del fondo, i loro compiti ed il loro funzionamento; l'impiego delle risorse; la misura della contribuzione pari all'1%; le regole per l'adesione; la cessazione dell'obbligo contributivo; l'indicazione delle prestazioni.

Il testo dell'accordo può essere letto nel sito internet dell'ARAN:

http://www.aranagenzia.it/HomeAran.nsf/CONTRALINKN/SAN_LIV_070307

OSSERVATORIO OCCUPAZIONALE

Ampio spazio anche ad una importante decisione presa dal consiglio Direttivo Nazionale nella seduta del 24 febbraio scorso, di costituire un gruppo di lavoro per monitorare le occasioni di lavoro utilizzabili da parte dei nostri Colleghi.

Se ne sta studiando la attuazione.

Nel frattempo stanno per partire due iniziative:

1)una comunicazione a tutte le Aziende Sanitarie d'Italia e tutti gli Assessorati alla Sanità delle Regioni con la quale intendiamo ufficializzare:

-l'esistenza e la quantificazione dei laureati Assistenti Sanitari;

-le difficoltà occupazionali che incontrano i suddetti;

-l'istituzione da parte dell'AsNAS di un osservatorio per il monitoraggio occupazionale;

-le ragioni di appropriatezza che devono stare alla base dell'utilizzo degli Assistenti Sanitari in tutte le attività di prevenzione, promozione ed educazione alla salute rivolte all'uomo, alla famiglia ed alla collettività, a partire dalla necessità di ricoprire i posti di AS, che si rendessero vacanti e disponibili, esclusivamente con altri AS;

2)una comunicazione a tutti i laureati Assistenti Sanitari per invitarli a proporsi alle Aziende anche in mancanza di bandi od avvisi pubblici, scrivendo comunque domande di assunzione a tutte le Aziende Sanitarie perlomeno della Regione propria e di quelle limitrofe, in modo da impedire che qualche Azienda possa procedere direttamente a sostituzioni di Assistenti Sanitari cessati dal servizio con altre figure.

LEGGE REGIONE VENETO DI SOSPENSIONE DELL'OBBLIGO VACCINALE PER L'ETÀ EVOLUTIVA.

Come certamente noto, da tempo si discute del superamento dell'obbligatorietà di alcune vaccinazioni, delle opportunità e dei rischi di tale innovazione.

Ora la Regione Veneto, prima e finora unica Regione, ha stabilito con Legge Regionale la sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva.

Pubblichiamo integralmente il testo della Legge, compresa l'interessante "Relazione al Consiglio Regionale" (all.n.6).

ALLA PROSSIMA

(Allegato n.1)

Ai Presidenti delle Federazioni dei Collegi e delle Associazioni delle Professioni infermieristiche, osterica, tecnico-sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione

Carissimi,

Vi informo che è stata avviata la procedura per dare attuazione all'art.6 della legge 43 del 1 febbraio 2006 che, come ben sapete, prevede, per tutti i profili delle professioni sanitarie, l'istituzione della funzione di coordinamento per il cui accesso è previsto il possesso del master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento nell'area di appartenenza ovvero il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, conseguito in virtù della precedente normativa, oltre l'esperienza professionale per almeno triennale.

Il Ministero della Salute ha predisposto, a tal fine, l'ipotesi d'accordo Stato-Regioni e Province Autonome per definire criteri e modalità per l'attivazione della funzione di coordinamento in tutte le istituzioni sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private; testo che Vi invio per Vostra opportuna conoscenza e valutazione.

Come è noto la norma introdotta con la legge 43 innova profondamente una materia in precedenza regolata dalla vigente normativa contrattuale e quindi diviene fondamentale che il previsto Accordo Stato Regioni contenga un mandato per l'immediata apertura delle trattative per la conseguente modifica dell'impianto contrattuale.

E' intenzione del Ministero dar piena attuazione a questa norma inserendola nel disegno strategico più complessivo già delineato da questo Esecutivo con l'obiettivo di valorizzare le professioni sanitarie attraverso l'applicazione estensiva, partecipata e condivisa, del complesso delle norme (leggi 42/99, 251/00, 43/06) con le quali si è realizzata la riforma delle professioni sanitarie, una delle più radicale ed avanzata innovazione nell'organizzazione del lavoro e per di più votata all'unanimità dall'Aula del Parlamento.

Infatti con questa nuova funzione di coordinamento delle professioni sanitarie, , così elevata, non solo in riferimento al requisito culturale richiesto, rispetto ad oggi, si delinea il primo livello gestionale del servizio infermieristico ed ostetrico e dei servizi professionali della riabilitazione, tecnico-sanitario nonché della prevenzione, sanciti dalla legge 251/00.

Per questo è opportuno e doveroso che l'Accordo Stato-Regioni per disciplinare la funzione di coordinamento delle professioni sanitarie entri nel merito anche di quale master debba divenire requisito per l'accesso, sia verificando i contenuti formativi degli stessi sia le modalità di apprendimento, che per la natura stessa della formazione in sanità, non può che essere svolta con frequenza obbligatoria e di durata annuale.

In attesa di rincontrarci colgo l'occasione per inviarVi i miei più cordiali saluti.

Gian Paolo Patta
Sottosegretario di Stato alla Salute

(Allegato n.2)

Mirandola, 3 marzo 2007
Prot.n.19/07 GC/cg - All.n.1

Dott. Gian Paolo Patta
Sottosegretario di Stato
al Ministero della Salute

Oggetto: osservazioni alla bozza di accordo per le funzioni di coordinamento di cui all'art. 6 della L. 43/2006.

Spett.le Sottosegretario,

abbiamo ricevuto con piacere la lettera con la quale ci ha informato della avvenuta trasmissione alla Segreteria della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato le Regioni e le Province autonome della bozza di accordo per le funzioni di coordinamento di cui all'articolo 6 della legge 43/2006.

Dopo aver esaminato il testo Le formuliamo le seguenti valutazioni.

In primo luogo, poiché ci pare eccessiva la considerazione che viene attribuita ai master dalla Legge 43, crediamo opportuno sottolineare la differenza tra i master ed i titoli universitari di laurea, laurea magistrale, diploma di specializzazione e dottorato di ricerca.

C'è il rischio concreto che questa sopravvalutazione dei master porti ad una sottovalutazione dei "veri" corsi di laurea e di laurea magistrale, che in questo momento a nostro parere stanno vivendo una fase di grande sofferenza: come non vedere che i laureati nelle professioni sanitarie all'atto dell'assunzione nel SSN devono ancora far riferimento ad una normativa concorsuale, il DPR 220/2001, che non prevede le lauree (oltre che in tante altre parti ampiamente superato), oppure che i laureati magistrali (specialisti) delle professioni sanitarie stentano a far valere il loro titolo perché manca ancora una normativa concorsuale per il dirigente delle professioni sanitarie ?

Riteniamo pertanto che altre siano le priorità, anche se apprezziamo moltissimo l'intenzione di valorizzare le professioni sanitarie attraverso l'applicazione del complesso delle norme (L. 42/99, L.251/00, L.43/06) che deve necessariamente comprendere l'istituzione degli ordini delle professioni sanitarie.

E' a partire da questi presupposti che abbiamo sviluppato le seguenti osservazioni sulla bozza di Accordo sulla funzione di coordinamento:

- 1)non comprendiamo il motivo per cui viene citata in premessa la circostanza che i master in coordinamento sono, allo stato, principalmente indirizzati ad infermieri;
- 2)ci pare molto opportuno richiamare nell'Accordo il principio, già sancito nella 43, per cui i coordinamenti vanno affidati nel rispetto dei profili professionali ed in correlazione agli ambiti ed alle specifiche aree assistenziali, dipartimentali e territoriali;
- 3)occorre sanare l'esclusione dei laureati magistrali/specialisti dall'affidamento dei coordinamenti;
- 4)in un sistema sanitario moderno nel quale tutti gli incarichi, compreso quello dei Direttori Generali delle ASL, sono sottoposti a periodica verifica, anche un semplice incarico di coordinamento lo deve prevedere, come d'altra parte già stabilito dall'art.10, comma 6, del CCNL 20.9.2001;
- 5)può accadere, ed è già accaduto, che Regioni o Aziende Sanitarie o altri Enti destinino risorse finalizzate ad agevolazioni per la frequenza di master, accessibili con varie modalità, delle quali non sempre tutto il personale delle professioni sanitarie viene messo a conoscenza, anche perché a volte tali agevolazioni sono rivolte esclusivamente agli infermieri. E' pertanto opportuno stabilire parità di condizioni per l'accesso e la frequenza dei master;
- 6)riteniamo che coloro che svolgono le funzioni di coordinamento ai sensi della vigente normativa contrattuale, con verifica positiva, non debbano essere costretti a frequentare master se non per loro volontà; l'ammissione in soprannumero riteniamo non sia compatibile con l'autonomia universitaria.

La ringraziamo per l'attenzione e restiamo a disposizione per ogni chiarimento e collaborazione.

Le inviamo cordiali saluti.

Gianna Calzolari
Presidente Nazionale AsNAS

(Allegato n.3)
BOZZA CON OSSERVAZIONI AsNAS (in rosso)

DIREZIONE GENERALE DELLE RISORSE UMANE E DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Bozza di Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla Istituzione della Funzione di coordinamento per le professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione.

VISTO l'art. 2, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affida alla Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi secondo quanto disposto dall'art. 4 del medesimo decreto, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio di rispettive competenze per svolgere attività di interesse comune;

VISTO l'art. 6, comma 3, della legge 1 febbraio 2006, n. 43, recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico – sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali", il quale dispone che i criteri e le modalità per l'attivazione della funzione di coordinamento in tutte le organizzazioni sanitarie e socio – sanitarie pubbliche e private sono definiti con apposito accordo, ai sensi del predetto art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministero della Salute e le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano;

CONSIDERATO che l'art. 5 del C.C.N.L. integrativo del comparto sanità stipulato il 7 aprile 1999 e l'art. 10 del C.C.N.L. per il comparto Sanità, II biennio economico 2000-2001, entrambi approvati il 20 settembre 2001, disciplinano, rispettivamente, le modalità di conferimento dell'incarico di coordinamento e la concessione di un'indennità ai soggetti destinatari dell'incarico;

TENUTO CONTO che l'art. 6, comma 4 della citata legge dell'1 febbraio 2006, n. 43 individua tra i requisiti i master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento;

CONSIDERATO che i suddetti corsi di master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento sono, allo stato, principalmente, indirizzati agli infermieri; (1)

(Non si comprende il rationale di inserire un tale "CONSIDERATO")

CONSIDERATO che, in sede tecnica, ilè stato concordato il testo del presente accordo tra i rappresentanti regionali e del Ministero della Salute;

ACQUISITO l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, espresso ai sensi dell'art. 4, comma 2, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nel corso della seduta del.....;

Sancisce tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il seguente accordo nei termini sottoindicati.

Art. 1:

1. Ai fini dell'accesso alla funzione di coordinamento, **affidato nel rispetto dei profili professionali, in correlazione agli ambiti ed alle specifiche aree assistenziali, dipartimentali e territoriali**, (2) fatto salvo quanto previsto dal successivo art. 2, è necessario essere in possesso dei requisiti stabiliti dall'art. 6, comma 4, della legge 1 febbraio 2006, n. 43.

2. Il master, di cui al citato articolo 6, comma 4 della legge 1 febbraio 2006, n. 43, deve prevedere una durata minima annuale con formazione residenziale obbligatoria.

3. La laurea specialistica di cui al decreto del Ministro dell'Università e della ricerca scientifica e tecnologica 2 aprile 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n.128 del 5 giugno 2001, è valida per l'esercizio della funzione di coordinatore. (3)

Art. 2:

1. Al fine di istituire la funzione di coordinamento, **nel rispetto dei profili professionali**, (2) appare opportuno armonizzare la normativa contrattuale con le disposizioni contenute nell'art. 6 della legge dell'1 febbraio 2006 n. 43. A tali fini Il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano con il presente accordo danno mandato al Comitato di Settore per l'inserimento, nell'ambito dell'atto di indirizzo per l'apertura delle trattative, dei principi previsti dal presente accordo e finalizzati alla modifica delle norme contrattuali che attualmente regolano il conferimento dell'incarico di coordinamento, con la previsione anche di una disciplina transitoria volta a salvaguardare i diritti quesiti.**(acquisiti)**
2. In sede contrattuale saranno definite le modalità per il conferimento **e la verifica** (4) dell'incarico.

Art. 3:

1. E' consentito l'accesso ai corsi di master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento al personale appartenente ai profili professionali infermieristici, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitario e della prevenzione, **con parità di condizioni per l'accesso e la frequenza**. (5)
2. Coloro i quali svolgono la funzione di coordinamento, **nel rispetto dei profili professionali**, (2) ai sensi della vigente normativa contrattuale, in carenza dei titoli richiesti dall'art. 6, comma 4 della legge 1 febbraio 2006, n. 43, potranno iscriversi, anche in soprannumero, ai corsi universitari per il conseguimento del Master. **(DA VALUTARE LA COMPATIBILITA' CON L'AUTONOMIA UNIVERSITARIA)**.(6)

ROMA,

(Allegato n.4)

DIREZIONE GENERALE DELLE RISORSE UMANE E DELLE PROFESSIONI SANITARIE
Bozza di Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla Istituzione della Funzione di coordinamento per le professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione.

VISTO l'art. 2, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affida alla Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi secondo quanto disposto dall'art. 4 del medesimo decreto, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio di rispettive competenze per svolgere attività di interesse comune;

VISTO l'art. 6, comma 3, della legge 1 febbraio 2006, n. 43, recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico – sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali", il quale dispone che i criteri e le modalità per l'attivazione della funzione di coordinamento in tutte le organizzazioni sanitarie e socio – sanitarie pubbliche e private sono definiti con apposito accordo, ai sensi del predetto art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Ministero della Salute e le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano;

CONSIDERATO che l'art. 5 del C.C.N.L. integrativo del comparto sanità stipulato il 7 aprile 1999 e l'art. 10 del C.C.N.L. per il comparto Sanità, II biennio economico 2000-2001, entrambi approvati il 20 settembre 2001, disciplinano, rispettivamente, le modalità di conferimento dell'incarico di coordinamento e la concessione di un'indennità ai soggetti destinatari dell'incarico;

TENUTO CONTO che l'art. 6, comma 4 della citata legge dell'1 febbraio 2006, n. 43 individua tra i requisiti i master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento;

CONSIDERATO che i suddetti corsi di master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento sono, allo stato, principalmente, indirizzati agli infermieri;

CONSIDERATO che, in sede tecnica, ilè stato concordato il testo del presente accordo tra i rappresentanti regionali e del Ministero della Salute;

ACQUISITO l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, espresso ai sensi dell'art. 4, comma 2, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nel corso della seduta del.....;

Sancisce tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il seguente accordo nei termini sottoindicati.

Art. 1:

1. Ai fini dell'accesso alla funzione di coordinamento, fatto salvo quanto previsto dal successivo art. 2, è necessario essere in possesso dei requisiti stabiliti dall'art. 6, commi 4 e 5, della legge 1 febbraio 2006, n. 43.
2. Il master, di cui al citato articolo 6, comma 4 della legge 1 febbraio 2006, n. 43, deve prevedere una durata minima annuale con formazione residenziale obbligatoria nelle Università e nelle sedi con esse convenzionate per la formazione delle professioni sanitarie.
3. Gli obiettivi ed i relativi percorsi didattici – formativi necessari ai fini dell'accREDITAMENTO dei master saranno individuati con successivo Decreto Interministeriale Università – Salute.

Art. 2:

1. Al fine di istituire la funzione di coordinamento appare opportuno armonizzare la normativa contrattuale con le disposizioni contenute nell'art. 6 della legge dell'1 febbraio 2006 n. 43. A tali fini Il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano con il presente accordo danno mandato al Comitato di Settore per l'inserimento, nell'ambito dell'atto di indirizzo per l'apertura delle trattative, dei principi previsti dal presente accordo e finalizzati alla modifica delle norme contrattuali che attualmente regolano il conferimento dell'incarico di coordinamento, con la previsione anche di una disciplina transitoria volta a salvaguardare i diritti quesiti.
2. In sede contrattuale saranno definite le modalità per il conferimento dell'incarico e saranno individuate modalità per la revisione complessiva del sistema di conferimento degli incarichi delle professioni sanitarie nel comparto.

Art. 3:

1. E' consentito l'accesso ai corsi di master di primo livello in management o per le funzioni di coordinamento al personale appartenente ai profili professionali infermieristici, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitario e della prevenzione.
2. A livello regionale saranno individuate idonee modalità per favorire la partecipazione ai master, di cui all'art. 6, comma 4, del personale già incaricato delle funzioni di coordinamento, ai sensi della vigente normativa contrattuale.

Art. 4:

1. Sino all'entrata in vigore del C.C.N.L. di disciplina dei contenuti di cui al presente accordo, gli incarichi di coordinamento continuano ad essere conferiti secondo la vigente normativa contrattuale, assegnando carattere preferenziale al possesso del master di cui all'art. 6, comma 4 della citata legge n. 43/2006.

ROMA,

(Allegato n.5)

DIREZIONE GENERALE DELLE RISORSE UMANE E DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Bozza di Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla Istituzione della qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica.

VISTO l'art. 2, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affida alla Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi secondo quanto disposto dall'art. 4 del medesimo decreto, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio di rispettive competenze per svolgere attività di interesse comune;

VISTO l'art. 6 della legge 10 agosto 2000, n. 251, recante "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica", il quale dispone che nel ruolo sanitario del personale del Servizio Sanitario Nazionale può essere istituita la qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica;

CONSIDERATO che l'art. 41 del C.C.N.L. integrativo del C.C.N.L. area della dirigenza ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo del S.S.N. stipulato l'8 giugno 2000 e sottoscritto il 10 febbraio 2004 stabilisce che la disciplina concorsuale sarà emanata con successivo regolamento ministeriale ed i requisiti saranno analoghi a quelli previsti dall'art. 26 del Dec. L.vo. n. 165/2001 per la dirigenza dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo;

VISTO l'art. 26, comma 1, del citato Dec. L.vo n. 165/2001 che individua i requisiti per l'accesso alla qualifica di dirigente dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo;

CONSIDERATO che, nelle more dell'applicazione del suindicato art. 41 del C.C.N.L., è intervenuta la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 recante "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione" e che, pertanto, il regolamento ministeriale debba ritenersi superato dallo strumento normativo dell'Accordo Stato - Regioni ;

VISTO l'art. 6, comma 1, lett.d) della legge 1° febbraio 2006, n. 43, recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico – sanitarie e della prevenzione e delega al governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali", il quale individua i requisiti del personale dirigente appartenente alle suddette professioni;

CONSIDERATO che, in sede tecnica, ilè stato concordato il testo del presente accordo tra i rappresentanti regionali e del Ministero della Salute;

ACQUISITO l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, espresso ai sensi dell'art. 4, comma 2, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nel corso della seduta del.....;

Sancisce tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il seguente accordo nei termini sottoindicati.

Art. 1:

Requisiti specifici di ammissione.

1. Ai fini dell'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione di ostetrica, è necessario essere in possesso dei seguenti requisiti:
 - a) laurea specialistica o magistrale, di cui al D.M. 2 aprile 2001 del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;
 - b) cinque anni di servizio effettivo corrispondente alla medesima professionalità, relativa al concorso specifico, prestato in enti del Servizio Sanitario Nazionale nella posizione funzionale di D o Ds, ovvero in qualifiche corrispondenti di altre pubbliche amministrazioni;
 - c) iscrizione ai relativi albi professionali, ove esistenti, attestata da certificato in data non anteriore a sei mesi rispetto a quello di scadenza del bando.

Art. 2:

Commissione esaminatrice.

3. La commissione esaminatrice è nominata dal direttore generale della azienda U.S.L. o dell'azienda ospedaliera ed è composta da:
 - a) presidente:
il direttore sanitario o un suo delegato;
 - b) componenti:
due dirigenti dell'area delle professioni sanitarie di riferimento, di cui uno scelto dal direttore generale nell'ambito del personale in servizio presso le aziende uu.ss.ll. o le aziende ospedaliere situate nel territorio ed uno designato dalla regione;
 - c) segretario:
un funzionario amministrativo della azienda u.s.l. o dell'azienda ospedaliera, almeno di categoria D.

Art. 3:

Prove d'esame:

1. Le prove di esame sono le seguenti:

a) prova scritta:

relazione su argomenti inerenti la funzione da conferire e impostazione di un piano di lavoro o soluzione di una serie di quesiti a risposta sintetica nelle materie inerenti al profilo a concorso;

b) prova pratica:

utilizzo di tecniche professionali orientate alla soluzione di casi concreti;

c) prova orale:

colloquio nelle materie delle prove scritte, con particolare riferimento alla organizzazione dei servizi sanitari, nonché su altre materie indicate nel bando di concorso.

Art. 4:

Punteggio:

1. La Commissione dispone, complessivamente, di 100 punti, così ripartiti:

- a) 20 punti per i titoli;
- b) 80 punti per le prove d'esame.

4. I punti per le prove d'esame sono così ripartiti:

- a) 30 punti per la prova scritta;
- b) 30 punti per la prova pratica;
- c) 20 punti per la prova orale.

5. I punti per la valutazione dei titoli sono così ripartiti:

- a) titoli di carriera: 10;
- b) titoli accademici e di studio: 3;
- c) pubblicazioni e titoli scientifici: 3;
- d) curriculum formativo e professionale: 4.

4. Titoli di carriera:

a) servizio di ruolo prestato presso le aziende UU.SS.LL. o le aziende ospedaliere e servizi equipollenti ai sensi degli articoli 22 e 23 del D.P.R. n. 483/1997:

- 1) nel livello dirigenziale a concorso, punti 1,00 per anno;

- 2) nella posizione organizzativa, punti 0,75;
 - 3) nella funzione di coordinamento, punti 0,50
 - 4) nella posizione funzionale inferiore rispetto a quella oggetto di concorso, punti 0,25 per anno;
- b) servizio di ruolo quale professionista dell'area infermieristica, tecnico-diagnostica e tecnico-assistenziale, riabilitazione, prevenzione ed ostetrica presso pubbliche amministrazioni:
- 1) come dirigente o qualifiche corrispondenti, punti 1,00 per anno,
 - 2) nell'ottavo e nono livello o qualifiche corrispondenti, punti 0,50 per anno;
 - 3) nel settimo livello o qualifiche corrispondenti, punti 0,30 per anno.
5. Titoli accademici di studio e professionali:
- a) specializzazioni o titoli universitari attinenti alla posizione funzionale da conferire punti 1,00 per ognuno;
 - b) master annuale punti 0,50 per ognuno.
6. Per la valutazione delle pubblicazioni e dei titoli scientifici e del curriculum formativo e professionale si applicano i criteri previsti dall'art. 11 del citato D.P.R. n. 483/1997.

Art. 5:

1. Per le norme generali dello svolgimento dei concorsi nonché per le norme generali relative alla valutazione dei titoli si fa riferimento, per quanto applicabili, agli articoli da 1 a 23 del D.P.R. n. 483/1997.

ROMA,

Allegato n.6

Bur n. 30 del 27/03/2007

LEGGE REGIONALE N. 7 del 23 marzo 2007

Sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva.

Il Consiglio regionale ha approvato

Il Presidente della Giunta regionale

p r o m u l g a

la seguente legge regionale:

Art. 1 – Sospensione dell'obbligo vaccinale

1. Per tutti i nuovi nati a far data dal 1° gennaio 2008 è sospeso nella Regione del Veneto l'obbligo vaccinale disposto dalle seguenti leggi:

a) legge 6 giugno 1939, n. 891 "Obbligatorietà della vaccinazione antidifterica";

b) legge 5 marzo 1963, n. 292 "Vaccinazione antitetanica obbligatoria" e successive modificazioni e legge 20 marzo 1968, n. 419 "Modificazioni alla legge 5 marzo 1963, n. 292, recante provvedimenti per la vaccinazione antitetanica obbligatoria";

c) legge 4 febbraio 1966, n. 51 "Obbligatorietà della vaccinazione antipoliomielitica";

d) legge 27 maggio 1991, n. 165 "Obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite virale B".

2. Le vaccinazioni previste dalle leggi di cui al comma 1, continuano a costituire livello essenziale di assistenza ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e dalla vigente normativa in materia; tali vaccinazioni sono offerte attivamente e gratuitamente dalle aziende unità locali socio-sanitarie (ulss), restando inserite nel calendario vaccinale dell'età evolutiva, approvato e periodicamente aggiornato dalla Giunta regionale, in conformità agli indirizzi contenuti nel vigente Piano nazionale vaccini, secondo quanto previsto dalla normativa statale in materia.

3. È fatto salvo quanto previsto dalla legge 25 febbraio 1992, n. 210 "Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati" e successive modificazioni e dalla legge 29 ottobre 2005, n. 229 "Disposizioni in materia di indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie".

Art. 2 – Disposizioni attuative

1 La Giunta regionale, al fine di garantire un'offerta vaccinale uniforme su tutto il territorio regionale, emana le linee guida per la definizione delle azioni da applicarsi da parte delle competenti strutture delle aziende ulss.

2. Fino all'adozione del provvedimento di cui al comma 1, le aziende ulss continuano ad eseguire le procedure attualmente praticate per le vaccinazioni dell'età evolutiva.

Art. 3 – Comitato tecnico scientifico

1. Al fine di valutare gli effetti derivanti dall'applicazione della presente legge, è istituito un Comitato tecnico scientifico, di seguito denominato Comitato, presso la struttura della Giunta regionale competente in materia di prevenzione.

2. La Giunta regionale definisce la composizione ed il funzionamento del Comitato.

3. Previa intesa con il Ministero competente alle riunioni del Comitato partecipano il direttore del centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie ed un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità.

4. Il Comitato redige semestralmente un documento contenente la valutazione dell'andamento epidemiologico delle malattie per le quali la presente legge sospende l'obbligo vaccinale ed il monitoraggio dell'andamento dei tassi di copertura vaccinale nel territorio regionale, e lo trasmette,

entro il 31 gennaio ed il 31 luglio di ogni anno, alla struttura della Giunta regionale competente in materia di prevenzione.

Art. 4 – Ripristino dell'obbligo vaccinale

1. In caso di pericolo per la salute pubblica conseguente al verificarsi di eccezionali e imprevedibili eventi epidemiologici relativi alle malattie per le quali la presente legge ha sospeso l'obbligo vaccinale, ovvero, derivante da una situazione di allarme per quanto attiene i tassi di copertura vaccinale evidenziata dal documento di cui all'articolo 3 redatto dal Comitato, il Presidente della Giunta regionale sospende, con motivata ordinanza, l'applicazione della presente legge.

Art. 5 – Norma finanziaria

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione dell'articolo 3, quantificati in euro 5.000,00 per ciascun esercizio del triennio 2007–2009, si fa fronte utilizzando le risorse allocate sull'upb U0140 "Obiettivi di piano per la sanità" del bilancio di previsione 2007 e pluriennale 2007–2009.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione veneta. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione veneta.

23 marzo 2007

Galan

INDICE

Art. 1 – Sospensione dell'obbligo vaccinale

Art. 2 – Disposizioni attuative

Art. 3 – Comitato tecnico scientifico

Art. 4 – Ripristino dell'obbligo vaccinale

Art. 5 – Norma finanziaria

Dati informativi concernenti la legge regionale 23 marzo 2007, n. 7

Il presente elaborato ha carattere meramente informativo, per cui è sprovvisto di qualsiasi valenza vincolante o di carattere interpretativo.

Pertanto, si declina ogni responsabilità conseguente a eventuali errori od omissioni.

Per comodità del lettore sono qui di seguito pubblicati a cura del direttore:

1 – Procedimento di formazione

2 – Relazione al Consiglio regionale

3 – Struttura di riferimento

1. Procedimento di formazione

-La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore Flavio Tosi, ha adottato il disegno di legge con deliberazione 7 agosto 2006, n. 26/ddl;

-Il disegno di legge è stato presentato al Consiglio regionale in data 24 agosto 2006, dove ha acquisito il n. 179 del registro dei progetti di legge;

-Il progetto di legge è stato assegnato alla 5° commissione consiliare;

-La 5° commissione consiliare ha completato l'esame del progetto di legge in data 18 ottobre 2006;

.

-Il Consiglio regionale, su relazione del consigliere Raffaele Bazzoni, ha esaminato e approvato il progetto di legge con deliberazione legislativa 7 marzo 2007, n. 2954.

2. Relazione al Consiglio regionale

Signor Presidente, colleghi consiglieri,

l'obbligatorietà delle vaccinazioni per l'età pediatrica è regolata in Italia dalle leggi di seguito indicate:

-legge 6 giugno 1939, n. 891 "Obbligatorietà della vaccinazione antidifterica"; "

-legge 5 marzo 1963, n. 292 "Vaccinazione antitetanica obbligatoria" e successive modificazioni e legge 20 marzo 1968, n. 419 "Modificazioni alla legge 5 marzo 1963, n. 292, recante provvedimenti per la vaccinazione antitetanica obbligatoria";

-legge 4 febbraio 1966, n. 51 "Obbligatorietà della vaccinazione antipoliomielitica"; "

-legge 27 maggio 1991, n. 165 "Obbligatorietà della vaccinazione contro l'epatite virale B". "

L'obbligo vaccinale ha consentito di ottenere coperture, per le vaccinazioni in questione, certamente non raggiungibili con altre forme di offerta.

Tuttavia esso porta con sé alcune criticità non di poco conto:

- le vaccinazioni obbligatorie vengono spesso percepite come pratica "burocratica", slegata dal problema di salute che la sottende; ·
- verso la coercizione vaccinale sono sorti nel tempo movimenti di opposizione, su base ideologica; ·
- la legislazione europea è scarsamente orientata verso l'imposizione vaccinale. ·

Il problema principale, però, è rappresentato dal cosiddetto "doppio binario vaccinale", ovvero sia dall'offerta di vaccinazioni obbligatorie e di vaccinazioni raccomandate o facoltative.

Le vaccinazioni obbligatorie, in quanto tali, infatti vengono percepite come "necessarie", mentre le vaccinazioni raccomandate (facoltative) – più numerose e altrettanto sicure ed efficaci delle prime – vengono percepite come "non necessarie". Ne consegue che le vaccinazioni raccomandate hanno maggior difficoltà nel raggiungere alti tassi di adesione.

Queste problematiche da tempo hanno posto all'attenzione dei tecnici della materia e dei politici l'opportunità di porre in essere percorsi strategici e giuridici per il superamento dell'obbligo vaccinale.

Per la fondamentale attività di prevenzione rappresentata dalle vaccinazioni sarebbe infatti preferibile favorire l'informazione e la persuasione, piuttosto che l'imposizione legale: infatti la prevenzione oggi dovrebbe essere intesa come opportunità di salute e partecipazione informata, consapevole e convinta della popolazione.

In questa linea si pone anche l'attuale Piano nazionale vaccini 2005–2007 (Accordo sancito dalla Conferenza permanente tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome con atto n. 2240 del 3 marzo 2005) che delinea un percorso per il superamento dell'obbligo vaccinale.

Il percorso verso la sospensione dell'obbligo vaccinale potrebbe essere, tuttavia, intrapreso solo in seguito all'acquisizione di indispensabili requisiti quali il raggiungimento di elevate coperture vaccinali, di adeguate capacità organizzative dei servizi vaccinali e la maturità culturale della popolazione.

L'abolizione dell'obbligo vaccinale in favore dell'offerta attiva appare pertanto praticabile in quelle Regioni che abbiano dimostrato un consolidamento e un rilancio della profilassi vaccinale specificamente documentati dall'ottenimento di coperture eccellenti per le vaccinazioni raccomandate.

La Regione del Veneto ha conseguito questi fondamentali requisiti che costituiscono una solida base per l'abbandono della coercizione vaccinale. Tale risultato è stato raggiunto grazie alla solidità operativa dei Servizi Vaccinali delle Aziende ULSS, all'eccellente supporto garantito dalla Pediatria di Libera Scelta alle politiche e alle attività vaccinali, nonché all'adesione al Piano Nazionale Prevenzione 2005–2007 che prevede l'attivazione da parte della Regione di Piani Operativi specifici per il miglioramento del sistema vaccinale.

Determinanti in questo contesto sono inoltre risultati gli elevatissimi tassi di copertura raggiunti nella Regione del Veneto per le vaccinazioni raccomandate, non soggette all'obbligatorietà normativa, quali la vaccinazione contro la pertosse e contro il morbillo–parotite–rosolia.

L'adesione della Regione Veneto al Piano Nazionale vaccini 2005–2007 e l'aggiornamento in conformità a quest'ultimo del Calendario Vaccinale per l'età evolutiva hanno consentito, non solo di mantenere elevate le coperture per le vaccinazioni ormai consolidate ma anche di introdurre nuove vaccinazioni efficaci e sicure (vaccino antivaricella, antimeningococco C coniugato e antipneumococco coniugato eptovalente).

Tutto ciò premesso con il presente DDL, composto da cinque articoli, è prevista la sospensione dell'obbligo vaccinale.

Articolo 1 – Sospensione dell'obbligo vaccinale.

Prevede la sospensione dell'obbligo vaccinale per tutte e quattro le vaccinazioni (antidifterite, tetano, poliomielite ed epatite B) per le quali è previsto.

I due commi successivi ribadiscono che le vaccinazioni per le quali viene sospeso l'obbligo vaccinale continuano a costituire livello essenziale di assistenza ai sensi del DPCM 29 novembre 2001 ("Definizione dei livelli essenziali di assistenza"), continuano ad essere offerte gratuitamente ed attivamente dalle Aziende ULSS, continuano ad essere inserite nel Calendario Vaccinale dell'età evolutiva, approvato e periodicamente aggiornato dalla Giunta regionale in conformità agli indirizzi contenuti nel Piano Nazionale Vaccini.

Il terzo comma infine, conferma la vigenza delle disposizioni di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210 "Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati" e alla legge 29 ottobre 2005, n. 229 "Disposizioni in materia di indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie."

Articolo 2 – Disposizioni attuative

È previsto che la Giunta regionale approvi delle linee guida che definiscano le azioni che le Aziende ULSS devono porre in essere per garantire una offerta vaccinale uniforme su tutto il territorio.

Fino all'approvazione delle predette linee guida le aziende ULSS continueranno ad eseguire le procedure attualmente praticate per le vaccinazioni dell'età evolutiva.

Articolo 3 – Comitato tecnico scientifico

È istituito un Comitato tecnico scientifico presso la struttura della Giunta regionale competente in materia di prevenzione.

La composizione e il funzionamento del Comitato sono definiti dalla Giunta regionale.

La norma prevede che, previa intesa con il Ministero competente, partecipino ai lavori del Comitato il Direttore del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) ed inoltre un rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Il comitato dovrà predisporre, semestralmente, e presentare alla struttura della Giunta regionale competente in materia di prevenzione, un documento di valutazione dello stato dell'andamento epidemiologico delle malattie per le quali è sospeso l'obbligo vaccinale e di monitoraggio dell'andamento dei tassi di copertura vaccinale nel territorio regionale, al fine di garantire un controllo costante sugli effetti derivanti dall'applicazione della presente legge.

Articolo 4 – Ripristino dell'obbligo vaccinale

È previsto che il Presidente della Giunta regionale con ordinanza possa sospendere temporaneamente l'applicazione della presente legge qualora si verificassero eventi epidemiologici rilevanti correlati alle malattie per le quali è sospeso l'obbligo vaccinale, o qualora i contenuti del documento redatto dal Comitato tecnico scientifico segnalassero una situazione di allarme per quanto attiene ai tassi di copertura vaccinale.

Articolo 5 – Norma finanziaria

È previsto un impegno di spesa di euro 5.000,00 per ciascun esercizio del triennio 2007–2009 per gli oneri derivanti dall'attuazione dell'articolo 3 "Comitato tecnico scientifico".

3. Struttura di riferimento

Direzione prevenzione