



Numero 84

20/06/2013

Prot. 17/2013

1. EDITORIALE

Cari Soci,

vi invito ad una lettura attenta della Newsletter ricca di notizie utili a fronteggiare, con competenza, le novità in ambito istituzionale e dei contesti in cui operiamo.

Sollecito l'utilizzo di questo strumento associativo capace di contribuire a intese nazionali, pur nel rispetto delle diverse connotazioni regionali.

Siamo ormai da anni impegnati a produrre e confermare un brand professionale secondo linee di indirizzo internazionali alle quali sentiamo di appartenere.

I giovani sempre più spesso lasciano il nostro Paese per sperimentare nuove realtà operative e produttive. La formazione dei giovani e dei nostri laureati assistenti sanitari deve necessariamente includere e svilupparsi secondo linee che si confrontano con la realtà europea e mondiale.

Anche la nostra Associazione segue questi percorsi attraverso contatti con le diverse università e organizzazioni associative simili alla nostra.

Pensiamo ad un'occasione di confronto, attraverso il nostro Terzo convegno internazionale, programmato per l'autunno a Cremona, anche con la testimonianza di assistenti sanitari provenienti da altri Paesi.

Buona estate.

La Presidente Nazionale

IN QUESTO NUMERO	
1- Editoriale	Pag. 1
2- Sviluppi della questione ordinistica	Pag. 2-3
3- In merito alla formazione	Pag. 3
4- L'identità del SSN universalistico: è da conservare o da modificare?	Pag. 4-5
5- Linee programmatiche del nuovo Ministro della Salute	Pag. 5-12
6- Dipartimenti di Prevenzione in discussione	Pag. 12-13
7- Rapporto CNEL-ISTAT sul Benessere Equo Sostenibile	Pag. 13
8- Salute, malattia e cura nella cultura del Mondo Zingaro	Pag. 14-16
9- Progetto Associazione ABiCì di promozione della salute, dello sport e del dialogo intergenerazionale	Pag. 17-18
10- Opportunità di lavoro	Pag. 18
11- Opportunità formative	Pag. 19

2. SVILUPPI DELLA QUESTIONE ORDINISTICA

Nella precedente AsNASNewsletter n. 83 titolavamo il punto 2 *“In sonno” la vicenda ordinistica.*

Una volta tanto, almeno riguardo al rischio di un sonno eccessivo, inaspettatamente il Legislatore nazionale sembra volerci smentire, e di ciò prendiamo atto volentieri dei passi iniziali che si stanno sviluppando in questi giorni.

Ve ne teniamo informati, con l'avvertenza che si tratta di nuovi disegni di legge (ddl) all'interno di una massa di provvedimenti, oltre 150, che il nuovo Parlamento in parte eredita dal passato e in parte da nuove problematiche, molti interessanti la salute e la sua tutela.

Si tratta di ddl portati all'attenzione del Senato della Repubblica:

S.829

Norme in materia di riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie di medico-chirurgo e di odontoiatra, di medico veterinario e di farmacista e istituzione degli Ordini e degli Albi delle professioni sanitarie
Iniziativa parlamentare: Sen. Amedeo **Bianco** (PD) e altri

Cofirmatari: Annalisa Silvestro (PD) , Emilia Grazia De Biasi (PD) , Venera Padua (PD) , Bachisio Silvio Lai (PD)
14 giugno 2013: Presentato al Senato

S.818

Riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie di medico-chirurgo, di odontoiatra, di medico veterinario, di farmacista e delle professioni sanitarie di cui alla legge 30 agosto 2000, n. 251

Iniziativa parlamentare: Sen. Annalisa **Silvestro** (PD)

Cofirmatari: Amedeo Bianco (PD) , Emilia Grazia De Biasi (PD) , Nerina Dirindin (PD) , Manuela Granaiola (PD) , Donella Mattesini (PD) , Giuseppina Maturani (PD) , Venera Padua (PD)

12 giugno 2013: Presentato al Senato

S.725

Riordino della disciplina degli Ordini e dei Collegi delle professioni sanitarie.

Iniziativa parlamentare: Sen. Luigi **D'Ambrosio Lettieri** (Pdl)

Cofirmatari: Laura Bianconi (GAL) , Lucio Romano (SCPl)

29 maggio 2013: Presentato al Senato

S.154

Istituzione degli ordini e albi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione

Iniziativa parlamentare: Sen. Laura **Bianconi** (Misto)

Cofirmatari: Luigi D'Ambrosio Lettieri (Pdl) (aggiunge firma in data 31 maggio 2013)

15 marzo 2013: Presentato al Senato

30 maggio 2013: Assegnato (non ancora iniziato l'esame)

Sono preannunciati all'Aula del Senato altri contributi, mentre se ne attendono, ovviamente, da parte della Camera dei Deputati.

In questo momento non ci sentiamo di entrare in profondità nel merito, mentre ci possiamo permettere alcune osservazioni di un certo interesse:

1. la cosa si muove
2. sembra muoversi nel solco della Legge 43, e questo ci piace molto! [i lettori ricorderanno quanta AsNAS c'è nell'art. 4, comma 1, lettera a) della L. 43 che ha rappresentato un'ancora di salvezza per la nostra professione, esplicitandola letteralmente e prevedendo l'inserimento in un "Ordine della Prevenzione", ma il sogno non si è realizzato. Cogliamo qui l'occasione, anche in risposta a quesiti, più o meno complessi, che ci pervengono, che la Legge 43 del 1.2.2006 non è affatto defunta. Lo è quanto alla delega dell'amato articolo 4, ma resta più che mai in vigore e valore sia per il riordino complessivo che all'articolo 1, la 43 compie della normativa di settore, sia per i percorsi per l'istituzione di nuove professioni sanitarie, sia, all'ultimo articolo, per l'"Istituzione della funzione di coordinamento". Ma su questo aspetto troveremo più avanti spazio per tornarci.]
3. i percorsi per la definizione delle aggregazioni per professioni, vale a dire quanti e quali ordini, ricalcano tracce abbastanza conosciute, diciamo pure che resta un'opinione: alla nostra figura si sarebbe perfettamente attagliata la scelta di un Ordine della Prevenzione, insieme ai TPALL, ovviamente, ma osiamo dire che ci sta bene anche una qualsiasi altra decisione che il Legislatore vorrà prendere, perché non ne possiamo più dell'anomalia ordinistica che ci è tanto, enormemente, costato in questi anni condannandoci alla permanenza coatta nell'Ordine infermieristico che non può essere eternamente il nostro!
4. Manca purtroppo, per il momento, e l'AsNAS non mancherà di far sentire al riguardo la propria voce, un accenno al ruolo giocabile nella materia dell'Associazionismo organizzato.

Infine, per chi è disponibile, legge e valuta, si fa delle opinioni, le trasmetta all'Associazione nazionale che le terrà in debito conto.

3. IN MERITO ALLA FORMAZIONE

▪ Conferenza Corsi di Laurea Professioni Sanitarie (CLPS)

Si terrà, come di consueto, a Portonovo (Ancona), nei giorni 12 e 13 settembre 2013, il meeting annuale della Conferenza dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie che vede coinvolti i Presidenti, i Coordinatori, i Tutors ed i Docenti dei Corsi di Laurea.

Si tratteranno i seguenti temi:

- Esame finale abilitante dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie
- Teaching Universities e Research Universities
- Requisiti minimi, sostenibilità e modelli di collaborazione interateneo nei CdL e CdLM delle professioni sanitarie
- Analisi dei trend occupazionali e delle ammissioni ai corsi delle professioni sanitarie

▪ Osservatorio delle Professioni Sanitarie del MIUR

Si riunirà il giorno 21 giugno l'Osservatorio Nazionale delle Professioni Sanitarie per discutere in merito alla programmazione dei posti per l'a.a. 2013/2014, alla revisione dei profili formativi e proposte di Master e problemi relativi alle equivalenze ex art. 4, comma 2, della L. 42/99.

4. L'IDENTITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE UNIVERSALISTICO: È DA CONSERVARE O DA MODIFICARE?

Nella nostra condizione di cittadini seguiamo con naturale attenzione, non scevra da qualche preoccupazione, gli sviluppi della politica nazionale, con riguardo particolare alle prospettate modifiche costituzionali e al coinvolgimento del Servizio Sanitario Nazionale nel dibattito e nelle scelte di carattere economico, connesse alla recessione in atto.

Sul primo versante, il costituzionale, si ipotizza una rilettura delle scelte fatte con la riforma del 2001 del titolo V parte II della Costituzione, con particolare riferimento al comma 3 dell'art. 117 che, come è noto, declina la serie delle materia di cosiddetta "legislazione concorrente".

La scelta di allora viene criticata in quanto ritenuta responsabile di un eccesso, quantitativo e qualitativo, di modelli organizzativi creati dalle Regioni e Province Autonome. Viene auspicato un ritorno della materia alla competenza esclusiva dello Stato in vista di un migliore controllo della spesa ed ad una migliore armonizzazione produttiva, con conferma alle Regioni di compiti organizzativi/attuativi.

Sul secondo versante, riguardo al Servizio Sanitario Nazionale, è in discussione lo stesso profilo identitario universalistico e per livelli essenziali, attraverso ipotesi di maggiore apertura verso l'accreditamento del privato ed una diversa applicazione dei principi e dei criteri del management in sanità.

La risorsa umana del Sistema, ossia i professionisti della salute e più in particolare i professionisti sanitari, non possono non avere qualcosa da dire su questo fronte, come cittadini e, appunto, come risorsa fondamentale del Sistema.

Prestiamo attenzione a questo enorme problema.

Non mancherà davvero al Parlamento nazionale materia di discussione, del resto come per l'aspetto costituzionale, prima accennato.

Con l'occasione, ai fini della realizzazione di ogni utile iniziativa a sostegno della nostra figura professionale, nel più ampio contesto di riforma del Sistema, vi facciamo avere la composizione delle competenti Commissioni dei due rami del Parlamento nazionale:

XII COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ DEL SENATO			
Partito democratico (9) Bianco Amedeo De Biasi Emilia Grazia (Presidente) Dirindin Nerina Granaiola Manuela (Segretaria) Marino Ignazio Mattesini Donella Maturani Giuseppina Padua Venera Silvestro Annalisa	Popolo della Libertà (7) Aiello Piero Lettieri D'Ambrosio Luigi D'Anna Vincenzo Scilipoti Domenico Rizzotti Maria (Vicepresidente) Viceconte Guido Zuffada Sante	Movimento 5 stelle (5) Fattori Elena Fucksia Serenella (Segretaria) Romani Maurizio (Vicepresidente) Simeoni Ivana Taverna Paola	Scelta civica per l'Italia (2) De Poli Antonio Romano Lucio
Lega Nord (1) Calderoli Roberto	Gruppo autonomie e libertà (1) Bianconi Laura	Autonomie (1) Laniece Albert	Gruppo misto (1) Petraglia Alessia (Sel)

XII COMMISSIONE AFFARI SOCIALI DELLA CAMERA			
Partito Democratico (21) Amato Maria Argenti Ileana Beni Paolo Biondelli Franca Bragantini Paola Burtone Giovanni Maria Salvino Capone Salvatore Carnevali Elena Casati Ezio Primo D'Incecco Vittoria Fossati Filippo Gelli Federico Grassi Gero Iori Vanna Lenzi Donata Miotto Anna Margherita Murer Delia Patriarca Edoardo Piccione Teresa Sbrollini Daniela (Vicepresidente) Scuvera Chiara	Movimento 5 Stelle (8) Baroni Massimo Enrico Cecconi Andrea Dall'Osso Matteo Di Vita Giulia Giordano Silvia (Segretario) Grillo Giulia Loreface Marialucia Mantero Matteo	Popolo della libertà (7) Brambilla Michela Vittoria Calabrò Raffaele D'Alessandro Luca Fucci Benedetto Francesco (Segretario) Marti Roberto Roccella Eugenia (Vicepresidente) Savino Elvira	Scelta Civica per l'Italia (4) Binetti Paola Gigli Gian Luigi Monchiero Giovanni Vargiu Pierpaolo (Presidente)
Sinistra ecologia e libertà (3) Aiello Ferdinando Nicchi Marisa Piazzoni Ileana Cathia	Gruppo misto (2) Lo Monte Carmelo (Centro democratico) Borghese Mario (Movimento associativo italiani all'estero)	Legha Nord e Autonomie (1) Rondini Marco	

5. LINEE PROGRAMMATICHE DEL NUOVO MINISTRO DELLA SALUTE

Offriamo alla vostra lettura estiva un documento interessante: le linee programmatiche del nuovo Ministro della Salute On. Beatrice Lorenzin presentate il 4 giugno alle Commissioni competenti della Camera dei Deputati e del Senato della Repubblica.

Ecco, qui di seguito il testo.

“Gentile Presidente, desidero innanzitutto ringraziare Lei e i membri di questa Commissione per l’invito ricevuto che mi consente di fornire indicazioni generali in ordine agli indirizzi relativi alle politiche del Ministero della Salute. Infatti, è mia convinzione – così come lo è di tutto il Governo di cui ho l’onore di far parte – che la nostra attività debba basarsi su un confronto costante tra Esecutivo e Parlamento, con la volontà di realizzare un dialogo pieno ed effettivo nel corso del lavoro parlamentare.

Sono peraltro convinta che, come avvenuto finora, il lavoro seguito da questa autorevole Commissione sarà basato su un esame obiettivo dei temi all’attenzione, volto a privilegiare il consenso e la partecipazione rispetto a mere logiche di schieramento delle parti politiche.

Considerazioni di carattere preliminare

Come è noto, la centralità del diritto alla salute è riconosciuta con speciale forza dall’articolo 32 della Costituzione, in attuazione del quale è stato realizzato il sistema sanitario nazionale di cui va riconosciuta, in generale, la bontà.

A questo proposito vorrei precisare che il Servizio sanitario nazionale, ispirato ai principi di universalità, uguaglianza e globalità, è ancora oggi considerato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, uno dei primi in Europa, se non al mondo, sulla base di tre indicatori fondamentali: il miglioramento dello stato complessivo della salute della popolazione, la risposta alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini, l’assicurazione delle cure sanitarie a tutta la popolazione.

Oggi il SSN si confronta con altre grandi sfide assistenziali, quali i problemi di assistenza socio sanitaria connessi alla non autosufficienza, l'elevata presenza di anziani e grandi anziani, le disponibilità di terapie/diagnosi ad alto costo. L'impegno comune deve essere quello di riformare il sistema, affinché sia in grado di mantenere i risultati che ci vengono riconosciuti.

Non vi è dubbio che il principio di universalità, inteso come il diritto a un accesso generalizzato ai servizi sanitari da parte di tutti i cittadini, senza distinzione, ha subito nel tempo dei correttivi.

Si è di fatto passati da un concetto di universalità "forte" e incondizionata, rispondente al modello del "tutto a tutti", a un concetto di universalità "mitigata", finalizzata a garantire prestazioni necessarie e appropriate a chi ne abbia effettivamente bisogno.

La riforma del Titolo V della Costituzione, i cambiamenti sociali e demografici, l'evoluzione scientifica e tecnologica della scienza medica, l'invecchiamento della popolazione (con aumento delle patologie croniche), l'evidente necessità di un contenimento della spesa sanitaria rendono non più procrastinabile ripensare al modello organizzativo e strutturale del sistema sanitario nazionale.

Nel merito delle priorità

Politica sanitaria in materia di prevenzione

Tra le priorità che il Dicastero intende sviluppare vi è la valorizzazione delle policies relative alla prevenzione, in tutte le sue forme e nei diversi ambiti ove essa può essere attuata.

Le ragioni di tale scelta consistono nella convinzione che un investimento in interventi di prevenzione, purché basati sull'evidenza scientifica, costituisca una scelta vincente, capace di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità del Sistema sanitario nazionale.

Intendiamo pertanto organizzare un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, collettiva e individuale, universale e per categorie a rischio, che possa accompagnare il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro.

In particolare, mi riferisco ad azioni volte:

- a garantire lo sviluppo di condizioni che permettono di mantenere il livello di salute il più alto possibile (promozione della salute);
- a prevenire l'insorgenza delle patologie trasmissibili e non (prevenzione primaria), ma anche
- a giungere a diagnosi più precoci attraverso screening (anticipazione diagnostica, prevenzione secondaria), così da favorire il pieno recupero dell'ammalato, riconosciuto come tale in una fase di malattia più facilmente aggredibile;
- e infine a realizzare una risposta assistenziale capace di gestire, rallentandone il decorso e impedendo l'insorgenza di complicanze, le patologie croniche (profilassi terziaria).

Tali obiettivi vanno perseguiti attraverso la predisposizione del nuovo Piano nazionale di prevenzione (PNP), che modifichi e aggiorni lo strumento vigente, inizialmente adottato per il periodo 2010-12, e poi prorogato a tutto il 2013.

Il PNP ha rappresentato in questi anni un punto di svolta nella programmazione sanitaria del nostro Paese, legato alla scelta strategica di investire ulteriormente nell'area della prevenzione per raggiungere migliori risultati di salute. Il modello si basa su una linea di governance partecipata, che il Ministero intende continuare a perseguire, valorizzando al meglio le potenzialità degli strumenti di pianificazione e coordinamento.

Nell'anno in corso sarà perciò adottato il nuovo Piano, col quale saranno fissate le strategie di prevenzione per il quinquennio 2014 - 2018.

Il prossimo Piano prediligerà l'approccio trasversale, per fattori e strategie complessive, rispetto a quello verticale, per singola patologia. Ritengo fondamentale, infatti, in linea con le indicazioni dei principali organismi internazionali del settore salute, in primis l'OMS, adottare - nelle scelte di sanità pubblica - un approccio strategico quanto più possibile "intersectoriale", basato sul principio della "Salute in tutte le politiche" (Health in all policies), promuovendo la salute come bene collettivo da conquistare e tutelare attraverso l'integrazione tra le azioni che competono alle istituzioni e alla società.

Porrò quindi attenzione non solo agli aspetti specificamente sanitari, ma anche ai fattori ambientali, sociali ed economici della salute, in particolare a quelli che maggiormente influenzano i comportamenti del singolo. Dedicherò particolare attenzione a far sì che le azioni messe in campo mirino ad agire sui principali fattori di rischio nel nostro Paese attraverso un forte investimento in salute e interventi il più possibile trasversali e multisettoriali, anche con il coinvolgimento di altri soggetti istituzionali e della società civile, ove ciò sarà non solo necessario ma anche opportuno. Sollevo adesso l'attenzione su alcuni aspetti specifici di significativa rilevanza per le linee programmatiche del Dicastero attribuito alla mia responsabilità.

Mi riferisco in particolare alle azioni di contrasto al fumo e alla dipendenza da gioco patologico.

E' noto a tutti - statistiche recenti lo confermano - che il fumo costituisce uno dei maggiori fattori di rischio nello sviluppo di patologie gravissime e spesso mortali, come le patologie cardiovascolari e le neoplasie; personalmente mi preoccupano i dati allarmanti relativi ai minori che presentano già l'abitudine al fumo, pertanto la mia azione di contrasto alla dipendenza del fumo sarà netta.

Colgo l'occasione per anticipare che continuerò l'azione già intrapresa dai miei predecessori volta promuovere azioni di contrasto e di recupero delle forme di dipendenza dal gioco patologico.

Inoltre, il mio impegno sarà rivolto a tutti i comportamenti a rischio, lontani dalla tradizione nazionale, mi riferisco a tutte le forme nuove di dipendenza, quali i consumi fuori pasto e in quantità non moderate, le ubriacature e il binge drinking, soprattutto tra i giovani.

Non dimentichiamo che è sempre in aumento il consumo da parte dei giovani di sostanze alcoliche. Per tale disagio sociale intendo intervenire sia a livello culturale, continuando a diffondere informazioni precise e univoche sul rischio connesso, sia per adottare politiche e azioni di prevenzione con specifico riguardo all'identificazione precoce del problema, sia per accrescere la disponibilità e l'accessibilità di trattamenti per i soggetti con comportamenti di grave abuso.

Sempre tra i comportamenti a rischio, un'altra area problematica, che merita uno specifico impegno è rappresentata dai disturbi del comportamento alimentare (bulimia e anoressia DCA): qui continuerò a promuovere progetti nell'ambito della prevenzione sociale, della promozione di percorsi di cura, in età evolutiva e in età adulta. A tale riguardo, rendo noto che a breve sarà pubblicato uno dei Quaderni del Ministero della salute dedicato ai disturbi alimentari, con specifica attenzione all'epidemiologia, alla prevenzione, al trattamento e ai percorsi di riabilitazione.

Tra le linee programmatiche non può mancare l'indicazione al grave fenomeno delle "tossicodipendenze"; per tale specifica problematica intendo continuare a uniformarmi alla strategia europea, che si confronta con il Piano di azione in materia di lotta contro la droga (2009/2012); il Piano si basa su un apporto integrato, multidisciplinare ed equilibrato tra riduzione della domanda e riduzione dell'offerta di droga. In tale settore l'attività di prevenzione dovrà essere specialmente mirata sulle nuove droghe sintetiche e sulla cocaina, verso le quali si stanno orientando i consumi della popolazione giovanile.

Offro di seguito una sintetica panoramica sui dati scaturiti da una rilevazione effettuata dal Ministero della salute nel corso del 2010. Sono stati presi in carico dai 554 Servizi pubblici per le tossicodipendenze 176.430 pazienti con un rapporto M/F 5,53.

I pazienti considerati sono in maggioranza assuntori di eroina (70,1%). L'uso di cannabinoidi e di cocaina come sostanze primarie per le quali si richiede un trattamento è diminuito nel tempo (rispettivamente 9,2 e 15,2).

Sono stati effettuati programmi farmacologici nel 66,4% dei casi (72,7% con metadone).

Da altri studi riportati nella Relazione al Parlamento 2011 sulle tossicodipendenze, si evince che la stima del numero di tossicodipendenti da oppiacei problematici è di circa 218.425 pazienti.

Il numero totale dei consumatori (intendendo con questo termine sia quelli occasionali che con dipendenza da sostanze – uso quotidiano) è di circa 2.924.500. Nel 2008 tale numero era stimato in circa 3.934.450 persone e quindi nel 2010 si è registrato un calo del 25,7%.

Sempre nell'ambito delle politiche di prevenzione segnalò anche le iniziative per contrastare il fenomeno dell'uso delle droghe leggere da parte dei giovani. Il Ministero ha finanziato con 490.000 € un progetto del Centro Controllo delle Malattie (CCM), svolto dalla Regione Emilia Romagna dal titolo "Nuovi comportamenti di consumo: prevenzione e riduzione dei rischi", che ha costruito una vera e propria "MAPPA" delle rotte giovanili e dei comportamenti legati al consumo di sostanze nei luoghi di vacanza e divertimento, al fine di proporre un Documento di indirizzo e delle Raccomandazione per le Amministrazioni pubbliche, i servizi territoriali, i gestori e gli utenti, finalizzati alla prevenzione dei rischi per la salute legati anche all'uso di droghe leggere (ad esempio nei locali notturni, discoteche, pub..). Con tale progetto si è giunti anche a strutturare materiale per la formazione di operatori finalizzata alla conoscenza e diffusione delle buone pratiche.

Altri progetti ai quali il Ministero della Salute partecipa in collaborazione con il Dipartimento Politiche Antidroga sono:

1 – DAD.NET – Donne alcol e droghe: attivazione di un network italiano per la promozione di offerte specifiche rivolte al genere femminile e finalizzate alla prevenzione dei rischi correlati all'uso di alcol, droga e patologie correlate, incentivazione all'adeguamento dei Servizi essenziali sui specifici bisogni delle donne tossicodipendenti (Ufficio VII)

2 – DRDS _ Sistema per il monitoraggio dei decessi droga correlati (Ufficio VII)

3 – Monitoraggio e valutazione del drug-test nei lavoratori con mansioni a rischio (Ufficio II)

4 – EDU-CARE Educazione e supporto alle famiglie, diagnosi precoce e neuroscienze del comportamento (Ufficio VII)

5 – NEWS 2010 – Implementazione e mantenimento del Sistema di allerta precoce e Risposta Rapida alle droghe (Ufficio VII – Ufficio VIII)

6 – NNIDAC – Network Nazionale per la prevenzione degli incidenti stradali droga e alcol correlati (Ufficio II)

7 – SGS – Strada per una guida sicura (Ufficio II)

Tornando al nuovo Piano Nazionale Prevenzione, segnalò che esso riunisce progetti di ampio respiro, prima di tutti il programma "Guadagnare salute", e le pianificazioni di settore, tra le quali vanno menzionate: il Piano nazionale per le vaccinazioni, quelli sul controllo delle sostanze chimiche o quello sugli interventi nel settore della sicurezza sul lavoro, che come è noto a questa Commissione, contribuiscono tutti insieme al raggiungimento degli obiettivi di promozione e prevenzione.

Parlando di politiche di prevenzione, non posso non riferirmi anche alle raccolte sistematiche di dati e ai sistemi di sorveglianza diretti verso specifiche fasce di popolazione, individuate per età o per composizione. A questo proposito, rendo conto che è in corso la preliminare ricognizione dei sistemi e dei registri, in attuazione dell'art. 12 del DL n.179 del 2012, in materia di fascicolo sanitario elettronico. Gli esiti saranno noti a breve.

Devo ricordare che le aree prioritarie nelle quali si svilupperanno gli interventi di prevenzione tengono conto delle indicazioni e delle programmazioni comunitarie e dell'OMS (in primis i programmi Health 2020 e UE2020).

Per tali attività ritengo indispensabile mantenere e rafforzare le collaborazioni già avviate con organismi internazionali, quali l'OMS, l'OCSE, l'European Center for Disease Control, oltre che con i Ministeri e gli organismi tecnici di altri Paesi europei ed extraeuropei, finalizzati a creare nuove sinergie.

Con riguardo alle tematiche alle quali sarà prestata prioritaria attenzione e verso le quali saranno dedicate le principali iniziative di prevenzione:

- è assolutamente fondamentale proseguire e rafforzare l'impegno per il contrasto alle patologie croniche non trasmissibili, considerando in quest'ambito innanzitutto le patologie cardiovascolari, quelle del sistema respiratorio e del sistema nervoso centrale, le neoplasie, le gravi insufficienze d'organo, il diabete;
- ritengo altresì imprescindibile rinforzare gli interventi dedicati alla salute della donna, nelle diverse fasi della vita, e del bambino, anche in linea con i Millennium development goals delle Nazioni Unite per il periodo 2000-2015 e di tutte le Convenzioni internazionali miranti alla tutela di questi categorie, (da ultimo, la settimana scorsa la Camera dei Deputati ha votato la legge di ratifica della Convenzione di Istanbul a tutela della donna e proprio in questa settimana ha votato le mozioni volte a contrastare ogni forma di violenza sulle donne);
- la salute mentale e il benessere psicologico e psicofisico costituiscono un prezioso patrimonio della popolazione, a cominciare dalle fasce d'età più giovani, che va salvaguardato attraverso la prevenzione, in tale contesto vanno inclusi sia gli interventi di prevenzione delle forme psichiatriche che quelli rivolti alla prevenzione ed al riconoscimento precoce dei disturbi dell'evoluzione e della comunicazione, come anche la prevenzione delle dipendenze da alcol e droghe e della ludopatia, di cui ho già riferito;
- occorre rafforzare il contrasto agli incidenti domestici e stradali, e proseguire nello sforzo – in coordinamento con le altre Amministrazioni competenti in materia - per conseguire una drastica riduzione del numero e della gravità degli incidenti sul lavoro;
- nel contesto ambientale che caratterizza il nostro Paese, ritengo di prioritaria importanza proseguire e rafforzare il dialogo e la collaborazione con il Ministero dell'ambiente e con gli organismi tecnici operanti nel settore, per sviluppare il monitoraggio - per l'impatto sanitario - delle matrici ambientali (acque, suolo, aria, ivi inclusa l'attenzione alle conseguenze sanitarie dell'esposizione alle radiazioni di diversa natura);
- pur nel mutato quadro epidemiologico, non si può "abbassare la guardia" nei confronti delle malattie infettive, con speciale attenzione per quelle più gravi, per quelle riemergenti, per le forme ad alta resistenza, per le malattie trasmissibili che compaiono per la prima volta nel nostro Paese a seguito dei mutamenti climatici, e per quelle di nuova insorgenza. Le reti di sorveglianza e le pianificazioni per gli interventi in tale ambito vanno mantenute attive, rafforzando – tra l'altro - le capacità operative degli Uffici periferici di sanità marittima, aerea e di frontiera;
- infine, lo scenario internazionale non consente di ridurre l'attenzione per iniziative – da assumere in coerenza e in collegamento con altri organismi coinvolti, primo fra tutti il Ministero della difesa – finalizzate a garantire un adeguato livello di azioni, quali misure precauzionali, nei confronti di minacce di tipo terroristico, siano esse di natura biologica, chimica o radiologico/nucleare.
- Su molti dei temi sopra sintetizzati ritengo utile realizzare anche campagne di comunicazione, nella convinzione che esse possano significativamente contribuire a rafforzare la conoscenza e l'educazione sanitaria nel pubblico generale e favorire l'adozione di stili di vita e comportamenti salutari.

Programmazione sanitaria

Riorganizzazione della rete assistenziale

Passo ora a illustrare un altro obiettivo di rilevanza strategica, e cioè la riorganizzazione dell'assistenza territoriale per rafforzare i legami tra ospedale e territorio. Non vi è dubbio, infatti, che su questo tema, su cui hanno posto particolare attenzione i miei predecessori, Fazio, Balduzzi si gioca la stessa sostenibilità del nostro Servizio sanitario nazionale.

Su questo fronte occorre collaborare con le regioni per accelerare il percorso di attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) deputate ad erogare l'assistenza primaria in un'ottica di complementarietà con le strutture ospedaliere e di accrescimento della capacità di presa in carico del cittadino assistito dal SSN.

Nella medesima ottica, occorre continuare e completare il potenziamento del ruolo delle farmacie convenzionate nell'erogazione dei servizi sanitari sul territorio. La Farmacia dei servizi, tenuto conto della presenza capillare delle farmacie sull'intero territorio nazionale, può garantire, con ridotti oneri per il SSN, prima assistenza e un'efficace missione di orientamento del cittadino verso gli altri presidi sanitari. Tale nuovo ruolo delle farmacie potrà comportare effetti virtuosi per la finanza pubblica, limitando l'accesso alle strutture ospedaliere e al pronto soccorso in relazione alle effettive necessità dell'assistenza sanitaria, anche preventiva, con esclusione dei casi di domanda di servizi suscettibile di adeguata soddisfazione da parte delle farmacie.

Aggiungo che, come è ben noto a questa Commissione, è all'esame della Conferenza Stato-Regioni lo schema di regolamento sulla "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" previsto dal decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito dalla legge n. 135 del 2012, che contiene, tra le altre, l'indicazione utile ad avviare la revisione del modello organizzativo e strutturale del Servizio Sanitario Nazionale in grado di recuperare risorse anche per investire nell'assistenza territoriale.

Livelli essenziali di assistenza

E' noto che i LEA si identificano nelle prestazioni e nei servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in regime di compartecipazione, utilizzando le risorse raccolte attraverso il sistema fiscale. I LEA rispondono all'esigenza di garantire quel nucleo irrinunciabile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana; ciò comporta che gli stessi, benché non abbiano la pretesa di essere esaustivi rispetto ai bisogni assistenziali riconducibili al singolo e alla collettività, debbono prevedere comunque una soglia minima di interventi, al fine di non vulnerare la sfera giuridica soggettiva che l'art. 32 della Costituzione ha voluto tutelare e garantire in modo assolutamente pieno ed esclusivo.

Vi comunico che la proposta di provvedimento di aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, in attuazione dell'art. 5, commi 1 e 2, della legge n. 189 del 2012, è stata predisposta e trasmessa al Ministero dell'economia e delle finanze per acquisire il previsto concerto tecnico.

Dopo la formulazione di una specifica valutazione economica da parte del Ministero dell'economia e finanze, lo schema di decreto è stato trasmesso il 12 marzo 2013 alla Conferenza Stato Regioni per l'avvio dell'istruttoria ai fini dell'intesa.

Il Nuovo Patto per la salute

Un breve cenno merita il Patto per la Salute, che come è noto, è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema.

Va a questo punto ricordato che le disposizioni di cui al decreto-legge 2012, n.95 stabiliscono che, in mancanza della definizione in sede Stato- Regioni entro il 15 novembre 2012 del Nuovo Patto per la salute 2013-2015, sarebbero divenute operative le misure fissate dal medesimo decreto in campo sanitario, misure che, diversamente, con il Patto avrebbero potuto essere rimodulate, fermo restando l'importo complessivo degli obiettivi finanziari annuali.

Il nuovo patto non è stato ancora perfezionato, ma tale obiettivo riveste significativa rilevanza, visto che lo stesso presenta finalità sia di carattere programmatico che di definizione di convergenze tra Stato e Regioni nel governo del sistema sanitario nazionale.

Colgo l'occasione per rappresentare la mia volontà di istituire in tempi brevi un tavolo di concertazione con i rappresentanti delle Regioni per addivenire rapidamente a soluzioni condivise, necessarie per il perfezionamento del nuovo Patto.

Ritengo infatti che la stipula del nuovo Patto possa rappresentare il vero punto di partenza per mettere insieme le esigenze dei cittadini e quelle imposte dal mutato quadro delle esigenze avvertite dal livello governativo, centrale e regionale.

Fondo sanitario nazionale

A causa delle manovre correttive di finanza pubblica dal 2010 (d.l. 78/2010, d.l. 98/2011, d.l. 95/2012, l. di stabilità 2013), il livello di finanziamento del FSN è stato ridotto in misura veramente straordinaria, fino a determinare nel 2013, per la prima volta, un decremento del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato pari a -0,88% rispetto all'anno precedente.

Confermo che ulteriori riduzioni di risorse non appaiono compatibili con la sostenibilità del sistema sanitario, già messo a dura prova dai recenti provvedimenti legislativi.

Anche le Regioni "virtuose" potrebbero avere serie problemi se non si corregge l'impostazione del recupero di risorse, senza entrare nei livelli di complessità che caratterizzano il settore.

Come ha sottolineato il Presidente del Consiglio, occorre abbandonare la logica dei tagli lineari auspicando un ripensamento della spending review sulla base dei costi e dei fabbisogni standard, così come peraltro suggerito anche dal "comitato dei saggi" istituito presso la Presidenza della Repubblica.

E' necessario individuare, assieme alle Regioni, una mappatura ulteriore degli sprechi, specialmente in alcuni contesti del nostro Paese, dove ai costi elevatissimi delle prestazioni sanitarie non corrispondono solitamente adeguati livelli di qualità dei servizi resi ai cittadini. Così come è necessario rendere possibile che le regioni in piano di rientro possano documentare oltre che un miglioramento dei conti, anche una concreta riqualificazione dei servizi a favore dei cittadini.

Iniziative in materia di assistenza transfrontaliera

Per quanto attiene alla sanità transfrontaliera, non è più possibile pensare a un modello di assistenza orientato a rendere competitivi tra loro i singoli sistemi regionali.

I tempi sono maturi e la parola d'ordine deve essere rendere competitivo il modello italiano in Europa.

Questo è ancor più vero se si pensa alla Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio recante "L'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera", già in fase di attuazione.

Quindi, l'impegno che occorre assumere è quello di proporre anche in Europa un modello innovativo di assistenza, in grado di intercettare, di attrarre e di accogliere i cittadini europei che sceglieranno di curarsi presso gli ospedali italiani.

Noi disponiamo di elevatissime professionalità, di centri ospedalieri universitari di alta specializzazione e di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico assolutamente competitivi, già oggi, rispetto ad analoghe realtà europee.

Questa è l'occasione anche per rilanciare le nostre Eccellenze all'estero.

Entro agosto sarà operativo, presso il Ministero della salute, un punto di contatto nazionale, previsto dalla Direttiva, che coordinerà le complesse attività che ruotano intorno all'applicazione dei contenuti della direttiva, anche relativamente all'istituzione di "contact point" regionali, in grado di intercettare la domanda proveniente da cittadini di altri Paesi europei.

E' previsto uno spazio specifico sul portale del Ministero, dedicato a ospitare tutte le informazioni relative ai nostri servizi sanitari e agli Ospedali e strutture di "eccellenza", presenti sul territorio nazionale, anche in lingua inglese, di cui si sta occupando Agenas su delega del Ministero.

Desidero migliorare la trasparenza delle nostre attività e consentire ai cittadini di scegliere dove curarsi, oltre che sulla base delle proprie conoscenze personali, anche verificando direttamente su internet i livelli di qualità delle cure e dei servizi, che ogni ospedale italiano è in grado di offrire.

Iniziativa in materia di personale del SSN "Responsabilità professionale, attività libero-professionale e precariato"

Altro tema sul quale mi impegnerò nei prossimi mesi è quello della responsabilità professionale; ho consapevolezza che su questo specifico tema questa Commissione già nella passata legislatura, ha dedicato adeguati approfondimenti. Inoltre, ho ben chiaro che le pur importanti novità introdotte a livello normativo dal decreto-legge n.158, convertito dalla legge n. 189 del 2012 non risolvono completamente il problema. Tuttavia, attuarle rapidamente con l'approvazione del regolamento sulla copertura assicurativa, significa dare risposte concrete e preparare la strada per possibili futuri ulteriori interventi.

Per quanto riguarda l'attività libero professionale intramuraria, comunico che le Regioni nel mese di febbraio 2013 hanno sollevato la necessità di attuare gradualmente, nell'arco di sei mesi, il progetto sperimentale di messa in rete delle strutture presso le quali si svolge l'attività libero-professionale. Per tale esigenza ho avviato l'azione di monitoraggio, convocando già per la prossima settimana l'Osservatorio a tal fine costituito.

Passo ora ad affrontare un tema che mi sta particolarmente a cuore, perché riguarda i giovani medici. Mi riferisco al precariato, al blocco del turn-over e alla formazione specialistica e in medicina generale.

Per quanto attiene al precariato gli ultimi dati disponibili offrono un quadro non incoraggiante. Intendo pertanto, affiancare l'attività degli altri Ministri di settore (lavoro, economia, funzione pubblica) per individuare le soluzioni idonee a superare il problema. Ritengo che il precariato - fenomeno già di per se negativo in tutti i settori - per il SSN assume ulteriori connotazioni negative, in considerazione che le risorse umane dedicate all'assistenza sanitaria, devono riporre fiducia nella struttura sanitaria e sentirsi parte integrante della medesima; la stessa struttura deve poter contare, senza soluzione di continuità, nelle medesime risorse umane, garantendo loro il giusto spazio anche in termini di formazione professionale.

Quanto al blocco del turn over nelle Regioni in piano di rientro, la questione assume profili più complessi. La normativa, tuttavia, prevede la possibilità di derogare al blocco nei casi di effettiva necessità e a determinate condizioni. Il Ministero della salute giocherà fino in fondo il suo ruolo di Ministero affiancante per supportare un percorso virtuoso di politiche delle assunzioni.

Passo all'attività di formazione, che è propedeutica all'assunzione: i giovani medici devono essere formati. Il possesso del titolo di specializzazione o dell'attestato di formazione in medicina generale è un requisito indispensabile per l'ingresso nel Sistema sanitario nazionale. Quest'anno, come saprete, il numero di contratti di formazione specialistica finanziati direttamente dallo Stato è sceso da 5.000 a 4.500 per il primo anno di corso.

Ciò è una conseguenza dell'innalzamento da 4 a 5 anni della durata dei corsi di specializzazione, previsti dalla riforma delle scuole di specializzazione di area sanitaria del 2005. Il tutto ha comportato un anno aggiuntivo di permanenza di tutti gli specializzandi e, conseguentemente, un maggior numero di contratti da finanziare con il medesimo stanziamento annuale.

È mia intenzione avviare da subito un costruttivo confronto su questo tema con il Ministro dell'istruzione, università e ricerca, con il Ministro dell'economia e delle finanze e con le Regioni, per trovare soluzioni idonee ad assicurare un adeguato numero di contratti già a partire dal prossimo anno accademico.

Per quanto attiene alla formazione in medicina generale, comunico che in Conferenza Stato-Regioni discuteremo presto dell'adozione di obiettivi formativi definiti a livello nazionale.

Iniziativa in materia di sanità veterinaria e sicurezza alimentare

Nelle linee programmatiche che sto annunciando non può mancare il riferimento a un elevato livello di sicurezza alimentare e di sanità veterinaria.

Il programma mondiale One Health concordato tra l'OMS e l'Organizzazione Mondiale della Salute Animale (OIE, con sede a Parigi), per la realizzazione di una sola Sanità, indica con chiarezza il collegamento imprescindibile tra salute umana e salute animale (basti considerare che il 75% delle malattie umane è di derivazione animale) e conferma la scelta strategica dell'Italia e mantiene una direzione politica unitaria delle professioni sanitarie.

Questa impostazione oltre ad una scelta di carattere culturale si è dimostrata un valore aggiunto, anche in termini di sviluppo economico, che si è concretizzato in trentatré miliardi di euro di esportazioni agroalimentari nell'ultimo anno, realizzati grazie alla qualità delle produzioni italiane, ai controlli sanitari/veterinari e ai certificati sanitari negoziati con i maggiori partner mondiali.

Il made in Italy alimentare ha superato, per la prima volta, il settore manifatturiero in termini di esportazioni e rappresenta la seconda voce di ricchezza prodotta in Italia dopo il metalmeccanico.

Per rispondere alle opportunità che si stanno sviluppando e alle elevate aspettative dei nostri cittadini consumatori intendo realizzare, nel corso del mio mandato, un programma incisivo di valorizzazione e di potenziamento del nostro sistema sanitario/veterinario, soprattutto in materia di sicurezza alimentare.

Ritengo che un'occasione unica e irripetibile sia rappresentata da EXPO MILANO 2015, destinato al tema "Nutrire il Pianeta". Bisogna cogliere l'occasione sia per valorizzare i prodotti del made in Italy, sia, soprattutto, per promuovere il modello italiano in termini di sviluppo sostenibile. A tale fine intendo realizzare, nel periodo di EXPO MILANO una riunione del G8/G20 dedicato alla Sicurezza Alimentare.

Dobbiamo infatti sostenere una politica di sicurezza alimentare che dia la disponibilità di alimenti sicuri, provenienti da Paesi produttori di materie prime, con accordi professionali, economici e politici.

D'intesa con il Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e i due rettori delle Università di Milano Statale e Cattolica proporremo poi l'istituzione di una Scuola Superiore di Alta Formazione Internazionale in materia di Sicurezza Alimentare.

È inoltre indispensabile completare la realizzazione di un sistema informativo nazionale per la sicurezza alimentare, che riunisca e coordini le banche dati già operative e le anagrafi animali, integrandole con gli anelli mancanti per assicurare un totale controllo del percorso dal campo alla tavola.

Politica sanitaria in materia internazionale

Tutti i settori nei quali si declina l'attività del Ministero della salute hanno risvolti e collegamenti a livello europeo e internazionale e pertanto non si può prescindere dalla considerazione di tale prospettiva nella definizione delle linee programmatiche per il prossimo futuro.

In primo luogo, in considerazione del rilievo che ha assunto nel corso degli anni l'analisi a livello comunitario delle tematiche più rilevanti di sanità pubblica, finalizzata a una pianificazione strategica condivisa, e tenendo conto della prossima Presidenza italiana dell'Unione europea, il Ministero intende rafforzare i rapporti con gli organismi comunitari e con i Paesi che si avvicenderanno, immediatamente prima e dopo l'Italia, nella presidenza, al fine di concordare gli aspetti prioritari che guideranno le attività comunitaria nel settore salute.

In tal senso è mia intenzione avviare ogni confronto utile con i partner comunitari su alcuni temi particolarmente significativi, tra i quali la promozione dei corretti stili di vita, la tutela della salute delle donne, le cure palliative e la terapia del dolore, la salute mentale.

Considero di grande rilevanza la valorizzazione, anche nello scenario internazionale, del sistema sanitario italiano con le sue eccellenze organizzative e tecnico-scientifiche. Conseguentemente, nell'ambito delle relazioni e degli accordi bilaterali, ritengo significativo sviluppare la diffusione della conoscenza del modello di sistema sanitario nazionale italiano presso i Paesi che, stanno attuando riforme dei propri sistemi sanitari in senso universalistico; intendo proseguire le collaborazioni già consolidate e partecipare alla realizzazione di nuovi progetti di gemellaggio e di assistenza tecnica finanziati dall'Unione europea.

Politiche in materia di ricerca sanitaria

Il sistema sanitario ha fortemente bisogno della ricerca e di risultati immediatamente applicabili per la cura dei pazienti. A tutti gli operatori del settore è richiesto un vero e proprio cambiamento culturale, al fine di rispondere alle esigenze di miglioramento delle prestazioni fornite.

Va dunque favorita la costante applicazione del metodo scientifico con l'obiettivo di ridurre le risorse utilizzate, ovvero di ottenere un incremento di qualità o quantità, a parità di risorse impiegate.

Attualmente, invece, la c.d. medicina difensiva genera a carico del SSN sprechi significativi, soprattutto per via della prescrizione di esami superflui e di terapie non fondate su evidenze scientifiche provate, che successivamente si rivelano inutili.

Tra le misure allo studio, comunico l'avvio di ogni iniziativa utile allo scopo di consentire che i ricercatori del SSN, allo stato non ancora inquadrati in specifici ruoli, possano "competere in condizioni di parità" con tutti gli altri soggetti dedicati alla ricerca anche in ambito internazionale, nonché la mia intenzione di favorire il coordinamento degli attori pubblici impegnati nel settore della ricerca scientifica, per elaborare strategie condivise del sistema Paese, incrementando l'efficienza e il miglior utilizzo delle risorse pubbliche.

Conclusioni

Nel rinnovare il mio ringraziamento alla Commissione ed al Presidente, concludo il mio intervento affermando che lo Stato e, per esso, il Ministero della salute deve sostenere il suo ruolo di garanzia dell'unità del Sistema sanitario nazionale, per assicurare uguaglianza di trattamento e rispetto del diritto alla salute a tutti i cittadini.

Vi chiedo di collaborare con me per costruire insieme una governance del sistema forte e autorevole.

Il mio auspicio pertanto, è di potermi avvalere di ampio confronto per l'individuazione di risposte condivise sulle questioni da affrontare.

Se il vostro parere coinciderà col nostro, pensiamo che sia abbastanza importante e significativo che appena dopo le considerazioni di carattere preliminare, che toccano il problema dell'identità del SSN (accennato al punto 4), nel merito delle priorità, il nuovo Ministro collochi un punto che ci interessa: politica sanitaria in materia di Prevenzione.

Le ragioni dovranno trovar posto tra gli obiettivi delle linee di programma e tra questi si parte dalla "predisposizione del nuovo Piano Nazionale di Prevenzione che modifichi e aggiorni lo strumento vigente inizialmente adottato per il periodo 2010-2012 e poi prorogato a tutto il 2013".

Si aggiunge "nell'anno in corso sarà perciò adottato un nuovo Piano, col quale saranno fissate le strategie di prevenzione per il quinquennio 2014-2018".

I lettori delle nostre AsNASNewsletter sanno quanto spesso e puntualmente ci siamo riferiti nell'interpretare situazioni e nel formulare analisi applicative al PNP vigente, che il Ministro definisce "punto di svolta della programmazione sanitaria del nostro Paese"... "il modello si basa su una linea di governance partecipata che il Ministero intende continuare a perseguire valorizzando al meglio le potenzialità degli strumenti di pianificazione e coordinamento".

Ricorda il documento la necessità di recuperare il programma "Guadagnare Salute", su cui ci siamo ripetutamente intrattenuti, il Piano Nazionale per le Vaccinazioni, i provvedimenti in materia di sicurezza sul lavoro e ambiente finalizzati al raggiungimento degli obiettivi di promozione e prevenzione.

Il documento tratta anche dei LEA ed accenna al Patto per la Salute, accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni.

Ancora, le linee programmatiche accennano al Fondo Sanitario Nazionale, argomento coinvolto nelle manovre correttive di finanza pubblica dal 2010 e dei provvedimenti relativi all'applicazione della Spending Review, all'interno del più ampio quadro di contenimento della spesa pubblica, di ripresa dell'economia rientranti nel "tornado Monti", puntualmente portato a conoscenza dei lettori da AsNASNewsletter n. 81.

Ci sarà occasione di tornare su alcuni punti, che in modo particolare ci interessano, di queste linee programmatiche.

6. DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE IN DISCUSSIONE

In più occasioni, in precedenti AsNASNewsletter abbiamo dato notizia di discutibili scelte, sul territorio nazionale, riguardo ai documenti di prevenzione, minacciati quanto meno di ridimensionamenti.

Un documento conclusivo, in occasione della convention nazionale dei direttori dei dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie, è stato diffuso dalle Società scientifiche organizzatrici, SItI SNOPI e SIMeVeP. Lo riportiamo.

DOCUMENTO CONCLUSIVO DELLA PRIMA CONVENTION NAZIONALE DEI DIRETTORI DEI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE

I direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Unità Sanitarie Locali d'Italia, riuniti in una Convention a Bologna, il 5 Aprile 2013, esprimono forte preoccupazione riguardo alla tenuta futura dei Servizi che assicurano l'applicazione dell'articolo 32 della Costituzione "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività".

Il settore, da sempre sotto finanziato, è oggetto di ulteriori forti ridimensionamenti in alcune Regioni italiane che non comprendono come la prevenzione e la promozione della salute rappresentino oltre che un fattore di crescita sociale e culturale della società anche un elemento di sviluppo economico sia indirettamente in termini di eventi sanitari evitati, sia direttamente tramite gli investimenti in sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, nonché per la tutela della salute dei consumatori. Un investimento dunque a forte valore aggiunto anche in termini etici e di contrasto delle disuguaglianze.

I direttori dei Dipartimenti di Prevenzione concordano inoltre sui seguenti punti fondamentali:

1) La prevenzione e la promozione della salute sono materie multidimensionali, interdisciplinari e multi professionali e trovano nella forma organizzativa del Dipartimento, così come previsto dal decreto legislativo 229/99, la modalità operativa ed istituzionale ideale.

2) I tentavi di smontarne le varie componenti facendole afferire ad altri livelli statali (i veterinari al Ministero delle politiche agricole, la sicurezza sui luoghi di lavoro ad una agenzia nazionale, anche se quest'ultimo progetto è stato superato dall'accordo su un forte e giusto coordinamento) costituiscono un elemento di forte indebolimento delle tutele e dei diritti per la salute dei cittadini. Al contrario è necessaria una maggiore integrazione funzionale tra le varie discipline della prevenzione e della sicurezza tramite l'adozione di percorsi assistenziali trasversali, focalizzati alla presa in carico globale dei problemi sanitari delle collettività, come la sicurezza alimentare, la prevenzione primaria (stili di vita.....) e secondaria (screenings...) delle malattie cronico degenerative, la sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro, il rapporto tra ambiente e salute, la gestione delle emergenze di sanità pubblica.

3) Occorre perseguire sempre più nuove modalità di lavoro costruite sull'analisi epidemiologica dei problemi di salute, sull'appropriatezza degli interventi basati sulle evidenze scientifiche, sull'utilizzo delle banche dati e dei sistemi informativi disponibili sulla categorizzazione e comunicazione del rischio, nonché sulla partecipazione dei cittadini.

4) Il 5% della spesa sanitaria destinato alla prevenzione collettiva va interamente impiegato nel settore (primo LEA) per assicurare gli strumenti indispensabili ed il turnover necessario del personale.

5) Vanno utilizzate appieno per le attività di prevenzione le risorse derivanti dai sistemi sanzionatori.

6) I recenti avvenimenti dell'ILVA di Taranto, dove un gravissimo inquinamento ambientale è stato identificato tramite analisi di matrici biologiche negli animali e negli uomini, dimostra come la separazione tra problematiche ambientali e tutela della salute pubblica sia alla base di gravi rischi e danni sanitari. La politica dei limiti di emissione ambientali finì a se stessi è stata clamorosamente smentita e deve essere ripensata. Così come occorre garantire, all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione, il ripristino operativo di vere strutture che si occupino di salute e ambiente.

7) Va ripresa l'iniziativa per appropriate semplificazioni e per l'abolizione delle attività di non dimostrata efficacia, a partire da quelle già individuate nella proposta del Disegno di Legge, d'iniziativa del Governo, approvato dal Senato della Repubblica il 12 dicembre 2007, ma non approvato dalla Camera dei Deputati per crisi di governo.

8) Va migliorata la reportistica e la comunicazione delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione.

La Convention di Bologna lancia dunque un segnale forte e preoccupato alle istituzioni, al Governo e alle Regioni, all'opinione pubblica, alle forze sociali. Dichiara la disponibilità degli operatori della prevenzione ad organizzare entro il corrente anno, in collaborazione con il Governo Centrale, le Regioni, gli Enti Locali, una Conferenza Nazionale per il rilancio del Sistema nazionale, regionale e locale della prevenzione e della sanità pubblica, della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, della sicurezza alimentare, della sanità animale, dell'igiene ambientale. Serve con urgenza rilanciare la programmazione sanitaria, qualificare gli investimenti nella ricerca scientifica applicata, migliorare la formazione degli operatori con una più efficace collaborazione tra le Università e le strutture più qualificate del Servizio Sanitario Nazionale. Oggi, di fronte alla grave e perdurante crisi sociale ed economica del nostro Paese, è indispensabile che gli sforzi per l'occupazione e per il rilancio della produzione avvengano nel pieno rispetto delle regole e delle garanzie di prevenzione e di sicurezza nei luoghi di lavoro che vigono nella Unione Europea.

In conclusione, AsNAS nazionale concorda.

7. RAPPORTO CNEL-ISTAT SUL BENESSERE EQUO E SOSTENIBILE

Riteniamo utile portarvi a conoscenza di un interessante documento: il primo rapporto sul "Benessere Equo Sostenibile" di CNEL e ISTAT.

Dal presupposto che la vita media è più lunga, ma aumentano i comportamenti a rischio, al core business del rapporto: più povertà, più disuguaglianza, gli effetti della crisi in Italia confermano la debolezza delle leggi sociali e l'impatto negativo sulla salute.

Il volume si compone di 12 capitoli: Salute; Istruzione e formazione; Lavoro e conciliazione tempi di vita; Benessere economico; Relazioni sociali; Politica e istituzioni; Sicurezza; Benessere soggettivo; Paesaggio e patrimonio culturale; Ambiente; Ricerca e innovazione; Qualità dei servizi.

Il rapporto integrale è scaricabile al seguente link: www.istat.it/it/archivio/84348

8. SALUTE, MALATTIA E CURA NELLA CULTURA DEL MONDO ZINGARO

Un argomento piuttosto interessante, non sufficientemente noto, ma importante sia sul piano culturale che nella pratica professionale, riguarda l'attenzione dovuta alla salute della popolazione che definiamo appartenente al "Mondo Zingaro". Ci sono stati richiesti consigli, indicazioni, notizie.

Abbiamo pensato di girare la richiesta alla Assistente Sanitaria dott.ssa Gabriella Tritta, Socia e Componente del Consiglio Direttivo della Sezione AsNAS Emilia-Romagna che ha studiato l'argomento e che i propri studi ha trasferito nell'attività lavorativa. Ecco il ricco contributo che ci ha dato. La ringraziamo.

1. Premessa

Siamo di fronte alla provvisorietà di ogni descrizione definitiva delle strutture sociali, familiari, economiche, culturali, religiose del mondo Zingaro ancor più se si tiene conto che esso non ha mai posseduto confini geografici, né una classe dominante, religiosa e non ha mai testimoniato per iscritto. Malgrado ciò essi hanno **tratti comuni**, nonostante le differenze.

- L'organizzazione sociale ed economica centrata su forti legami di parentela (che offrono aiuto, protezione e perpetuano la tradizione);
- la centralità della famiglia (l'importanza del matrimonio, soprattutto all'interno del proprio gruppo, e dei figli);
- la scelta di un lavoro autonomo rispetto a quello dipendente;
- lo spazio interno dell'abitazione ridottissimo a favore di una vita all'aperto;
- il nomadismo per ragioni economiche (fiere, sagre e feste paesane) o familiari (incontrare parenti, conoscere una moglie, partecipare a feste, matrimoni e lutti) sono alcuni degli elementi comuni ai diversi gruppi Zingari.

Questi tratti si manifestano spesso in maniera differente non permettendo così una definizione univoca poiché ogni comunità Romanès ha un'organizzazione interna differente dovuta sia al tipo di attività economica e commerciale che essa svolge, sia all'uso della mobilità e/o sedentarietà, sia al luogo in cui si stabilisce. L'elemento che accomuna le diverse comunità è il vivere profondamente le relazioni umane: sono queste che determinano principalmente il loro sistema di vita.

2. Riflessione antropologica sulla rappresentazione mentale della "salute", della "malattia" e della "cura" degli Zingari

Affronterò i concetti di salute, malattia e cura facendo riferimento sia alla letteratura scientifica sul campo sia alla mia esperienza professionale come Assistente Sanitaria.

Nelle sue ricerche la studiosa **P. Trevisan** mette in luce come i Roma Croati da lei osservati si servono sia dei metodi di cura della biomedicina sia dei consulti dei santi e/o guaritori (magico-religioso). Gli Zingari utilizzano ciò che l'antropologia medica definisce "doppio binario": la biomedicina agisce sulla parte del corpo ritenuta malata, mentre il santo agisce sugli aspetti emotivi e sociali della persona. La ricerca mette in luce come i Rom si affidano ad un santo/guaritore con piena fede, le sue affermazioni sono ritenute veritiere in quanto derivano dalla sua capacità di avere contatto con l'ultraterreno. Il guaritore non stabilisce mai un prezzo per il suo servizio: chi lo desidera, a sua discrezione, può donare un'offerta, più o meno considerevole e ciò aumenta e conferma, da un lato, la fiducia nei suoi confronti, e, dall'altro, che le sue capacità sono genuine.

Gli Zingari considerano i Gagè molto più ammalati di loro: frequentano esageratamente i dottori, eseguono troppi esami, hanno comportamenti, soprattutto sessuali, più liberi, mettono al mondo pochi figli e di conseguenza hanno una capacità riproduttiva inferiore.

Gli Zingari dedicano scarsa attenzione alle malattie croniche asintomatiche, di conseguenza queste sono curate con ritardo. Ciò avviene per diversi motivi:

- la concezione del tempo, per cui lo Zingaro vive il presente;

- l'incapacità di mettere in rapporto fra loro alcuni sintomi cronici e le loro eventuali complicanze;
- la non conoscenza dei percorsi sanitari e la difficoltà di accesso ai servizi, che è molto più semplice per le malattie acute.

Per quanto concerne la **cura di una patologia cronica** in generale si può sostenere che un Rom accetta, senza problemi, un medicinale che, anche se non guarisce, gli permette di stare meglio, ma assumere farmaci per eludere l'aggravamento di una malattia che non ha sintomi manifesti, è un modo per renderla una presenza impalpabile e costante. Stesso discorso vale per le **vaccinazioni**, esse risultano difficilmente comprensibili dato che sono una pratica preventiva finalizzata ad evitare in futuro un'eventuale malattia grave al bambino.

Per quanto riguarda gli **stili di vita**, sappiamo che il tabagismo, l'alcol e le diete ipercaloriche sono abitudini insidiose, che incidono pesantemente sulla salute dell'individuo e della comunità. Far comprendere agli Zingari che tali abitudini, a volte eccessive, sono strettamente collegate alla comparsa di una determinata patologia è estremamente difficile, così come far accettare l'idea che la modifica di tali consuetudini può aiutare, se non far recedere, la malattia stessa.

La letteratura medica sugli Zingari mette in risalto come essi **utilizzino spessissimo ed impropriamente il Pronto Soccorso e l'Accettazione Pediatrica** perché riescono a dare una risposta veloce ai loro problemi e risultano meno difficoltosi nell'accesso. Inoltre la nostra organizzazione è lontana dal loro modo di pensare e soprattutto non permette di influire direttamente nella gestione dei propri problemi. Di fronte ad una Istituzione che richiede continuamente un riadattamento della propria domanda alle risposte che i servizi sanitari offrono, le famiglie Rom rispondono attraverso il recupero costante della possibilità di conduzione autonoma dei loro bisogni.

Gli Zingari **usufruiscono poco o nulla del medico di medicina generale e del pediatra di base.** Anche in questo caso le ragioni sono molteplici. Essi considerano i servizi gratuiti, proprio perché tali, non idonei e inadeguati; il medico è una figura ambigua poiché, anche se somministra farmaci che sono capaci di curare, è continuamente a contatto con la malattia e la morte; per loro è vitale instaurare un rapporto personale con il dottore, desiderano poter parlare con libertà e che venga dedicato loro molto tempo; esigono una soluzione immediata ai loro quesiti poiché non riescono a tollerare la preoccupazione, il dubbio e l'indeterminatezza; accettano difficilmente le regole; hanno una poderosa incompatibilità con le file.

Anche **l'impiego dei medicinali**, dal loro punto di vista, è rischioso poiché è totalmente sotto il controllo dei sanitari, che sono dei Gagè. Se la terapia farmacologica risulta inefficace e, secondo loro, i medici non sono sufficientemente capaci perché non hanno compreso cosa sia utile per loro, essi portano avanti personalmente e direttamente il tipo e la quantità di medicine da somministrarsi, continuando a utilizzare un farmaco che era servito in precedenza, oppure un medicamento che ha funzionato ad un loro parente.

Nei sei anni in cui ho frequentato il campo dei Sinti e le famiglie Rom (dal maggio 1994 a luglio 2000) la programmazione ha dovuto subire modifiche in itinere. Ad esempio a fronte dei dati vaccinali emersi ci si preoccupò di chiamare i bimbi nel nostro ambulatorio: non si ottennero dei grandi risultati, la maggior parte dei genitori non si presentò agli appuntamenti malgrado la collaborazione degli educatori del Comune. Abbiamo visto che le ragioni possono essere molteplici, nella cultura Zingara sono assenti sia il concetto di patologia cronica sia quello di prevenzione; fare uso di un farmaco per prevenire una malattia che non c'è significa attirare su di sé la malattia stessa; i Rom e Sinti hanno uno scarso senso cronologico delle scadenze quotidiane; instaurano con le persone un rapporto personale più che istituzionale.

A contatto diretto con loro mi rendevo conto che era necessario riflettere su una progettualità a ampio respiro. Innanzitutto occorre prendersi cura delle necessità del nucleo familiare, soprattutto delle donne e non solo delle giovani madri (spesso adolescenti, quindi minorenni). Sempre di più le donne mi chiedevano di prendere appuntamenti dal ginecologo, andare con loro dal medico curante, rinnovare il tesserino dell'esenzione sanitaria ormai scaduto, ecc. Col tempo,

giorno dopo giorno, il rapporto di fiducia che man mano si instaurava ci aiutava a definire e a comprendere meglio le questioni da risolvere. Acquisire fiducia è stato un processo lento che ha richiesto il coinvolgimento di entrambi. La fiducia riveste particolare importanza in sanità, sia nei momenti fisiologici sia nell'esperienza della malattia, in entrambi i casi il peso delle culture, le "proprie sensibilità", le condizioni socio-economiche, la marginalizzazione sono decisivi. I miei compiti erano essenzialmente due: facilitare la famiglia, la donna, la madre, il capofamiglia a scegliere intenzionalmente se affidarsi o meno a un servizio e costruire una rete tra i diversi organismi istituzionali e di volontariato. Nel momento in cui si era stabilito il rapporto di fiducia era normale che vi fosse anche la presa in carico dei parenti che a volte erano di passaggio a Modena o vi soggiornavano per un tempo indeterminato

3. Conclusione

Come in uno specchio vediamo nello Zingaro quello che non ci piace oppure il suo contrario: ci sarà gente che lo vedrà come il nomade che vive nella periferia urbana e nel degrado, che non vuole lavorare, un senza Dio, un incolto, che non sa rispettare le regole; viceversa altri, mitizzandolo, vedono lo Zingaro come un individuo pieno di vita, orgoglioso, artista, artefice della propria vita, senza costrizioni, libero dalle regole sociali. Ciascuno di noi vedrà nello Zingaro il riverbero delle proprie ansie e delle proprie insicurezze, oppure quello dei propri desideri e dei propri sogni, ponendo fra sé e l'altro (lo Zingaro) un filtro colorato.

Gli Zingari sono un popolo "altro" che vive, nella maggior parte dei casi, ai margini della società in una condizione di povertà e di emarginazione, ma allo stesso tempo orgoglioso e geloso di una loro diversità. La stessa collocazione spaziale dei campi e delle case coloniche sul territorio mostra questa condizione di isolamento che i non Zingari attuano nei loro confronti. Le comunità gitane sono pensate dai non Zingari quasi esclusivamente come problema, spesso solo di ordine pubblico, e non vengono ritenute depositarie di una cultura bensì di una sottocultura che non incuriosisce e dalla quale bisogna prendere le distanze.

La mia opinione è che la cultura zingara si rimodella tramite l'incontro-scontro con la società maggioritaria proprio perché le culture umane non sono statiche ed eterne, ma il prodotto di scambi, contatti e interazioni. Inoltre gli Zingari sono sempre stati pronti al cambiamento, pur continuando a "vivere da Zingari" costruendo la propria identità culturale mutuando elementi differenti dalle popolazioni ospitanti e avvalendosi in modo difforme: i Rom rinterpretano, per "ziganizzarli", gli elementi culturali propri della società in cui vivono e diversi ne sono gli esempi e tutto ciò è possibile poiché sono un popolo a **tradizione orale**.

Il lavorare con "cultura altre" mi ha permesso di toccare con mano come la rappresentazione della salute, della malattia, della cura e dell'accesso ai servizi non è univoca e scontata. Da un lato un'accentuata identificazione non mi avrebbe permesso di comprendere ciò che rende loro *altro* e *diverso* da me, dall'altro porre attenzione alla mia stessa storia di vita ed ai miei punti di riferimenti - poiché la cultura è in ognuno di noi -, il mettere tra parentesi la propria visione del mondo per "*mettersi al posto dell'altro*", è stato l'unico modo per instaurare con alcuni di loro un legame al di là dei ruoli.

9. PROGETTO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE, DELLO SPORT E DEL DIALOGO INTERGENERAZIONALE.

Ci è pervenuto e volentieri pubblichiamo, da parte della nostra Presidente della Sezione AsNAS Sardegna e coordinatrice del corso di laurea in assistenza sanitaria presso la sede di Cagliari, dott.ssa Graziella Salis, un interessante progetto di promozione della salute, dello sport e del dialogo intergenerazionale promosso dall'Associazione AbiCi e supportato dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Cagliari, in particolare dal Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria. Ringraziamo la collega.

L'Associazione ABiCi, che si occupa di favorire la promozione della salute e dello sport tra i giovani, di favorire lo sviluppo di competenze giornalistiche e di contribuire a formare giovani cittadini attivi, ha portato avanti un progetto di promozione della salute, dello sport e del dialogo intergenerazionale, con il supporto della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Cagliari, in particolare del Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria.

Il progetto ha avuto la durata di 13 mesi a partire dal mese di Febbraio 2012 sino al mese di Marzo 2013. I giovani partecipanti sono stati 39, alcuni di essi giovani studenti del Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria. I giovani sono stati impegnati in strategie di promozione della salute nei confronti dei giovani cittadini della provincia di Cagliari. Si sono svolti incontri settimanali, prima presso la sede operativa della Associazione, poi presso i locali della Cittadella Universitaria di Monserrato. Gli incontri hanno avuto l'obiettivo di creare un contesto favorevole allo sviluppo di strategie per la diffusione della cultura della Promozione della Salute.

I giovani, durante gli incontri, hanno analizzato l'attività dei Servizi Socio Sanitari offerti ai giovani cittadini della provincia di Cagliari, fornendo una mappatura dei servizi stessi esistenti. Hanno affrontato temi riguardanti la promozione della salute, gli stili di vita individuali, il benessere psicofisico, lo sport, la salute dell'immigrato, il dialogo intergenerazionale, la dieta, la sessualità e le malattie sessualmente trasmesse, le dipendenze e le nuove dipendenze (social network e gioco d'azzardo), il fenomeno dell'emigrazione nei giovani della nostra comunità.

Contemporaneamente sono state realizzate tre campagne di promozione della salute, ed è stato creato un servizio informativo, arricchito di volta in volta di contenuti dai giovani partecipanti, consultabile all'indirizzo www.castedduinsaludi.it. Il nome in dialetto cagliaritano che significa Cagliari in salute è stato scelto dai giovani partecipanti stessi. Il servizio informativo è stato offerto all'intera comunità della provincia di Cagliari e i partecipanti si sono occupati di diffonderlo tramite i supporti cartacei realizzati ovvero: locandine, brochures, e tramite i principali social network.

Castedduinsaludi contiene articoli che informano sui Servizi Sanitari esistenti per i giovani sardi e i giovani immigrati: il Dipartimento di Prevenzione con il Servizio di Igiene Pubblica, il C.O.S.S.I. (Centro di Orientamento ai Servizi Sanitari per gli Immigrati), i Servizi Consultoriali con lo Spazio Giovani; il S.E.R.D. che si occupa anche delle nuove dipendenze. Ampio risalto è stato inoltre dato ai corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, in particolare al Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria, che forma i giovani nella Promozione della Salute. Ancora, aree tematiche affrontate, sono state sulle nuove diete (oltre a quella mediterranea), lo sport e la promozione della attività fisica nei nostri spazi verdi (i parchi cittadini), l'importanza della attività fisica e della dieta nel contrasto delle principali patologie cardiovascolari, il doping, le nuove dipendenze, il dialogo intergenerazionale grazie alla partnership creata con l'associazione "Università della Terza Età", il fenomeno dell'immigrazione (che ha compreso una giornata di discussione aperta presso la sala SEARCH del Comune di Cagliari, in vista della formazione della Consulta degli immigrati presso il Comune) e dell'emigrazione di numerosi ragazzi sardi.

Numerosi articoli sono stati realizzati mediante interviste; i ragazzi hanno toccato con mano le realtà dei servizi sanitari e, fondamentale, è stata la collaborazione dei Responsabili dei servizi stessi; ma sono state realizzate anche interviste a giovani immigrati della nostra comunità, giovani emigrati sardi, anziani, giovani con problematiche quali anoressia e bulimia, specialisti in medicina dello sport. Lo spazio [castedduinsaludi](http://www.castedduinsaludi.it) è un canale di diffusione della cultura della promozione

della salute, per sensibilizzare in particolare la comunità dei giovani a scelte di vita salutari, e a orientare i giovani cittadini verso i servizi sociosanitari già esistenti che si occupano di salute. I giovani del progetto si sono dunque confrontati tra loro negli incontri in itinere, ma hanno anche agito sul campo, sperimentando dunque, l'importanza di essere cittadini attivi e di proporsi attivamente nei confronti della propria comunità locale. La giornata conclusiva del progetto, ha previsto una Conferenza Stampa dal titolo " Il ruolo dei giovani nella Promozione della Salute".

In questa giornata, la responsabile del Progetto, la Dott.ssa Alessandra Zucca, medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva, ha presentato i risultati del progetto stesso e ha aperto una giornata di dialogo in cui sono intervenuti: il Prof. Paolo Contu, Presidente della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Cagliari, la Prof.ssa Giuseppina Masia, Presidente del Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria, la Dott.ssa Graziella Salis, Assistente Sanitaria e Coordinatrice Professionale del Corso di Laurea in Assistenza Sanitaria, i giovani partecipanti al progetto : Eleonora Sias, Lucia Pinna, Simona Accalai, Noemi Mereu e Laura Spada; il Dott. Carlo Piredda, giovane Medico dello Sport e amministratore locale del Segretariato Italiano Giovani Medici nella sezione provinciale di Cagliari, il Dott. Giuseppe Frau, medico specializzando in Igiene e Medicina Preventiva. Tutti i relatori hanno contribuito a sottolineare l'importanza della promozione della salute e dello sport nei giovani della nostra comunità in particolare se l'attività di promozione stessa é svolta dai giovani stessi.

Dott. Gabriele Frongia

Presidente della Associazione ABÍCÍ

10. OPPORTUNITÀ DI LAVORO

Come di consueto, si segnalano i bandi aperti:

ULSS N. 17 - MONSELICE

CONCORSO (Scad. 1 luglio 2013)

Concorso pubblico, per titoli ed esami, per l'assunzione a tempo indeterminato di un collaboratore professionale sanitario - assistente sanitario.

(GU 4ª Serie Speciale - Concorsi ed Esami n. 43 del 31-5-2013)

ASS N. 3 - ALTO FRIULI

CONCORSO (Scad. 4 luglio 2013)

Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura, a tempo pieno ed indeterminato, di un posto di collaboratore professionale sanitario - assistente sanitario.

(GU 4ª Serie Speciale - Concorsi ed Esami n. 44 del 4-6-2013)

UNITA' SOCIO SANITARIA LOCALE N. 15 ALTA PADOVANA

CONCORSO (Scad. 8 luglio 2013)

Concorso pubblico, per titoli ed esami, per la copertura, a tempo indeterminato, di un posto di collaboratore professionale sanitario - assistente sanitario/a - categoria D.

(GU 4ª Serie Speciale - Concorsi ed Esami n. 45 del 7-6-2013)

10. OPPORTUNITÀ FORMATIVE

Sostenere le Strategie di Vaccinazione: Benefici, Rischi, Comunicazione

Firenze, 20 settembre 2013

Info: <http://www.societaitalianaigiene.org/cms/images/docs/congressi/2013/0920firenzeprog.pdf>

Congresso nazionale SItI

Taormina, 17-20 ottobre 2013

Sito dedicato: <http://www.mcaevents.org/t/01/ivl-congresso-nazionale-siti/index.aspx>

XLIV corso - La prevenzione dei tumori. Aspetti scientifici e organizzativi

Cancer prevention. Scientific background and operative applications

Erice (trapani), 26 novembre - 1° dicembre 2013

Info: <http://www.societaitalianaigiene.org/cms/images/docs/corsi/20122013/erice.pdf>



**La redazione di AsNASNewsletter,
augura a tutti i Soci e Lettori una bella estate !**