Prefazione

La rivoluzione tecnologica e demografica intervenuta nell'ultimo decennio ha posto tutti gli Stati occidentali di fronte all'evidenza che i nuovi e vecchi bisogni della popolazione richiedono l'impiego di crescenti risorse.
Per rispondere a questa esigenza, in questa legislatura il governo ha operato un incremento senza precedenti del Fondo sanitario nazionale, passato da 66 miliardi di euro dell'anno 2001 a 93 miliardi di euro previsti dalla Finanziaria 2006. Un incremento ben superiore alla crescita del PIL, che si è reso necessario per poter mantenere l'impianto universalistico del nostro sistema nel nuovo quadro federale.
Si tratta oggi di accompagnare questa crescita con strategie ed azioni che ci permettano di continuare ad erogare servizi sanitari in modo efficace e soddisfacente e al tempo stesso sostenibile: il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 che sta oggi completando il suo ciclo, approvato collegialmente da Stato e Regioni, identificava a tale fine dieci ambiziosi progetti per la strategia di cambiamento.
La Relazione che vi presentiamo, da questo punto di vista, torna ad assolvere pienamente il proprio significato "fondativo"; un documento che possa seguire il percorso di miglioramento individuato dal Piano Sanitario Nazionale sia valutando indicatori in grado di fotografare le condizioni di salute dei cittadini e la capacità di risposta del Sistema Sanitario, sia attraverso una lettura di questi dati capace di fornire indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e per la programmazione degli interventi.
Stella polare del percorso intrapreso è la centralità del paziente e la conseguente necessità di accompagnare il Sistema Sanitario nel passaggio dalla logica di "erogatore di prestazioni" al principio della continuità assistenziale, al fine di garantire da un lato ai cittadini un Sistema Sanitario equo, e dall'altro di perseguire la qualità delle prestazioni. Si tratta di un percorso difficile, nel quale la necessità di impiantare un processo di risanamento si deve poter coniugare con il momento difficile della finanza pubblica e, sul piano politico, con le giuste istanze autonomiste.
Il Ministero della Salute ha individuato nel corso della legislatura nuove e valide forme di collaborazione e di coordinamento tra Stato e Regioni, ottenendo concreti risultati nell'attuazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale – anche grazie alla finalizzazione dei finanziamenti dedicati alla sua realizzazione.
Ricordiamo l'Istituzione del Centro di Controllo per le Malattie e dell'Agenzia del Farmaco, che costituiscono importanti strumenti operativi per l'attuazione di alcuni dei progetti di cambiamento previsti dal PSN.
Ricordiamo soprattutto l'intesa fra Ministero e Regioni del 23 marzo 2005, con la quale si è voluto garantire al cittadino che all'aumento delle risorse disponibili nel fondo sanitario nazionale corrispondesse una migliore capacità di dare risposta alla sua domanda di salute, attuando efficaci politiche di prevenzione, assicurando il crescente bisogno di livelli di assistenza complementari al ricovero ospedaliero attraverso il potenziamento dell'assistenza domiciliare residenziale e semiresidenziale extraospedaliera e la rete delle cure pallia-

tive, garantendo adeguate politiche di aggiornamento del personale sanitario. I dieci progetti per la strategia del cambiamento, previsti dal PSN 2003-2005, nel loro percorso di realizzazione, necessitano ancora di ulteriori passaggi attuativi, a completamento del processo avviato per un'offerta di servizi sanitari sempre migliori. Tali progetti costituiscono pertanto il punto di partenza da cui origina l'impianto dell'innovativo Piano Sanitario Nazionale 2006 -2008, che il Ministero della Salute ha già predisposto e si sta preparando a confrontare con le Regioni.

Il cammino, come si vede, è stato tracciato, molti obiettivi sono attuati e altri impostati, attraverso un rapporto istituzionale collaborativo con le Regioni, senza interferire nell'autonomia locale, ma giocando fino in fondo il ruolo del Ministero di garante del diritto alla salute di tutti i cittadini italiani e delle caratteristiche di sussidiarietà, equità e solidarietà del Servizio Sanitario Nazionale.

Francesco Storace
Ministro della Salute

Introduzione

Sintesi dei contenuti della relazione

La Relazione sullo Stato Sanitario del Paese, coerentemente con gli obiettivi fissati dal legislatore, deve risponde all'esigenza di relazionare il Parlamento, e conseguentemente il Paese, circa le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale, le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio Sanitario Nazionale, i risultati conseguiti nell'attuazione degli obiettivi fissati dal Piano Sanitario Nazionale e da quelli regionali al fine di fornire indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e per la programmazione degli interventi.
L'accezione della salute, ormai condivisa a livello europeo, presuppone d'altra parte un'idea più ampia della sola visione sanitaria, un'idea che tenga conto sia delle risorse e delle potenzialità individuali e della comunità in cui si vive, sia dei rapporti con l'ambiente, inclusi gli effetti dell'azione dell'uomo su di esso. La malattia e la salute, quindi, non possono più essere concepite come dati oggettivi, riferibili solo a parametri biomedici e comportamentali. Sono invece il risultato di un sistema di rapporti sociali e interpersonali tra chi chiede aiuto per le proprie sofferenze fisiche e psichiche e chi assume il ruolo di cura, tra chi ha la responsabilità dell'ambiente e chi, responsabilmente o meno, ne usufruisce.
Di qui l'impostazione di questa relazione, riferita agli anni 2003-2004 che, nel ripercorrere gli obiettivi fissati dal Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, si sviluppa in tre parti:

- la presentazione della situazione sanitaria del Paese, nella quale la descrizione dell'incidenza e l'analisi di salute e malattia, sono affiancate dal contesto della dinamica demografica e della struttura della popolazione;
- l'analisi dei determinanti della salute, quali condizioni socioeconomiche, stili di vita adottati e rapporto con l'ambiente;
- la predisposizione della risposta da parte del Sistema Sanitario Nazionale e la sua capacità di affrontare, in linea con le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale, un bisogno di salute in continua evoluzione.

Anche nella struttura editoriale dei capitoli si è tenuto conto del forte collegamento tra RSSP e PSN all'interno del ciclo programmatorio triennale. Ogni argomento viene introdotto in modo generale, approfondito attraverso la presentazione dei dati e degli strumenti normativi, tecnologici e organizzativi messi in campo, e concluso con riflessioni critiche e proposte per la programmazione.

La situazione sanitaria del Paese

Negli ultimi anni lo scenario italiano è stato caratterizzato dalla presenza di forti flussi migratori sia interni sia provenienti da altri Paesi, dalla tendenza all'aumento dell'aspettativa di vita, dovuta ad una significativa riduzione della **mortalità** a tutte le età, alla quale contribuisce il miglioramento della tempestività e dell'accuratezza delle diagnosi e dell'efficacia dei trattamenti disponibili. Infine da un invecchiamento progressivo della popolazione conseguente ad allungamento della vita media, accompagnato dalla riduzione della natalità, che rende oggi l'Italia il Paese più vecchio d'Europa e del mondo, con una chiara tendenza all'aumento dell'invecchiamento dal Sud al Nord.
Si è ridotta la mortalità per le malattie cardiovascolari, per quelle oncologiche, per le respiratorie, ma il numero di persone affette da queste patologie aumenta, sia per l'invecchiamento della popolazione sia per l'aumento della sopravvivenza.
Le prospettive di sopravvivenza della popolazione italiana non sono mai state così favorevoli come negli anni recenti, in virtù della riduzione della mortalità tra gli adulti e gli anziani.
Ciò, tuttavia, non porta ad una visione altrettanto positiva dello stato di salute della popolazione: l'invecchiamento e l'affermarsi progressivo di malattie croniche e degenerative rendono però sempre più attuale una valutazione anche qualitativa della sopravvivenza.

La frequenza delle **malattie infettive** è complessivamente diminuita negli ultimi decenni, tanto che si parla appropriatamente di *transizione epidemiologica* da una comunità, nella quale il carico di malattie era legato in modo considerevole al rischio infettivo, a una comunità in cui prevalgono le malattie croniche.
Tuttavia la convivenza tra popolazioni umane e microrganismi invisibili è in continuo mutamento: nuove malattie infettive sono apparse, e rapidamente si sono dif-

fuse, grazie alla rapidità degli spostamenti delle persone. Il rischio infettivo è stato notevolmente ridotto per le malattie prevenibili con vaccino. La disponibilità di nuove terapie antiretrovirali ha aumentato in modo considerevole anche la sopravvivenza delle persone che hanno contratto l'infezione da HIV, determinando un incremento del numero di individui che vivono con l'infezione (oltre 19.000) e che costituiscono una potenziale fonte di riattivazione dell'epidemia.

Tuttora rilevante nel panorama sanitario italiano è l'impatto delle **infezioni correlate con l'assistenza sanitaria** che, insieme agli eventi avversi da farmaci e alle complicanze postoperatorie, rappresentano uno dei più comuni eventi avversi associati all'assistenza: sono in corso azioni volte a promuovere la prevenzione e il controllo di queste infezioni attraverso lo sviluppo e l'adozione di strumenti comuni tra le Regioni, con l'intento di diffondere tra i quadri dirigenziali regionali una base culturale omogenea.

In questi anni, il sistema delle imprese alimentari e il sistema sanitario sono stati fortemente impegnati a migliorare la sicurezza degli alimenti. Ciononostante le infezioni e le **tossinfezioni alimentari** rappresentano tuttora un problema di sanità pubblica. I trend registrati e le proiezioni di lungo periodo suggeriscono di non abbassare la guardia, investendo soprattutto negli interventi preventivi e nella sorveglianza.

Dai più recenti dati epidemiologici risulta che le **malattie cardiovascolari** continuano a rappresentare la prima causa di morte nel nostro Paese. Tuttora molto forte è l'impatto di tali patologie anche in termini di morbosità, costi sociali e assistenziali.
La valenza sanitaria e sociale di questi dati è accentuata dalla considerazione che queste patologie sono in larga parte prevenibili, almeno per il 50% secondo le stime disponibili. Molti dei fattori di rischio delle malattie cardiovascolari sono infatti modificabili e, quando alcuni di essi coesistono, la loro azione diventa moltiplicativa o sinergica nel determinare il rischio di malattia. Si continua ad assistere ad una forte variabilità territoriale nella distribuzione di malattie cardiovascolari nella popolazione: ciò costituisce un fattore essenziale da considerare nella programmazione di azioni di prevenzione adeguate alle diverse esigenze.

Ogni anno in Italia si registrano circa 270 mila nuovi casi di **tumore**. Il cancro costituisce la seconda causa di morte nel nostro Paese, l'incidenza di queste patologie è in costante aumento, e notevoli differenze si riscontrano tra Nord e Sud. Nonostante la mortalità sia in calo, la diagnosi di tumore rappresenta oggi in Italia oltre il 30% del totale dei decessi ed è costantemente la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione. Il processo d'invecchiamento della popolazione, la crescita del numero di nuovi casi, in particolare anziani, e la migliore sopravvivenza determinano un forte aumento del numero di casi e del conseguente carico sanitario.

Il **diabete** risulta fortemente correlato all'obesità che, a sua volta, può derivare da cattive abitudini alimentari, vita sedentaria, disturbi gastro-intestinali, ma anche da predisposizioni genetiche. L'educazione all'autogestione del diabete e l'adozione di comportamenti e stili di vita sani rappresentano aspetti centrali di qualsiasi strategia terapeutica. Diviene pertanto necessario sperimentare e attuare approcci innovativi per la gestione integrata della malattia (disease-management, case-management).

I **disturbi mentali** costituiscono un problema di sanità pubblica di particolare rilievo per vari motivi: innanzitutto essi presentano una elevata frequenza nella popolazione generale, in tutte le classi d'età; sono associati a significativi livelli di disabilità e di menomazione del funzionamento psicosociale; infine, sono all'origine di elevati costi sia sociali che economici per i pazienti e per le loro famiglie. Gli studi sul cervello, l'introduzione di farmaci sempre più specifici e, non ultimo, le modalità dell'assistenza in regime non più di reclusione hanno contribuito a modificare le categorie psichiatriche, sia nel senso di vedere la scomparsa di alcune, sia in quello di una mutata incidenza.

Gli **incidenti stradali** rappresentano in Italia e in Europa un serio problema di salute: oltre a costituire la prima causa di morte sotto i 40 anni, provocano una perdita economica, valutata pari al 2% del PIL della Comunità Europea. Negli ultimi anni l'incidentalità stradale, nonostante l'incremento dei veicoli circolanti, è rimasta a livello pressoché costante grazie alle innovazioni tecnologiche e alle normative specifiche. Tra il 2002 e il 2003 si è inoltre registrata una sensibile flessione del numero di incidenti, di quello dei morti e dei feriti, attribuibile, almeno in parte, alle modifiche al codice della strada ed in particolare alla patente a punti.

Riguardo agli **infortuni sul lavoro**, gli ultimi dati disponibili confermano l'attuale tendenza alla riduzione, con tassi lievemente inferiori alla media europea. Al contrario, per gli infortuni mortali il nostro Paese si colloca lievemente al di sopra della media europea. L'azione preventiva si muove nella direzione di una maggiore attenzione ai rischi

specifici e di un miglioramento delle condizioni di rischio strutturale negli ambienti di lavoro, coinvolgendo tutti i soggetti interessati e colmando le attuali carenze dei sistemi di sorveglianza. Analogamente, per gli **incidenti domestici**, che nel nostro Paese colpiscono circa 3 milioni di persone all'anno, maggiormente le casalinghe, gli anziani ultraottantenni ed i bambini in età prescolare. Gli incidenti non sono una fatalità. Non esiste forse campo della patologia in cui è possibile prevenire eventi gravi, invalidanti o mortali, come nel campo degli incidenti: occorre però porre in atto un sistema di sorveglianza nazionale in grado di individuarne i fattori causali rimovibili, che potrebbe contribuire alla progettazione e all'applicazione di modelli e misure di prevenzione.

Pur non rilevanti in termini di frequenza, infine, le **malattie rare** sono spesso caratterizzate da gravità clinica, decorso cronico, esiti invalidanti e onerosità del trattamento. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato la numerosità delle malattie rare intorno alle 6.000 diverse entità nosologiche, che nel complesso rappresentano il 10% delle patologie umane conosciute. Anche nel nostro Paese, i dati rilevati da indagini effettuate sul territorio nazionale indicano la dimensione imponente del fenomeno nel suo complesso. Pur essendo presenti in letteratura dati epidemiologici su singole malattie rare, ad oggi risulta difficile definire la reale dimensione del fenomeno. A tal fine, in Italia, presso l'Istituto Superiore di Sanità, è stato istituito, con DM 279/2001, il Registro nazionale delle malattie rare all'interno della Rete nazionale delle malattie rare.

Il quadro presentato pertanto evidenzia la crescente rilevanza delle patologie croniche, comprese quelle non facilmente rilevabili dalle statistiche di mortalità, quali i disturbi psichici e le demenze, le malattie osteoporotiche, artritiche e artrosiche, gli esiti degli incidenti. Esse rappresentano una sfida per il Paese e per il sistema sanitario, perché comportano un incremento del bisogno di assistenza e della domanda dei servizi socio-sanitari con conseguenti implicazioni in termini di risorse necessarie.
Infatti, le mutazioni strutturali nella popolazione hanno investito in modo diretto la famiglia italiana con conseguenze nella necessità di assistenza, soprattutto per quanto riguarda le età di mezzo chiamate a prendersi cura sia dei figli che dei genitori anziani bisognosi di cure. Una società, all'interno della quale aumenta in maniera così massiccia la presenza degli anziani e diminuisce quella dei giovani, è obbligata a riconsiderare nel suo complesso i propri obiettivi, le forme di organizzazione e la qualità dello sviluppo.

I determinanti della salute

Fin dai primi anni 80, la ricerca scientifica ha mostrato che i comportamenti giocano un ruolo fondamentale nel determinismo della mortalità e della morbosità premature; ma, oggi, nel nostro come in molti altri Paesi, l'adozione di **stili di vita** non corretti viene considerata una vera e propria emergenza sanitaria: il fumo di sigaretta, la sedentarietà e stili alimentari non sani, con il conseguente aumento della frequenza di persone obese, l'abuso di alcol.
Per affrontare la sfida delle malattie croniche sono necessarie strategie integrate che utilizzino interventi la cui efficacia sia dimostrata, sia per prevenire le malattie sia per trattarle.
Nella prevenzione sono oggi note, ma non utilizzate pienamente, misure che agiscono sugli individui (come i trattamenti per smettere di fumare), sulla comunità (come le campagne informative) o a livello del sistema sociale (come i divieti di fumo e l'ampliamento delle aree urbane riservate ai pedoni).
La relazione illustra inoltre i principali **problemi ambientali** del nostro Paese, primaria importanza ha la **qualità dell'aria**, non solo per quanto attiene ai rischi per la salute correlati con l'*inquinamento atmosferico urbano* a cui si può sommare l'*esposizione negli ambienti confinati*, ma anche per gli effetti degli eventi meteorologici estremi, come le ondate di calore, di particolare impatto su gruppi di popolazioni di per sé già vulnerabili come bambini, anziani, disabili e indigenti.
La **salubrità dell'acqua** pone oggi nuovi problemi: ad esempio, la crescita della richiesta di risorse idriche porta ad incrementare l'uso di acque superficiali, più vulnerabili all'inquinamento, con la necessità di migliorare ulteriormente la protezione di tutti i corpi idrici del territorio. La gestione dei **rifiuti** è un altro complesso problema – atteso anche l'incremento costante della produzione di rifiuti specie di quelli provenienti dalle attività produttive – che richiede il coinvolgimento attivo di diverse Istituzioni ed Enti. Molti problemi della **sicurezza alimentare** sono connessi all'inquinamento dell'ambiente: le politiche di prevenzione devono evidentemente considerare i fattori chimici, fisici e biologici di rilievo, esaminando produzione e qualità all'origine, raccolta, conservazione, trattamento, materiali a contatto, distribuzione, uso.
Il regime alimentare e gli alimenti che lo costituiscono influiscono sullo stato di salute in relazione alla rispondenza sia agli standard, raccomandati sul piano nutrizionale, sia ai requisiti globali di qualità. Anche il **contenimento del rumore** rappre-

senta un importante obiettivo. Il problema delle **radiazioni**, infine, continua a richiedere attenzione e studio in relazione all'impatto sulla salute dei cittadini sia delle *radiazioni ionizzanti* sia delle *non ionizzanti*.

Le risposte del sistema sanitario

La prevenzione

Le azioni intraprese nell'ultimo quinquennio, frutto di una intensa pianificazione sanitaria nell'ambito delle vaccinazioni, hanno permesso di affiancare ai risultati ottenuti negli anni 90 per difterite, tetano, poliomielite ed epatite virale B, elevati livelli di protezione verso la pertosse e le malattie invasive da Hib (*Hemophilus influenzae b*), grazie anche all'inclusione di tutte le vaccinazioni nei Livelli Essenziali di Assistenza, senza distinzione tra obbligatorie e raccomandate.

Si registra anche la progressiva estensione dei programmi di screening di popolazione per il cancro della mammella, della cervice uterina e del colon retto, che consentono una diagnosi precoce della malattia e che hanno dimostrato di essere efficaci nel ridurre l'invasività degli interventi chirurgici e la mortalità. In altre patologie, come il diabete, le tecniche di gestione integrata della malattia consentono di ridurre l'incidenza delle complicanze. Per "disease management" si intende una nuova strategia di gestione delle malattie croniche che prevede partecipazione attiva del paziente nella gestione della sua malattia, attraverso programmi di educazione e di supporto del paziente, svolti a livello della rete primaria di assistenza; l'attivazione di una schedulazione di sistemi atti a garantire la regolare esecuzione di un set di controlli periodici da parte del paziente e di un sistema di monitoraggio, su base informatizzata.

Anche sul fronte delle malattie cardiovascolari, dopo molti anni di sforzi e investimenti in questa direzione, in occasione del 2004 "*Anno del Cuore*", sono stati resi disponibili contemporaneamente dati di incidenza, prevalenza, letalità, dati sui fattori di rischio e sulle condizioni a rischio e strumenti di predizione delle malattie cardiovascolari da applicare sulla popolazione generale in prevenzione primaria. Tuttavia, l'offerta attiva, una modalità di lavoro che favorisce l'elevata adesione ai programmi vaccinali e di screening, viene effettuata ancora in maniera limitata nel nostro Paese. La sfida dei prossimi anni consisterà nel raggiungere coperture elevate nell'ambito di un'offerta di buona qualità, resa più efficiente grazie ad una gestione informatizzata, che si avvalga di attività di promozione e informazione e del monitoraggio delle coperture, dell'incidenza di malattie prevenibili con le vaccinazioni e degli eventi avversi a vaccino.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 e gli accordi tra Stato e Regioni per l'attuazione degli obiettivi del Piano hanno individuato questo punto di crisi, cui si deve far fronte utilizzando tutti gli strumenti a disposizione. In questo senso va il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, deciso con l'Intesa Stato Regioni del 23 Marzo 2005, che pone il sistema sanitario di fronte alla sfida di affrontare i fattori di rischio delle malattie croniche.

Il sistema assistenziale

Nell'anno 2003, in Italia la **medicina di base** è stata garantita da 47.111 Medici di Medicina Generale (MMG) e da 7.358 Pediatri di Libera Scelta (PLS). Ogni MMG ha acquisito in media 1.099 scelte; ad ogni PLS, invece, sono state affidate in media 805 scelte, anche se tali medie a livello regionale risultano essere piuttosto difformi. Diviene sempre più rilevante il coinvolgimento dei MMG e dei PLS nel governo dei percorsi sanitari, con l'esigenza di sperimentare nuove modalità erogative favorenti l'integrazione con le altre figure sanitarie territoriali, anche attraverso forme evolutive delle varie tipologie di medicina associativa e di gruppo. A tale proposito il Ministero della Salute ha proposto lo schema delle *Unità Primarie di Assistenza Territoriale (UTAP)* quale modello di presidi integrati per le cure primarie.

Il **servizio di continuità assistenziale** è garantito da medici convenzionati che, in zone territoriali definite, possono corrispondere anche a forme associative per la medicina generale. Nell'anno 2003 in Italia erano presenti 3.069 punti di guardia medica in cui operavano 13.876 Medici titolari che hanno effettuato 8.651.746 visite. Va considerato, però, che tali medie a livello regionale assumono valori molto diversificati su base territoriale, passando dai 4,7 medici ogni 100.000 abitanti della Provincia Autonoma di Bolzano ai 71,9 della Basilicata. Il confronto dei dati relativi agli ultimi sei anni (1998-2003) mostra che mentre è diminuito di circa il 15% il numero dei medici titolari, le visite effettuate sono aumentate di circa il 64%.

In un'ottica di promozione della salute, l'**assistenza territoriale** consente di indirizzare il Cittadino/Utente al centro del percorso assistenziale preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo attraverso percorsi territoriali, territoriali-residenziali e territoriali-ospedalieri. Nell'anno 2003, sul territorio nazionale i casi trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) sono stati in media 551 per 100.000 abitanti. Dal confronto dei dati relativi agli ultimi sei anni (1998-2003) emerge un costante aumento del numero dei casi trattati in ADI.

L'**emergenza sanitaria** è uno dei nodi cruciali cui il servizio sanitario deve saper dare una risposta. Si tratta di una problematica complessa che interessa le diverse discipline dell'emergenza che vanno dall'"urgenza/emergenza" di carattere individuale alla comparsa di nuove patologie a carattere epidemico alle emergenze associate a gravi incidenti chimici o a disastri naturali e che richiede pertanto l'attivazione di una rete organizzativa capace di raccordare le diverse realtà competenti, dislocate sia in ospedale che nel territorio. La rete di servizi e presidi, nelle diverse articolazioni, risulta costituita da 742 ospedali; circa il 42,6% degli ospedali pubblici risulta dotato di un Dipartimento di Emergenza-Urgenza Accettazione. Nell'anno 2003 sono stati registrati, a livello nazionale, circa 348 accessi al Pronto soccorso ogni 1.000 abitanti, di cui solo il 19,7% ha avuto come esito il ricovero, indicatore che segnala un ricorso improprio ancora alto alle strutture di pronto soccorso, per prestazioni che potrebbero essere affrontate in regime ambulatoriale.

Sul fronte dell'**assistenza ospedaliera** va rilevato:

- l'avvicinamento all'obiettivo dei 4 posti letto per mille abitanti; nel 2003 ci si è attestati su quota 4,36;
- la riduzione del numero di ricoveri, della durata media di degenza e quindi delle giornate di ricovero (quasi 2 milioni di giornate di ricovero in meno);
- la riduzione dei posti letto in degenza ordinaria, equilibrata dal contestuale aumento dei posti letto in day hospital;
- la significativa crescita dei posti letto dedicati alle discipline di emergenza, indicatore di una riqualificazione degli ospedali come centri per la cura delle patologie acute complesse.

Sul fronte della **riabilitazione**, nonostante la sensibile crescita dei posti letto disponibili (31.000 nelle strutture ospedaliere pubbliche nei reparti di recupero e riabilitazione funzionale, lungodegenza e unità spinale), l'indicatore è ancora lontano dall'obiettivo di 1 posto letto per mille abitanti. I centri di riabilitazione ex art. 26 L.833/1978 sono 775 sul territorio nazionale e dispongono di 16.000 posti letto per l'**attività residenziale** e di 12.000 posti per l'attività **semiresidenziale** (0,5 per 1.000 abitanti). La variabilità regionale nella presenza e nella dotazione di posti letto di queste strutture è elevata, così come è estremamente eterogenea l'attività che in esse viene svolta. In particolare per la fattispecie delle **cure palliative**, la necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati alle necessità del malato, mutevoli anche in modo rapido ed imprevedibile, ha reso necessario programmare un sistema a rete, utile ad offrire la maggior possibilità di integrazione possibile tra differenti modelli e livelli di intervento e tra i differenti e numerosi soggetti professionali coinvolti.

Le iniziative e sinergie poste in essere dal Ministero della Salute con le Associazioni di Volontariato del sangue e con Regioni e Comuni allo scopo di diffondere le informazioni sui bisogni di sangue per le necessità terapeutiche della popolazione, realizzando campagne nazionali di informazione e comunicazione a favore della promozione della **donazione di sangue**, hanno permesso di conseguire gli obiettivi di aumento del numero di donatori, in particolare dei nuovi donatori, di unità donate, con particolare riferimento alle procedure di aferesi.

L'attività di **donazione e trapianto di organi** ha evidenziato dal 2001 un trend in continua crescita passando da 17,1 trapianti per milione di abitanti nel 2001 a 21,1 nel 2004. L'Italia, infatti, negli ultimi anni ha raggiunto nel settore dei trapianti una qualità che la colloca ai vertici in Europa e nel mondo e ciò è documentato dal sistema di valutazione degli esiti dei Centri per i trapianti a disposizione di tutti i cittadini via internet, dati che rivelano la qualità degli interventi effettuati e un miglior utilizzo degli organi disponibili da parte dei Centri del nostro Paese. La sopravvivenza ad un anno dell'organo trapiantato è infatti in Italia superiore alle medie europee.

L'analisi dell'**uso dei farmaci** offre importanti indicatori relativi alla realtà sanitaria italiana, in particolare per quel che riguarda i bisogni di cura della popolazione e le attitudini prescrittive dei medici. L'analisi dei consumi, inoltre, è essenziale per attuare un efficace governo della spesa farmaceutica e per la gestione della politica del farmaco, il cui scopo fondamentale è quello di garantire nel tempo il delicato equilibrio tra contenimento della spesa e mantenimento dei livelli essenziali di assistenza (accesso universale a terapie farmacologiche efficaci e sicure). La spesa sanitaria rappresenta una componente importante tra i costi che annualmente incidono sul bilancio pubblico: nell'anno 2004 la spesa (pubblica e privata) sul territorio relativa a farmaci erogati attraverso le farmacie aperte al pubblico è stata pari a 19.185 milioni di euro, facendo registrare un aumento del 5,5%. Contrariamente a quanto avvenuto nel 2003, la spesa lorda convenzionata ha ripreso a crescere (+9,2% nel 2004 e –2,3% nel 2003); la spesa privata, invece, ha avuto un andamento opposto (–2,6% nel 2004 e +12,4% nel 2003).

Il piano sanitario 2003-2005 e la sua applicazione

Priorità di attuazione del Piano Sanitario Nazionale

La società attuale è diventata sempre più complessa, strutturalmente cambiata rispetto al recente passato e, conseguentemente, ricca di nuovi bisogni; risulta dunque impegnativo, ma necessario al ciclo programmatorio, fornire annualmente al Parlamento un quadro delle risposte istituzionali, anche se non è possibile documentarne in tempo reale l'impatto sulla salute, dato il ben noto sfasamento temporale tra i dati della RSSP e lo stato di attuazione del nuovo PSN.
Va precisato che il Piano 2003-2005, a conferma del principio di cui all'articolo 32 della Costituzione, affronta – nel quadro epidemiologico nazionale – il non facile problema della sintesi dell'ispirazione universalistica del Servizio Sanitario Nazionale, nel passaggio ad una visione federalista in campo sanitario. Da qui peraltro si pone l'esigenza della preservazione dell'equità nell'accesso ai servizi da parte dei cittadini, indipendentemente dai singoli contesti regionali e dalle correlate differenziazioni espresse nei rispettivi Piani sanitari regionali.

Non a caso, infatti, il Piano ha individuato dieci ambiti progettuali per guidare in modo strategico il cambiamento, a partire dalla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001, poi approvati con il DPCM del 19 novembre 2001 e confermati dall'articolo 54 della legge n. 282 del 2002.
Essi sono:

1. **Attuare monitorare e aggiornare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza e ridurre le liste di attesa.**
2. **Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili.**
3. **Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche**
4. **Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità.**
5. **Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità.**
6. **Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere.**
7. **Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari e potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza.**
8. **Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari.**
9. **Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute.**
10. **Promuovere un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza.**

È poi intervenuto l'Accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003, con il quale si sono individuate quattro aree di collaborazione che dovrebbero consentire allo Stato ed alle Regioni di precisare in modo condiviso le relative politiche di intervento di comune interesse.
Le quattro aree si sono riferite alla:

1. stipula di accordi a valere su aspetti particolari del Piano Sanitario Nazionale. Tale opportunità permette la realizzazione di sinergie tra funzioni e compiti statali e regionali;
2. stesura di linee guida comuni per affrontare con una cornice di riferimento comune temi afferenti alla piena autonomia Regionale;
3. attivazione di possibili modelli organizzativi da sperimentare attraverso specifici progetti e da sottoporre all'attenzione delle Regioni, che ne possono valutare la trasferibilità nel proprio contesto;
4. recepimento delle direttive comunitarie, vista la crescente rilevanza di nuovi scenari europei relativi alla mobilità dei pazienti, con ciò che consegue in termini di *benchmarking* dei sistemi sanitari Europei.

In attuazione dell'Accordo, il Piano ha privilegiato cinque aree prioritarie di applicazione:

1. l'**attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza** approvati con il DPCM 29 novembre 2001, confermando l'enfasi sull'applicazione dell'allegato 1 C del DPCM 29 novembre 2001 e sulla riduzione delle liste d'attesa;
2. le **cure primarie**, con l'obiettivo di favorire lo sviluppo di forme innovative di organizzazione dell'assistenza primaria, attraverso nuove modalità aggregative dei medici che operano nell'ambito della *primary care*, quali, per esempio, le UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria);
3. la **rete integrata di servizi sanitari** e sociali per la non autosufficienza, nella quale si è ancora posto l'accento sull'attivazione di un coordinamento tra le varie strutture sanitarie presenti sul territorio a diversa intensità di diagnosi e cura,

nella presa in carico e nella gestione dei pazienti cronici e non autosufficienti;

4. i **Centri di Eccellenza**, prevedendo che la progettualità regionale promuova l'adozione di un modello organizzativo ospedaliero di tipo dipartimentale;
5. la **comunicazione istituzionale**, soprattutto applicata alla **prevenzione**, volta ad assicurare un insieme articolato di interventi, offerti attivamente alla popolazione generale o a gruppi a rischio per malattie di rilevanza sociale, che vedono un coinvolgimento integrato dei vari soggetti del Servizio Sanitario Nazionale impegnati nelle attività di prevenzione primaria e secondaria.

Allo sviluppo di tali tematiche lo Stato e le Regioni hanno concordato di vincolare quote delle risorse per il Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'art.1 comma 34 e 34 bis della legge 662/96.
Le Regioni hanno aderito per l'**anno 2003** alle suddette Linee mediante formali delibere, predisposte sulla scorta delle indicazioni progettuali, di seguito descritte, fornite dal Ministero della Salute, e ammesse al finanziamento su deliberazione della Conferenza Stato-Regioni.
Con il successivo Accordo Stato-Regioni del 29 luglio 2004, nell'ottica di dare una ulteriore cogenza ed uniformità, pur nel rispetto della autonomia regionale, al perseguimento degli obiettivi prioritari, sono stati approvati gli *indirizzi progettuali* per le Regioni per l'elaborazione di progetti specifici per l'anno 2004 nell'ambito delle cinque Linee prioritarie già individuate dall'accordo Stato-Regioni del 24 luglio 2003. Nella stessa seduta del 29 luglio è stata espressa intesa sulla proposta del Ministro della Salute di assegnazione alle Regioni e Province Autonome risorse vincolate, per un totale di 1.108.976.000 euro per l'anno 2004.

Priorità 1. Attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza approvati con il DPCM 29 novembre 2001

Numerose Regioni hanno evidenziato criticità nell'applicazione delle disposizioni relative alla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (del DPCM 29 novembre 2001). Ciò si è verificato nell'area dell'integrazione socio-sanitaria con particolare riferimento alla residenzialità e semi-residenzialità a causa della mancanza di adeguati flussi informativi gestionali. Per ovviare a tale problema è stato proposto di orientare le azioni delle Regioni verso i seguenti obiettivi: la predisposizione di adeguati strumenti di classificazione (delle strutture, dei bisogni assistenziali e delle prestazioni erogate) nonché di procedure idonee per la rilevazione e la trasmissione delle informazioni ai competenti organi aziendali e regionali; la definizione di percorsi integrati di assistenza sociale o sanitaria a favore dei soggetti fragili, tramite l'elaborazione di protocolli condivisi attraverso l'integrazione delle aziende sanitarie locali e degli Enti locali; l'adozione della disciplina per l'applicazione dell'allegato 1 C al DPCM 29 novembre 2001 relativo all'area dell'integrazione socio-sanitaria.
Per quanto concerne le liste di attesa, le indicazioni del Ministero prevedevano l'implementazione dell'appropriatezza e del governo della domanda attraverso una ragionevole valutazione dell'urgenza delle prestazioni richieste e l'adozione da parte delle Regioni e delle Province Autonome di specifiche iniziative per la responsabilizzazione dei medici prescrittori al fine di ottimizzare il rapporto tra domanda e offerta.

Priorità 2. Cure primarie

Il recupero del governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari nel territorio e nella comunità, le scelte per un'azione di prevenzione e promozione della salute, di terapia e di assistenza costante e legata alla conoscenza della persona possono essere attuati soltanto attraverso una riorganizzazione dell'assistenza primaria. A tal fine il Ministero ha indicato le priorità seguenti: la promozione dell'associazione di più medici convenzionati (MMG, PLS, MCA, Specialisti) che operasse in una sede unica, garantendo un elevato livello di integrazione tra la medicina di base e la specialistica e perseguendo il coordinamento funzionale della loro attività (UTAP, Unità Territoriali di Assistenza Primaria o *Primary Care Clinics);* la garanzia della continuità delle cure, mediante la gestione integrata del paziente da parte dei servizi territoriali ed ospedalieri; la previsione a livello distrettuale di un'organizzazione che consentisse l'attivazione e la gestione di una valutazione multidisciplinare, con la partecipazione del medico di base, dei pazienti affetti da particolari patologie, e la successiva realizzazione di percorsi assistenziali personalizzati ed integrati; la garanzia di un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, realizzato con il supporto del medico di base nonché la realizzazione di forme di maggiore fruibilità e accessibilità da parte dei cittadini, dei servizi e delle attività territoriali, anche prevedendo da parte dei medici l'utilizzazione di spazi comuni, potendo ricorrere, in via sperimentale, alla riconversione di piccoli ospedali in strutture territoriali ed, infine, l'utilizzazione degli strumenti della telemedicina nelle località disagiate e nelle isole minori per la gestione del paziente.

Priorità 3. Rete integrata di servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza

L'attivazione di collegamenti a rete dei servizi presenti sul territorio, la valutazione multidimensionale e multidisciplinare sono gli strumenti indispensabili per sviluppare un'assistenza di qualità alle persone non autosufficienti. A tal fine il Ministero ha suggerito indirizzi per i progetti regionali, come: l'adozione di un modello organizzativo di base per l'ADI, indirizzato alle diverse tipologie di beneficiari, dotato della flessibilità necessaria per l'adeguamento della risposta assistenziale ai bisogni specifici dei pazienti, secondo piani di assistenza multiprofessionale personalizzati; l'attivazione, a livello distrettuale, di un punto unico di accesso all'intera rete di servizi, in accordo con gli Enti locali ed in grado di garantire equità di accesso e le indicazioni sia ai cittadini che agli operatori sui percorsi previsti per affrontare i bisogni socio-sanitari secondo modalità unitarie ed integrate; la possibilità di garantire la valutazione multidisciplinare dei bisogni; la formulazione di un piano personalizzato di assistenza; la presa in carico globale e continuata nel tempo; l'individuazione di un responsabile del caso che segua il paziente nel passaggio da un nodo all'altro della rete e che rappresenti anche un punto di riferimento costante per la famiglia; l'implementazione della rete integrata dei servizi ai soggetti fragili, dando particolare risalto ai collegamenti funzionali tra i nodi della rete stessa al fine di modulare la risposta assistenziale in funzione del bisogno emergente, anche al fine di garantire la continuità delle cure; l'attivazione della verifica costante della qualità dell'assistenza erogata con riguardo a tutti i nodi della rete; l'utilizzo di personale adeguatamente e specificatamente formato e motivato, in particolare per quanto riguarda la rete per le cure palliative.

Priorità 4. Centri di Eccellenza

La promozione della qualità nel Servizio Sanitario Nazionale si basa su un processo diffuso di riqualificazione delle risorse umane, delle strutture, delle apparecchiature e delle procedure e dell'implementazione di adeguati strumenti di monitoraggio e di valutazione che può essere agevolata attraverso la realizzazione di Centri di Eccellenza tra loro collegati in rete. Occorre, pertanto, puntare su una programmazione che promuova la rete delle eccellenze, potenziando le strutture ospedaliere complesse in grado di erogare prestazioni di altissima specialità. Il Ministero, in tal senso, ha proposto che la progettualità regionale fosse orientata su questi punti: la valutazione della complessità della casistica tratta con l'attivazione di sistemi di *benchmarking* per particolari eventi patologici (eventi coronarici, eventi cerebrovascolari, neoplasie, traumi cranioencefalici, politraumi ecc.), al fine di valutare le prestazioni di alta specialità; la promozione dell'organizzazione dei Centri di Eccellenza volta alla individuazione dei percorsi assistenziali e alla gestione dei relativi processi con l'integrazione dei diversi livelli di cura, rafforzando il modello organizzativo dipartimentale; il potenziamento dei Centri di Eccellenza, implementando l'eccellenza funzionale diagnostica, clinica e terapeutica, anche attraverso la sperimentazione e l'innovazione trasferibile, con particolare riguardo all'introduzione di nuove tecnologie ed attivando una funzione di *technology assessment*; l'attivazione di interventi per la creazione o il potenziamento di una rete coordinata delle eccellenze avviando, in via sperimentale, servizi di consulenza a distanza anche con altre strutture ospedaliere e figure professionali; la promozione di attività di formazione e l'aggiornamento continuo del personale, anche tramite strumenti multimediali, nonché interventi di educazione sanitaria alla popolazione sugli *screening* e sui corretti stili di vita; l'identificazione di modalità gestionali per la corretta conduzione dei Centri di Eccellenza.

Priorità 5. Comunicazione istituzionale soprattutto applicata alla prevenzione

Pur rifacendosi alle indicazioni del documento "Conclusioni e raccomandazioni della Conferenza sugli Stili di Vita Salutari, Educazione, Informazione e Comunicazione - Milano 3-4 Settembre 2003" del Consiglio dei Ministri della Salute dell'Unione Europea, le Regioni, nella formulazione dei progetti relativi alla promozione di stili di vita e comportamenti salutari, sono state indirizzate ad elaborare progetti in relazione a: attivazione di programmi di educazione, informazione e comunicazione efficaci a contrastare gli impatti negativi derivanti da stili di vita non salutari (fumo, alcol, sedenterietà, stili alimentari non sani), garantendo credibilità delle fonti, chiarezza e affidabilità dei messaggi, efficacia degli strumenti di comunicazione; sviluppo di indicatori di efficacia in termini di impatto sulla salute e in termini di attività nel campo dell'informazione, educazione e comunicazione, promuovendone l'uso sistematico in coordinamento con il livello nazionale; monitoraggio e valutazione dei risultati a breve termine dei cambiamenti sugli stili di vita e degli impatti a lungo termine in relazione al miglioramento dello stato di salute; disponibilità dei dati attendibili attraverso indagini, coordinate a livello nazionale, sugli stili di vita dei cittadini come parte del monitoraggio sui comportamenti della salute, al fine di individuare i risul-

tati delle attività intraprese; sviluppo di programmi educativi, sulla base di Linee Guida nazionali, che coinvolgano le famiglie e raggiungano le scuole, gli ospedali, i luoghi di lavoro, come ulteriore opportunità per promuovere l'educazione alimentare e stili di vita salutari; potenziamento di coinvolgimento, sensibilizzazione e formazione degli operatori sanitari, quali promotori di comportamenti salutari; incremento della copertura degli *screening* raccomandati fino a raggiungere le percentuali indicate dalle Linee Guida per la prevenzione, diagnostica e assistenza in oncologia (Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni dell'8 marzo 2001).
Sulla base di ulteriori riflessioni congiunte Stato-Regioni sugli obiettivi già concordati nel PSN 2003-2005, il Ministro della Salute e gli Assessori alla Sanità hanno convenuto alcune principali linee di azione nell'incontro *"Sanità futura"* (Cernobbio – 6 aprile 2004), che in parte rilanciavano alcune aree prioritarie di attuazione del Piano (attivazione delle "*Primary Care Clinics*" – UTAP; Centri di Eccellenza clinica, piano di prevenzione attiva) e in parte intendevano:

- mettere ordine negli elementi fondamentali del SSN ("Progetto Mattoni") e attivare la capacità di misura dei Livelli Essenziali di Assistenza (NSIS);
- misurare gli *outcomes* e promuovere il governo clinico per la qualità;
- favorire lo sviluppo della **Ricerca clinica e traslazionale**, opportunamente sostenuta attraverso programmi di collaborazione fra pubblico e privato, in grado di offrire una sorgente di risorse economiche aggiuntive a quella dei finanziamenti pubblici nazionali o internazionali. Tale tipologia di ricerca deve restare distinta dalle linee seguite dalle Università e dagli Enti di ricerca e potersi tradurre in prodotti o servizi che contribuiscano al benessere dei singoli cittadini e delle nostre imprese.

I Piani sanitari regionali

I Piani sanitari regionali, dopo la Riforma del Titolo V della Costituzione, pur mantenendo un comune quadro di insieme, hanno in particolare indicato gli obiettivi prioritari e scelte strategiche attuative – con indicazioni operative alquanto variabili da Regione a Regione – sulla base dei principi di fondo ispiratori. Il compilatore regionale ha infatti atteso a condividere alcune priorità nazionali, oltre che europee, come la necessità di definire obiettivi di salute e di individuare gli indicatori per la loro verifica; risulta pure l'interesse a delineare modalità partecipative, a definire politiche intersettoriali per rispondere in maniera ampia ai bisogni di salute e di qualità della vita delle persone. Rilevante è poi l'attenzione posta alla necessità di trovare un nuovo e corretto equilibrio tra risorse e attività sul territorio e in ospedale.
Tra le difformità in ambito regionale si segnalano in modo maggiormente evidente talune strategie di governo del sistema-salute: l'utilizzo della forma giuridica della fondazione in alcuni casi, la separazione ovvero maggiore integrazione tra ASL ed ospedali. Pur in un quadro differenziato per modelli organizzativi, tuttavia sono presenti strategie comuni, forse ispirate dal rispetto di obblighi di legge, e che hanno come denominatore comune la necessità di rafforzare il rapporto tra ospedale e territorio, riservando a quest'ultimo – e all'integrazione delle diverse componenti che lo costituiscono – un ruolo primario nel circuito dell'assistenza: dalle cure a domicilio all'assistenza ai malati terminali alla lungodegenza.
Il potenziamento della rete di servizi per anziani, organizzata sul territorio, è priorità comune di Piani sanitari di Emilia Romagna, Veneto, Toscana e Umbria. Ciò si realizza attraverso la revisione dei percorsi del paziente, ad iniziare dalle visite domiciliari rese anche integrate (medico di famiglia insieme all'infermiere o al fisioterapista). In alcuni casi, in primis in Lombardia, si è accompagnato il ridisegno della rete con interventi volti a dare supporto alle famiglie di anziani non autosufficienti attraverso l'erogazione di buoni in denaro o attraverso l'emissione di buoni che si possono utilizzare per l'erogazione di servizi sanitari domiciliari presso strutture accreditate.
In sintesi, dunque, si può concludere che, pur nella comune logica di fondo, quale la difesa del soggetto più fragile, è dato osservare scelte strategiche differenti: siano esse la costruzione di un sistema pubblico di protezione, o l'affermazione della libertà di scelta, tramite una contrattazione di mercato, con regole predefinite (di servizi e controlli).
Costante è l'attenzione alla ricerca di un equilibrio, in un periodo difficile per la finanza pubblica, tra la necessità di rispondere ai bisogni crescenti e il mantenimento della spesa sanitaria sotto controllo operando interventi di risanamento strutturali nel quadro della piena responsabilizzazione delle Regioni sul piano finanziario.

Altre iniziative del Ministero e delle Regioni in attuazione del PSN

Prevenzione

LE MISURE PER LA PREVENZIONE DELLA SARS IN AMBITO NAZIONALE – Prevenire l'importazione dell'infezione, assicurare la sorveglianza ed il controllo

in ambito nazionale della patologia, garantire la maggiore sicurezza possibile ai cittadini italiani: questi gli obiettivi delle iniziative messe in atto dal Ministero della Salute per fronteggiare l'emergenza SARS. Le disposizioni urgenti, contenute nei provvedimenti emanati dal Ministero immediatamente dopo l'allarme lanciato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, hanno consentito l'adozione di misure adeguate e tempestive tanto che in Italia sono stati solamente quattro i casi probabili di infezione, tutti importati, e tra questi non è stato registrato nessun decesso.

Le principali misure adottate hanno riguardato: indicazioni sulla gestione clinica di casi e contatti sulle misure per la riduzione del rischio di trasmissione dell'infezione in ambiente ospedaliero; controlli sanitari alle frontiere; istituzione di due Centri Nazionali di Riferimento (IRCCS Lazzaro Spallanzani a Roma e Ospedale Sacco a Milano); predisposizione del Piano nazionale anti-SARS che prevede il coinvolgimento dei medici di famiglia e dei servizi di pronto soccorso degli ospedali; servizi informativi ai viaggiatori e ai cittadini attraverso un Numero Verde e mediante il Portale Internet del Ministero; distribuzione di foglietti illustrativi agli aeroporti; istituzione, presso il Consiglio Superiore di Sanità, del Gruppo permanente per la valutazione del rischio ed il controllo della SARS e delle emergenze di origine infettiva.

Le iniziative di informazione e promozione hanno interessato, sotto altri aspetti, un ulteriore complesso di attività nel settore della sicurezza alimentare, con la istituzione del Comitato Nazionale per la Sicurezza Alimentare, per garantire i rapporti con l'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare, promozione di metodi uniformi di valutazione del rischio alimentare e per la pianificazione dei programmi di monitoraggio e di sorveglianza.

IL CENTRO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE – Il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle malattie (CCM) è stato istituito dalla Legge 138/04 con la finalità di provvedere all'analisi dei rischi per la salute, al coordinamento con le Regioni dei piani di sorveglianza e prevenzione attiva e dei sistemi di allerta e risposta rapida anche in riferimento al bioterrorismo, al collegamento con altre realtà istituzionali, alla diffusione di informazioni. L'attività del CCM si svolge attraverso il Comitato strategico di indirizzo, il Comitato scientifico permanente e i sottocomitati scientifici di Progetto a termine, il Comitato tecnico e la Direzione operativa. Tra gli ambiti specifici di intervento del CCM, malattie diffusive ed infettive, promozione della salute e stili di vita, ambiente e clima, vaccini e vaccinazioni, incidenti, bioterrorismo. Il Centro opera in costante collegamento con network internazionali come il *Center for Disease Control* (CDC), l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE), l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'*European Center for Disease Control* (ECDC). L'istituzione del CCM ha dunque dotato l'Italia di un ulteriore efficace strumento di organizzazione per rispondere alle emergenze di salute pubblica puntando sul binomio prevenzione e comunicazione.

ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE – Su questi temi, in riferimento all'obiettivo *"Promozione di stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute"*, che prevedeva, accanto agli interventi legislativi contro il fumo (divieto di fumare nei locali chiusi, a tutela della salute dei non fumatori, approvato con l'articolo 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3), l'attivazione di campagne di educazione ed informazione tese a tutelare la salute dal fumo passivo e attivo, è stata realizzata la campagna volta alla dissuasione dal vizio del fumo, e sempre per il medesimo obiettivo sono state realizzate le campagne sull'adozione di una corretta alimentazione; inoltre sono state realizzate campagne *sul benessere dell'anziano e sul corretto uso del farmaco*, la campagna di comunicazione con le più rappresentative associazioni di pazienti oncologici su importanti aspetti delle patologie neoplastiche (prevenzione, diagnosi, terapia, strutture specializzate, cure palliative, sostegno psicologico ecc.), sulla necessità e sull'utilità delle vaccinazioni, sulla donazione del sangue e degli organi, e sono state avviate la campagna per la salute del bambino, per la salute mentale e per la prevenzione dell'abuso di alcol.

IL PROGRAMMA DI ODONTOIATRIA SOCIALE – Si è conclusa, nel giugno 2004, nella Regione Lazio, la sperimentazione del progetto Programma di odontoiatria sociale, che prevedeva l'erogazione gratuita di protesi a 5.000 anziani socialmente deboli con gravi difficoltà di masticazione. A questo scopo sono stati stanziati complessivamente 10 milioni di euro, dei quali 7.500 euro a carico dello Stato e 2.500 euro della Regione.

In Italia si stima che le persone interessate a questo problema siano tra le 120 mila e le 200 mila, ultrasessantacinquenni, in maggioranza donne. L'assistenza odontoiatrica e protesica è fondamentale per la salute degli anziani che hanno gravi problemi di masticazione, perché ciò comporta una cattiva nutrizione, se non addirittura denutrizione, con conseguenti serie patologie.

Sperimentando un modello di offerta assistenziale odontoiatrica, nel quale il settore pubblico e quel-