

La prevenzione, le aspettative e la realtà: chi ne parla, chi la fa e chi dovrebbe farla

Alcune riflessioni sul ruolo dell'igienista nella società moderna e sulle prospettive future

di **Francesco Donato**

CARI AMICI, COLLEGHI E LETTORI, nell'iniziare questo mandato come Presidente della Sezione Regionale della SItI vorrei fare alcune riflessioni di carattere generale e spiegare quale programma ci proponiamo di realizzare nei prossimi anni, riprendendo un discorso sul futuro della nostra professione che è stato affrontato nel Congresso di Catania e verrà ripreso a Pisa e anche nella nostra Regione.

Non c'è dubbio che stiamo assistendo a rapidi cambiamenti nella società, nel mondo così come nel nostro Paese, e nella nostra professione. Certamente oggi l'igienista si trova ad operare in una realtà difficile, spesso senza più un chiaro modello di riferimento e in una situazione in cui ogni idea preconcepita, ogni concetto già acquisito, può essere messo in discussione e respinto o modificato. Si pensi ai cambiamenti in atto nelle strategie vaccinali, da obbligo ad adesione spontanea e convinta, alla regionalizzazione dei sistemi sanitari, per cui alcune regioni offrono gratuitamente il vaccino anti-meningococco a tutti i bambini mentre altre lo offrono solo ai soggetti a rischio in co-pagamento, alla eliminazione di una serie di certificazioni che fino a poco tempo fa venivano viste come capisaldi dei meccanismi di controllo e oggi vengono bollate come inutili e obsolete, a come interi Servizi, come la Medicina Scolastica, che alcuni preferirebbero chiamare "Igiene scolastica" sono stati aboliti in alcune regioni.

E' indubbio che il mestiere dell'igienista sta cambiando radicalmente: chi era abituato a fare vaccinazioni e certificati ora si trova a discutere di screening oncologici, di progetti per la prevenzione delle malattie cardiovascolari nella comunità, di studi trasversali campionari per la valutazione del rischio sanitario da contaminazione ambientale, di prevenzione delle morti da incidenti stradali, ma anche di temi più "tradizionali", dalla campagna anti-influenzale, alla prevenzione delle infezioni ospedaliere, alla tubercolosi negli immigrati da paesi extracomunitari o all'impiego del vaccino anti-papilloma virus nelle adolescenti. Oggi l'igienista non lavora più solo nei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali ma anche nei Dipartimenti di Cure Primarie, nei Dipartimenti di Programmazione Acquisto e Controllo, Servizi di Epidemiologia e in altri Servizi e strutture. Come igienisti, ci dobbiamo occupare di organizzazione, di progettazione, di valutazione, di gestione e controllo, con conoscenze che spaziano dal Technology asses-

sment all'economia sanitaria, in una visione a tutto campo che a volte ci mette in difficoltà, in una sorta di tuttologia in cui si fatica a tenere dietro all'ultima novità.

Si tratta di una sfida che richiede da un lato una continua capacità di adattamento, per cui non solo le conoscenze di oggi possono diventare rapidamente obsolete, il che ormai è regola per tutte le specialità mediche, ma addirittura possono essere inadeguate le conoscenze di base per il lavoro che verrà richiesto al neo-specialista in Igiene e Medicina Preventiva. Chi abbia letto gli ultimi numeri dei Bollettini o chi si occupa di formazione degli specializzandi avrà certamente percepito il disagio di questi ultimi,

il loro chiedersi continuamente "che cosa sono" e "qual è il mio posto nella società". Per rispondere, dobbiamo ritornare alle nostre radici alla nascita della figura dell'igienista per la lotta contro le malattie diffuse, e ricordarci che la nostra disciplina ha per obiettivo la prevenzione e la promozione della salute: l'igienista è nato innanzi tutto come un operatore della prevenzione, e deve continuare ad essere tale.

Le grandi sfide, le grandi vittorie dell'Igiene nel passato, l'eradicazione del vaiolo e della polio e il controllo delle grandi epidemie di origine idrica e alimentare nei Paesi occidentali, e tante altre conquiste che hanno profondamente trasformato la no-

stra società e il nostro modo di vivere, testimoniano un passato glorioso oggi irripetibile. Eppure la prevenzione non ha perso importanza, anzi, ma ha preso in esame altre patologie, con modelli di intervento molto più complessi.

Oggi più che mai si parla di prevenzione a tutti i livelli, soprattutto perché ci si è resi conto che il costo delle malattie croniche, con l'invecchiamento della popolazione e la difficoltà - qualcuno dice impossibilità - di porre un calmiera al mercato in Sanità sta raggiungendo livelli insostenibili. Oggi esistono strutture - come il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) - e piani di prevenzione - come il Piano Nazionale per la Prevenzione 2005-2007 - impensabili fino a qualche anno fa. Su tutte le riviste scientifiche, così come su quelle divulgative, così come ai congressi medico-scientifici, si parla ampiamente di prevenzione.

Chi fa la prevenzione oggi, e come la fa? Vediamo un esempio. Con il Progetto Cuore, il primo grande piano strategico per la prevenzione delle malattie cardiovascolari in Italia, sono stati recepiti due concetti fondamentali per la prevenzione delle patologie cronico-degenerative nella Sanità Pubblica italiana: che esiste un rapporto rischio/beneficio anche nella prevenzione, per cui ciò che fa bene a qualcuno (le stative) può non essere adatto ad altri, pur avendo la stessa condizione "patologica" (livelli sierici di colesterolo), se non altro per ragioni economiche, e che il compito di valutare i rischi, e quindi di intervenire o meno, non spetta solo a una categoria più o meno eletta di epidemiologi o igienisti, ma tocca a tutti i medici di medicina generale. La prevenzione, oggi, non la fanno solo gli igienisti, e sempre meno la fanno da soli. Chi opera nel campo della prevenzione delle malattie croniche sa che solo piani strategici ad ampio respiro, che coinvolgono operatori a diversi livelli e con diverse professionalità, e non solo le componenti sanitarie, ma anche quelle sociali e culturali, con un coordinamento che porti a una unità di intenti e a una concordanza di azioni, hanno qualche probabilità di successo, permettendo che le singole iniziative non si disperdano in tanti rivoli ma siano canalizzate a produrre un risultato finale utile alla comunità.

I grandi progetti di prevenzione, da quello della North Karelia in poi, ci hanno insegnato che solo le scelte di politica sani-



Nella foto Francesco Donato.

ALL'INTERNO

- 2 • Programma d'azione 2007-2008
- Specializzandi 99-2007: odissea nel contratto!
- 3 • Consiglio Direttivo 2007-2008
- News • Lettere dei Soci
- 4 • Le modalità d'iscrizione alla società
- I • Già visto...
- II • I laboratori di Sanità Pubblica in Lombardia; Quale futuro?

Programma d'azione della Sezione Lombardia - Biennio 2007-2008

di **Grazia Orizio**

PER IL BIENNIO 2007-2008 LA SEZIONE LOMBARDIA ha redatto, come da regolamento, un Programma d'Azione che delinea i principali ambiti su cui si concentreranno le attività, che si possono riassumere in cinque aree:

1. Promozione della presenza della SItI Sezione Lombardia tra i professionisti della prevenzione.

Al fine di promuovere l'adesione alla Società da parte dei professionisti della prevenzione (Medici Igienisti, Assistenti Sanitari e Tecnici della Prevenzione), verranno promosse iniziative formative organizzate dalla SItI per le quali verrà offerta la gratuità o sconti ai Soci per la partecipazione. In questo senso, ci si propone l'identificazione di referenti provinciali per collegare la Segreteria Regionale con le realtà locali al fine di organizzare iniziative che siano il più possibile vicine a tutti i Soci.

2. Organizzazione di attività di formazione e aggiornamento.

I temi per i quali si è espresso interesse sono attualmente costituiti da: il ruolo e le prospettive future dei professionisti della promozione della salute, la gestione dei rischi ambientali, gli stili di vita per la prevenzione, l'educazione sanitaria, la medicina scolastica, le politiche vaccinali e la loro realizzazione, la prevenzione e la sicurezza negli ospedali.

3. Visibilità sui mezzi di comunicazione.

Al fine di promuovere la visibilità della Sezione Lombardia, verrà ristrutturato il sito Internet, e verrà promosso l'intervento dei Soci sui mezzi di comunicazione per l'espressione di pareri autorevoli riguardo a temi di competenza igienistica.

4. Attività scientifica.

Dal punto di vista dell'attività scientifica, la Sezione parteciperà, attraverso i suoi Soci, alle Conferenze e ai Convegni Nazionali. Inoltre, la Sezione si propone la partecipazione dei Soci a ricerche multicentriche e la promozione della discussione circa l'impiego dell'Evidence Based Prevention e dell'Evidence Based Public Health. A tal fine si prevede anche di favorire i rapporti con le altre Società Scientifiche di area affine.

5. Il Bollettino Regionale.

Il Bollettino Regionale è inteso come uno strumento prezioso per mantenere un collegamento interattivo tra i Soci. Per questo motivo, il Bollettino non avrà una struttura fissa ma sarà modulato sulla base delle esigenze del momento e cercherà di presentare articoli sui temi di maggiore attualità e interesse. Si darà spazio anche a notizie riguardanti le attività della Sezione e a quelle di interesse più generale. Infine, per favorire una maggiore partecipazione dei Soci, si è allestito uno spazio dedicato alle lettere.

IL CONSIGLIO DIRETTIVO DEL BIENNIO 2007-2008

Presidente:

Prof. Francesco Donato

Vicepresidente:

Dr.ssa Roberta Chiesa

Segretaria:

Dr.ssa Grazia Orizio

Consiglieri Regionali:

Prof.ssa Marisa Arpesella,
Dr.ssa Simonetta Bianchi, Dr Enrico Burato,
Prof.ssa Silvana Castaldi, Prof. Umberto Gelatti
Prof. Antonio Pagano, Dr Carmelo Scarcella

Rappresentanti presso il Consiglio Nazionale:

Dr Amedeo Amadei, Prof. Francesco Auxilia
Dr Antonio Gattinoni

Coordinatore del Collegio Operatori

Dr. Vittorio Carreri

Responsabile Qualità

Dr Piero Volta

Rappresentanti Specializzandi

Dr Paolo Dalla Pria,
Dr Luigi Segagni Lusignani,
Dr Stefano Schieppati

Specializzandi 1999-2007: odissea nel contratto!

di **Stefano Schieppati**

E' lunga la vicenda che ha portato in questo 2007 appena iniziato alla mobilitazione diretta ed indiretta la categoria degli specializzandi o degli aspiranti tali. Dal 1999 quando la votazione Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368 aveva alimentato le speranze dei futuri specialisti ad oggi, la situazione contrattuale dei circa 22000 medici in formazione specialistica non ha fatto grossi passi avanti, anzi non ne ha fatti proprio.

L'inasprirsi del mal contento, capeggiato da Federspecializzandi, è legato ad un latente disinteresse che le istituzioni hanno mostrato nei confronti delle problematiche sollevate negli anni dai rappresentanti degli specializzandi.

Le richieste avanzate dalla protesta non sono delle pretese inattuabili od inattuabili, anche alla luce del fatto che l'Italia è attualmente l'unico Paese in Europa in cui al medico in formazione specialistica non viene riconosciuto un contratto di formazione-lavoro, e sono fondamentalmente: il riconoscimento della maternità, della malattia, di uno stipendio ancora settato su valori dei primi anni 90 e, per coloro che specializzandi ancora non sono, della certezza dell'emanazione annuale del bando di concorso per l'ammissione alle scuole.

Le promesse ricevute a più riprese dal

settembre 2006 quando la Commissione Igiene e Sanità del Senato, ricevendo una rappresentanza di Federspecializzandi, ha mostrato attenzione e volontà politica per arrivare ad una soluzione tempestiva della vicenda, passando ai diversi colloqui con Sottosegretari e Ministri, sono sempre poi risultate in un nulla di fatto verso la concretizzazione del contratto.

Nel frattempo, dopo l'emanazione di una prima circolare che annunciava l'applicazione del contratto a partire dal 1 novembre 2006 nelle diverse Università italiane, la situazione di vuoto legislativo ha creato confusione nelle modalità di attuazione della circolare ed ogni Ateneo ha recepito in modo autonomo la comunicazione, creando disorientamento nei confronti degli specializzandi recatisi all'estero per parte del percorso formativo o di coloro che avevano già in essere un contratto con la struttura che li ospitava.

Dopo il tanto atteso finanziamento della legge 368/99 avvenuto con la Finanziaria 2006 che sembrava quindi aprire le porte ad un periodo di maggiore chiarezza, gli specializzandi non si aspettavano certo tutta questa confusione e si sono organizzati per una protesta che ha avuto il suo apice visivo nella manifestazione nazionale dello scorso 2 marzo.

All'astensione dal lavoro dalle 8 del 2 marzo alle 8 del 3 marzo indettata per le ragioni sopraccitate e per chiedere che il DPCM attuativo dei contratti di formazione specialistica esca dalla situazione di stallo nella quale si trova, bloccato da mesi nella burocrazia e nelle discussioni tra Ministeri della Salute e dell'Università, hanno partecipato gli specializzandi di: Cagliari, Bologna, Pisa, Ferrara, Modena, Pavia, Milano, Varese, Padova, Verona, Trieste, Genova, Roma, Ancona, Palermo, Sassari, Udine, Perugia, Catanzaro, Parma, Brescia, Novara, Siena, Catania, Bari, Chieti, Torino.

La mobilitazione sembra aver ottenuto qualche risultato poiché il 6 marzo l'On. Prodi ha emanato il DPCM relativo al trattamento economico, ma per definire risoluta positivamente la protesta si resta in attesa del DPCM relativo allo schema tipo del contratto nonché, non va dimenticato, l'uscita del bando di concorso per l'anno accademico 2006/07.

A questo punto, un ennesimo, mancato riconoscimento dei diritti lavorativi degli specializzandi, in assenza di qualsiasi spiegazione ufficiale plausibile, renderebbe non più accettabile lo stato di incertezza e di mancanza di considerazione nei quali riversa una categoria così importante per la salute dei cittadini.

NEWS

Corso di Perfezionamento in Sanità Pubblica

La Sezione di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Brescia ha attivato un Corso di Perfezionamento in Sanità Pubblica così articolato:

- 5 ottobre 2007 - L'evidenza di efficacia in Sanità Pubblica (Dr.ssa Buiatti, Prof Faggiano, Prof.ssa Tenconi – Moderatore Prof. Donato)

- 26 ottobre 2007 - Il rischio sanitario di origine ambientale: lo smaltimento dei rifiuti tra discarica e inceneritore (Dr Comba)

- 16 novembre 2007 - Il rischio sanitario di origine ambientale: l'inquinamento atmosferico (Dr Forastiere)

- 23 novembre 2007 - Le politiche vaccinali tra evi-

denze scientifiche e scelte strategiche (Prof. Zanetti, Dr Tozzi, Dr.ssa Salmaso – Moderatore Dr Carreri)

- 30 novembre 2007 - Tavola rotonda: Stili di vita tra libertà individuale, scelte politiche e costi sociali (Dr.ssa Bazzi, Dr Borgia, Prof Fara, Prof. Sterpi, Prof.ssa Tognetti – Moderatore Prof. Pagano)

La quota di iscrizione è di 150€ a persona e la frequenza al Corso assolve il debito formativo di ECM per l'anno 2007. Il Corso si terrà presso la Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Brescia e la locandina del Corso sarà inviata per posta elettronica a tutti i Soci.

Convegno Nazionale "Castelbrando 3" Eccellenze in Prevenzione Dal Piano Nazionale della Prevenzione ai Piani Regionali e Locali

Il collegio degli Operatori della SITI, in collaborazione con la Regione Veneto, la Sezione SITI Triveneto e l'Azienda ULSS 7 Veneto ha organizzato un Convegno Nazionale che si terrà a Castelbrando, Cison di Valmarino (TV) il 4 e 5 giugno 2007.

Il Convegno si articola in tre sessioni, la prima dedica-

ta al futuro dell'Igiene e ai Piani di Prevenzione Nazionali e Regionali, la seconda focalizzata sulla prevenzione attiva delle malattie infettive, e infine l'ultima tratterà le nuove sfide della prevenzione.

La locandina del Convegno sarà inviata per posta elettronica a tutti i Soci.

Prossimamente...

Attualmente è in fase di preparazione l'allestimento delle seguenti iniziative formative:

- un Convegno sulle professioni sanitarie della prevenzione organizzato dalla SITI Sezione Lombardia che si terrà a Brescia il 14 dicembre 2007;

- un Corso di Perfezionamento di "Igiene ed Epidemiologia Ambientale" orga-

nizzato dall'Università degli Studi di Brescia in collaborazione con l'ASL di Brescia, che si terrà nel 2007-2008;

- un Convegno sui Registri Tumori organizzato dall'ASL di Brescia, che si terrà a Brescia a fine 2007.

Saranno resi noti maggiori dettagli attraverso i prossimi numeri del Bollettino o direttamente per posta elettronica.

LE LETTERE DEI SOCI

Requisiti per l'incarico di Direttore Sanitario

CARI COLLEGHI,

la specialità di Igiene, in base alle norme nazionali e regionali vigenti, è l'unica che possa garantire, non solo la formazione adeguata per ricoprire l'incarico di Direttore Sanitario ma anche il titolo legale necessario per farlo.

Ma se vi guardate intorno scoprite che presso l'Azienda di... i direttori di presidio sono addirittura dei non medici, presso l'Azienda di... i direttori medici sono dei non igienisti, presso l'Azienda di... i Direttori Sanitari aziendali non hanno diretto in modo qualificato per 5 anni strutture sanitarie medie o grandi.

Allora forse sarebbe opportuno intervenire, per chi ne ha titolo, per rendere più pregnante l'applicazione della normativa o per elaborarne dell'altra a difesa dell'alta professionalità che deriva dalla frequenza di siffatta specialità la cui valenza giuridica non può essere scavalcata dalla cattiva prassi, pena l'inutilità e la caduta di prestigio della Specialità stessa.

Un Socio

Dati di mortalità e schede di dimissione

CARI COLLEGHI,

la disponibilità di collegare i dati di mortalità nominativa con le schede di dimissione ospedaliera non è stata, per quanto ne so, sino ad ora esplorata in Italia.

Eppure potrebbe costituire un importante strumento per la valutazione degli esiti e per il miglioramento del SSN. Penso, ad esempio, a replicare nel nostro paese l'esperienza americana delle "100.00 morti ospedaliere salvate" (5 million lives campaign: www.ihl.org).

Oppure a valutare quali siano stati i percorsi assistenziali dei malati terminali di cancro. Come alcuni di Voi sapranno, il mio gruppo ha messo a punto un sistema di mortalità nominativa per ASL, chiamato WSIM (rilasciato senza alcun costo per la gestione della mortalità nominativa a livello di ASL) ed è interessato a sempre nuovi utilizzi di questo sistema.

Ma abbiamo bisogno di operatori sul campo che possano e vogliano utilizzare un po' del loro tempo e siano sufficientemente curiosi per percorrere nuove strade.

Il mio gruppo può mettere a disposizione per questo studio una persona esperta di sistemi informativi correlati e le risorse informatiche per la gestione ed il "linkage" tra archivi diversi.

Aspettiamo le Vostre risposte.

Paolo Crosignani

Direttore Unità di Epidemiologia Ambientale e Registro Tumori Istituto Nazionale Tumori, Milano

Via Venezian, 1 - I-20133 Milano

tel: 02.2390.2501 / 2502 - fax: 02.2390.2762

e-mail: WSIM@istitutotumori.mi.it

La prevenzione, le aspettative e la realtà

• segue da pagina 1

taria possono raggiungere risultati significativi nella prevenzione delle patologie più comuni in ambito di comunità. La disomogeneità, la separazione dei ruoli, le divergenze e i contrasti producono sprechi, messaggi contraddittori e ambigui, azioni in contrasto tra loro, che si annullano a vicenda, e quindi con poca o nessuna efficacia. Si pensi solo a come il controllo dei rischi sanitari di origine ambientale sia in ritardo nel nostro Paese anche per una separazione tra enti, per cui l'ARPA da una parte e l'ASL dall'altra operano per conto loro, mentre solo un'azione concertata sui due livelli, ambientale e sanitario, può essere efficace nell'affrontare questi temi, e solo oggi, a distanza di 14 anni dal referendum che ha separato le due funzioni si riconosce la necessità di ricomporre la dicotomia, assicurando un coordinamento tra tali Enti.

Si pensi anche a come sempre di più si riconosca l'importanza dei **processi di comunicazione in sanità**, da quelli tradizionali medico-paziente a quelli del responsabile della gestione sanitaria con il pubblico, alle comunicazioni dei rischi e delle misure di prevenzione alla popolazione, e a come questi aspetti vengano ancora poco affrontati nelle scuole di formazione degli operatori sanitari. Bisogna anche saper parlare ai diversi operatori, fare comprendere a tutti coloro che operano nel campo della prevenzione, che innanzitutto bisogna lavorare tutti per un obiettivo comune, la salute della gente, mantenendo ciascuno il proprio spazio vitale e il proprio ruolo e professionalità.

Qual è il posto dell'igienista, in questo processo, tra tanti diversi operatori e tanti diversi servizi? L'igienista ha, e deve avere, la formazione mentale e la professionalità per svolgere un ruolo centrale nei progetti di prevenzione. Deve conoscere e sapere usare

lo strumento epidemiologico, deve conoscere quali dati analizzare e interpretare per valutare la situazione, deve saper interpretare l'evidenza scientifica, saper distinguere tra bisogni veri e falsi, tra priorità vere o ipotetiche, tra realtà di fatto e scoop giornalistici, per aiutare infine il decisore ad operare le scelte più oculate. Se ha queste capacità, l'igienista mantiene e manterrà sempre una sua individualità, un suo essere necessario nel sistema, una rotella nell'ingranaggio, piccola ma indispensabile perché tutto funzioni bene. Ma non sempre oggi l'igienista occupa questo ruolo. A volte è poco visibile, e non è un caso che spesso nei dibattiti più accesi sui problemi di salute non si senta la voce dell'igienista, o non le si dia un posto importante come nella discussione sull'igiene ospedaliera o sull'efficacia della vaccinazione anti-influenzale negli anziani. Bisogna che l'igienista si faccia sentire di più, ma per farlo bisogna acquistare visibilità, bisogna dire qual-

cosa di forte e di originale. E' anche questa una sfida: sapere vendere la propria merce è, non da oggi, un'abilità fondamentale per sopravvivere nel mercato, sfruttando anche il nuovo potentissimo strumento informativo rappresentato da Internet.

E allora, infine, e non da ultimo, **quale formazione prevedere per l'igienista**, per rispondere a queste aspettative? L'igienista ha bisogno di sviluppare competenze molteplici, ma deve essere poliedrico, capace di adattarsi a diverse esigenze. Le Scuole di Specializzazione devono fornire tutti gli strumenti di cui si è parlato, ma ciò non è sufficiente. Bisogna prevedere anche altri percorsi per integrare e aggiornare tali capacità e conoscenze, ed ecco quindi l'esigenza di organizzare incontri, seminari, corsi di perfezionamento e master, di produrre documenti, come i due testi di epidemiologia per la sanità pubblica che ho contribuito a predisporre e i molti altri che la nostra Società ha promosso nei diversi settori dell'igiene negli ultimi anni, e di diffondere il più possibile tali strumenti nella nostra Società. Da qui l'esigenza di trovarci tra di noi, di parlarci e promuovere iniziative comuni, consapevoli che solo la collaborazione di tutti al bene comune produrrà buoni risultati. E' necessario quindi un maggiore impegno da parte di ciascuno di noi, per realizzare un autentico dialogo, che sia comunicazione efficace e quindi bidirezionale, in primo luogo tra noi igienisti, e la nostra Società Scientifica si propone di essere proprio il terreno fertile per favorire questo dialogo; il raggiungimento di posizioni condivise ci permetterà di partecipare nella messa a punto di quelle strategie ad ampio respiro e che coinvolgono ampi settori del mondo sanitario, e anche non sanitario, senza le quali oggi non è pensabile raggiungere risultati importanti nel campo della prevenzione.

Notizie SItI LOMBARDIA

PRESIDENTE

Francesco Donato

SEGRETARIO

Grazia Orizio

Redazione:
Sezione di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica
Università degli Studi di Brescia
Via Cantore 20, 25125 Brescia.
Tel 030 3838605 - 030 3838611
Fax 030 3701404

Supplemento al n. 1/07 di SItI Notizie
Reg. Tribunale di Roma
n° 373/93 del 13.09.93

ANNO 2007 - LE MODALITA' DI ISCRIZIONE

Per l'anno 2007 le quote di iscrizione alla nostra Società non sono variate rispetto agli anni precedenti e corrispondono a € 60 per i soci ordinari e € 40 per i soci junior, che sono coloro nati dall'anno 1971. Si ricorda che, all'atto dell'iscrizione il socio deve comunicare alla segreteria della sezione il suo indirizzo di posta elettronica. Queste le modalità di iscrizione disponibili:

- On-line tramite il sito www.sitinazionale.org con carta di credito;
- Via bonifico sul Conto Corrente n. 6220/16, intestato alla SItI, ABI 05696, CAB 03211, CIN X della BANCA POPOLARE DI SONDRIO, Ag. N. 138, Viale Cesare Pavese, 336 - 00144 ROMA (indicando la causale del versamento "COGNOME NOME Sezione Lombardia").
- Di persona con contanti o assegno presso la Sezione di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica - Università degli Studi di Brescia - Via Cantore 20, 25125 Brescia.
- Tramite il MAV inviato per posta a tutti i soci con il primo numero del Bollettino Nazionale.

SCHEDA DI ISCRIZIONE - ANNO 2006

Cognome e Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Codice fiscale _____ Email _____

Indirizzo corrispondenza _____

CAP e Città _____

Specialista in igiene _____ SI NO

Socio Ordinario _____ SI NO Euro 60

Socio Junior _____ SI NO Euro 40

Ente di appartenenza _____ Qualifica _____

Indirizzo lavoro _____

Telefono e fax lavoro _____

Indirizzo privato _____

Telefono e fax privati _____

Firma _____

Da compilare e da spedire all'atto dell'iscrizione che potrà avvenire tramite contanti o assegno c/o Sezione di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica - Dipartimento di Medicina Sperimentale ed Applicata - Università degli Studi di Brescia - V.le Europa 11, 25123 Brescia.



Già visto...

di **Francesco Auxilia**

LA CRONACA È NOTA E PARTE da uno scoop giornalistico. Un abile cronista non nuovo a tale genere di blitz si mischia agli operatori della squadra di pulizie e fotografa una situazione che viene gridata in prima pagina. Questa volta il “mostro” è una intera “cittadella della salute”, il Policlinico di Roma ribattezzato “Policlinico degli orrori”. Gli elementi accusatori che si leggono immediatamente sotto il titolo principale del lungo articolo sono i seguenti: “Incustoditi i laboratori contagiosi e radioattivi, sporcizia e sigarette ovunque.” Le situazioni indicate sono molteplici, si va dalle cartelle abbandonate ai corridoi pieni di mozziconi di sigarette, ma l’enfasi maggiore, anche analizzando la documentazione fotografica, viene posta sull’igiene (rifiuti abbandonati, incluso materiale biologico e stato di degrado e sporcizia soprattutto evidente in alcune aree dell’ospedale). Tale impostazione è confermata dall’inserimento di due box uno dedicato all’“Emergenza batteri” con corredo di cifre riscontrabili sul sito del Ministero della Salute, e un altro sul “Rischio radioattivo”. Al di là delle notazioni e delle valutazioni critiche su metodi di indagine, qualità dell’informazione, correttezza scientifica, l’enfasi è certamente posta su livelli di sicurezza e qualità dell’ambiente che, se confermati, risultano, almeno in quel nosocomio, ben al di sotto dei livelli di guardia per pazienti, operatori e visitatori.

Naturalmente la reazione non si fa attendere e scattano in tutta Italia le ispezioni dei NAS negli ospedali; gli scopi sono evidenti rispondere scoop su scoop, e infatti le pagine dei giornali si riempiono degli esiti di tali sopralluoghi che movimentano la vita ospedaliera per qualche giorno, con compilazioni di verbali, comminazione di sanzioni amministrative, denunce, classifiche per aree geografiche. Come al solito la situazione è grave, ma non seria e quando tutto il rito si è consumato il Ministro potrà dichiarare che “gli italiani possono fidarsi degli ospedali del SSN”. Di concreto c’è l’estensione del Progetto cure sicure già operativo in 14 regioni, su tutto il territorio nazionale. E per il comandante dei NAS “le ispezioni condotte dai NAS l’8 e il 9 gennaio scorsi negli ospedali italiani su mandato del Ministro della Salute mostrano un quadro complessivamente positivo: le irregolarità emerse non pregiudicano in alcun caso la qualità e la sicurezza delle cure”. Siamo di fronte a una “sanità sana”. Su 321 strutture esaminate sono state 56 le segnalazioni all’Autorità Giudiziaria (17,4%), con Lazio, Calabria e Sicilia a sostenere il maggior onere (76,8%). E pazienza se si confonde la deprecabile abitudine di aggirare i divieti di fumare con il rischio di contrarre una infezione nosocomiale. Dunque il danno è cir-

coscritto ai soliti noti, tutti gli altri possono tirare un bel respiro di sollievo e archiviare la pratica, passando ad altro. O no?

La risposta è ovvia ed è naturalmente no perché gli scoop passano, ma i dubbi restano e sono molti. Proviamo a indicarne qualcuno:

la modalità di comunicazione sul tema è stata accurata? L’allarme creato nei cittadini era giustificato? Il caso Policlinico è un caso esemplare (e pertanto ben scelto) o è un caso limite?

La risposta del Ministero è stata adeguata? Il mandato istituzionale dei NAS include il sopralluogo ispettivo nei termini visti in questa circostanza?

A fronte di strutture inadeguate e “fatiscenti” è legittimo rimandare la soluzione dei problemi al momento in cui radendo al suolo il vecchio emergerà sullo stesso luogo l’ospedale dei nostri sogni?

Le direzioni sanitarie, gli igienisti più in generale come reagiscono a quello che appare sostanzialmente come un atto di accusa alla gestione degli ospedali (esternalizzazione di servizi non ben progettate, carenza di controlli) con forti implicazioni professionali? Si va, infatti, ad investire un settore nel quale sono in gioco competenze manageriali ma anche parti consistenti del nostro bagaglio culturale specifico.

E qui, credo, si possa cogliere il cuore del problema.

Che si veste in forme paradossali. Infatti credo mai nella nostra storia recente abbiamo avuto a disposizione una paragonabile ricchezza di strumenti di conoscenza e una tale facilità di accesso alle fonti primarie e secondarie di documentazione. Non vi è struttura ospedaliera o, a maggior ragione universitaria, di un certo rilievo che non metta a disposizione strumenti di consultazione. Linee guida, protocolli e procedure almeno sui temi di maggiore pregnanza sono largamente diffusi e accessibili, il tema semmai è quello della contestualizzazione, dell’adattamento alle situazioni locali.

E qui perveniamo all’altro corno del problema, superato (se è superato poi veramente nei fatti) lo scoglio culturale, emerge l’iceberg organizzativo. Anche su questo fronte la situazione si può considerare paradossale. Si è di fronte, forse ad una ridondanza di strumenti, ad un sovrapporsi non ordinato e armonico di competenze. Questo, come ogni altro tema trasversale in azienda, rappresenta una sorta di area grigia che può essere affrontata da molti punti di vista. Riguarda certamente e primariamente il Comitato per la lotta alle infezioni ospedaliere (quando è istituito – e in genere lo è – ma soprattutto quando è operativo), ma è materia anche di Commissione terapeutica, inerente la qualità, la sicurezza e la gestione del rischio. Quanto è reale il rischio

– non oggetto, si spera, dei lavori di specifica commissione ad hoc che in questo sovrapporsi di competenze ci si intralci o, non so se peggio, ci si paralizzano a vicenda? Chi coordina, chi dirige nel momento in cui tutti si propongono (per ultimi i medici legali sul tema del rischio clinico) di ricoprire il ruolo del “direttore d’orchestra”? Ma chi in ospedale deve essere per competenza e ruolo, il direttore d’orchestra se non il Direttore sanitario? (Qui, naturalmente si dovrebbe aprire la questione spinosa relativa ai requisiti di preparazione e competenze previsti dalla normativa per la funzione di Direttore Sanitario Aziendale).

Quale può essere il luogo in cui fare emergere una visione sistemica dei problemi ospedalieri se non le Direzioni Sanitarie Aziendali e di Presidio? Questi temi sono cruciali perché impattano la responsabilità, la sicurezza, il rapporto con la cittadinanza, i costi di gestione, la qualità dell’assistenza, l’accreditamento, questioni tutte che rappresentano ancora una volta il cuore del lavoro del Direttore Sanitario. Pertanto se, come in varie situazioni documentate da indagini condotte anche nell’ambito della nostra società scientifica, il tema è sfuggito dalle mani delle direzioni per divenire patrimonio di altre strutture o altre figure professionali (che devono ovviamente essere coinvolte, ma non sono in grado di svolgere la necessaria funzione di raccordo) è il caso probabilmente di riconsiderare il modello organizzativo.

Da ultimo certamente va considerato il ruolo delle società scientifiche, in prima istanza quello della SItI presso la quale è operante dal 1991 un gruppo di lavoro di Igiene Ospedaliera. È un gruppo molto consistente in termini numerici contando 120 iscritti abbastanza equamente distribuiti sul territorio nazionale e, ovviamente, opera con le caratteristiche e i limiti di un gruppo scientifico che deve promuovere cultura ed evidenziare aree di potenziale problematicità che necessitano, dunque, di attenzione. Forse questa azione di stimolo va intensificata, raccordandosi anche con le altre società scientifiche dove sono presenti igienisti (ma non solo) che coltivano un interesse specifico su questi temi. La stessa attenzione va coltivata nelle scuole di specializzazione che devono certo facilitare l’appropriarsi degli strumenti più innovativi di gestione, ma non possono permettere che il bagaglio culturale proprio dell’igienista venga impoverito di altre conoscenze e competenze.

Insomma, se vogliamo che questa brutta pagina non venga archiviata in attesa di un nuovo “deja vu” occorre intensificare, ognuno per la sua parte, l’impegno e la capacità di produrre cultura e stimolare e sollecitare azioni coerenti.



I laboratori di Sanità' Pubblica in Regione Lombardia: Quale futuro?

di Antonio Gattinoni

PRESSO LA D.G. SANITÀ della Regione Lombardia si è finalmente aperto un tavolo di lavoro e di confronto al fine di formulare una proposta di riorganizzazione e di riqualificazione dei Laboratori di Sanità Pubblica.

Sono ormai passati alcuni anni dall'avvio delle attività dell'Arpa e dallo scioglimento dei PMIP e la mancanza di chiare indicazioni operative sulla mission degli 11 Laboratori di Sanità Pubblica regionali, a fronte di una sempre più precisa e distinta caratterizzazione dell'Arpa, rischia di far mancare il necessario supporto tecnico-scientifico ed analitico ai Dipartimenti di Prevenzione Medica che non possono certo limitare i loro interventi a meri acceramenti amministrativi.

Così pure non basta l'impegno e la professionalità degli operatori e la lungimiranza dei Direttori Generali per assicurare una rete di laboratori certificata, accreditata e riconosciuta dall'Istituto Superiore Sanità che garantisca per ogni ASL tutte le attività di laboratorio richieste da una realtà economica e sociale complessa ed articolata come quella lombarda oltre che dalla normativa europea e nazionale vigente.

Da sempre la SItI sostiene che attività, tanto per citare le più importanti, come il controllo microbiologico e chimico degli alimenti, delle acque destinate al consumo umano e delle acque minerali, dei prodotti agricoli, delle acque di balneazione e superficiali, degli ambienti di vita e di lavoro, dei cosmetici, dei prodotti erboristici... non possono essere affidate ai laboratori delle strutture di diagnosi e cura, mentre d'altro canto vanno dismesse dai Laboratori di Sanità Pubblica tutte le attività non finalizzate ad obiettivi di prevenzione.

La necessità di razionalizzare e riqualificare le attività analitiche, secondo criteri di priorità, appropriatezza, efficacia ed in un'ottica di integrazione e di non sovrapposizione con altri soggetti che svolgono attività analitiche per il Servizio Sanitario Regionale come Aziende Ospedaliere, IRS e ARPA integrando nel contempo le risorse e le eccellenze presenti nei Laboratori di Sanità Pubblica lombardi, ha portato alla proposta organizzativa e gestionale del-



la realizzazione di un "Laboratorio Regionale di Prevenzione" con sede presso la ASL Città di Milano con autonomia tecnico-funzionale ed economica.

Questa proposta, motivata dal fatto che la sede di Milano è la più dotata come risorse umane e logistiche ed è oggetto di un importante intervento di ristrutturazione e ammodernamento già finanziato, può garantire una governance dell'attuale rete di laboratori regionali ed una maggior integrazione delle risorse disponibili.

La riduzione dell'attuale numero di laboratori e la loro riorganizzazione in un unico "Laboratorio regionale di prevenzione" costituisce una opportunità per il rilancio e la valorizzazione delle attività di prevenzione che necessitano di risposta sempre più qualificata ed efficace anche dal punto di vista analitico per fornire garanzie sia al cittadino che alle imprese controllate.

Tenendo conto della realtà regionale, la riorganizzazione degli 11 laboratori esistenti dovrà tenere conto di molti fattori che possono costituire criticità non facilmente superabili in tempi brevi.

In particolare si richiamano:

- l'estensione del territorio regionale;
- la logistica di collegamento con le ASL con le relative procedure di campionamento e trasporto delle matrici;
- l'esistenza di risorse umane e stru-

mentali, di accreditamenti e di riconoscimenti ufficiali dell'Istituto Superiore di Sanità;

- le capacità routinarie e di eccellenza già in essere;
- i rapporti, anche a valenza amministrativa, tra le singole ASL, Arpa, A.O., IRS e il nuovo Laboratorio Regionale;
- la valutazione delle tipologie e quantità di accertamenti che non è possibile e/o economicamente conveniente centralizzare;
- la riallocazione delle risorse umane impiegate attualmente nelle varie ASL;
- l'affidamento di alcuni accertamenti ad altre realtà territoriali più vicine ai singoli utenti (es. tossicodipendenze);
- l'integrazione con la Guardia Igiene Permanente e gli interventi in emergenza (tossinfezioni / intossicazioni alimentari e da funghi...).

Un primo passo iniziale potrebbe essere quello di individuare alcuni laboratori di riferimento cui indirizzare gli accertamenti di alcune aree del territorio regionale. Questi in futuro potrebbero costituire le sedi periferiche del Laboratorio Regionale cui affidare accertamenti routinari giustificati dalla semplicità di esecuzione e dalla consistenza numerica, alcune funzioni di eccellenza a livello regionale e compiti di raccolta e preparazione di campioni da inviare ad un livello più specialistico.