



NEWSLETTER

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



Associazione riconosciuta maggiormente rappresentativa a livello nazionale per la professione di Assistente Sanitario
Decreti Ministero della Salute 14 aprile 2005 e 19 giugno 2006

Numero 48

Prot. 122/07 – 1 dicembre 2007

Cari Soci,

la nostra Associazione segue le iniziative adottate dalle Società Scientifiche: si tratta di una finalità statutaria, e presentano un indubbio interesse, culturale e professionale.

Vi avevamo dato notizie sulla X° Conferenza di Sanità Pubblica, organizzata nei giorni 14-16 dell'Ottobre scorso, dalla Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIItI), che si è occupata, in una Tavola Rotonda delle professioni sanitarie della Prevenzione, con la partecipazione del Prof.Renga, del prof.Boccia, del prof.Brizziarelli e del dott.Majori, nonché di Giuliana Bodini per gli Assistenti Sanitari, Alessandro Di Giusto per i Tecnici della Prevenzione e Ida Pulimeno per gli Infermieri.

La Tavola Rotonda ha evidenziato problematiche legate al mondo delle professioni della salute in generale, ed in particolare della professioni della Prevenzione, anche nella prospettiva del futuro delle politiche socio-sanitarie del nostro Paese.

Si tratta, del resto, del tema fondamentale della Conferenza SIItI, centrato sul futuro, prospettiva che non può non coinvolgere la nostra figura e attorno alla quale, com'è normale, non si sviluppano opinioni del tutto consonanti.

Poiché' hanno circolato sintesi degli interventi, per loro natura non esaustive dei pensieri che a Pisa si sono espressi, riteniamo opportuno farVi avere copia degli extended abstract, ossia delle relazioni dei quattro Relatori principali.

Pensavamo di trasmetterli in allegato alla Newsletter 48, di prossima uscita, ma poichè ciò sarebbe stato informaticamente "pesante", la alleggeriamo riservando la NL ai soli 4 interventi.

In tempo successivo potranno seguire gli altri contributi, a completare il quadro della TR, peraltro aggiungendo che anche in altri interessanti momenti della Conferenza si è parlato delle professioni della prevenzione, riguardo in particolare ai contesti organizzativi.

Torneremo sull'argomento nella NL 49.

Un caro saluto.

Gianna Calzolari



X Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica

PISA 14•15•16 ottobre 2007

Il futuro dell'Igiene,
della Medicina Preventiva
e della Sanità Pubblica:
cambiamenti, priorità, emergenze.

Parte I RELAZIONI
Parte II COMUNICAZIONI
Parte III POSTER

Le professioni sanitarie della prevenzione

Lunedì 15 ottobre
16.45-18.45 • Sala Fermi

*Giovanni Renga, Lamberto Briziarelli, Antonio Boccia, Felice Majori,
Alessandro Coccia, Lia Pulimeno, Giuliana Bodini*

RELAZIONI

ATTI della X Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica

103
103

Introduzione

Renga G

Professore Ordinario di Igiene, Università di Torino

Il Moderatore coordinerà gli interventi dei Partecipanti previsti dal programma ufficiale:

- Felice Majori, Socio Onorario della S.It.I. e Responsabile del Centro Studi 'Salute-Ambiente' della Regione Lombardia, che da alcuni anni collabora con la S.It.I. impegnata nella revisione del T.U.L.L.S.S. 1934 tratterà gli aspetti normativo-istituzionali più rilevanti del rapporto professioni sanitarie della prevenzione e salute;

- Lamberto Briziarelli, Ordinario di Igiene dell'Università di Perugia, Direttore del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria e Presidente del Consiglio d'Intercorso delle Lauree della Prevenzione sanitaria dell'Ateneo perugino si occuperà delle contraddizioni ed ostacoli nella formazione e nella collocazione professionale degli operatori della prevenzione;

- Antonio Boccia, Professore Ordinario di Igiene dell'Università 'La Sapienza' di Roma, Presidente Commissione Nazionale Corsi di Laurea in Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e componente dell'Ufficio di Presidenza della Conferenza

Nazionale dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, fornirà ulteriori aggiornamenti di una attenta analisi che da tempo svolge rispetto ai Corsi di Laurea sanitaria in Tecniche della Prevenzione.

A tali interventi faranno seguito quelli di illustri componenti dell'Osservatorio Nazionale delle professioni sanitarie alle quali il Comitato Scientifico della Conferenza ha opportunamente aggiunto anche la professione infermieristica. Sono stati a tal fine invitati:

- Giuliana Bodini (Assistente Sanitario);

- Alessandro Coccia (Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro),

- Luisa Saiani (Infermiere)

cui è stato richiesto di sottolineare in modo particolare gli aspetti relativi ai nuovi rapporti tra le rispettive figure professionali e quelle degli altri laureati e specialisti.

Relativamente alla figura professionale dell'Infermiere, il Moderatore riassumerà la propria visione a proposito dell'evoluzione, dei risultati e delle prospettive di tale formazione in ambito universitario.

altre materie di base e caratterizzanti del Corso di Laurea in Tecniche della prevenzione si evidenzia una carenza di crediti formativi nell'ambito delle materie giuridiche (solo 4 CFU con un range di 1,5 e 7) vi è, dunque, un corso di laurea che dichiara solo 1,5 crediti formativi (Figura 1).

Le informazioni sulle attività di tirocinio hanno evidenziato un coinvolgimento forte delle strutture territoriali delle ASL – Dipartimento di prevenzione (100%) seguite dagli Istituti Universitari (83,34%), dalle industrie (66,67%) quindi dall'ARPA (55,56%), Servizi Ospedalieri (50,00%) e dagli Istituti Zooprofilattici (38,89%) (Tabella 1).

Relativamente alla valutazione della qualità della didattica percepita dai Discenti rilevata attraverso una o più delle modalità indicate nel questionario è stato possibile descrivere il seguente quadro: solo il 5% dei Corsi di Laurea non effettua alcuna rilevazione della qualità della didattica percepita dal discente; il 59%

effettua la rilevazione attraverso il modello fornito dal Nucleo di valutazione di Facoltà, il 36% effettua esclusivamente una rilevazione interna della qualità della didattica attraverso un questionario predisposto dal coordinamento didattico del corso di Laurea; il 14% effettua la rilevazione attraverso il questionario del nucleo di valutazione di Facoltà ed un questionario appositamente predisposto dal coordinamento del Corso di Laurea ed, infine, circa il 57,89% dei Corsi di Laurea partecipa alla valutazione della qualità didattica di Ateneo ai fini dell'accreditamento dei percorsi formativi.

Considerazioni conclusive

“Problemi organizzativi e prospettive future dei corsi di laurea”

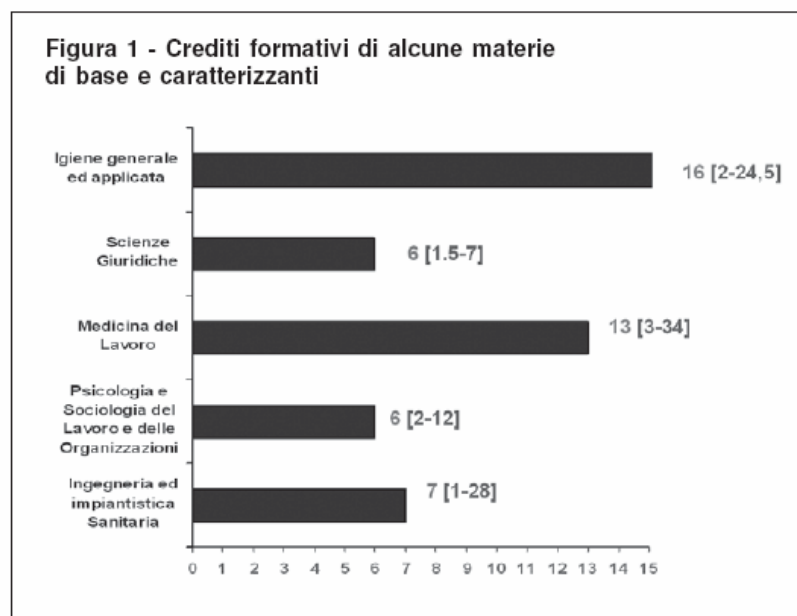
È possibile osservare dai dati nazionali che, a fronte di dati che descrivono un assetto del Corso di laurea TPALL diffuso sul territorio nazionale (36 corsi attivati) e, di conseguenza, una crescente lievitazione del corpo studentesco, le risorse docenti a tempo pieno sono state quelle di Professori e Ricercatori Universitari, Personale del Servizio Sanitario Nazionale e pochi Docenti esterni “a contratto”.

In questo contesto l'attribuzione di posti a concorso, riguardo ad insegnamenti di area medica rientranti tra quelli “di base” ed i “caratterizzanti”, è stata, a livello nazionale, alquanto modesta.

È evidente che tale situazione si andrà ad appesantire già da ora che il numero di “Corsi attivati di laurea triennali in tecniche della prevenzione a livello nazionale è così ingente ed in aumento.

Infatti, sulla base della disseminazione dei questionari, nella sessione delle note, è emerso un crescente numero di Corsi di Lauree in Tecniche della Prevenzione di nuova attivazione. Quindi, è necessario uno sforzo specifico per garantire adeguati livelli qualitativi, non solo per la didattica frontale, ma in particolare per il tirocinio e per le tesi di laurea. A tal riguardo è già possibile segnalare un'emergente forma di disagio da parte degli studenti.

Se a ciò si aggiungono gli intensi sforzi che vengono richiesti ai docenti e ricercatori di Medicina per i Corsi di Laurea della Facoltà stessa, è possibile concludere che o si procede ad un adeguamento dell'organico degli



STRUTTURE	UTILIZZO	N.ro CREDITI (Media)	RANGE [MIN-MAX]
Dipartimento di prevenzione ASL	100%	23	9-41
Istituti Zooprofilattici	38,89	5	2-12
ARPA	55,56%	15	7-25
Servizi Ospedalieri	50,00%	5	2-13
Industrie	66,67%	8	2-18
Istituti Universitari	83,34%	15	1-40
ISPESL	5,56%	3	-

Atenei alla positiva, ma impegnativa situazione che si è venuta a realizzare in questi anni, o non sarà più possibile garantire nel futuro lo stesso impegno qualitativo e quantitativo attualmente profuso.

Questa necessità che, se colta nel passato, ci avrebbe posti in una condizione di relativa tranquillità, è oggi resa del tutto improcrastinabile dalla promulgazione del Decreto Ministeriale sulla riformulazione delle classi di laurea che vincola tutti gli Atenei italiani a:

- attivare corsi di laurea in cui il 50% dei CFU sia erogato da docenti di ruolo;
- far sì che nessun docente possa impegnarsi in più di due corsi di laurea;
- far sì che il valore di riferimento di impegno di ciascun docente all'interno del Corso Integrato sia di norma rapportato a 2,5 CFU.

Nello specifico, la I Facoltà di Medicina e Chirurgia della "Sapienza Università di Roma", in attesa del-

la definitiva emanazione dei DD.MM. in questione, per la programmazione dell'A.A. 2007-08 relativa a CLUPS e CLASPES, ha deliberato (CCLA del 31.05.2007) che il valore di riferimento di impegno di ciascun docente all'interno del Corso Integrato sia di norma rapportato a 2,5 Crediti Formativi (CFU) e comunque non si attivino moduli inferiori a 1 CFU; si proceda alla valorizzazione ed implementazione dell'apporto dei docenti di ruolo e dei docenti ospedalieri convenzionati.

Si tratta quindi di dare seguito operativo ai documenti di programmazione di Ateneo e di Facoltà deliberando l'attribuzione ed il conseguente bando di procedura di valutazione comparativa per posti di Professore e di Ricercatore per la Facoltà di Medicina.

Si segnala, inoltre, la necessità di avere Coordinatori motivati e dedicati a tempo pieno ad affrontare i carichi di lavoro nonché problemi ad essi connessi per ogni Corso di Laurea.

Contraddizioni ed ostacoli nella formazione e nella collocazione professionale degli Operatori della prevenzione, Assistente sanitario e Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro

Briziarelli L

Professore ordinario di Igiene nella Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Perugia, Direttore del Centro Sperimentale per l'Educazione sanitaria, Presidente del Consiglio d'Intercorso delle lauree della Prevenzione dello stesso Ateneo

1. Le grandi attese

L'approvazione e la successiva attivazione dei corsi di Laurea triennali per le professioni sanitarie furono salutate da molte parti con grande soddisfazione e con diverse motivazioni.

Si dava finalmente dignità universitaria a professioni che ancora non avevano avuto una giusta collocazione di status, rispetto alla riconosciuta importanza sul piano professionale e della tutela della salute dei cittadini e nel contempo le si faceva uscire dal ghetto delle attività ancillari, garantendo quella ricchezza culturale che mancava nei precedenti Corsi professionali e che aveva trovato un primo avanzamento con i Corsi di Diploma.

Professioni considerate sostanzialmente manuali, quasi totalmente subordinate a quella medica, finalmente erano messe in condizioni di acquisire quei gradi di autonomia che a livello europeo già da tempo erano stati riconosciuti e soprattutto praticati, fornendo loro i titoli culturali per acquisire un Diploma di Laurea. Com'era da decenni in Gran Bretagna e da minor tempo in Olanda, dove addirittura erano state create Facoltà di Scienze della salute, separate da quelle mediche. In sintesi si dava loro uno statuto di collaboratori in sostituzione di quello di subordinati.

Gli Igienisti tutti, universitari e dei servizi, mostrarono in particolare grande soddisfazione in quanto vedevano così realizzarsi alcuni loro desiderata, oltre ad offrire nuove possibilità sul piano accademico:

- veniva proposta la rivisitazione della formazione e la riattivazione di una professionalità ormai obsoleta, ancorché ancora di rilevante, se non indispensabile, importanza per la promozione della salute e l'educazione sanitaria, nei confronti della popolazione tutta,
- si arrivava finalmente ad ottenere la formazione di una figura di professionista a lungo spirata, anch'essa assolutamente necessaria

per le attività tecniche della prevenzione, nell'ambiente in genere e soprattutto nei luoghi di lavoro. Uno strumento indispensabile per l'operatività dei Dipartimenti di prevenzione.

A livello universitario, i professori di Igiene con la forte partecipazione dei colleghi dei servizi, si impegnarono in tutto il Paese, con grande lena ed entusiasmo, ad organizzare al meglio i nuovi Corsi di Laurea, dei quali peraltro molti di essi avevano già in qualche modo anticipato e sperimentato la fattibilità, attraverso Corsi antesignani, autonomamente o in collaborazione con le Regioni e nei Diplomi universitari.

La maggiore parte dei XX Corsi di Laurea in Assistenza sanitaria e degli XW Corsi di Laurea in Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro sono Presieduti da Igienisti e vedono largamente impegnata la grande maggioranza di essi nelle attività formative. Non secondario l'impegno degli stessi nei Corsi di Laurea per infermieri e nei Master per le professioni sanitarie, tutte.

Ora l'attesa e l'entusiasmo, di operatori dei servizi e di universitari, sono stati in gran parte delusi e soprattutto mal ripagati o non assecondati. Era infatti opinione di tutti che in tal modo, nel nostro campo di intervento, sarebbe stata annullata una discrasia evidente nella gestione del servizio sanitario ma così non è stato.

2. Proposte non realizzabili

A livello di proposta programmatica, tanto nei Piani nazionali che in quelli regionali, venivano avanzate indicazioni di maggiore impegno per la promozione della salute e la prevenzione, come la medicina attiva o di iniziativa, l'intervento socio-sanitario nei confronti di soggetti deboli, anziani, giovani, donne, emarginati in genere, nei consultori, a domicilio, nelle scuole, nei luoghi di lavoro nel territorio a livello di distretti sanitari.

A livello operativo tutte queste cose non trovava-

no che scarsa realizzazione, anche nelle regioni che avevano realizzato i servizi sanitari migliori. In molte altre regioni trattavasi di porzioni del tutto marginali rispetto alla mole dell'intervento sanitario, sia in termini di personale che di spesa. Gli effetti di questa discrasia sono stati a lungo denunciati e sono tuttora oggetto di scandalo e riprovazione a livello di tutta l'Europa: il degrado dell'ambiente, gli infortuni e le morti sul lavoro, il malessere nelle comunità, nelle famiglie, nella scuola, il disagio giovanile.

Tutto ciò, indubbiamente, trova radici nell'attuale assetto sociale e nel più ampio corso intrapreso dalla società nel suo complesso ma anche, ancora senza dubbio, nella debolezza dell'intervento dei servizi territoriali, privi di risorse adeguate e soprattutto sguarniti delle figure professionali necessarie a svolgere le funzioni di iniziativa, assistenza e consulenza, verifica, controllo delle condizioni ambientali (fisiche e sociali) a livello delle piccole comunità locali, di istituti fondamentali della società, come la scuola e la famiglia.

Come si possono sviluppare le tanto auspiccate attività di integrazione tra Comuni ed Aziende sanitarie, i piani integrati di zona, i patti per la salute, organizzare le Case della salute, senza operatori a ciò espressamente preparati? Con le poche, anziane ASV ancora rimaste in servizio e in via di pensionamento o con qualche assistente sociale dei comuni? Come si pensa di ripristinare processi di partecipazione e di riavvicinamento dei cittadini alla cosa pubblica, riattivando una diffusa responsabilizzazione dell'intera popolazione, nella gestione di sé, dell'ambiente, dei diritti e dei doveri, verso gli individui e le collettività?

Con la pubblicità progresso o le note della Presidenza del Consiglio dei Ministri alla televisione, affogate in un bailamme continuo 0-24 di disinformazione, spettacoli trash, falsità, lustrini ed attrazioni varie? O con siti web, cui la maggior parte della popolazione (non solo gli) over 60 non è in grado di accedere?

Come si pensa di contribuire alla lotta contro le malattie infettive, al controllo dei focolai se non abbiamo un minimo di personale per effettuare le inchieste epidemiologiche a livello domiciliare e comunitario? O la salvaguardia della salubrità degli alimenti e l'educazione alimentare, a tutti i livelli della filiera dalla produzione al consumo?

3. Le mancate realizzazioni

È opinione comune che l'insufficiente (in alcuni casi si dovrebbe parlare addirittura di mancato) sviluppo della prevenzione sia legato fondamentalmente alla deriva medicalizzata del servizio sanitario nazionale, alla tendenza ospitalocentrica dell'assistenza, al dominio incontrastato delle imprese farmaceutiche, allo straordinario sviluppo della grande tecnologia. Si dipingono questi fattori causali in veste di "poteri forti", altrettanti deus ex machina, extraterrestri dunque, cui non ci si può sottrarre e che rendono impotenti gli sforzi di politici ed amministratori.

Ora, in realtà, alla luce delle esperienze vissute in quasi un lustro dall'attivazione dei Corsi di Laurea

delle Professioni sanitarie, possiamo affermare con serenità e consapevolezza che di sforzi per contrastare questo dominio o potentati superiori, ne sono stati fatti ben pochi, quando addirittura non sia stata assecondata la tendenza contrastante la prevenzione.

Nella descrizione dei fatti, ci limitiamo ad evidenziare gli aspetti più rilevanti, partendo da quelli di ordine generale per poi analizzare quelli a più diretta responsabilità di singole istituzioni e persone.

Non c'è dubbio che alcune tendenze macro-economiche e demografiche abbiano condizionato fortemente gli indirizzi generali di spesa e di investimento del Servizio sanitario nazionale e costretto ad impegnare una grande massa di risorse nell'assistenza ma accanto a ciò non sono stati introdotti adeguati correttivi allo spreco di risorse, alla duplicazione di servizi, al migliore utilizzo di impianti e personale. Anzi ci è adoperati in azioni di smantellamento del servizio pubblico a favore del privato, nella spinta al ricorso ad assicurazioni personali, nella ricerca di prestazioni di immagine più che effettivamente utili alle necessità più diffuse e correnti della popolazione. Tutte operazioni che hanno indotto una crescita della spesa sanitaria (dello Stato o dei privati che sia), anziché un risparmio, mentre si sosteneva che la spesa sanitaria fosse troppo elevata. Cosa fra l'altro non vera, se rapportata ad altri Paesi a noi comparabili.

E nel contempo non sono state poste in essere quelle azioni necessarie al riordino dei servizi, sul piano strutturale, organizzativo e funzionale che erano auspiccate e che in qualche modo erano state previste dalle leggi che hanno fatto seguito alla 833.

Il mai definito assetto dei Dipartimenti di Prevenzione, tra funzionale e strutturale, che non ha risolto i difficili rapporti con i Distretti, assieme alla difficile gestione delle attribuzioni di compiti e personale con le Agenzie regionali per l'Ambiente.

La mancata definizione di compiti e responsabilità ai Distretti, mantenuti in un limbo incerto da parte dei Direttori generali, nel timore di vedere indebolita la propria posizione di potere e quella del Direttore sanitario.

Ma soprattutto la politica generale delle Regioni e segnatamente quella dei Direttori generali nei confronti della promozione della salute e della prevenzione e delle strutture per realizzarle.

Parliamo in particolare di Dipartimenti di Prevenzione e di Distretti, di Centri di salute e consultori. Tutte queste strutture - a parte quanto sopra richiamato sul piano organizzativo - sono state lasciate deperire rispetto a livelli raggiunti in precedenza, per carenza di strutture e di personale qualificato.

In molte, troppe regioni, non si è messo mano alla revisione delle piante organiche ed alla conseguente ammissione nei ruoli di tecnici della prevenzione e di Assistenti sanitari. Anzi, le piante organiche esistenti non sono coperte da tempo e non sono state fatte assunzioni.

A livello di alcune Regioni, ancorché richiamato da precisi adempimenti di legge, non sono realizzate le convenzioni con le Università per la gestione dei corsi di Laurea triennali e di conseguenza non vengo-

no fornite le risorse umane e materiali per il loro espletamento. Molti corsi soffrono per tali carenze e molti laureati, nonostante il forte fabbisogno, rimangono disoccupati.

4. Indicazione di soluzioni

Da un lato la ripresa della cultura della prevenzione, basata sul lavoro, non sugli slogan e le emozioni create da disinformazione ed interessi nascosti. Dall'altro il controllo e l'indirizzo cogente sui decisori: rivedere, correggere l'operato di Assessori regionali e di Direttori generali. Infine modificando l'attuale sistema di governo del SSN, rompendo il triste connubio partitico che lega le Regioni alle Direzioni aziendali e di conseguenza ai Direttori sanitari e Amministrativi, di reciproca deresponsabilizzazione e ricattabilità.

Un solo esempio: gli infortuni sul lavoro. Il tanto atteso Testo unico, sicuramente lodevole ed apprezzabile, non risolverà i problemi ove non vengano sanate le situazioni organizzative ed operative, sopra descritte, che impediranno di fatto il dispiegarsi delle attività di controllo e vigilanza, di iniziativa e di supporto nei confronti delle medie e piccole imprese, per le quali l'applicazione del 626 e normative correlate non sono economicamente e strutturalmente possibili. Occorre un modo diverso di gestire la sanità pubblica, peraltro già abbondantemente descritto, adottando la pratica della Promozione della salute. Ma questo è un discorso che, anche se scritto negli Atti del Ministero della Salute e di qualche Regione, è assai poco conosciuto e certo meno praticato dai Direttori generali delle Aziende sanitarie.

Professioni sanitarie della prevenzione: aspetti normativi e istituzionali

Majori F

Responsabile Centro Studi "Salute-Ambiente" della Regione Lombardia, Cremona

Appartenenti all'insieme delle professioni della salute, in generale, anche le "professioni sanitarie della prevenzione", tema della tavola rotonda, mediche e non, dalla loro organica definizione nel T. U. LL. SS. 1934 ad oggi, sono state influenzate dai processi di riforma della Sanità del nostro Paese, riguardo sia alla formazione che all'esercizio professionale.

Di tali professioni da qualche tempo, precisamente dal 2003, si occupa la SItI, impegnata nella revisione del T. U. 1934, titolo II nello specifico, elaborazione segnalata e aggiornata a livello di Congressi e Conferenze nazionali della Società Scientifica, in collaborazione con il Centro Studi "Salute - Ambiente" della Regione Lombardia.

Dal punto di vista normativo recente, interessanti, per la professionalità medica, le nuove regole sulle Scuole di specializzazione, mentre, in generale, il campo è condizionato dalla modifica portata al Titolo V della parte seconda della Costituzione dalla legge cost. 18. 10. 2001, n. 3, che colloca, nel riformato art. 117, terzo comma, le materie "tutela della salute", "tutela e sicurezza del lavoro", "alimentazione" e "professioni", nel regime di "legislazione concorrente", Stato - Regioni e P. A..

Praticamente inapplicata la legge 5. 6. 2003, n. 131, sfortunato tentativo di semaforizzazione delle materie comprese nella legislazione concorrente, assistiamo oggi ad un crescente coinvolgimento della Conferenza S / R, ammortizzatore e stanza di compensazione, peraltro accompagnato da un ricorso ancora sostenuto da parte dello Stato e delle Regioni e Province Autonome alla Corte Costituzionale, sempre più rigida nel dichiarare la illegittimità costituzionale di leggi regionali non precedute da "principi fondamentali" definiti dallo Stato (da ultimo, sentenza n. 300 / 10 . 7. 2007).

Parte cospicua della produzione giurisprudenziale della Corte Costituzionale riguarda "le professioni", ed in particolare le professioni sanitarie.

Singolare: tra esse, in particolare le professioni sanitarie della prevenzione.

Di eccezionale portata la riforma delle professioni sanitarie non mediche, e tra esse in particolare le due appartenenti all'area della prevenzione, l'assistente sanitario e il tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro.

Appartenente ad altra area, partecipa alle attività di prevenzione l'infermiere.

Riforma avviata col dlgs 30. 12. 1992 n. 502 e s. i. m., su delega della legge 23. 10. 1992 n. 421, all'art. 6, terzo comma, e proseguita con le leggi 26. 2. 1999 n. 42, 10.8 . 2000 n. 251, col D. M. 29. 3. 2001, i DDMM 2. 4. 2001, l. 8. 1. 2002, n. 1, l. 1 . 2. 2006 n. 43, con la definizione dei nuovi profili professionali, l'abrogazione della "ausiliarietà" e dei vecchi "mansionari" e la loro sostituzione con un nuovo complesso "campo di attività e di responsabilità", articolato nel trittico: profilo professionale - ordinamento didattico - codice deontologico.

È significativo che il processo di riforma, col citato art. 6 comma 3 riconosca il suo incipit in una norma, appunto l'art. 6, nato col dlgs 502 / 92 e integrato con i dlgs 517/93 e 229/99, che reca la rubrica "Rapporti tra Servizio Sanitario Nazionale ed Università", articolati nella filiera: Ministeri, Regioni, Università, aziende sanitarie, istituzioni pubbliche e private accreditate e IRCCS, lungo un percorso che vede l'agenzia formativa universitaria riordinata dal nuovo Regolamento approvato con DM 22. 10. 2004, n. 270.

Con l'accennata innovazione riguardo alle competenze professionali delle figure, rappresentata dal nuovo "campo di attività e responsabilità" si è venuto a creare, riguardo all'autonomia professionale e alla connessa responsabilità un nuovo assetto del rapporto tra professioni sanitarie mediche e non mediche, presentante impegnative problematiche.

Ampio il dibattito sul concetto di autonomia professionale, sia riguardo ai contenuti che ai limiti.

Riguardo ai contenuti ritengo proponibile una tesi che, superando le difficoltà definitorie del concetto sul piano teorico, trasferisca al piano pratico, alle modalità organizzative delle strutture ospitanti, in termini di relativizzazione, l'onere di delineare per le professioni ospiti gli spazi di autonomia, appunto relativi, ed i connessi limiti.

Una flessibilizzazione, dunque, del concetto applicata al tipo di struttura, al modello organizzativo adottato, alla sua complessità, attraverso strumenti di cui poco interessa la denominazione - protocolli, linee guida, intese operative, accordi - purché discussi, condivisi e superiormente validati, idonei a definire per il gruppo e per ciascun suo componente compiti e connessa responsabilità.

Riguardo al limite la legge 42/99 precisa che il nuovo campo di attività delle professioni sanitarie, quindi di autonomia, deve far salve "le competenze previ-

ste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali".

L'accennato "ruolo sanitario" va riferito al dpr. 761/79, stato giuridico dei dipendenti delle aziende sanitarie (di cui si auspica il superamento), quindi: biologi, chimici, fisici, psicologi, che non sono "professioni sanitarie" ma certo "operatori sanitari", se e quando operanti nell'organizzazione sanitaria.

Infine, sul punto, la considerazione che il problema del limite, così come esplicitato dalla legge, si offre nella realtà a differenti soluzioni, determinate da infiniti fattori, predeterminabili o casuali, sicché si può considerare quello espresso dalla legge come un discrimine esposto a tassi più o meno elevati di labilità e di incertezza interpretativa, riferibili alla specificità delle applicazioni.

È anche a questo punto che la relativizzazione del concetto di autonomia può orientare a comportamenti corretti e responsabili, e non risultare indifferente rispetto agli obiettivi di qualità, appropriatezza, ecc.

Da quanto esposto torna valorizzata la necessità, anzi la indispensabilità di una seria educazione al lavoro di gruppo.

Interessa poi la considerazione che anche le professioni sanitarie della prevenzione, come le professioni della salute in senso allargato, sono da tempo, e in questo momento storico in modo particolare, di fronte alla prospettiva della riforma generale delle professioni intellettuali di cui si sta occupando il Parlamento Nazionale.

Si pongono problemi rilevanti, ad esempio sotto il profilo ordinistico.

Sotto tale profilo, in particolare professioni dell'Assistente Sanitario e del Tecnico della Prevenzione, alle prese con l'attuazione assai faticosa della legge 1. 02. 06, n. 43.

Ancor più in particolare, per la prima, l'assistente sanitario, un problema vitale e defaticante, rappresentato dall'anomala persistente condizione di appartenenza all'Ordine infermieristico, in presenza di una normativa che la colloca nell'area della prevenzione e nella classe di formazione universitaria sempre della prevenzione, con una norma specifica della legge 43/06 che prevede un ordine apposito, appunto "della prevenzione", con due albi per le due figure.

Estremamente interessante, poi la parte della 43/06 riguardante il riconoscimento di nuove professioni sanitarie, con rischi di sovrapposizione aggiuntivi ai già esistenti problemi di contiguità con figure appartenenti ad altre aree, ad es. educatori professionali, o

non appartenenti alle professioni sanitarie come gli assistenti sociali.

All'efficacia del lavoro di gruppo e ai principi dell'interdisciplinarietà e della multiprofessionalità il compito di rendere virtuosa l'accennata condizione di "contiguità" professionale.

Viene in mente, al riguardo, quel "raccordo interprofessionale" che leggiamo nel DM 69/97 profilo dell'assistente sanitario.

Infine, anche in questa sede ritengo vada denunciata la sostanziale sottovalutazione che il Sistema Sanità del nostro Paese riserva alle professioni sanitarie della Prevenzione, del resto conseguenza naturale della posizione di subordinazione del momento della Prevenzione stessa nelle scelte di politica sanitaria, dimostrata anche dalla modesta percentuale di spesa sanitaria assorbita dalle attività relative, inferiore al già basso livello del 5 %.

Denuncia questa situazione anche il documento "Il futuro dell'Igiene, della Medicina Preventiva e della Sanità Pubblica", presentato a questa Conferenza.

Un inaccettabile gap tra intenzioni e azioni, tra programmazione e organizzazione e gestione dei servizi per la Prevenzione.

A ben vedere il Sistema lancia da tempo alle professioni sanitarie della prevenzione sfide solenni, reclamate da una moderna concezione della salute e dall'indiscusso primato riconosciuto ai momenti della prevenzione, dell'educazione e della promozione della salute.

Dalla stessa 833/78 è seguita una produzione cospicua di natura programmatica nazionale: recentemente il Piano Nazionale della Prevenzione, il Piano Sanitario Nazionale, il Piano Vaccini, "Guadagnare salute", la recentissima legge 3. 08. 07 n. 123 di delega per il riassetto e la riforma delle disposizioni vigenti in materia di salute e sicurezza sul lavoro, per non dire dell'ampia produzione regionale.

Medici igienisti, medici del lavoro, medici veterinari, genetisti, biologi, chimici, fisici, psicologi, sociologi, assistenti sanitari, tecnici della prevenzione, infermieri, chiamati in causa nella prospettiva unificante dell'integrazione socio - sanitaria e della promozione della salute, attendono dal Sistema una coerenza che non c'è.

Valorizzare quanti - qualitativamente la risorsa umana del Sistema sanità per la prevenzione sanerà l'incoerenza tra intenzioni e azioni, ma solo se e quando risulterà vincente l'idea che la prevenzione è, oltre che motore di sviluppo civile e sociale, anche un formidabile investimento produttivo economicamente rilevante.