

ATTI PARLAMENTARI

XV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. L
n. 1

R E L A Z I O N E

SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE

(Anni 2005 e 2006)

(Articolo 8, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833)

Presentata dal Ministro della salute

(TURCO)

Trasmessa alla Presidenza il 28 febbraio 2008

PAGINA BIANCA

INDICE

<i>Sommario</i>	<i>Pag.</i>	3
1. INTRODUZIONE	»	5
2. LO STATO DI SALUTE DELL'ITALIA	»	6
2.1. <i>Le patologie</i>	»	6
2.1.1. Malattie infettive	»	6
La sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le ma-		
lattie a trasmissione sessuale	»	6
2.1.2. Apparato cardiovascolare	»	9
Le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari (rischi cardio-		
vascolari e carta del rischio)	»	9
2.1.3. Apparato respiratorio	»	10
Le malattie respiratorie e allergiche e le malattie respiratorie		
croniche	»	10
2.1.4. Apparato digerente	»	15
2.1.5. Allergologia, immunologia clinica e reumatologia	»	18
2.1.6. Oncologia	»	21
I tumori: epidemiologia e importanza della diffusione dello		
screening oncologico	»	21
2.1.7. Endocrinologia e metabolismo	»	25
Il diabete	»	25
2.1.8. Neurologia e Psichiatria	»	28
Le demenze	»	28
2.1.9. Le malattie rare	»	29
2.2. <i>I determinanti della salute: fumo, alcol e alimentazione</i>	»	30
2.2.1. Fumo	»	30
2.2.2. Alcol	»	35
2.2.3. Obesità: rischio emergente per le patologie croniche	»	43
3. LE RISPOSTE DEL SERVIZIO SANITARIO	»	47
3.1. <i>Prevenzione e promozione della salute. Indicazioni per le politiche</i>		
<i>sanitarie</i>	»	47
3.1.1. Malattie infettive	»	48
3.1.2. Apparato cardiovascolare	»	48
3.1.3. Apparato respiratorio	»	49
3.1.4. Oncologia	»	50
3.1.5. Endocrinologia e metabolismo – Il diabete	»	53
3.1.6. Le malattie rare	»	53
3.2. <i>L'offerta assistenziale sanitaria</i>	»	54
3.2.1. Lo sviluppo della medicina trasfusionale	»	54
3.2.2. Promuovere i trapianti d'organo	»	57

3.2.3. Le cure palliative	Pag.	61
3.2.4. Il farmaco	»	62
3.3. <i>Cronicità, categorie fragili, categorie protette e integrazione socio-sanitaria</i>	»	64
3.3.1. La salute dell'anziano	»	64
3.3.2. La salute del neonato, del bambino e dell'adolescente	»	70
3.3.3. La salute della donna	»	75
3.3.4. La salute mentale	»	82
3.3.5. Le tossicodipendenze	»	88
3.3.6. La salute degli immigrati	»	93
3.3.7. La salute della popolazione detenuta adulta negli istituti penitenziari italiani	»	99
3.4. <i>Qualità, sicurezza dei cittadini, governo e rischio clinico</i>	»	103
3.4.1. Monitoraggio costante dei LEA	»	103
3.4.1.1. Monitoraggio costante dei LEA: un approfondimento .	»	111
3.4.2. Potenziare i fattori di sviluppo della sanità la pratica del governo clinico e degli outcome	»	116
3.4.3. Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere. L'offerta ospedaliera	»	121
3.4.4. Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari: Cure Primarie e Medicina Territoriale	»	124
3.4.5. Potenziare i servizi di Urgenza ed Emergenza (DEA e 118) ..	»	129
3.4.6. Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario: Sistema per il Monitoraggio delle Prescrizioni	»	134
3.4.7. Progetto « Mattoni del NSIS »	»	140
3.4.8. Il progetto « Tracciabilità del farmaco » in Italia	»	142
3.4.9. Farmacovigilanza più efficiente per una maggiore sicurezza nell'assunzione di medicinali	»	143
3.4.10. Sicurezza alimentare: più tutela per ciò che portiamo in tavola	»	148
3.4.11. La sanità veterinaria (benessere degli animali, sanità animale, zoonosi)	»	162
4. GLI OPERATORI SANITARI E LA FORMAZIONE CONTINUA	»	165
4.1. <i>Le professioni sanitarie</i>	»	165
4.2. <i>Realizzare una formazione permanente di alto livello in Medicina e Sanità, ECM (dall'impianto metodologico all'impianto programmatico)</i> .	»	168
5. GLI SVILUPPI DELLA RICERCA E GLI ACCORDI INTERNAZIONALI	»	171
5.1. <i>Sviluppo di reti di eccellenza nell'ambito del S.S.N. — Promuovere collaborazioni pubbliche e private nel campo della Ricerca</i>	»	171
6. INDIRIZZI PER IL FUTURO E CONCLUSIONI	»	175
AUTORI	»	178
Comitato Editoriale	»	178
Comitato di Redazione	»	178
Autori dei contributi specifici	»	178

1. INTRODUZIONE

La Relazione sullo stato sanitario del Paese (RSSP) è definita dal Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 e risponde all'esigenza di dare un'informazione annuale al Parlamento, e conseguentemente al Paese, sullo stato di salute degli italiani.

In particolare, in base al suddetto Decreto, la Relazione:

- illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;
- descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale;
- espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale;
- riferisce sui risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali;
- fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

Questa edizione della Relazione, riguardante il biennio 2005-2006, è stata preparata con il coordinamento di un Comitato Editoriale e di un Comitato di Redazione, appositamente costituiti, che riunivano rappresentanti dei Dipartimenti e delle Direzioni Generali del Ministero della Salute più strettamente coinvolti nell'argomento.

L'impostazione che si è voluta dare alla Relazione, con l'intento di renderla più efficace, può essere riassunta nei seguenti punti:

- aggiornare in forma sintetica i dati già esposti nella precedente RSSP 2003-2004, assicurando la copertura di tutte le patologie più rilevanti sul piano clinico-assistenziale e dei servizi e delle prestazioni incluse nei LEA
- collegare più strettamente gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (PSN) con l'esposizione dei risultati della RSSP 2005
- coinvolgere fin dall'inizio non soltanto le strutture del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità e di altre Istituzioni responsabili della raccolta statistica dei dati, ma anche le principali Società Medico-Scientifiche.

L'obiettivo principale è stato quello di far vivere i dati contenuti nella Relazione, che sono sicuramente rilevanti sul piano clinico ed epidemiologico e che costituiscono un documento importante per il controllo degli effetti degli interventi compiuti e per la programmazione delle iniziative da mettere in atto.

In questo modo, la RSSP può diventare un utile strumento di comunicazione del Ministero della Salute non solo nei confronti dei decisori della parte politico-amministrativa (Parlamento e Regioni), ma anche con gli esponenti del mondo scientifico (medici specialisti e di medicina generale), con il mondo dell'assistenza e del volontariato e, più in generale, con il cittadino, attraverso i mass media. Inoltre, questo metodo di condivisione ha l'effetto di rendere partecipi tutti gli attori del "sistema salute", per indurre la necessaria sinergia tra Istituzione ed operatori.

In particolare, il Comitato di Redazione ha deciso di dare alla Relazione 2005 un impianto concreto così concepito:

- esaminare gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale
- raccogliere i risultati statistici ed epidemiologici sullo stato di salute del Paese
- ottenere i commenti degli esperti su alcune tematiche particolarmente significative
- esporre le azioni intraprese dal Ministero della Salute per illustrare le risposte del SSN alle esigenze della popolazione e le iniziative da intraprendere
- indicare gli obiettivi futuri

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 fornisce alcune indicazioni per la redazione della Relazione. Una particolare attenzione va posta sul fatto che il PSN ha uno sviluppo triennale, mentre la Relazione deve essere prodotta con cadenza annuale e che nella individuazione degli indicatori occorre specificamente individuare quelli in grado di cogliere lo sviluppo attuativo degli interventi e delle azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi del Piano.

Ne consegue che la redazione della Relazione costituisce una condizione dinamica e continua sotto il profilo sia della struttura che dei contenuti; sarebbe, quindi, utile considerare la Relazione annuale come costituita da un sistema di reporting più articolato, un vero e proprio "Sistema della Relazione" rappresentato dalla produzione di:

- una Relazione (congiunturale) prodotta annualmente e in grado di soddisfare l'adempimento normativo, costituita da documenti di sintesi, di prevalente taglio politico istituzionale, e documenti di analisi tecnico economica;
- una Relazione triennale, prodotta in concomitanza della scadenza del Piano Sanitario in grado di evidenziare il grado di raggiungimento degli obiettivi del Piano; riportando i dati, per quanto possibile, alle varie Regioni per tentare di costruire profili regionali da porre a confronto e tentare di far emergere comportamenti tipici di gruppi di Regioni da commentare ed utilizzare per futuri approfondimenti;
- documenti monotematici su tematiche individuate anno per anno, che rappresenteranno approfondimenti monografici per la valorizzazione di esperienze territoriali e per focalizzare i problemi emergenti, ad essi almeno si dovrebbero aggiungere uno o più documenti di Analisi, prevalentemente focalizzati su problematiche di rilievo e impostati con un taglio politico sociologico.

Potendo disporre in genere dei dati relativi al 2004-2005, il Comitato Editoriale, su proposta del Comitato di Redazione, ha stabilito che la RSSP 2005 dovesse essere di tipo annuale (congiunturale).

Per quanto riguarda la stesura dei testi, al fine di garantire la massima obiettività, indipendenza e trasparenza, gli Autori chiamati a contribuire alla stesura della RSSP 2005-2006 sono stati individuati primariamente tra gli esperti appartenenti al Ministero della Salute, all'Istituto Superiore di Sanità, al Consiglio Superiore di Sanità ed eventualmente, nel caso di argomenti specifici, tra i Presidenti pro tempore delle Società Medico-Scientifiche interessate, anche in collaborazione con la Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane (FISM).

2. LO STATO DI SALUTE DELL'ITALIA

2.1 LE PATOLOGIE

2.1.1 Malattie infettive

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, le condizioni sanitarie nella popolazione mondiale sono migliorate più negli ultimi 45 anni che in tutta la precedente storia dell'umanità. Fra i fattori più importanti che hanno determinato tale miglioramento vi è senza dubbio un controllo più efficace delle malattie infettive, da un lato con l'affinamento delle misure di profilassi, dall'altro con la disponibilità di terapie sempre più mirate. Questi fattori hanno contribuito alla transizione epidemiologica, che nel XX secolo ha visto completamente invertito il carico di mortalità dovuto a malattie infettive e cronico-degenerative.

In tale ambito i servizi sanitari hanno giocato un ruolo fondamentale nelle campagne di vaccinazioni e nel miglioramento delle cure. Non bisogna però dimenticare che i progressi in termini di riduzione del carico di malattia per le patologie infettive sono intimamente correlati al miglioramento degli indicatori economici.

In ogni caso, le malattie infettive permangono un problema di sanità pubblica, tanto da indurre diverse nazioni ad attivare sistemi di sorveglianza (attiva o passiva) per tentare di monitorare alcune fra queste patologie. Si pensi a quanto avviene nel nostro Paese per la sorveglianza delle epatiti virali acute (SEDEVA) o delle malattie a trasmissione sessuale, dell'HIV/AIDS o della Legionellosi.

Le malattie infettive rappresentano ancora un territorio in cui gli operatori di sanità pubblica possono e devono agire, anche con lo sviluppo di nuove metodologie, su due distinti ma integrati settori: la profilassi vaccinale e gli aspetti organizzativi.

Relativamente al primo elemento, l'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che entro il 2015 saranno disponibili ben 36 vaccini nuovi (ad esempio contro l'HIV o il virus C dell'epatite) o migliorati (ad esempio contro il virus B dell'epatite o la febbre tifoide). D'altro canto c'è la certezza che non vi sarà la possibilità di finanziare tutti gli strumenti che verranno resi disponibili dalla ricerca biomedica e dalla produzione industriale, data la limitata disponibilità di risorse finanziarie. In questo contesto complesso ed articolato l'Health Technology Assessment (HTA) può rappresentare un approccio innovativo ed efficace per poter correttamente rispondere alle differenti domande ed esigenze che emergono al riguardo, e per fornire al decisore gli strumenti conoscitivi più idonei per allocare efficacemente le risorse e per massimizzare i risultati in termini di salute.

La recente messa a punto del Piano Nazionale Vaccini (PNV) 2005-2007 ha l'obiettivo di perseguire obiettivi fra cui mantenere elevate coperture vaccinali per le malattie per le quali sono stati raggiunti gli obiettivi previsti dai Piani Sanitari Nazionali 1998-2000 e 2003-2005, promuovere appropriati interventi vaccinali di recupero per le malattie per cui non sono stati ancora raggiunti livelli di copertura ottimali.

Per quanto attiene, invece, il secondo aspetto, sulla scia di quanto è accaduto negli ultimi 3 anni sulle emergenze SARS e Influenza aviaria, anche nel nostro Paese si sono attivati gli opportuni aspetti organizzativi per poter rispondere in maniera rapida ad eventuali epidemie. La realizzazione del Centro Controllo Malattie (CCM) risponde anche a questo bisogno, sull'esempio di quanto realizzato da tempo e recentemente, rispettivamente, dai Centers for Disease Control statunitensi (CDC) ed europeo (ECDC).

Inoltre, l'interazione e l'integrazione fra questi due elementi dovrà essere fortemente cercata e realizzata, e ciò potrà concretizzarsi solamente in un contesto di sanità pubblica. Il prossimo banco di prova sarà fornito dalla disponibilità della vaccinazione contro il Papilloma Virus Umano (HPV), la cui offerta, come sostenuto opportunamente dalla Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e di Sanità Pubblica, dovrà essere sinergicamente utilizzata con tutti gli altri mezzi di prevenzione (screening citologico, educazione sanitaria, etc.) disponibili per contrastare la trasmissione di tale virus.

Infine, come sottolineato dallo stesso PNV 2005-2007, occorrerà sempre più incrementare gli interventi di ordine non solo strutturale e organizzativo, ma anche educativo al fine di consentire la transizione dalla politica vaccinale imposta per legge ad una scelta consapevole e partecipata dei cittadini.

Fonte: Rapporto Osservasalute 2006- Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

La sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le malattie a trasmissione sessuale

La disponibilità delle nuove terapie antiretrovirali ad elevata efficacia (HAART) ha consentito un significativo miglioramento della sopravvivenza nelle persone sieropositive, la diminuzione dei casi di malattia conclamata e la riduzione della mortalità correlata all'infezione.

Anche per nel 2005 come per il 2004, dalla sorveglianza epidemiologica dei casi notificati di AIDS e dai sistemi di sorveglianza regionali dei casi di infezione da HIV si rileva l'aumento dell'incidenza dell'infezione acquisita per trasmissione sessuale tra persone mature. Negli ultimi anni è stata sempre più rilevante la percentuale dei pazienti con AIDS che non erano a conoscenza del loro stato di sieropositività che avrebbero potuto beneficiare tempestivamente di adeguata terapia. La diagnosi precoce è fondamentale ai fini della tutela del singolo e della collettività, poiché consente il trattamento terapeutico precoce e la prevenzione di possibili comportamenti a rischio, conseguenti alla non consapevolezza del proprio stato di sieropositività.

AIDS

In Italia il sistema di sorveglianza dei nuovi casi di AIDS, registro Nazionale AIDS, è attivo dal 1982 presso il Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità, da cui sono tratti i dati del presente articolo.

I dati cumulativi notificati al COA dal 1982 al 2005 sono 56.076, di questi 43.495 (77,6%) erano casi di sesso maschile, 746 casi pediatrici (1,3%) con età inferiore ai 13 anni o con infezione trasmessa da madre a figlio e il 6,8 % erano stranieri.

A dicembre 2005, risultano deceduti 34.757 pazienti.

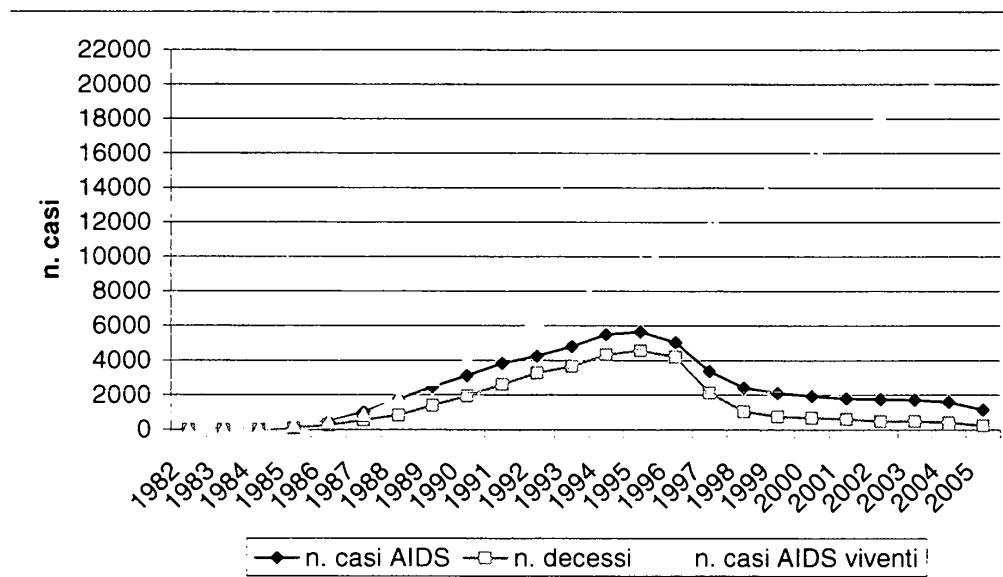
Dai dati del Registro Nazionale AIDS, la diminuzione dei casi di AIDS notificati e dei relativi decessi è stata registrata a partire dal 1996 (Figura 1); tale diminuzione risulta correlata alla maggior efficacia delle nuove terapie antivirali ed è stata registrata anche per l'anno 2005 in cui sono stati notificati 1.577 nuovi casi di AIDS.

Sempre nell'anno 2005, la distribuzione geografica dei casi per Regione presenta tassi di incidenza mediamente meno elevati nelle regioni meridionali rispetto a quelle settentrionali e centrali (Figura 2). I tassi di incidenza più elevati si registrano in Lombardia, Lazio, Emilia-Romagna e Liguria.

Nel corso degli anni, si è verificato un costante aumento dell'età mediana dei casi di AIDS, nel 2005, essa è stata di 41 anni per i maschi e 38 anni per le femmine; sono stati notificati 3 casi pediatrici.

In concomitanza si osserva un aumento della proporzione dei casi che hanno contratto l'infezione per contatto sessuale; i contatti eterosessuali costituivano l'11,8% dei casi notificati nel 1994, nel 2005, sono il 42% (Figura 3).

Figura 1. Casi di AIDS, decessi AIDS correlati e casi di AIDS viventi - anni 1982-2005



Fonte COA/ISS

Infezioni da HIV

Ad oggi, l'adozione delle terapie antiretrovirali e un'assistenza medica sempre più aggiornata e specializzata ha consentito ai pazienti sieropositivi il miglioramento della sopravvivenza e della qualità della vita.

Sempre dai dati di sorveglianza forniti dal COA, si evince che il quadro epidemiologico dell'HIV/AIDS sta cambiando: si osserva una stabilizzazione dell'incidenza dei casi di AIDS a livelli inferiori al 50% rispetto al 1995, anno del picco, e delle nuove infezioni da HIV; si rileva un incremento del numero totale di persone viventi con infezione da HIV (totale stimato di 110.000-130.000 persone con infezione da HIV al 2005 e un numero stimato di nuove infezioni HIV per anno pari a 3500).

Il monitoraggio delle nuove diagnosi di infezioni da HIV rappresenta, pertanto, il metodo migliore per descrivere le modificazioni in atto nell'epidemia, nonché per fornire gli strumenti necessari a pianificare interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità hanno avviato un programma di "Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV in Italia".

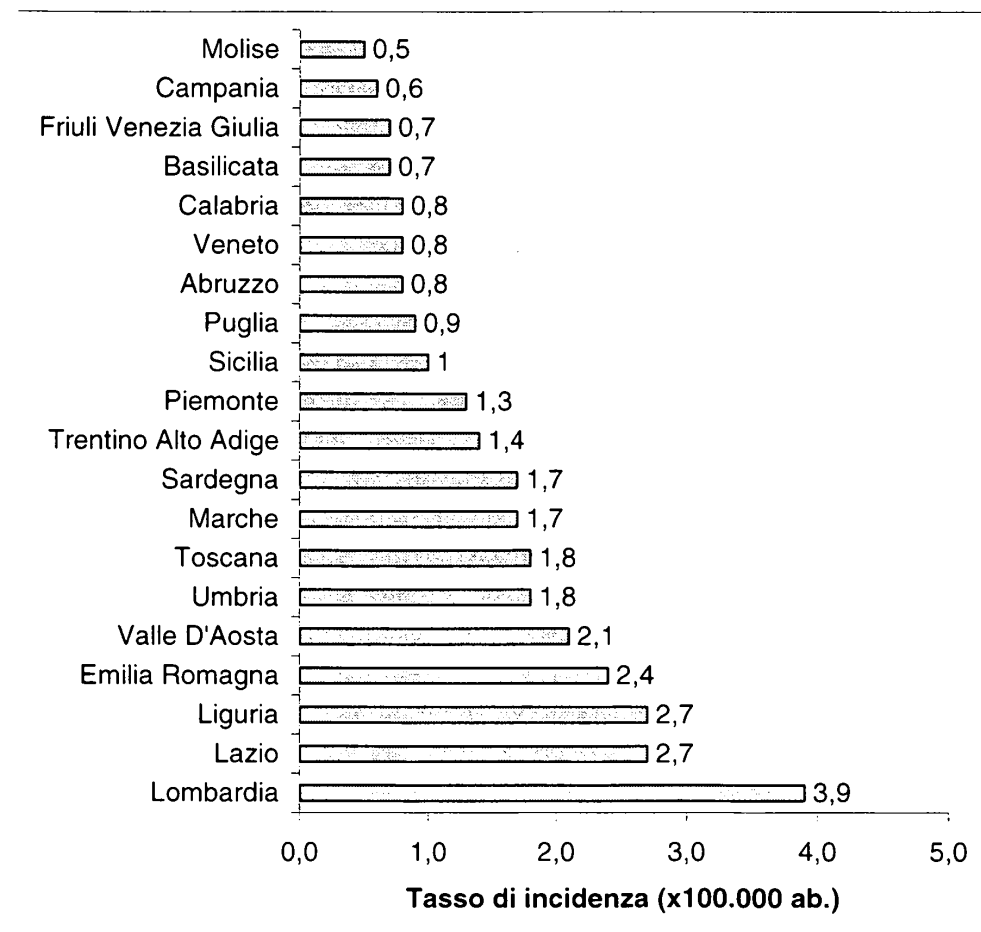
Il progetto prevede di valutare, tra l'altro, l'incidenza e l'andamento temporale e geografico delle nuove diagnosi da HIV-positività, monitorare l'andamento nel tempo della prevalenza dell'infezione da HIV, studiare le caratteristiche socio-demografiche, epidemiologiche e cliniche dei soggetti infetti di recente e acquisire elementi utili per la programmazione degli interventi di sanità pubblica.

Dal 1985 al 2005 il sistema di sorveglianza delle infezioni da HIV è attivo nelle seguenti regioni: Lazio, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Puglia, Veneto e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano; nella regione Emilia Romagna, il sistema è attivo nella provincia di Modena.

Complessivamente, nel periodo 1985-2004, sono stati riportati al predetto sistema di sorveglianza 34.136 nuove diagnosi di infezione da HIV (24.067 maschi e 10.058 femmine).

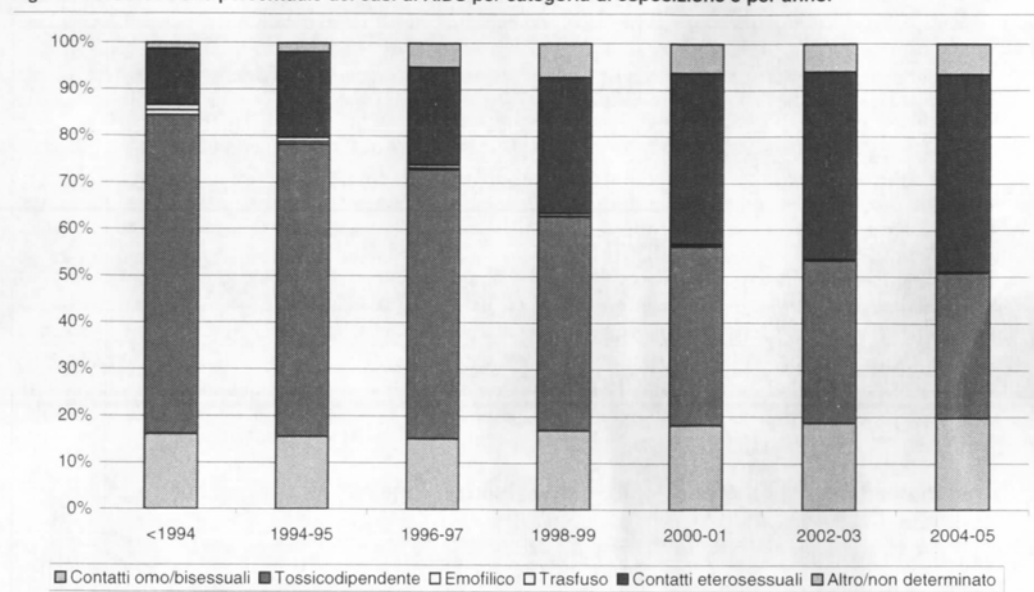
Dai dati elaborati dal COA, come per i casi notificati di AIDS, anche tra i casi di nuove infezioni da HIV si registra un aumento dell'età mediana alla diagnosi, essa è stata di 37 anni per i maschi e 32 anni per le femmine nell'anno 2004. In concomitanza si osserva un aumento della proporzione dei nuovi casi di infezione da HIV che hanno contratto l'infezione per trasmissione sessuale (omo-eterosessuale) passando dal 7 % nel 1985 al 57,8% nel 2004.

Figura 2. Tasso di incidenza di AIDS per Regione di residenza (x100.000 ab.) - Anno 2005



Fonte: COA/ISS

Figura 3. Distribuzione percentuale dei casi di AIDS per categoria di esposizione e per anno.



Fonte COA/ISS

2.1.2 Apparato cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari (rischi cardiovascolari e carta del rischio)

Il carico delle malattie cardiovascolari in Italia è da anni uno dei più importanti problemi di sanità pubblica. Gli indicatori disponibili (mortalità, dimissioni ospedaliere, pensioni di invalidità, spesa farmaceutica) evidenziano la gravità dei danni umani, sociali ed economici di quella che resta tra le principali cause di morbidità e mortalità nel nostro Paese.

I più aggiornati dati di mortalità forniti dall'Istat, si riferiscono all'anno 2001 (dati osservati) e all'anno 2002 (stime provvisorie).

Secondo l'Istat, nel 2001 le malattie del sistema circolatorio causano 235.289 (236.532 secondo la stima 2002) morti (105.372 uomini e 129.917 donne), pari al 42,6% del totale dei decessi (42,5% stimato per il 2002): una proporzione così elevata è dovuta in parte al processo di invecchiamento della popolazione e alla scarsa natalità che ha caratterizzato il nostro Paese negli ultimi anni.

Per le malattie ischemiche del cuore (infarto del miocardio, altre forme acute e subacute di cardiopatia ischemica, infarto miocardico pregresso, angina pectoris e altre forme croniche di cardiopatia ischemica), l'Istat registra nel 2001 72.578 decessi (38.102 uomini e 34.476 donne), pari al 31% circa del totale delle morti per malattie del sistema circolatorio (la stima al 2002 non è disponibile per questo sottogruppo di cause).

Il dato più rilevante per la salute degli italiani è che negli ultimi 15 anni si sono ridotte le differenze di mortalità tra Nord e Centro-Sud, e che nelle categorie sociali con scolarizzazione e reddito più basso i tassi di mortalità si sono ulteriormente (e negativamente) distanziati da quelli della restante parte della popolazione.

L'effetto età è particolarmente evidente e questo ha un'ulteriore rilevanza, stante la condizione di invecchiamento della popolazione italiana. Tra i 35 ed i 49 anni le malattie del sistema circolatorio rappresentano il 21,9% delle cause di morte, aumentando al 34% nella fascia di età tra i 60 e 79 anni ed al 53,4% per i molto anziani.

Chi sopravvive ad una forma acuta di patologia cardiovascolare diventa un malato cronico (prevalenza 4,4 per 1000), con notevoli ripercussioni sulla sua qualità di vita e sui costi economici e sociali che la società deve sopportare.

Sotto la definizione generale di "malattie cardiovascolari" rientrano tutte le patologie a carico del cuore e dei vasi sanguigni, cioè: cardiomiopatie, cardiopatie congenite, ipertensione arteriosa sistemica, aritmie e tumori del cuore. Tra le più frequenti ci sono la cardiopatia coronarica ischemica, tra cui l'infarto acuto del miocardio e l'angina pectoris, e le malattie cerebrovascolari, fra cui l'ictus ischemico ed emorragico.

Il progredire delle conoscenze di base sui meccanismi patogenetici dell'aterosclerosi coronarica e delle manifestazioni cliniche della cardiopatia ischemica, unitamente allo sviluppo dell'epidemiologia cardiovascolare, ha permesso di individuare condizioni di rischio e determinanti di questa patologia:

comportamenti legati allo stile di vita: alimentazione ricca di grassi prevalentemente saturi, sale e calorie, eccesso di alcool, inattività fisica, fumo di sigaretta.

fattori di rischio per le malattie cardiovascolari arteriosclerotiche: livelli elevati di pressione arteriosa e di colesterolemia, dislipidemie, diabete mellito, sovrappeso e obesità, indicatori di infiammazione, fattori trombotici. I fattori di rischio cardiovascolare, quando sono presenti in più di uno, hanno un'azione moltiplicativa nel determinare il rischio di malattia.

La correzione di queste condizioni incide notevolmente sulla riduzione del rischio di malattie cardiovascolari. Così, parallelamente al crescere delle possibilità di trattamento medico e chirurgico della cardiopatia ischemica, si è venuta affermando la consapevolezza dell'importanza di interventi di tipo preventivo, atti ad impedire o ritardare l'insorgenza della malattia stessa.

Sono disponibili diverse stime sugli effetti positivi associati a cambiamenti dello stile di vita tratte da grandi studi recenti come l'Asia Pacific Cohort Studies Collaboration, e da progetti dimostrativi di popolazione, ad esempio quello attuato nella regione finlandese della North Karelia.

2.1.3 Apparato respiratorio

Le malattie respiratorie e allergiche e le malattie respiratorie croniche

Le malattie respiratorie sono tra le patologie croniche più diffuse nella popolazione italiana, interessando larghi strati della popolazione, comprese le fasce di età più giovani e sono causa di mortalità prematura, con elevati costi sociosanitari ed economici. Nonostante i progressi della terapia, ancora oggi esse rappresentano per numerosità la 3a causa di morte in Italia, dopo le malattie dell'apparato circolatorio e le neoplasie. La bronchite cronica e l'asma colpiscono più del 20% della popolazione di età superiore ai 65 anni e rappresentano per questa fascia di popolazione la terza causa di patologia cronica, dopo l'artrosi/artrite e l'ipertensione (ISTAT, 2003).

In questo paragrafo l'attenzione è focalizzata principalmente sulla Broncopneumopatia cronica-ostruttiva, una delle forme più gravi ed invalidanti, e sull'Asma bronchiale, malattia in crescente aumento nella popolazione, specie in età pediatrica.

Broncopatia cronica ostruttiva (BPCO)

La Broncopneumopatia cronica-ostruttiva è una sindrome clinica eterogenea e complessa, caratterizzata da una riduzione di flusso aereo non completamente reversibile. La riduzione del flusso è progressiva ed associata ad una anomala risposta infiammatoria del polmone a particelle o gas nocivi, come il fumo di sigarette. La malattia può insorgere in età giovanile con segni modesti (tosse e catarro persistente) ed evolvere poi nel tempo, fino alla limitazione grave delle normali attività quotidiane e portare alla morte prematura.

Epidemiologia e impatto socioeconomico

In base alle definizioni epidemiologiche correnti, i dati di prevalenza e mortalità per BPCO sono comprensivi in maniera non uniforme di bronchite cronica, enfisema ed asma. Secondo uno studio condotto dall'Istituto Nazionale di Statistica nel 2003 su un campione di famiglie italiane, il 6,4 % della popolazione ha riferito di essere affetta da bronchite cronica o enfisema o asma. Il 50% dei decessi per cause respiratorie è attribuibile alla BPCO (ISTAT; Cause di Morte, 2002, 2005). In generale i tassi di mortalità sono più elevati nel Sud rispetto al Nord del Paese e sono più elevati nei maschi rispetto alle femmine e nella fascia di età al di sopra dei 65 anni. Nel 1996 la BPCO è stata stimata l'ottava causa di disabilità negli uomini e la settima nelle donne e rischia di divenire nei prossimi decenni la quinta causa di disabilità a livello mondiale, valutata in termini di DALYs -disability-adjusted life years (OMS, Ginevra).

In età geriatrica la BPCO grave si associa a comorbidità e contribuisce in maniera significativa alla perdita di autosufficienza ed alla fragilità dell'anziano, specialmente a causa di importanti limitazioni dello stato funzionale, deterioramento cognitivo, problemi comportamentali e alterazioni del tono dell'umore. E' evidente, quindi, che la patologia respiratoria cronica ostruttiva ha un grande impatto socio-economico sull'individuo ma anche sull'intera società soprattutto a causa dei ricoveri ospedalieri e di terapie complesse e costose (compresa l'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine e la ventiloterapia domiciliare). Anche utilizzando una stima conservativa, alla BPCO viene attribuito almeno il 6% dell'intera spesa sanitaria italiana, la quota maggiore è rappresentata dalle ospedalizzazioni. Dall'analisi delle SDO del 2002 è emerso che il 18,5% delle dimissioni per patologie respiratorie, cioè 111.453 casi, è stato codificato con il "DRG 88" che corrisponde appunto alla diagnosi di BPCO.

Un altro aspetto epidemiologico di grande rilievo è quello della sottodiagnosi della malattia. Dalla letteratura scientifica risulta che l'entità di tale sottodiagnosi oscilla tra il 25 ed il 50% o anche più a seconda degli studi considerati. La presenza di molti casi di BPCO non diagnosticati, o diagnosticati tardivamente, ritarda i tempi dell'intervento terapeutico e contribuisce all'evoluzione verso stadi più severi della malattia. Ciò evidenzia l'utilità di una maggiore diffusione di studi per la diagnosi precoce. I soggetti con tosse cronica ed espettorato e/o dispnea e/o storia di esposizione a fattori di rischio dovrebbero essere testati per valutare la presenza di riduzione del flusso aereo. La semplice scoperta precoce della patologia può bloccare il suo decorso e la sua progressione.

Le previsioni future sull'evoluzione di questa patologia sono sicuramente allarmanti: secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la BPCO rischia di diventare una delle prime cause di morte e malattia a livello mondiale, nei prossimi vent'anni. I risultati di alcune indagini epidemiologiche condotte nel Delta Padano e a Pisa-Cascina, confermano ed estendono al nostro Paese le osservazioni internazionali.

Queste sono le principali motivazioni alla base del Progetto Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD-COPD), sviluppato nel 2001 dall'OMS e dall'Istituto Statunitense per le malattie polmonari, cardiache e del

sangue (NHLBI). Il progetto si propone di migliorare la diagnosi, il trattamento e la prevenzione della BPCO, anche attraverso la produzione e diffusione di specifiche Linee Guida aggiornate ogni anno da esperti internazionali (www.goldcopd.it).

Fattori di rischio

Il fumo di sigaretta rappresenta il principale fattore di rischio per BPCO. Le persone fumatrici presentano un'accelerata caduta del VEMS, associata a sintomi respiratori più frequenti ed a un più elevato tasso di mortalità per BPCO rispetto ai non fumatori. L'entità del danno è direttamente proporzionale alla quantità globale di sigarette fumate durante la vita ed al numero di sigarette fumate quotidianamente. Smettere di fumare rallenta la caduta del VEMS e quindi rallenta anche l'evoluzione della patologia polmonare. Esiste tuttavia, un'ampia variabilità interindividuale nei confronti dello sviluppo di tale malattia. Non tutti i fumatori, infatti, sviluppano un quadro di BPCO clinicamente rilevante e dall'altra parte, soggetti che non hanno mai fumato possono sviluppare la malattia. Inoltre molti studi evidenziano che fra i pazienti morti per BPCO circa il 17% non aveva mai fumato nel corso della vita.

Oltre al fumo vi sono, infatti, altri fattori che svolgono un ruolo importante nell'etiopatogenesi di BPCO. E' nota da tempo una trasmissione genetica di tipo mendeliano, determinante il deficit di un inibitore delle proteasi sieriche (alfa 1 antitripsina) che si associa ad un rischio elevato di sviluppare BPCO nel corso degli anni. L'esposizione professionale cronica a sostanze inquinanti quali polveri, fumi, sostanze chimiche è anch'essa una condizione di rischio importante per BPCO, indipendentemente dall'abitudine al fumo. Categorie di lavoratori particolarmente a rischio sono i minatori, gli edili, i metallurgici, gli addetti alla lavorazione di cotone e carta ed i coltivatori di grano. E' stato calcolato che il rischio attribuibile per la popolazione (PAR%) dovuto all'esposizione professionale è pari al 18-20%. Considerando le alterazioni della funzione polmonare compatibili con un quadro di BPCO, tale rischio appare sicuramente maggiore nei lavoratori fumatori essendo i due fattori in grado di reagire negativamente tra di loro.

In numerosi studi l'inquinamento dell'aria (indoor e outdoor) è stato associato in modo causale con la BPCO, anche se il ruolo è minore rispetto a quello del fumo di tabacco e non è ancora ben conosciuta la relazione fra inquinamento ambientale e sviluppo o aggravamento della patologia respiratoria cronica.

Oltre al fumo passivo, nell'aria degli ambienti indoor possono essere presenti numerosi altri inquinanti nocivi per l'apparato respiratorio: particolato, ossidi di azoto provenienti dalla presenza di stufe e cucine a gas e cherosene. Considerando che la maggior parte delle persone trascorre in ambienti chiusi fino a 20-22 ore al giorno - sommando le ore trascorse in ambiente domestico, al lavoro, sui mezzi di trasporto e in luoghi pubblici - l'esposizione anche a bassi livelli di inquinanti indoor può comportare conseguenze importanti per la salute, soprattutto per quanto concerne i possibili effetti di tipo cronico che si manifestano nel tempo, e possono portare sino ad una riduzione della speranza di vita. L'evidenza epidemiologica e tossicologica dimostra che ogni incremento di 10µg/m³ di particelle PM10 nell'aria atmosferica urbana è associato a circa il 6% di aumento del rischio di mortalità per cause cardiorespiratorie, inoltre un innalzamento delle concentrazioni di PM, anche se registrata su un breve arco di tempo, aumenta il rischio di ricoveri d'emergenza legati a cause cardio-vascolari e respiratorie e può influenzare la suscettibilità ad altri fattori che hanno impatto sulla salute, come agli allergeni. Situazioni di povertà, emarginazione e svantaggio sociale possono aumentare il rischio di sviluppare malattie respiratorie croniche. La percentuale sempre più grande di cancro ai polmoni e di decessi per malattie respiratorie croniche possono essere considerati, ad esempio, una spia degli effetti ritardati del crescente uso di tabacco tra le fasce meno ambienti della società.

Prevenzione e trattamento

Un obiettivo prioritario di sanità pubblica è prevenire e controllare l'incidenza e la prevalenza delle malattie respiratorie croniche attraverso la riduzione dei fattori di rischio, che sono comuni anche ad altre malattie cronico-degenerative. Le opportunità di prevenire e contrastare l'insorgenza e l'evoluzione della BPCO si basano sulla ricerca e la riduzione dell'esposizione complessiva ai fattori di rischio ambientali, primo fra tutti il fumo di sigaretta. Ovviamente la prevenzione primaria è la più efficace per evitare l'insorgenza della malattia, ma anche la prevenzione secondaria, attraverso la sorveglianza epidemiologica e la scoperta precoce dei casi, è di grande rilievo per il contenimento degli effetti patologici e dei costi socioeconomici della BPCO, che nella maggior parte dei casi è diagnosticata tardivamente, quando risulta più difficile modificare il suo percorso naturale.

I principali obiettivi del trattamento sono: prevenire l'evoluzione della malattia, migliorare i sintomi, migliorare la tolleranza allo sforzo, migliorare la qualità della vita, prevenire e ritardare le complicanze, prevenire e ritardare le riacutizzazioni, ridurre la mortalità. Le linee guida più accreditate (Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease 2003) propongono per la BPCO in fase stabile una strategia terapeutica "a step", in rapporto al livello di gravità della malattia. Si inizia dall'intervento preventivo, con l'eliminazione dei fattori di rischio e si prosegue con l'introduzione e l'integrazione dei trattamenti farmacologici e non farmacologici (riabilitazione, ossigenoterapia domiciliare, ventilazione non invasiva, terapia chirurgica). Le opportunità di prevenire l'evoluzione della BPCO si basano essenzialmente sulla riduzione dell'esposizione complessiva ai fattori di rischio ambientali, primo fra tutti il fumo di sigaretta. La cessazione del fumo di tabacco costituisce uno strumento conveniente ed efficace per ottenere il miglioramento del quadro clinico ed un prolungamento dell'attesa di vita attiva (Evidenza A). La BPCO è spesso associata a riacutizzazioni della sintomatologia. E' opportuno che i pazienti a rischio siano informati su come riconoscere i sintomi di un'eventuale riacutizzazione e quando rivolgersi al medico curante.

Inoltre è altamente raccomandabile la prassi delle vaccinazioni regolari, sia quella antinfluenzale, da ripetere annualmente, sia quella antipneumococcica, da ripetere ogni 5 anni.

Asma

L'asma è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree, associata ad un aumento della reattività bronchiale, a broncostrizione ed alla presenza di sintomi respiratori. L'atopia (predisposizione a sviluppare una eccessiva risposta immunitaria IgE-mediata in risposta ai comuni allergeni ambientali) è il maggior fattore di rischio individuale per lo sviluppo di questa malattia.

Epidemiologia e impatto socioeconomico

In Italia la prevalenza di asma è più bassa rispetto a quella di molti altri Paesi, soprattutto anglosassoni, sia per la popolazione infantile sia per quella adulta, come chiaramente evidenziato negli studi ISAAC (International Study of Allergy and Asthma in Children) ed ECRHS (The European Community Respiratory Health Survey). I risultati dello Studio SIDRIA (Studi italiani sui disturbi respiratori nell'infanzia e l'ambiente) realizzato tra il 1994 ed il 1995 nell'ambito del protocollo internazionale ISAAC, hanno evidenziato, tra gli studenti delle scuole elementari e medie inferiori, una prevalenza di asma pari a 8,9%, rinocongiuntivite allergica 13,6% e dermatite atopica 5,5%. Un secondo studio SIDRIA, condotto nel 2002, ha prodotto informazioni più aggiornate sulla prevalenza dell'asma e delle allergie in età pediatrica in Italia. In questa seconda indagine la prevalenza di asma si è attestata sul 9,5% nei bambini e 10,4% negli adolescenti.

L'aumento nella diffusione di questa malattia in Italia non sembra dunque essersi verificato nel corso di questi ultimi anni, mentre è aumentata la frequenza di disturbi allergici come la rinocongiuntivite allergica e l'eczema atopico, specialmente nelle aree metropolitane. Le cause della diffusione delle patologie allergiche sono tuttora ignote, e alcune indicazioni potranno derivare dal confronto di dati italiani con quelli degli altri paesi partecipanti a ISAAC.

L'asma bronchiale nel 1999 è stata riconosciuta come malattia sociale. L'impatto della patologia asmatica sulle attività quotidiane e sulle famiglie è infatti considerevole: i costi indiretti rappresentano il 60% dei costi complessivi, cui vanno aggiunti i costi "intangibili", in termini di disagio e qualità della vita del paziente. Si stima che il costo annuale di un paziente asmatico adulto tra i 20 ed i 45 anni di età sia di 800 Euro e incida dal 2 all'8% sul reddito familiare (Studio AIRE). L'asma, assieme all'obesità è la patologia cronica più diffusa nell'infanzia, per la quale rappresenta una causa importante di mortalità e di ospedalizzazione, nonostante i miglioramenti terapeutici di questi ultimi anni. L'11% degli adulti ed il 19% dei bambini asmatici subisce almeno un ricovero per asma, mentre le visite di urgenza sono rispettivamente il 19% ed il 31% (Studio ISAYA). L'asma infantile può influire negativamente sullo sviluppo psicologico del bambino che ne è affetto, rallenta il processo di apprendimento scolastico e le relazioni con i coetanei, causa la perdita di giorni di scuola ed è causa di assenze dal lavoro per i genitori. I costi diretti del paziente asmatico costituiscono tra l'1 ed il 2% della spesa sanitaria complessiva. Le voci principali sembrano essere imputabili al consumo di farmaci ed ai ricoveri ospedalieri.

Fattori di rischio

I fattori di rischio responsabili dell'asma bronchiale si possono classificare in: 1) fattori individuali, che predispongono (o proteggono) gli individui dalla malattia e 2) fattori ambientali, i quali possono influire sulla suscettibilità alla malattia in soggetti predisposti, causare riacutizzazioni e/o determinare la persistenza dei sintomi (Tabella I). L'esposizione ad allergeni o ad agenti professionali è stata considerata per anni la più importante causa di asma, in quanto essi sono in grado di sensibilizzare le vie aeree e successivamente riacutizzare la malattia o determinare la persistenza dei sintomi. Tuttavia sono necessari ulteriori studi per chiarire se l'esposizione ad allergeni e agli agenti professionali sia effettivamente la causa primaria dell'insorgenza dell'asma, o se tale esposizione sia solamente un fattore scatenante le riacutizzazioni asmatiche o causa della persistenza dei sintomi in individui che ne sono già affetti. Alcuni autori suggeriscono la presenza di una relazione tra l'esposizione allergenica e la prevalenza dell'asma ed hanno dimostrato un miglioramento della patologia alla cessazione dell'esposizione agli allergeni, ma ancora nessuno studio longitudinale ha dimostrato inequivocabilmente che il livello di esposizione ad allergeni in età infantile sia correlato al rischio di asma in età adulta. Altri studi dimostrerebbero che l'aumento di frequenza delle malattie allergiche respiratorie osservato nell'ultimo ventennio sia correlabile al cosiddetto stile di vita occidentale, nel quale l'igiene ed il declino delle infezioni svolga un ruolo causale importante, inducendo un'intrinseca propensione nelle nuove generazioni alla sensibilizzazione allergica.

Allergeni degli ambienti interni Gli allergeni degli ambienti interni comprendono gli acari domestici (della polvere), gli allergeni di animali, scarafaggi e funghi. Gli allergeni "indoor" sono attualmente aumentati in Italia come negli altri Paesi industrializzati, dove le abitazioni sono tappezzate, riscaldate, condizionate ed umidificate per migliorare il risparmio energetico e forniscono quindi un habitat ideale per la crescita di acari, scarafaggi, altri insetti, muffe e batteri. Gli allergeni degli acari domestici, presenti sul corpo degli insetti, nelle loro secrezioni ed escrezioni, rappresentano i principali allergeni presenti nella polvere di casa.

Pollini Negli ambienti esterni i più comuni allergeni capaci di scatenare l'asma in persone sensibilizzate sono i pollini ed i funghi. Sebbene esista una forte evidenza che l'esposizione ai pollini possa riacutizzare l'asma, non vi è ancora certezza che la sensibilizzazione ai pollini aumenti il rischio di comparsa di nuovi casi di asma.

Fumo di tabacco L'abitudine al fumo è associata ad un accelerato declino della funzionalità respiratoria nei soggetti asmatici, ad un aggravamento dell'asma e ad una ridotta risposta terapeutica, ma attualmente vi sono ancora scarse evidenze che il fumo di tabacco costituisca un fattore di rischio per l'insorgenza di asma nella popolazione generale. Alcuni studi dimostrano tuttavia che il fumo attivo può aumentare il rischio di sviluppare asma professionale nei lavoratori esposti agli agenti sensibilizzanti di origine professionale (per esempio le anidridi acide).

L'esposizione passiva al fumo di tabacco è associata ad un aumento di rischio di sviluppo di alterazioni respiratorie "in utero", in periodo neonatale o nel corso dell'infanzia. L'esposizione al fumo di sigaretta, sia durante il periodo prenatale, che postnatale, influenza l'insorgenza di malattie caratterizzate da respiro sibilante (Evidenza A). I bambini asmatici le cui madri sono fumatrici ricorrono frequentemente a farmaci antistaminici e necessitano di un maggior numero di visite al pronto soccorso.

Inquinamento ambientale A causa del grande numero di variabili, gli studi epidemiologici fino ad ora condotti non hanno fornito risultati conclusivi relativi alla capacità degli inquinanti atmosferici di aumentare l'incidenza di asma. Dall'altra parte gli inquinanti ambientali a concentrazioni raggiungibili nelle città altamente inquinate, quali ad esempio l'anidride solforosa, l'ozono e gli ossidi d'azoto, possono scatenare riacutizzazioni asmatiche, incrementare transitoriamente l'iperresponsività bronchiale e potenziare le risposte allergiche. Di conseguenza, almeno teoricamente, si potrebbe ritenere che l'inquinamento urbano può realmente contribuire all'insorgenza dell'asma.

Inquinanti degli ambienti interni. L'aumentato carico inquinante degli ambienti interni può andare ad aggiungersi all'aumentato carico antigenico (in particolare derivato dalle feci di acari) causato dai cambiamenti nella progettazione, arredamento e riscaldamento delle case, in particolare dall'uso crescente di tappezzerie e di mobili imbottiti. Numerosi studi suggeriscono che gli inquinanti indoor possano contribuire allo sviluppo di nuovi casi di asma, ma sono tuttavia necessari ulteriori studi a sostegno di tale ipotesi. In ogni caso, poiché i bambini molto piccoli trascorrono la maggior parte del loro tempo in casa e a scuola l'inquinamento indoor costituisce un fattore di rischio importante per le patologie allergiche e respiratorie nell'infanzia.

Condizioni socio-economiche Le condizioni socio-economiche rappresentano, nell'ambito dell'ipotesi "igiene", un altro importante elemento nell'epidemiologia dell'asma e dell'atopia. Le condizioni socioeconomiche rappresentano una misura dello stile di vita, piuttosto che un fattore di rischio di per sé. Tali fattori possono comprendere le abitudini alimentari, le dimensioni del nucleo familiare, la possibilità di accesso alle strutture sanitarie, l'esposizione al fumo passivo, l'esposizione ad allergeni ed a altri fattori ancora sconosciuti

Prevenzione e trattamento

Il trattamento complessivo dell'asma è mirato a raggiungere e mantenere il controllo dei sintomi, prevenire le riacutizzazioni, mantenere la funzionalità polmonare più vicina possibile ai livelli normali, mantenere livelli normali di attività, incluso l'esercizio fisico, prevenire una limitazione irreversibile del flusso aereo, prevenire la mortalità. Il trattamento farmacologico è efficace nel controllo dei sintomi e nel migliorare la qualità della vita, ma in considerazione della dimensione sociale del fenomeno si capisce quanto siano importanti le misure di prevenzione e di diagnosi precoce. Sulla base dei risultati dello studio SIDRIA è stato stimato che alla familiarità è legato il 26-27 % dei disturbi respiratori infantili tale quota non è probabilmente modificabile con interventi preventivi, mentre il 15,5% ed il 18% delle malattie respiratorie dell'infanzia sono potenzialmente riducibili eliminando l'esposizione al fumo passivo, le muffe dalle abitazioni e riducendo sensibilmente l'esposizione ad inquinanti ambientali da traffico.

L'efficacia delle misure di prevenzione dopo che la sensibilizzazione primaria agli allergeni si è sviluppata (prima della comparsa di qualsiasi sintomo della malattia) è ancora oggetto di studio e approfondimento. Alcuni autori ipotizzano che l'immunoterapia allergene-specifica possa ridurre la comparsa di asma. Il Preventive Allergy Treatment (PAT) Study, sarà fondamentale per confermare la tesi del ruolo preventivo dell'immunoterapia.

Tabella 1 - Potenziali fattori di rischio dell'Asma

Fonte: Progetto Mondiale per il trattamento e la prevenzione dell'Asma (Adattamento italiano 2003)

FATTORI INDIVIDUALI

- Predisposizione genetica
- Atopia
- Iperresponsività bronchiale
- Sesso
- Razza / etnia

FATTORI AMBIENTALI

Fattori che influenzano la suscettibilità allo sviluppo di asma in soggetti predisposti

- Allergeni domestici
 - Acari
 - Allergeni animali
 - Allergeni da scarafaggi
 - Funghi, muffe e lieviti
- Allergeni degli ambienti esterni
 - Pollini

- Funghi, muffe e lieviti
- Sensibilizzanti professionali
- Fumo (passivo e attivo)
- Inquinamento ambientale
- Inquinanti degli ambienti indoor/outdoor
- Infezioni respiratorie
- Ipotesi “igiene”
- Infezioni parassitarie
- Condizioni socio-economiche
- Dimensioni del nucleo familiare
- Alimentazione e farmaci
- Obesità

Fattori che scatenano riacutizzazioni asmatiche e/o determinano la persistenza della sintomatologia

- Allergeni degli ambienti interni ed esterni (s.v. sopra)
- Inquinanti degli ambienti interni ed esterni
- Infezioni respiratorie
- Sforzo fisico ed iperventilazione
- Clima
- Anidride solforosa
- Alimenti, additivi alimentari e farmaci
- Emozioni intense
- Fumo di tabacco (passivo ed attivo)
- Inquinanti aerei come spray, esalazioni di vernici

Asma professionale

L'asma è la patologia respiratoria professionale più comune nei Paesi industrializzati ed è definita come “asma-causato dall'esposizione ad agenti presenti nell'ambiente di lavoro”.

Si stima che in circa il 9% dei casi di asma nell'adulto, comprendendo sia i casi di nuova insorgenza, sia gli aggravamenti di asma preesistente, vi sia una relazione con l'attività lavorativa. Più di 300 sostanze sono state descritte come agenti eziologici di asma professionale. Gli isocianati e la farina sembrano essere i più comuni fattori etiologici. Negli anni recenti anche il lattice è divenuto un'importante causa di asma professionale, pertanto, al momento attuale, i lavoratori a più alto rischio sono verniciatori, panettieri e operatori sanitari. Il trattamento farmacologico è identico al trattamento per le altre forme di asma, ma non può sostituire una rigorosa prevenzione dell'esposizione ambientale.

La prevenzione primaria sull'ambiente è sicuramente la misura più importante, e riguarda l'eliminazione o la riduzione dell'esposizione, mediante sostituzione degli agenti a maggior potere asmogeno, adozione di metodologie di lavorazione “protette”, utilizzo di presidi individuali efficaci (maschere ecc), la messa in atto di adeguate misure di controllo ambientale. La prevenzione secondaria, tramite la sorveglianza sanitaria, è finalizzata ad identificare i soggetti a rischio dotati di una particolare suscettibilità individuale e/o i segni preclinici di malattia. Mentre le misure di prevenzione terziaria hanno lo scopo di individuare i soggetti in uno stadio precoce di malattia, per limitare le conseguenze della malattia.

L'asma professionale è strettamente associata alla rinite professionale: la prevalenza di rinite nei soggetti con asma professionale è del 76-92% e spesso i sintomi di rinite precedono l'insorgenza dell'asma. Per questo, la rinite professionale può essere considerata come un marker della probabilità di sviluppare asma professionale.

BOX: Le malattie respiratorie in Europa ed in Italia

Prof. Giovanni Viegi, Istituto di Fisiologia Clinica CNR (Pisa), President of European Respiratory Society

Il 2005 è stato un anno importante per gli pneumologi ed i pazienti affetti da malattie respiratorie croniche. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), con il rapporto sulle principali malattie croniche e la serie di articoli pubblicata dalla rivista *The Lancet*, ha richiamato l'attenzione sul fatto che le principali malattie croniche (cardiovascolari, tumorali, respiratorie) hanno causato nel 2005 una quota importante di mortalità (35 milioni) e di Disability Adjusted Life Years (DALYs) (725 milioni), particolarmente nei paesi in via di sviluppo, ed ha proposto uno sforzo straordinario di prevenzione con l'obiettivo di ridurre del 2% all'anno la mortalità per tali malattie, riuscendo quindi a salvare la vita di 36 milioni di persone entro l'anno 2015. Quindi, sarebbe giusto che la lotta alle malattie croniche diventasse uno dei Millennium Development Goal. Inoltre, il Dipartimento Chronic Diseases and Health Promotion dell'OMS di Ginevra ha coordinato la fase di costituzione della Global Alliance against chronic Respiratory Diseases (GARD), un'alleanza di OMS, società scientifiche respiratorie (tra cui ERS), allergologiche e di medicina generale, associazioni di pazienti, enti governativi. La visione è quella di un mondo dove tutti possano respirare liberamente. La missione è ridurre il carico globale di malattie respiratorie croniche (CRD). Gli obiettivi, attraverso un approccio complessivo alla lotta contro le CRD, sono: sviluppare standard di raccolta dei dati su CRD e fattori di rischio; incoraggiare i governi a sviluppare la prevenzione: fare raccomandazioni di semplici strategie di gestione delle

CRD. E' motivo di soddisfazione registrare tra i componenti del GARD la presenza di organizzazioni ed enti italiani: CCM- Ministero Salute, AIMAR, INMM-CNR, IRCCS San Raffaele.

L'ERS si è ancora più consolidata come punto di riferimento scientifico ed educativo per gli pneumologi europei ed extraeuropei. Il Congresso Annuale, dove vengono presentate le più recenti scoperte scientifiche, ha raggiunto la cifra di 17 mila partecipanti a Copenhagen. Il Comitato esecutivo vede la partecipazione di molti esperti italiani. Oltre al Presidente Giovanni Viegi (Pisa), gli altri componenti italiani sono: Leonardo Fabbri (Modena), Vice-Presidente: Andrea Rossi (Bergamo), Responsabile del Comitato Scientifico e del Programma Congressuale; Francesco Blasi (Milano), Responsabile della Sezione di Infezioni Respiratorie; Isabella Annesi (Parigi), Responsabile della Sezione di Epidemiologia e Medicina del Lavoro. Tra le attività scientifiche di rilievo nel 2005, va segnalata la pubblicazione dei risultati della Task Force sulla standardizzazione della spirometria. Ciò si inserisce in un'attività di diffusione dell'uso di tale test, essenziale per la diagnosi delle patologie ostruttive come l'asma e la bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO). La Scuola dell'ERS, oltre ad organizzare eventi congressuali ed extracongressuali, ha lanciato una nuova rivista di aggiornamento "Breathe". L'ERS è molto impegnata anche nelle attività di "advocacy", in particolare nel controllo del tabacco e nelle politiche ambientali. Il 2 giugno, a Lussemburgo, ha co-organizzato l'importante Convegno "Smoke free Europe 2005", cui hanno partecipato 10 rappresentanti dei ministeri della salute di paesi dell'Unione Europea che avevano introdotto legislazioni di protezione dei non-fumatori negli ambienti pubblici al chiuso o che stavano per farlo. Il Ministro della Salute Italiano ha ricordato la storia ed i dettagli della Legge italiana "di tutela della salute dei non fumatori" del 16 gennaio 2003, n. 3, Articolo 51, a cui successivamente si sono ispirati anche i governi di altri Paesi europei, come quello svedese. Un'altra importante attività di advocacy svolta dall'ERS è stata la campagna per l'inclusione delle malattie respiratorie tra quelle citate nel capitolo "ricerca traslazionale" del 7° Programma Quadro della Ricerca dell'Unione Europea. Infine, sono da segnalare le importanti iniziative internazionali legate rispettivamente alla produzione di linee guida per la BPCO e l'Asma: Linee guida GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - <http://www.goldcopd.it/>) e Linee guida GINA (Global Initiative for Asthma - <http://www.ginasma.it/>).

2.1.4 Apparato digerente

Le malattie dell'apparato digerente ed epatobiliare

In collaborazione con la Federazione Italiana Malattie dell'Apparato Digerente (FIMAD)

Una profonda evoluzione ha caratterizzato l'ambito delle malattie dell'apparato digerente ed epatobiliare in questi anni a causa dei notevoli progressi delle metodiche diagnostiche e terapeutiche.

L'impiego di nuovi farmaci, frutto delle tecnologie più avanzate, ha modificato l'approccio terapeutico e la prognosi di molte malattie, soprattutto delle epatiti croniche ad etiologia virale, delle malattie infiammatorie croniche intestinali e di molte neoplasie dell'apparato digerente.

Inoltre, l'applicazione nella pratica clinica dei progressi nel campo della endoscopia e della ecografia determina il passaggio sempre più frequente da interventi ad addome aperto ad interventi meno invasivi, con i quali sempre più numerosi pazienti vengono sottoposti a veri e propri atti chirurgici per via endoscopica endoluminale, per via ecografia transparetiale o per via ecoendoscopica.

A tale aspetto conseguono rimodulazioni delle modalità organizzative di offerta del servizio che determinano:

- riduzione della mortalità;
- riduzione dei ricoveri ordinari a favore di un incremento dell'attività di Day Hospital, Day Surgery e ambulatoriale;
- riduzione delle giornate di degenza correlate;
- aumento dei benefici per il paziente e per i familiari (minore permanenza in ospedale, riduzione stress psicologico pre-post operatorio, ecc);
- aumento dell'appropriatezza e conseguente riduzione dei costi.

Occorre sottolineare che tali interventi rappresentano un impegno di risorse meno costoso rispetto all'atto chirurgico vero e proprio, ma nella maggior parte dei casi sono correlati ad una remunerazione inferiore rispetto ai relativi costi effettivamente sostenuti.

Le malattie dell'apparato digerente ed epatobiliare non riguardano esclusivamente gli aspetti di diagnosi e cura ma anche quelli legati alla prevenzione primaria e secondaria.

Infatti, si sta affermando in questi anni, seppur in maniera disomogenea sul territorio, lo screening del cancro del colon-retto, il terzo grande screening italiano sulle malattie neoplastiche che coinvolge fundamentalmente le Unità Operative di Gastroenterologia ed i servizi di Endoscopia digestiva.

Ricordiamo che il cancro del colon-retto a partire dal 1990 è diventato nel nostro Paese il secondo tumore per incidenza in entrambi i sessi, nella donna dopo quello alla mammella, nell'uomo dopo il cancro al polmone ed è anche la seconda causa di decesso per cancro in entrambi i sessi (dati ISTAT).

Nell'anno 2003 le malattie gastroenteriche ed epatobiliopancreatiche (MDC 6/7) hanno rappresentato la prima causa di ricovero in Italia; sono stati, infatti, 1.557.136 i ricoveri in regime ordinario e day hospital, pari al 12,16% dei ricoveri nazionali.

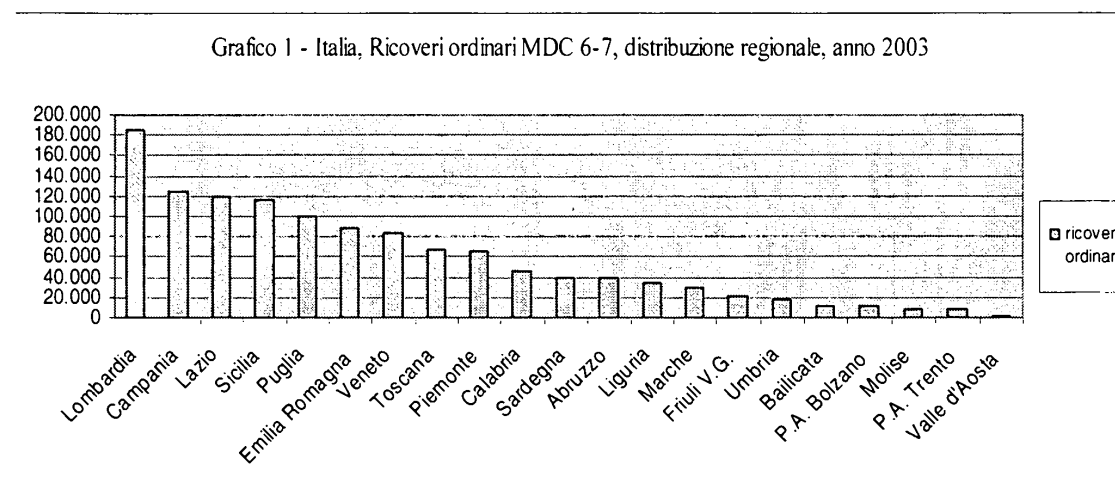
Per il medesimo anno i ricoveri ordinari sono stati pari a 1.222.167 (pari a circa il 78%), mentre quelli in Day Hospital a 334.969 (pari a circa il 22%)

Il trend dei ricoveri delle malattie in oggetto, tra gli anni 2002-2003 ha visto una diminuzione globale dei ricoveri di circa il 3% mentre i ricoveri in regime di Day Hospital sono aumentati del 12,2% circa (*Tab. 1*).

Tab. 1

	2002		2003		variazione '03-'02	
	numero	%	numero	%	numero	%
Ricoveri totali MDC 67	1.604.055	100	1.557.136	100	-46.919	-2,93
Ricoveri ordinari MDC 67	1.305.434	81,4	1.222.167	78,5	-83.267	-6,38
Ricoveri d.h. MDC 67	298.621	18,6	334.969	21,5	36.348	12,17

La distribuzione dei ricoveri ordinari nelle diverse regioni italiane è illustrata nel *Grafico 1* :



Dall'analisi dei primi 30 DRG relativi ai ricoveri ordinari emerge che circa il 30% è rappresentato dai primi 4 DRG:

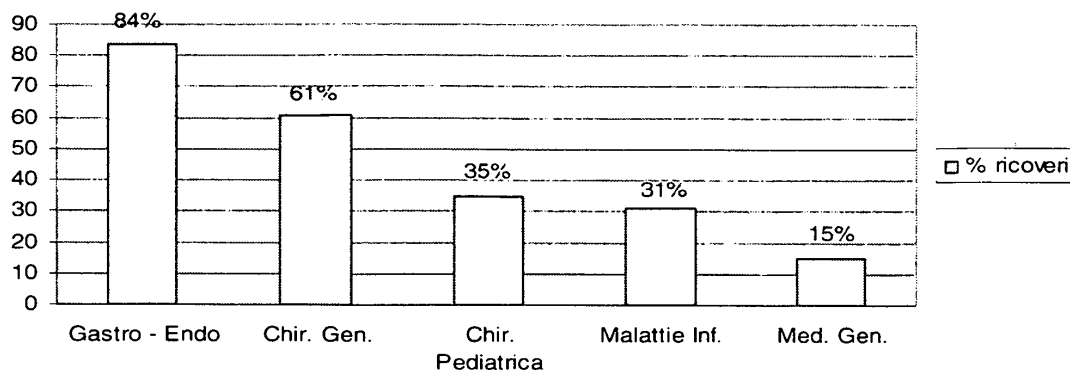
- DRG 183 Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza cc (11%)
- DRG 162 Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza cc (7%)
- DRG 184 Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni (7%)
- DRG 198 Colecistectomia senza esplorazione del dotto biliare comune, senza cc (6%)

mentre il 50% dai primi 9; la durata media della degenza totale è pari a 7,4 giornate con un peso medio di 1,2.

Infine, nell'ambito dei ricoveri in regime di Day Hospital (pari a circa il 20% dei totali, come già detto) si è registrata una complessità pari a 0,86 punti DRG, di cui il 70% circa risulta afferente a DRG di tipo Medico con un peso medio pari a 0,88 e la restante parte a DRG di tipo Chirurgico che presentano un peso medio pari a 0,82.

Le patologie dell'apparato digerente ed epatobiliare rappresentano l'84% dei ricoveri nei reparti di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva. Altrettanto elevate appaiono le percentuali per ricoveri in reparti di Chirurgia Generale (61%), Chirurgia Pediatrica (35%), Malattie Infettive (31%), Medicina Generale (15%) (*Grafico2*).

Grafico 2 - % ricoveri MDC 6-7 nelle diverse UU.OO.



Inoltre, nel 2003, si sono registrati circa 80.000 casi di tumori maligni dell'apparato digerente.

I ricoveri con diagnosi principale di cancro del colon-retto sono stati circa 50.000, mentre quelli motivati da un cancro del fegato circa 25.000 e dello stomaco circa 13.000.

Le degenze medie più elevate si riscontrano per i ricoveri dovuti a tumori, in particolare per i tumori allo stomaco (16,7 giorni) e quelli all'intestino (15,9 giorni).

Le malattie gastroenteriche ed epatobiliopancreatiche (inclusi i tumori dell'apparato digerente: esofago, stomaco, pancreas, intestino, fegato, dotti biliari, colon, retto, peritoneo, altro) provocano il 14,7% dei decessi totali e il 34,7% di quelli per tumore: di particolare rilevanza appaiono le percentuali di decessi attribuiti ai tumori allo stomaco. Secondo i risultati del censimento condotto dalla Società Italiana di Endoscopia Digestiva (SIED), nel 2001 sono state eseguite 1.600.479 endoscopie, di cui 1.444.414 diagnostiche e 156.065 terapeutiche. Tra queste le endoscopie operative bilio-pancreatiche sono state 48.967.

In media sono state eseguite in ciascun centro di Endoscopia Digestiva 3.119 endoscopie diagnostiche e 231 endoscopie terapeutiche.

L'Endoscopia terapeutica più frequente eseguita è stata l'asportazione di lesioni polipoidi del retto-colon (57.888 polipectomie), seguita dalla emostasi endoscopica a livello esofago, stomaco, duodeno e colon (23.766 endoscopie in emergenza urgenza).

I pazienti ambulatoriali sottoposti a endoscopia digestiva sono stati il 61,6% del totale. Proprio per questo, nella maggior parte dei casi è stato possibile effettuare la diagnosi e la terapia senza dover ricorrere ad un ricovero ospedaliero.

Inoltre, si ricorda l'attività riabilitativa (erogata anche a livello domiciliare) rivolta ai cosiddetti "invalidi digestivi": pazienti sottoposti a gravi interventi mutilanti o affetti da malattie croniche che richiedono un'accurata ricerca dei nuovi assetti anatomici e funzionali creati dall'evento invalidante. In relazione a tale categoria di pazienti l'obiettivo è quello di impostare e sviluppare programmi di intervento per la correzione, il potenziamento o la sostituzione di funzioni lese e favorire, in tal modo, il massimo recupero personale, familiare e sociale dei pazienti.

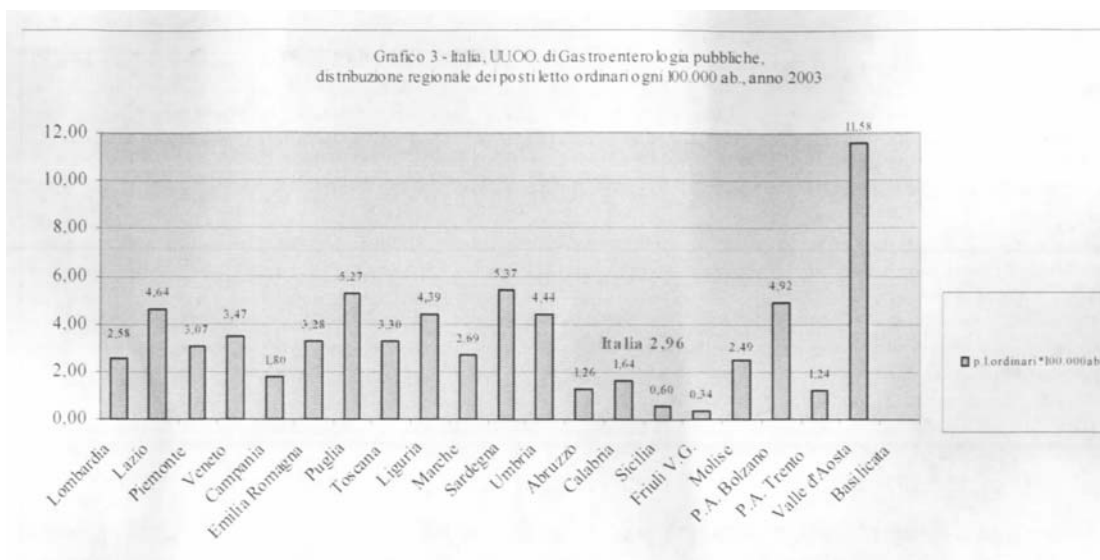
In tale contesto la Gastroenterologia è la disciplina che principalmente affronta le problematiche dell'apparato digerente nella sua totalità sotto i molteplici aspetti dello studio, della ricerca, dell'insegnamento, della prevenzione, dell'assistenza e della riabilitazione.

Questi compiti vengono assolti con il supporto fondamentale delle conoscenze professionali specialistiche, delle metodiche diagnostiche e terapeutiche dell'Endoscopia Digestiva. Le tecniche strumentali di indagine fisiopatologia e l'ultrasonografia completano l'entità clinica della disciplina.

Per quanto riguarda i dati di offerta si rileva che in Italia sono presenti 102 Unità Operative di Gastroenterologia afferenti a strutture pubbliche a cui corrispondono 1.944 posti letto totali.

In queste strutture sono attivati 1.694 posti letto ordinari (pari a circa l'87% del totale) e 250 posti letto in Day Hospital (pari a circa il 13% dei posti letto totali vs 9,7% nazionale).

I posti letto ordinari ogni 100.000 abitanti sono in media 2,96 con forti differenze regionali (Sicilia: 0,6 vs Puglia: 5,27) (Grafico 3).



In tali UU.OO. vengono effettuati circa 60.000 ricoveri ordinari, con una degenza media di 8,25 giornate ed un tasso di occupazione di circa l'80%.

I ricoveri ogni 1.000 abitanti risultano essere pari a 1,04 con forti differenze regionali (Sicilia: 0,19 vs Puglia: 2,34).

I ricoveri ordinari delle UU.OO. di Gastroenterologia assorbono circa l'8 % di tutti i ricoveri ordinari medici dell'MDC 6/7.

Nell'attuale organizzazione sanitaria, il ruolo della Gastroenterologia appare di gran lunga inferiore alla necessità del Paese e non viene neppure esaurito in termini numerici dalle altre realtà sanitarie, quali le divisioni Mediche e Chirurgiche.

Dopo il nascere, intorno agli anni '70, di alcuni ben qualificati centri di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, nei decenni successivi si è, in effetti, manifestato un brusco rallentamento nella creazione di tali strutture specializzate. Solo da qualche anno la necessità di rispondere alle esigenze di medicina specialistica gastroenterologica e di endoscopia digestiva ha imposto la diffusione di tale disciplina.

Sarebbe auspicabile creare in tempi brevi una "rete di servizi" di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva diffusa su tutto il territorio nazionale, con compiti non solo diagnostico-terapeutici, ma anche di prevenzione primaria e secondaria.

2.1.5 Allergologia, immunologia clinica e reumatologia

Le allergie

Le malattie allergiche hanno subito negli ultimi decenni un notevole e costante incremento soprattutto nei paesi industrializzati.

Numerosi studi epidemiologici hanno evidenziato che attualmente soffre di allergia circa il 20% della popolazione generale e che tende ad essere interessata, con sempre maggior frequenza, la prima età della vita.

Lo studio Sidria-2 riferisce anche nei bambini di età compresa tra i 6 e 7 anni e negli adolescenti di età compresa tra i 13 e 14 anni un aumento della rinite allergica e dell'eczema.

I meccanismi biologici che danno luogo alle allergie sono complessi e le manifestazioni cliniche derivano, in definitiva, da interazioni tra il patrimonio genetico, da cui dipende la condizione di predisposizione, e fattori ambientali, che agiscono come fattori scatenanti. Appare, quindi, evidente che i meccanismi responsabili dell'allergia sono molto articolati e che eventuali interventi di prevenzione su di essi possono e devono avvenire a diversi livelli.

Esempi di malattie allergiche più diffuse, dovute a reazioni a sostanze inalate, al veleno di Imenotteri, ad alcuni farmaci e alimenti sono costituiti da asma, rinite, orticaria e dermatiti.

Le malattie allergiche alterano la qualità della vita e soprattutto hanno un elevato impatto socio-economico per l'alto costo gestionale in termini di spesa farmaceutica e di perdita di giorni di lavoro o scuola. Pertanto, appare quanto mai necessaria la messa in opera di misure in grado di contrastare questa "avanzata" delle malattie allergiche, non soltanto mediante lo sviluppo di nuovi farmaci per la cura dei pazienti, ma anche, e soprattutto, attraverso strategie di prevenzione che impediscano ad un numero sempre maggiore di persone di diventare allergiche. È stato dimostrato che vi è una base genetica dell'allergia. È possibile, infatti, identificare già nelle prime settimane di vita alcuni individui "a rischio" per lo sviluppo futuro di allergia.

I neonati a rischio di sviluppo di malattie allergiche sono quelli con almeno un parente di primo grado (genitore o fratello) con malattia allergica documentata. Questo dato identifica una popolazione a rischio di malattia allergica a cui dovrebbero essere applicati i programmi di prevenzione. Va tuttavia ricordato che esiste un aumento delle malattie allergiche, anche soprattutto nella popolazione in generale senza familiarità atopica. E' indispensabile pertanto individuare delle misure di prevenzione efficaci anche per tali soggetti: c'è una finestra critica nei primi sei mesi di vita dove il rischio di sensibilizzazione è aumentato.

Per ottenere risultati ottimali gli interventi di prevenzione devono essere applicati in un'epoca precoce della vita, probabilmente già in età neonatale.

L'allergia alimentare è spesso il primo sintomo di malattia allergica. bambini che producono anticorpi IgE verso allergeni alimentari spesso sviluppano successivamente anticorpi IgE ad allergeni inalatori e possono manifestare rinite allergica e asma.

Uno strumento "naturale" che sembra essere efficace nella prevenzione delle allergie è rappresentato dall'allattamento al seno. Alcuni studi infatti portano a concludere che i neonati allattati al seno, per un periodo di 4-6 mesi presenterebbero un rischio significativamente minore di sviluppare allergia nel corso dei primi anni di vita rispetto a quelli il cui allattamento ha avuto una durata inferiore.

L'effetto protettivo del latte materno nella prevenzione dell'allergia alimentare potrebbe essere dovuto alla scarsa quantità di proteine alimentari che verrebbero trasferite al bambino e agli anticorpi presenti nel latte materno che avrebbero la capacità di modulare risposte immunologiche insieme ad altri componenti con proprietà antinfiammatorie e di difesa.

E' fondamentale ricordare poi che il raggiungimento della diagnosi di Allergia Alimentare è particolarmente importante per una prevenzione secondaria. Infatti, riconoscere l'allergia alimentare e diagnosticarla correttamente con gli opportuni test allergologici, permette di identificare quali proteine alimentari sono in grado di determinare la sintomatologia, e quindi quali alimenti devono essere evitati, consentendo, sia nel bambino che nell'adulto, di prevenire nuovi episodi e l'insorgenza di sintomi talora molto gravi.

E' importante che i soggetti allergici consumino pasti sicuri, privi cioè delle proteine alimentari che possono determinare reazioni allergiche anche in minime quantità e seguire sia nella ristorazione privata che pubblica il bambino e l'adulto allergici agli alimenti. Nella ristorazione scolastica, è opportuno che venga attuata la prevenzione attraverso la somministrazione di pasti sicuri, e, nella ristorazione privata, è opportuno che venga esercitato il controllo della sicurezza alimentare anche per gli allergici agli alimenti, che, per minime quantità di alimento "nascosto" e non dichiarato, possono incorrere in sintomi anche molto importanti. L'aiuto che in questo senso ed in molti altri possono dare anche le Associazioni volontarie di pazienti, è fondamentale. Le Associazioni di pazienti allergici ad alimenti (come Food Allergy Italia), in continuo contatto con gli specialisti, possono fornire un ulteriore supporto ed un appoggio a coloro che, per anni o per sempre, devono porre un'attenzione particolare all'alimentazione.

Tra le possibili misure di prevenzione, capaci di ridurre od impedire la comparsa dei sintomi di manifestazioni allergiche, anche a lungo termine vi è l'immunoterapia specifica (ITS).

la ITS in bambini con rinite allergica riduce in molti casi possibilità di comparsa di asma in età più avanzata rispetto ai non vaccinati. La immunoterapia specifica è in grado di prevenire le reazioni allergiche anche per molti anni dopo la sospensione del trattamento. Sino ad oggi non ci sono evidenze certe sull'efficacia dell'ITS nelle allergie alimentari, nelle dermatiti allergiche e nelle allergie a farmaci.

Può essere invece molto utile nella prevenzione terziaria delle allergie da allergeni inalanti (pollini, derivati dermici di animali, acari della polvere, etc.) ed in particolare da punture di imenotteri (api, vespe e calabroni).

E' stata segnalata una associazione di comparsa di allergie con deficit selettivo di IgA in rino-congiuntiviti, orticaria, eczema atopico, allergie alimentari e asma bronchiale.

Un recente documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha classificato, sulla base delle evidenze disponibili, i provvedimenti da attuare in riferimento al fumo attivo e passivo e agli irritanti aerodispersi, all'ambiente domestico, all'esposizione agli allergeni, alla dieta ed altri fattori ambientali.

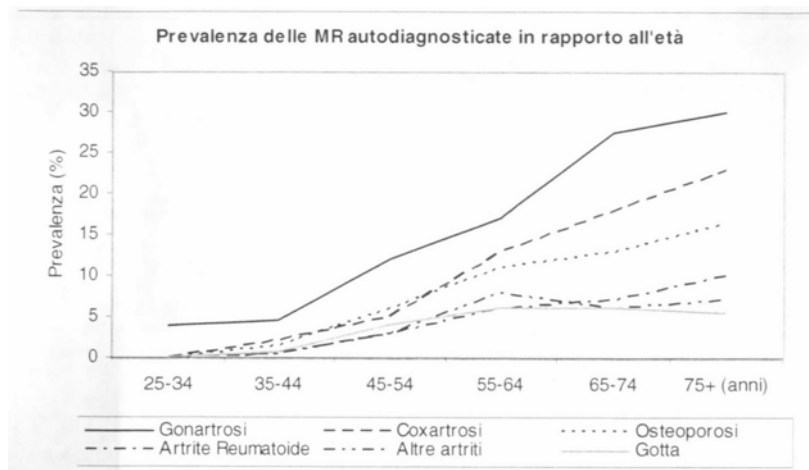
In considerazione della base genetica su cui poggia la manifestazione allergica le prospettive future sono di una prevenzione necessariamente personalizzata ed individualizzata.

Si rileva inoltre un incremento delle manifestazioni cliniche da allergia da allergia a farmaci determinate dal loro maggior consumo e abuso.

Le malattie reumatiche ed osteoarticolari

In collaborazione con la Società Italiana di Reumatologia

L'Organizzazione Mondiale della Sanità indica le malattie reumatiche - artrosi, osteoporosi, lombalgie e reumatismi infiammatori - come la prima causa di dolore e disabilità in Europa e ricorda che queste, da sole, rappresentano la metà delle malattie croniche che colpiscono la popolazione al di sopra di 65 anni. Tale dimensione è peraltro certamente destinata ad aumentare in un prossimo futuro, quando si consideri l'andamento delle prevalenze delle diverse malattie in



rapporto all'età ed il progressivo invecchiamento della popolazione (fig. 1).

Le malattie reumatiche comprendono forme ad alta prevalenza e bassa aggressività e forme meno frequenti ad alta morbilità: tra le prime si annoverano l'artrosi, la lombalgia e l'osteoporosi, mentre fanno parte delle seconde le artriti, le connettiviti e le vasculiti. In ogni caso tutte le malattie reumatiche sono cronicamente evolutive, ma nel caso delle artriti, in ragione della loro

aggressività, è di fondamentale importanza formulare una diagnosi precoce onde impostare al più presto una terapia medica mirante a limitare l'evoluzione di un danno strutturale che può divenire irreversibile. Si deve peraltro ricordare che sono invece le malattie a più alta prevalenza, l'artrosi e l'osteoporosi, quelle che più risentono dell'invecchiamento della popolazione e per queste diventa quindi di fondamentale importanza perseguire l'obiettivo di una prevenzione primaria mirata a ridurre i fattori di rischio del soggetto fin dalla giovane età.

Gli studi epidemiologici sulla popolazione italiana sono pochi e i risultati sono profondamente condizionati dalle metodiche di indagine utilizzate. La recente pubblicazione del "MAPPING study" ci ha fornito le reali dimensioni delle malattie reumatiche a carattere infiammatorio, dell'artrosi, della lombalgia e dei reumatismi abarticolari. Le diagnosi, in questo caso, sono state validate dallo specialista reumatologo sulla base di criteri classificativi riconosciuti dalle società scientifiche internazionali e le prevalenze riscontrate sono inferiori a quanto rilevato dall'Istat - Istituto nazionale di statistica sulla base di una diagnosi riferita dal soggetto intervistato. Nel primo caso, infatti, con riferimento all'anno 2004, il 26,7% della popolazione di età superiore a 18 anni sarebbe affetto da una malattia reumatica e, in particolare, l'8,9% da artrosi, l'8,8% da reumatismi abarticolari, il 5,9% da lombalgia e il 3,1% da una forma artritica; i dati Istat dell'Indagine Multiscopo sulle Famiglie riportano, invece, una prevalenza di artrosi del 18,4% e di lombalgia del 7,8% nell'anno 2000. Tali differenze trovano ragione nel fatto che la persona intervistata confonde le diverse manifestazioni reumatiche e inquadra come artrosi anche malattie in realtà diverse. Viceversa i dati Istat riferiti alla prevalenza dell'osteoporosi risultano inferiori rispetto quanto rilevato in ambito scientifico: circa il 28% della popolazione dopo i 60 anni e circa 42% della popolazione dopo i 70 anni sarebbe, infatti, affetto dalla malattia secondo lo studio ESOPO, contrariamente ai rilievi Istat dove tali percentuali si abbassano a circa il 20% degli intervistati di età superiore a 60 anni ed al 28% dopo i 70 anni. In questo caso la discrepanza si spiega con il fatto che la malattia è quasi sempre asintomatica e pertanto passa inosservata allo stesso intervistato.

Quando si considerino i dati Istat sulla numerosità della popolazione, affetta da artrosi e artrite in rapporto alla regione di residenza si osserva che tali malattie sono maggiormente rappresentate nelle regioni dell'Italia meridionale ed insulare, mentre nelle regioni del Nord, ad eccezione della Liguria, la prevalenza è inferiore alla media nazionale. Se per la Liguria si può ipotizzare che la maggior prevalenza sia legata ad una età media più elevata, tale giustificazione non può essere adottata per le regioni del sud Italia laddove il fenomeno trova una verosimile spiegazione in una diversa percezione dello stato di salute in rapporto alle diverse qualità della vita. In alternativa bisognerebbe ammettere un inquinamento dei dati a seguito di diagnosi formulate in maniera erronea, sopra o sotto stimate in quanto derivanti da punti di osservazione diversi: reumatologi, fisiatristi, ortopedici e medici di medicina generale. In queste stesse regioni, peraltro, la prevalenza delle malattie reumatiche sembrerebbe essere in rapida crescita quando si consideri che nel periodo 2000-2003 si è osservata una crescita del 15-20% a fronte di una crescita media di circa il 3%. Sempre sulla base dei dati Istat, anche l'osteoporosi sembra aver subito uno stupefacente aumento di quasi il 45% nel triennio in esame: ancora una volta le variazioni maggiori si osservano nell'Italia meridionale ed insulare, con una crescita pari rispettivamente a 64% e 66%. Considerando che in queste regioni l'età media della popolazione non supera quella nazionale è possibile attribuire questi aumenti ad un miglioramento della capacità diagnostica conseguente all'acquisizione degli strumenti di indagine utilizzati per la valutazione epidemiologica in ambito scientifico.

Oltre che per la numerosità le malattie reumatiche assumono una primaria importanza per i costi sociali che comportano: sulla base degli studi sui costi di malattia eseguiti in Italia è, infatti, dimostrato che i costi diretti per paziente per anno, attualizzati al 2005, ammontano per la gonartrosi a € 1.070 e per l'artrite reumatoide a € 4.400 mentre i costi indiretti sfiorano € 2.500 per la gonartrosi e raggiungono i € 12.500 per l'artrite reumatoide. È interessante osservare che, nella gestione della propria malattia, il paziente deve sobbarcarsi una spesa che si avvicina al 30% dei costi diretti.

Sulla base delle diverse prevalenze e costi la distinzione tra forme a "bassa prevalenza / alta morbilità" e "alta prevalenza / ridotta aggressività" assume particolare importanza allorché si debba programmare l'assistenza sanitaria e governare la spesa farmaceutica. In questo senso si sono utilizzate, in ambito di medicina generale, la Nota AIFA 66 concernente la prescrivibilità dei FANS non selettivi e dei coxib per la gestione del dolore e dell'infiammazione e la Nota AIFA 79 per la profilassi dell'osteoporosi, mentre l'utilizzo dei farmaci biologici è stato delegato ai soli Centri abilitati dalle Regioni in ragione di una comprovata capacità scientifica ed assistenziale. Tali interventi sembrano aver raggiunto l'obiettivo quantomeno per la commercializzazione degli antinfiammatori quando si consideri che, nel 2005, alla riduzione del 60,3% dei consumi di coxib, conseguente alle ben note vicende sulla tollerabilità di questa classe di farmaci, ha corrisposto un aumento del solo 6,6% delle vendite dei FANS non selettivi. Per contro non si è osservato un altrettanto soddisfacente controllo della vendita di farmaci ad altissimo costo come i biologici anti-TNF per i quali, anzi, si sono aperti nuovi campi di utilizzo, così come un consistente aumento di spesa, pari al 27%, si è anche osservato per i bifosfonati.

Un argomento che merita particolare attenzione nell'ambito delle malattie reumatiche ed osteoarticolari è la protesizzazione, che nel periodo 2001-2003 ha subito un incremento del 17%, talché alla fine del triennio il numero globale di protesi applicate si avvicinava alle 120.000. Le protesi di anca, da sole, rappresentano più della metà degli interventi, ma sono le protesi di ginocchio quelle che sono maggiormente aumentate, con un incremento di circa il 34%.

anno	protesi di anca	protesi di ginocchio	protesi di altre artic.	totale protesi	totale artrotomie	% rипrotesi
2001	71591	27959	2159	101709	1305	1,28%
2002	75777	32485	2389	110651	1301	1,18%
2003	78429	37702	2606	118737	1169	0,98%

Particolare interessante è che negli stessi anni si è ridotto il numero di artrotomie resesi necessarie per la rimozione di protesi mal funzionanti o infette: la percentuale di questi interventi, infatti, rapportata

al numero totale di protesi applicate si è ridotto dall'1,28% allo 0,98%, a dimostrazione di un miglioramento della qualità dell'assistenza erogata (tab. 1). In merito a queste rilevazioni si deve peraltro notare che non sono disponibili attualmente dati recenti neppure per la protesi d'anca che pur rappresenta l'intervento più frequente e nonostante l'Istituto Superiore di Sanità avesse cercato di istituire un "Registro nazionale degli interventi di protesi d'anca" che avrebbe consentito di monitorare l'efficacia dell'intervento e le reali dimensioni della richiesta dell'utenza.

Per quanto concerne l'impatto che le malattie reumatiche ed osteoarticolari hanno con l'attività lavorativa della popolazione non stupisce il riscontro di una maggiore prevalenza tra le persone ritirate dal lavoro, perché è ben noto che queste malattie sono la prima causa di disabilità, così come è evidente la correlazione tra età, malattia e pensionamento. La correlazione negativa tra frequenza di malattia, condizione socio-economica e il livello culturale, frequentemente segnalata in letteratura, anche in questi casi deve essere interpretata come la ridotta possibilità che hanno i soggetti meno abbienti a mettere in pratica interventi di prevenzione e di educazione sanitari oppure l'impossibilità ad accedere a programmi di cura che ancora oggi richiedono un notevole contributo di spesa da parte del singolo paziente.

2.1.6 Oncologia

I tumori: epidemiologia e importanza della diffusione dello screening oncologico

I tumori in Italia

Si stima che ogni anno vengano diagnosticati tra i residenti in Italia oltre 250.000 nuovi casi di tumore maligno (età 0-84 anni) mentre oltre 160.000 decessi riconoscono un tumore come causa.

Un uomo ogni 3 e una donna ogni 4 hanno la probabilità di sviluppare un tumore nel corso della vita (fra 0 e 74 anni) mentre la probabilità di morire per tumore nello stesso periodo riguarda 1 uomo ogni 6 e una donna ogni 11.

Ogni anno vi sono oltre 940.000 ricoveri oncologici in Italia.

Tra i residenti in Italia ci sono quasi 800.000 persone che hanno avuto una diagnosi di tumore nei cinque anni precedenti e sono ancora in vita.

La sopravvivenza a 5 anni per il complesso dei tumori (esclusi i tumori cutanei diversi dal melanoma) è del 47% fra gli uomini e del 60% fra le donne.

Principali fenomeni in corso

Sono in aumento le diagnosi tumorali sia negli uomini che nelle donne. Questo incremento è amplificato dal crescente invecchiamento della popolazione.

La mortalità per il complesso dei tumori è in riduzione.

Tra gli uomini si osserva un aumento rilevante dei casi di tumore della prostata per l'attività di diagnosi indotta dalla diffusione del PSA, mentre sono in riduzione sia le diagnosi che i decessi per tumore del polmone.

Nel sesso femminile sono in aumento nuovi casi e i decessi per tumore del polmone.

Sono presenti differenze geografiche nel nostro Paese con valori di incidenza e mortalità maggiori al Centro-Nord ma il quadro diventa sempre più uniforme. La sopravvivenza per tumori aumenta nel corso del tempo.

Quanti sono i nuovi casi di tumore in Italia

Si stima che in Italia vengano diagnosticati nel corso del 2006 oltre 250.000 nuovi casi di tumore maligno invasivo in soggetti di età 0-84 anni, in particolare 132.747 fra gli uomini e 120.233 fra le donne.

In Italia esiste una rete per il monitoraggio delle nuove diagnosi tumorali nella popolazione residente, questa rete è costituita dai Registri Tumori che appartengono all'Associazione Italiana Registri Tumore (AIRTum). Attualmente Registri Tumori sono presenti in circa il 26% del territorio nazionale, prevalentemente del Centro e Nord Italia, un'area complessiva dove vivono quasi 15.000.000 di cittadini.

Sulla base dei più recenti dati dell'AIRTum prodotti in collaborazione con il CCM del Ministero della Salute i cinque tumori più frequentemente diagnosticati sono risultati, tra gli uomini, i tumori della cute diversi dal melanoma (pari al 15.2% del totale delle diagnosi tumorali), il tumore della prostata (14.4%), il tumore del polmone (14.2%), il tumore della vescica (9.0%) e quello del colon (7.7%); mentre tra le donne, il tumore della mammella (24.9%), i tumori cutanei diversi dal melanoma (14.8%), il tumore del colon (8.2%), il tumore del polmone (4.6%) e quello dello stomaco (4.5%).

Negli ultimi dieci anni l'ordine di frequenza dei tumori si è modificato sostanzialmente soprattutto fra gli uomini dove si segnala una forte crescita del tumore della prostata, legata all'introduzione e alla diffusione del test per la ricerca dell'Antigene Prostatico Specifico (PSA) nella popolazione che è avvenuta in Italia a partire dai primi anni '90 e che ha portato in pochi anni ad un raddoppio delle diagnosi di questo tumore, divenuto il tumore più frequente negli uomini, dopo i tumori della cute non melanomatosi. Al suo primato ha contribuito anche la riduzione ormai stabile e costante dell'incidenza del tumore del polmone negli uomini legata al cambiamento delle abitudini al fumo di tabacco. Per l'Italia, i dati ISTAT delle indagini Multiscopo (www.istat.it) indicano, anche in tempi recenti, un andamento diverso tra i due sessi nell'abitudine al fumo di tabacco; infatti la proporzione di fumatori (standardizzata per età) era nel 1995 del 31.9% fra i maschi e 17.2% fra le femmine, mentre nel 2004 erano diventate rispettivamente del 27.7% e del 17.6%. Si conferma quindi una tendenza costante alla riduzione dei fumatori fra gli uomini con un andamento sostanzialmente stabile, se non in aumento, tra le donne. Questi cambiamenti sono alla base della riduzione dell'incidenza e della mortalità per tumore del polmone e degli altri tumori fumo correlati, negli uomini e un incremento nelle donne.¹

Il tumore della mammella si conferma il tumore di gran lunga più frequente tra le donne rappresentando un quarto di tutti i tumori diagnosticati. Il tumore della mammella mostra un andamento in crescita nel tempo delle diagnosi di nuovi casi. Questo fenomeno è legato, in parte, alla presenza in Italia di ben 88 programmi di screening mammografico (al 2003) che coinvolgono, secondo i dati del Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (www.gisma.it) circa 1.500.000 donne nella fascia d'età 50-69 anni, soprattutto nel Nord e Centro Italia.

Tumori e fasi della vita

I tumori colpiscono prevalentemente l'età adulto-avanzata. Nelle prime decadi della vita la frequenza della patologia tumorale è dell'ordine, al massimo, di decine di casi ogni anno ogni 100.000 soggetti, intorno ai 40 anni si supera il centinaio di casi e dai sessanta anni si cambia ancora ordine di grandezza superando il migliaio di casi, una frequenza pari a 1-3 casi ogni 100 persone ogni anno. Non solo la frequenza ma anche l'importanza dei diversi tumori cambia nelle diverse fasi della vita. Tra i soggetti più giovani (da 0 a 44 anni), tra cui i tumori sono un evento infrequente seppur importante, viene diagnosticato il 6.7% del totale dei tumori. I tumori più frequenti fra i maschi sono quelli della cute diversi dal melanoma, quelli del testicolo, i linfomi non Hodgkin, i melanomi cutanei e i linfomi di Hodgkin. Tra le donne giovani al primo posto troviamo il tumore della mammella, seguiti dai tumori della cute non melanomatosi, dai tumori della tiroide, dai melanomi cutanei e dai linfomi non Hodgkin.

Tra gli adulti (45-64 anni) è diagnosticato più di un quarto del totale dei tumori. In questa età i tumori più frequenti fra gli uomini sono i tumori cutanei non melanomatosi, il tumore del polmone, quello della prostata, della vescica e del colon. Tra le donne il tumore della mammella, che raggiunge in questa età il suo massimo peso relativo (35.9% del totale dei tumori), seguito dai tumori della cute non melanomatosi, dai tumori del colon, del corpo dell'utero e del polmone.

Il maggior numero di neoplasie (quasi il 65% del totale) viene diagnosticato nei soggetti più anziani (65+ anni). Tra gli uomini il tumore della prostata è al primo posto, seguito dai tumori della cute non melanomatosi, da quelli del polmone, della vescica e del colon. Tra le donne ancora una volta il tumore della mammella è quello più frequentemente diagnosticato, seguito dai tumori della cute non melanomatosi, da quelli del colon, dello stomaco e del polmone.

I principali killer tumorali

In Italia, nel 2002 (ultimi dati resi disponibili dall'Istat <http://www.iss.it/site/mortalita>), vi sono stati 162.201 decessi per causa tumorale, 92.906 tra gli uomini e 69.295 fra le donne. I principali killer per gli uomini sono stati il cancro del polmone (27.6% del totale dei decessi tumorali), quello del colon-retto (11.3%), della prostata (7.6%), dello stomaco (6.7%) e della vescica (4.5%). Per quanto riguarda le donne al primo posto si colloca il tumore della mammella (16.2%) seguito dai tumori del colon-retto (13.8%), da quelli del polmone (9.4%), dello stomaco (6.7%) e del pancreas (6.2%). La mortalità per tumori è modesta prima dei 40 anni, è dell'ordine di centinaia di decessi per anno ogni 100.000 abitanti fra i 50 ed i 65 anni e sopra il migliaio oltre i 70 anni di età.

Il maggior peso proporzionale della mortalità neoplastica si osserva fra i 35 ed i 64 anni dove i tumori sono la prima causa di morte e rappresentano il 44% della mortalità totale nei maschi e il 58% nelle femmine, nelle età più avanzate - sebbene i tumori raggiungano la frequenza in assoluto più elevata in entrambi i sessi - risultano superati per rilevanza dalla patologia cardiocircolatoria.

Qual è il rischio di ammalarsi e di morire per tumore?

Sulla base dei più recenti dati AIRTum è possibile quantificare la probabilità teorica di avere una diagnosi di tumore in un arco della vita che va dalla nascita ai 74 anni.

Per il totale dei tumori questo rischio è pari alla probabilità di una diagnosi di tumore ogni tre uomini e uno ogni quattro donne.

Questa misura evidenzia anche l'importanza delle diverse forme tumorali e permette di quantificare ad esempio che una donna ogni 11 ha la probabilità di ammalarsi per un tumore al seno, una ogni 25 di un tumore cutaneo diverso dal melanoma, una ogni 32 un tumore del colon-retto, una ogni 68 un tumore del corpo dell'utero e una ogni 71 di un tumore del polmone. Per quanto riguarda gli uomini, un uomo ogni 15 avrà la probabilità di ammalarsi di un tumore del polmone o di un tumore della cute diverso dal melanoma, uno ogni 16 di un tumore della prostata, uno ogni 20 un tumore del colon-retto e uno ogni 24 un tumore della vescica urinaria.

Il rischio teorico di morire per tumore, tra 0 e 74 anni, è pari ad un decesso ogni 6 uomini e uno ogni 11 donne. Con le più alte probabilità per il tumore del polmone tra gli uomini (1 decesso ogni 18 uomini) e il tumore della mammella tra le donne (1 decesso ogni 51 donne).

Differenze geografiche

L'insieme dei tumori mostra, di norma, un gradiente decrescente dell'incidenza che va dalle aree del Centro-Nord a quelle del Sud Italia con i tassi più bassi nei Registri Tumori delle aree meridionali. Questo andamento è presente per molte delle principali sedi tumorali come ad esempio la mammella femminile, il colon-retto, lo stomaco, il polmone specialmente per le donne. I risultati di studi di epidemiologia analitica suggeriscono una minor esposizione ai fattori di rischio oncologico e l'esistenza di elementi protettivi (dieta e abitudini alimentari, inquinamento, fumo di tabacco) nelle popolazioni meridionali rispetto a quelle del Centro-Nord Italia. Così come l'incidenza anche la mortalità per tutti i tumori mostra valori più bassi nelle aree del meridione rispetto a quelle centrali e settentrionali. Però nel corso degli ultimi trenta anni si è osservato da un lato una riduzione del differenziale Nord-Sud (agli inizi degli anni '70 i tassi di mortalità per tutti i tumori erano quasi la metà nelle aree del Sud Italia rispetto a quelle del Nord mentre nei primi anni 2000 le differenze si sono notevolmente assottigliate) e dall'altro la flessione della mortalità osservata per la gran parte dei tumori nelle aree del Centro-Nord è risultata più tardiva nelle aree meridionali.

L'effetto di questi due fattori fa sì che il quadro attuale della mortalità per tumori in Italia sia quello di un Paese omogeneo per la maggiore riduzione dei tassi nelle aree del Centro-Nord e per la perdita del vantaggio che nel passato era appannaggio delle aree meridionali.

Andamenti temporali

Nel corso del tempo la composizione della popolazione italiana è progressivamente invecchiata, ad esempio la quota di soggetti ultra sessantacinquenni sul totale dei residenti era pari al 15.5% nel 1991 mentre nel 2005 è del 19.5% (www.istat.it).

Poiché i tumori sono una patologia dell'età adulto-avanzata, il solo invecchiamento della popolazione determina un aumento del numero dei nuovi casi o dei decessi. Per poter fare comparazioni tra anni diversi che non siano influenzate dall'invecchiamento della popolazione è necessario eliminare l'effetto della diversa composizione per età.

Sulla base dei più recenti dati AIRTum si osserva che:

- Le nuove diagnosi di tumori nel loro complesso, misurate con un metodo che permette di escludere l'effetto dell'invecchiamento che si osserva nel tempo nella popolazione, sono in crescita sia tra gli uomini che tra le donne.
- Questo aumento può essere dovuto all'effetto di una aumentata esposizione ai fattori di rischio, per esempio per il tumore del polmone nelle donne, per quello del colon, per il pancreas, il mesotelioma, il tumore del testicolo, i linfomi non Hodgkin, le leucemie. Per altri tumori l'aumento dell'incidenza può dipendere, in parte, dalla diffusione dei programmi di screening e di diagnosi precoce, come per la mammella femminile, la prostata, il melanoma, il colon-retto e la tiroide. Anche lo sviluppo e la diffusione di tecniche di *imaging*, ha

reso più semplice indagare zone anatomiche non direttamente accessibili, per esempio il rene e il sistema nervoso centrale. Bisogna anche considerare la migliorata capacità dei Registri Tumori di raccogliere la casistica di loro pertinenza, come nel caso dei tumori della cute non melanomi.

- Per alcune sedi l'incidenza è in diminuzione, come nel caso del tumore del polmone tra gli uomini, del tumore dello stomaco con un trend in riduzione ormai storico e risultano in riduzione anche i tumori della colecisti e della cervice uterina.
- La mortalità per tutti i tumori, escludendo l'effetto dell'invecchiamento della popolazione, è in riduzione in entrambi i sessi.
- La riduzione complessiva della mortalità è conseguenza della riduzione della mortalità per molti dei principali tumori, quali ad esempio il tumore del polmone tra gli uomini e della mammella tra le donne ma anche del colon-retto, dello stomaco, della vescica, ecc.
- I dati AIRTum indicano un aumento della mortalità nelle donne per il tumore del polmone, del corpo dell'utero e dei linfomi non Hodgkin.
- La crescita complessiva delle nuove diagnosi tumorali è ancora più consistente se si considera anche l'effetto dell'invecchiamento della popolazione così come l'andamento della mortalità per tutti i tumori che, se considerato al lordo dell'invecchiamento della popolazione, è sostanzialmente stabile nel tempo.

Questo fa sì che nell'opinione pubblica l'impressione sia che ci si ammali e si muoia per tumore molto più di quanto in realtà non accada.

Qual è la sopravvivenza per tumore?

E' in corso un progetto condotto dall'AIRTum in collaborazione con il CCM del Ministero della Salute per l'aggiornamento della sopravvivenza dei tumori in Italia.

I nuovi dati preliminari indicano, per il complesso dei tumori (esclusi gli epitelomi della cute) diagnosticati negli anni 1995-1999 una sopravvivenza a 5 anni del 53%, rispettivamente del 47% per gli uomini e del 60% per le donne.

Questi valori mostrano un andamento in crescita rispetto alla sopravvivenza dei casi diagnosticati nel quinquennio precedente con un incremento osservato di 8 punti percentuali per gli uomini e di 4 per le donne.

Le differenze fra i sessi sono legate alla diversa prognosi e frequenza delle principali sedi tumorali, ad esempio la sopravvivenza a 5 anni del tumore del polmone nei maschi è del 12% mentre quella della mammella femminile è dell'85%.

Quanti sono i ricoveri ospedalieri per tumore in Italia?

Dalla banca dati nazionale sui ricoveri ospedalieri istituita dal Ministero della Salute, si può conoscere il numero di dimessi per tumore.

Nel 2005 si sono avute 1.180.761 dimissioni per tumore (codici di diagnosi ICD-9-CM 140-239), di cui 586.691 relative a uomini e 594.070 relative a donne. Circa il 69% del totale dei ricoveri per tumore sono avvenuti in regime di ricovero ordinario ed il restante 31% in regime di *day hospital*.

I ricoveri per tumore nel 2005 rappresentano il 9,1% del totale dei ricoveri, in particolare il 8,8% dei dimessi in regime ordinario ed il 10,3% dei dimessi in *day hospital*.

Le sedi tumorali per le quali si è registrato il maggior numero di ricoveri ordinari nei maschi sono la vescica e a seguire trachea-bronchi-polmoni e prostata, che costituiscono complessivamente il 31% dei ricoveri per tumore nei maschi. Mentre nelle donne oltre il 25% delle dimissioni per tumore è attribuibile complessivamente a tumori maligni della mammella ed a leiomiomi uterini. Per quanto riguarda i ricoveri in regime di *day hospital* la principale sede tumorale negli uomini è la cute, per tumori maligni e benigni (oltre il 21% dei ricoveri in *day hospital*), e per le donne, oltre ai tumori della cute, si aggiungono i tumori maligni della mammella (complessivamente circa il 30% dei ricoveri in *day hospital*).

Quanti italiani vivono avendo avuto una esperienza di malattia neoplastica?

I casi prevalenti rappresentano quella quota di soggetti nella popolazione che hanno avuto una diagnosi di tumore e che sono ancora in vita. Sono i casi che da un punto di vista clinico e di sanità pubblica richiedono interventi di *follow-up* relativi al controllo dell'evoluzione della malattia e al trattamento di eventuali ricadute.

L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro di Lione stima che siano presenti in Italia quasi 800.000 soggetti che nei cinque anni precedenti hanno avuto una diagnosi di tumore (escluso quelli della cute diversi dai melanomi) e che sono ancora in vita, in particolare 390.134 uomini e 405.603 donne.

Siccome la prevalenza dipende dalla frequenza con cui la popolazione si ammala ma anche dalla prognosi, nel novero dei tumori prevalenti risultano particolarmente rilevanti tumori a buona prognosi quali il tumore della mammella femminile (quasi 165.000 casi diagnosticati nei cinque anni precedenti), il tumore del colon-retto (circa 111.000 casi) e il tumore della prostata (circa 79.000 casi).

2.1.7 Endocrinologia e metabolismo

Il diabete

Il diabete, con le sue complicanze, rappresenta un problema sanitario per le persone di tutte le età e di tutte le razze, con un più grave coinvolgimento, peraltro, delle classi economicamente e socialmente svantaggiate (vedi BOX 1). Nel 2003, fra le persone di età compresa tra 20 e 79 anni, si stimava una prevalenza mondiale del 5,1%, che si prevede aumenterà fino al 6,3% nel 2025, coinvolgendo 333 milioni di persone in tutto il mondo, con un incremento pari al 24%.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che nel 2005 il 2% del totale delle morti nel mondo vada attribuito al diabete (circa 1.125.000) e sottolinea, inoltre, che tale contributo alla mortalità generale è probabilmente sottostimato, dal momento che il decesso è di solito attribuito ad una delle complicanze (cardiopatia, malattia renale, ecc.). Le malattie cardiovascolari, infatti, nei Paesi sviluppati causano fino al 65% di tutte le morti delle persone con diabete.

La mortalità nelle persone con diabete è 1,9 volte quella dei non diabetici e per le donne il rapporto sale a 2,6. La mortalità prematura causata dal diabete si stima in circa 12-14 anni di vita perduta. L'impatto complessivo di una malattia sulla salute si esprime, generalmente, in DALY (disability-adjusted life years), un indicatore che tiene conto sia degli anni di vita perduti per morte prematura sia degli anni vissuti in malattia. L'OMS, nel 2001, stimava che, in tutto il mondo, il diabete fosse responsabile di circa 20 milioni di anni di vita "sana" perduti.

I dati

In Italia, nel 2005, l'ISTAT stima una prevalenza del diabete noto pari a 4,2% (4,4% nelle donne, 4,0% negli uomini). In base a questi dati si può stimare che in Italia ci siano circa 2,5 milioni di persone con diabete. La prevalenza è più bassa al Nord (3,9%) rispetto al Centro (4,1%) e al Sud Italia (4,6%). Indipendentemente dall'area geografica, la prevalenza aumenta con l'età, passando dal 2,5% nella classe d'età 45-54 anni al 16,3% nelle persone con età superiore a 75 anni.

Incidenza delle complicanze macrovascolari.

Le persone affette da diabete di tipo 2 presentano un rischio più elevato di complicanze macrovascolari (malattie cerebro e cardio-vascolari) rispetto alla popolazione non diabetica. Per stimare l'incidenza di queste complicanze è stato condotto uno studio multicentrico di coorte (lo studio DAI, *Diainf AMD ISS*) coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. Lo studio si è posto come obiettivo principale quello di stimare il rischio di incorrere in complicanze macrovascolari quali: infarto del miocardio, cardiopatia ischemica, ictus, by-pass aorto-coronarico, angioplastica, amputazioni, nei pazienti con diabete di tipo 2 afferenti ai servizi di diabetologia italiani. Lo studio è stato condotto su un campione rappresentativo dei pazienti visitati nel periodo settembre 1998–giugno 1999 presso i 201 servizi partecipanti allo studio. Per lo studio d'incidenza è stata considerata la coorte di 11.644 persone (5612 uomini e 6032 donne) di età compresa tra 40 e 97 anni privi di complicanze macrovascolari all'inizio dello studio. La coorte è stata seguita con follow-up annuali.

Durante i quattro anni di indagine, sono stati osservati 881 eventi coronarici e 188 ictus (Tabella 1) con un tasso di incidenza (standardizzato per età) di 3,6 (IC95% 3,2-3,9) per 100 anni-persona negli uomini e di 3,0 (IC95% 2,6-3,3) nelle donne. L'incidenza di eventi coronarici è sempre significativamente più alta negli uomini rispetto alle donne; in entrambi i sessi l'incidenza aumenta con l'età e negli uomini raggiunge il massimo di 5,0 per 100 anni-persona nella classe d'età 80-84 anni, mentre nelle donne il valore più alto, pari a 3,8 per 100 anni-persona, si rileva nella classe d'età 70-74 anni (Figura 1). L'incidenza di ictus è uguale nei due sessi (0,6 per 100 anni-persona) e aumenta all'aumentare dell'età, con un valore massimo di 32 eventi per 100 anni-persona negli uomini di età compresa tra 80 e 84 anni e di 36 nelle donne di età superiore a 85 anni (Figura 2).

Tabella 1 Incidenza di complicanze macrovascolari nello studio DAI

	Uomini		Donne	
	IR*	IC 95%	IR*	IC 95%
Tutti gli eventi	3,6	3,2-3,9	3,0	2,6-3,3
Coronarici	2,9	2,5-3,2	2,3	2,0-2,6
Coronarici maggiori	1,3	1,1-1,5	0,6	0,4-0,7
IMA	1,0	0,8-1,2	0,5	0,3-0,6
Ictus	0,6	0,4-0,7	0,6	0,4-0,8

IR* tasso di incidenza per 100 anni-persona

Figura 1 – Incidenza di eventi coronarici

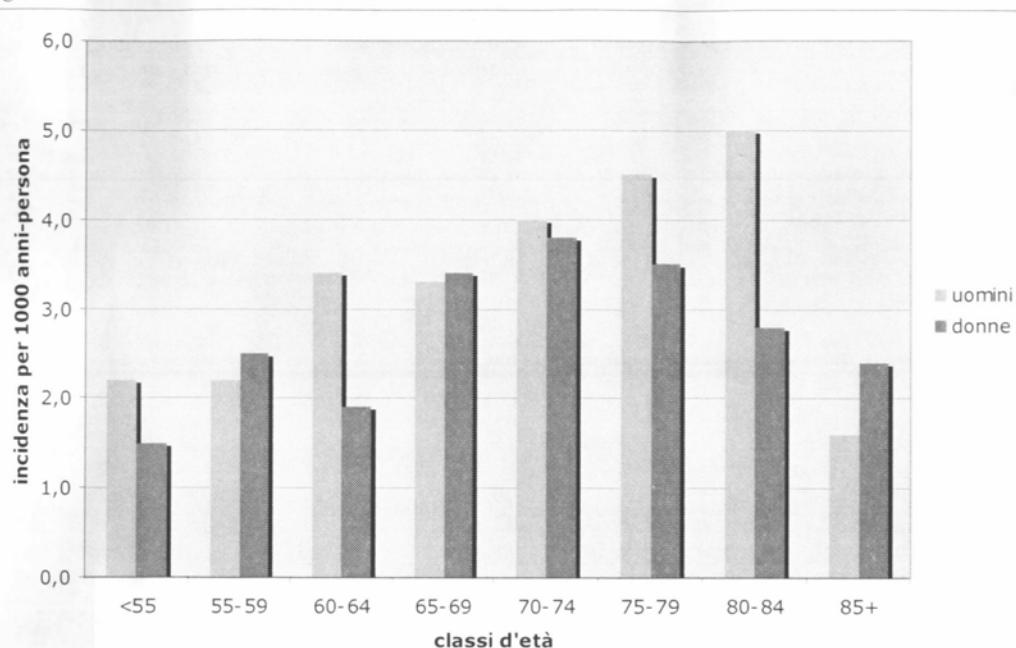
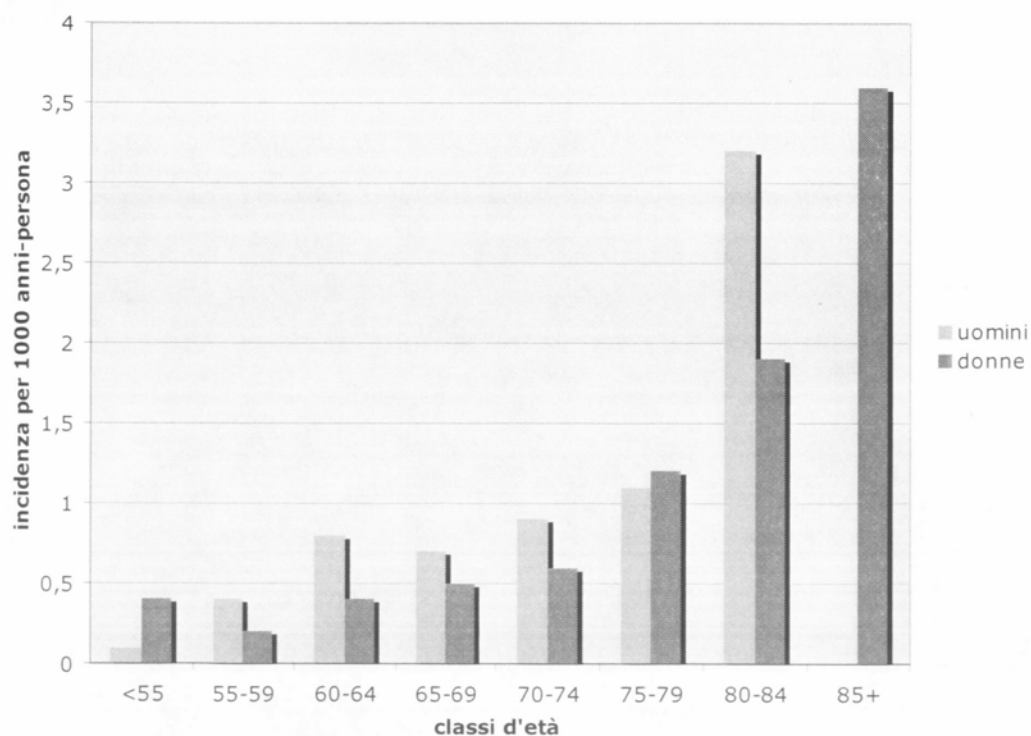


Figura 2 – Incidenza di ictus



L'uso di farmaci ipoglicemizzanti in Italia

I dati relativi al consumo di farmaci in Italia si riferiscono all'uso territoriale dei medicinali prescritti a carico del Servizio Sanitario Nazionale e all'acquisto privato da parte dei cittadini. I consumi sono analizzati per spesa in euro e quantità in DDD (dose giornaliera di mantenimento per l'indicazione principale del farmaco nell'adulto). Il numero totale di DDD è espresso come "DDD/1000 abitanti die" e cioè come numero medio di dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1000 abitanti (Tabella 2). Nel 2005 sono state utilizzate giornalmente 43 DDD ogni 1000 abitanti, pari a circa 900 milioni di giornate di terapia, con una spesa complessiva di 407 milioni di euro. In base ai dati di prevalenza del diabete stimati dall'ISTAT, si può calcolare una spesa media di circa 163 euro per persona con diabete. Fra gli ipoglicemizzanti orali, la metformina, da sola o in associazione, si conferma come il trattamento più impiegato, con un incremento del 23% rispetto al 2004 ed un parallelo aumento di spesa del 18%. Gli altri ipoglicemizzanti orali si sono caratterizzati per un aumento di spesa del 2,8% (a fronte di una lieve diminuzione di uso) quasi totalmente imputabile ad un consistente aumento della prescrizione territoriale dei farmaci più costosi, quali i glitazoni e la repaglinide. L'incremento nell'uso della repaglinide (+31%) testimonia la crescente preferenza verso trattamenti più facilmente gestibili da parte dei pazienti.

Tabella 2 Uso dei farmaci ipoglicemizzanti in Italia nel 2005

Categorie e sostanze	Spesa lorda*	??%	DDD/1000 ab. die	??%
		05-04		05-04
insuline e analoghi	208	9,9	9,7	3,0
altri ipoglicemizzanti orali	124	2,8	23,5	-0,3
metformina	48	18,2	8,4	22,8
repaglinide	23	29,5	1,6	30,6
glitazoni	4	>100	0,1	>100

Fonte OSMED

* in milioni di Euro

L'analisi del campione ARNO Diabete conferma inoltre che il paziente con diabete consuma mediamente una quantità superiore di molteplici farmaci (cardiovascolari, ipolipemizzanti, antiaggreganti, ecc.), ma soprattutto l'uso di questi farmaci è sistematicamente più comune, contribuendo ad accrescere ulteriormente la spesa per unità di popolazione. La spesa farmaceutica è maggiore mediamente dell'80% nei soggetti con diabete, ma per effetto della maggior frequenza di trattamento, per ogni soggetto che si muove dalla categoria di non-diabete a quella di diabete l'incremento della spesa pro-capite è enorme. Tutto ciò ha evidenti implicazioni in termini di strategie di prevenzione.

BOX 1 – Diabete e disuguaglianze sociali: dati e prospettive di contrasto

Il Centro Nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) si propone, tra i compiti del proprio programma, la promozione di azioni mirate a contrastare le disuguaglianze nella prevenzione. In tale contesto, si è attivato un programma di attività trasversali, coordinato dal Servizio Regionale di Epidemiologia dell'ASL 5 Piemonte, finalizzato a monitorare l'orientamento dei programmi finanziati dal CCM verso obiettivi di prevenzione equa e alla promozione e sperimentazione di interventi utili al contrasto delle disuguaglianze.

Si sta registrando, infatti, una rinascita di interesse verso la relazione tra salute e classe sociale: in un contesto di progressivo miglioramento dello stato di salute e di aumento dell'aspettativa di vita, si osserva, infatti, la persistenza e l'accentuazione di differenze di mortalità e morbosità tra distinte classi socioeconomiche. Le differenze sociali negli stili di vita rappresentano uno dei più importanti meccanismi con cui si generano disuguaglianze sociali di salute.

Il diabete è un esempio paradigmatico di malattia cronica più diffusa tra i gruppi socialmente sfavoriti. I meccanismi di genesi di disuguaglianze hanno origine già nell'età infantile, con un progressivo e cumulativo squilibrio tra fattori di protezione e fattori di danno per la salute (per esempio l'adozione di abitudini negative, come l'inattività fisica e la cattiva alimentazione). L'Alameda County Study mostra prevalenze di diabete di tipo 2 del 4,5%, 2,5% e 1,6% tra chi ha, rispettivamente, bassa, media, e alta istruzione. Il Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) riporta un maggior rischio di diabete nei gruppi a basso reddito e un'associazione più forte fra le donne; anche il rischio di morte per diabete sembra maggiore tra gli individui con minori risorse economiche.

Uno studio che ha analizzato i dati provenienti da survey nazionali svolte in otto Paesi europei ha stimato un rischio di diabete nelle persone meno istruite mediamente superiore del 60%, con eccessi varianti dal 16% della Danimarca al 99% della Spagna. Anche in Italia le persone meno istruite (nessun titolo o licenza elementare) hanno maggiore probabilità di essere affette da diabete, rispetto a chi possiede un'istruzione più elevata, con un eccesso di rischio stimato pari a circa il 60%.

Disuguaglianze sono riscontrabili anche nella gestione della patologia diabetica e nell'accesso ai servizi sanitari. I risultati di un recente studio condotto dalla Commissione regionale per l'assistenza diabetologica del Piemonte mostrano come i diabetici con al più la licenza elementare riportino un rischio di subire un ricovero in emergenza o non programmato superiore del 90% rispetto ai laureati (al netto di alcuni fattori di rischio diversamente distribuiti tra i due gruppi). Il diabete complicato incide sull'aspettativa di vita dei soggetti che ne sono affetti. Di conseguenza, ci si aspetta che i soggetti di basso stato socio-economico abbiano un maggior rischio di morire per diabete e/o per complicanze ad esso correlate. I dati ISTAT del 1991-92 mostrano, infatti, tassi annuali di mortalità per diabete che variano tra il 6,4 x 100.000, tra i soggetti che non possiedono titolo di studio, e l'1,6 x 100.000, tra i laureati, con un gradiente crescente passando da un livello di istruzione a quello successivo. Un regolare follow-up clinico ed una corretta educazione sanitaria rivolti al paziente diabetico, da parte dei centri diabetologici regionali, possono giocare un ruolo importante, oltre che nella gestione e nella prevenzione delle complicanze associate al diabete, anche nella riduzione delle disuguaglianze sociali di salute. Lo suggeriscono i risultati di uno studio, svolto sui residenti a Torino, che ha confrontato la mortalità associata al livello sociale in una coorte di diabetici (gli iscritti al registro tra il 1991 e il 1999) e nella popolazione generale: mentre nella popolazione generale gli uomini e le donne con licenza elementare hanno presentato una mortalità per tutte le cause superiore rispetto agli individui con diploma superiore o laurea (eccessi del 70% e 44% rispettivamente), nella coorte di diabetici queste differenze sono risultate inferiori (35% e 17% rispettivamente) e non significative per le donne.

2.1.8 Neurologia e Psichiatria**Le demenze**

Le demenze comprendono un insieme di patologie (demenza di Alzheimer, vascolare, fronto-temporale, a corpi di Lewy, ecc.) che hanno un impatto notevole in termini di sanità pubblica sia perché un sempre maggior numero di famiglie ne sono drammaticamente coinvolte, sia perché richiedono una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali. Esse rappresentano una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale, ed in particolare nella popolazione anziana, dal momento che il principale fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età. Sulla base delle conoscenze derivate da un insieme vasto di studi epidemiologici condotti a livello internazionale, si calcola che nel mondo vi siano circa 24,3 milioni di persone affette demenza, con un numero casi incidenti all'anno di 4,6 milioni (un nuovo caso di demenza ogni 7 secondi). Nel 2020 il numero di casi raddoppierà e raggiungerà nel 2040 il numero di 81,1 milioni di persone, il 75% delle quali sarà concentrato nei paesi in via di sviluppo. La demenza di Alzheimer (DA) rappresenta, secondo stime attendibili, il 54% di tutte le demenze, con una prevalenza nella popolazione ultrasessantacinquenne del 4,4%. La prevalenza di questa patologia,

In Italia, a partire dal 1987, sono stati condotti alcuni studi di popolazione per stimare la prevalenza e l'incidenza della DA. Le stime ricavate da tali studi, applicate alla popolazione italiana, indicano una prevalenza il cui range è compreso tra valori molto distanti, che arrivano a spaziare tra 184.000 e 627.000. Anche il numero di casi di demenza incidenti per anno varia notevolmente, passando da circa 150.000 a 400.000. Tale variabilità impone una attenta riflessione metodologica sulla conduzione e la confrontabilità degli studi, anche se non mette in discussione la serietà del problema clinico ed assistenziale che si deve affrontare.

Negli ultimi anni si è andata sempre più delineando la necessità di un governo clinico complessivo delle demenze che sia in grado, attraverso un processo di trasferibilità, di utilizzare nella pratica clinica le migliori evidenze scientifiche disponibili, al fine di migliorare la qualità della cura attraverso la definizione di standard nazionali che consentano anche di superare le disuguaglianze. Appare necessario definire, soprattutto per le patologie cronico-degenerative nelle quali l'approccio farmacologico non è risolutivo nel modificare la storia naturale delle stesse patologie, un insieme di percorsi assistenziali secondo una filosofia di gestione integrata della malattia.

I percorsi assistenziali possono essere definiti come piani multidisciplinari e interprofessionali relativi ad una specifica categoria di pazienti in uno specifico contesto locale, la cui attuazione è valutata mediante indicatori di processo e di esito con la finalità di:

- assicurare la continuità e il coordinamento dell'assistenza
- migliorare gli esiti
- ridurre al minimo i rischi per i pazienti
- contenere le variazioni non necessarie nei trattamenti
- eliminare il più possibile i ritardi e gli sprechi

In Italia esistono, nonostante la variabilità dei modelli organizzativi regionali, le condizioni iniziali che possono favorire questi processi. Si pensi, ad esempio, alla rete di 503 Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) istituita sull'intero territorio nazionale nell'ambito del progetto CRONOS, con lo specifico scopo di diagnosticare e trattare pazienti con demenza di Alzheimer. Da questa realtà si può ripartire favorendo il coordinamento delle attività dei diversi servizi (UVA, centri diurni, assistenza domiciliare integrata, RSA, degenze ordinarie e DH, assistenza sanitaria di primo livello, strutture di riabilitazione) ed il forte coinvolgimento dei diversi operatori socio-sanitari in una logica lavorativa multidisciplinare ed interprofessionale. La consapevolezza del peso e dell'importanza del fenomeno delle demenze, con tutte le sue implicazioni sulla tenuta del tessuto sociale, dovrebbe richiedere un impegno straordinario da parte delle istituzioni pubbliche e private, di ricerca e non, così come da parte delle società scientifiche dei diversi operatori socio-sanitari in collaborazione con le associazioni dei familiari dei pazienti.

Proprio in questa logica il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) hanno avviato congiuntamente, nel 2005, un lavoro di ricognizione della situazione normativa ed organizzativa del settore, al fine di riaprire il confronto fra le Amministrazioni centrali e regionali, tra attori istituzionali e non, per giungere alla condivisione di strategie di intervento che pongano una problematica così delicata al centro degli impegni programmatori.

2.1.9 Le malattie rare

A livello europeo è definita rara una malattia la cui prevalenza non supera i 5 casi su 10.000 abitanti. 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.

Si tratta di forme morbose molto diverse, che possono colpire diversi organi e sistemi e tutte le fasce di età e che, tuttavia, sono spesso contraddistinte da comuni caratteristiche e problematiche assistenziali: gravità clinica, decorso cronico, esiti invalidanti e onerosità di trattamento.

La frequenza delle malattie rare nella popolazione e l'evidenza che queste patologie sono spesso gravi, ad andamento cronico ed esito invalidante, indicano il loro enorme peso individuale, familiare e sociale. Oltre tutto, la rarità delle singole malattie e la conseguente scarsità di conoscenze impongono lo scambio di informazioni, la collaborazione tra gli esperti ad un livello multidisciplinare ed il lavoro in rete delle strutture.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 raccomanda il potenziamento di tutti i sistemi integrati di reti sia al livello nazionale o sovregionale, sia a livello interistituzionale, con particolare riferimento all'integrazione sociosanitaria, allo scopo di superare le difficoltà del Sistema Sanitario Nazionale a soddisfare i bisogni dei pazienti e delle loro famiglie. Occorre, infatti, rispondere alle aspettative che riguardano l'accessibilità e la qualità dei servizi sanitari (diagnosi, trattamento, riabilitazione), ma anche ai bisogni percepiti riferiti ad ambiti non prettamente sanitari, quali la scuola ed il lavoro, non meno consistenti rispetto a quelli tipicamente sanitari.

Dal punto di vista normativo, le malattie rare sono state identificate per la prima volta nel nostro Paese come area di priorità in Sanità Pubblica con il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, che ha accolto la normativa europea, mentre il riferimento principale delle azioni indirizzate alle malattie rare in Italia è rappresentato dal Decreto Ministeriale n. 279 maggio 2001 "Regolamento di istituzione della Rete Nazionale delle Malattie Rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie" (Gazzetta Ufficiale n. 160, del 12.07. 2001 Suppl. Ord. n. 180/L). Questo regolamento prevede la realizzazione di una rete clinico-epidemiologica costituita da presidi accreditati, appositamente individuati dalle Regioni, istituisce il registro Nazionale delle Malattie Rare e stabilisce il diritto all'esenzione per le malattie rare contenute in un elenco allegato.

In Europa, nell'aprile del 1999, con la Decisione n. 1295/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, viene adottato un programma d'azione comunitaria sulle malattie rare nel quadro dell'azione della Sanità Pubblica per il quadriennio 1999-2003.

A questo programma di azione segue, sempre in ambito comunitario, il Regolamento n. 141/2000 del Parlamento Europeo e del Consiglio concernente i medicinali orfani, che istituisce una "procedura comunitaria aperta e trasparente"

per l'assegnazione della qualifica di medicinale orfano allo scopo di incentivare la ricerca, lo sviluppo e l'immissione in commercio di farmaci così qualificati.

Per svolgere questa attività di valutazione è stato istituito, nell'ambito della European Medicines Agency (EMA), il Committee for Orphan Medicinal Products (COMP). Al Regolamento 141/2000 del Parlamento Europeo e del Consiglio segue il Regolamento n. 847/2000 della Commissione, che stabilisce le modalità di applicazione dei criteri previsti per l'assegnazione della qualifica di medicinale orfano e la definizione dei concetti di medicinale "simile" e "cl clinicamente superiore".

Presentazione e discussione dei dati

La raccolta dei dati epidemiologici sulle malattie rare è estremamente importante per le attività di programmazione, realizzazione e valutazione degli interventi di Sanità Pubblica.

Il flusso di dati epidemiologici, la cui fonte è costituita dai Presidi individuati da Deliberazioni regionali nell'ambito della Rete Nazionale Malattie Rare, prevede un livello Regionale e il livello Nazionale rappresentato dal Registro Nazionale Malattie Rare istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) (D.M. 279/2001).

Ad oggi, alcune Regioni (es. Veneto, Piemonte, Lombardia, Toscana, Marche) hanno istituito propri archivi informatici specifici, talvolta associando l'attività di rilevazione dei casi trattati con la funzione di coordinamento generale, svolta o presso un presidio tra quelli individuati o presso un organismo, specificamente istituito, a valenza mista tecnico-scientifica-amministrativa. Altre Regioni (es. Provincia Autonoma di Trento) hanno stabilito degli accordi per la conduzione del flusso presso Regioni limitrofe a gestione più avanzata, mentre altre hanno in corso l'organizzazione di proprie modalità di raccolta.

Attualmente le Regioni, nell'ambito del Coordinamento interregionale, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, stanno mettendo a punto strumenti e modalità di raccolta e trasmissione dei dati che consentano di rendere operativi i registri regionali facendoli confluire nel Registro Nazionale all'ISS. Infatti, ancora oggi, pur essendo disponibili dati epidemiologici su specifiche malattie rare, è possibile soltanto stimare l'entità del fenomeno nel suo complesso, calcolando che nel nostro Paese i soggetti affetti da malattie rare sono più di un milione.

Per quanto riguarda lo stato di applicazione del D.M. n. 279/2001 con riferimento all'attuazione del comma 1 dell'articolo 2 del decreto che riguarda l'individuazione dei presidi della rete nazionale per le malattie rare, una ricognizione svolta dal Gruppo Tecnico Interregionale Permanente presso la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ha messo in luce modelli organizzativi e operativi molto diversificati tra loro, anche riguardo alle categorie di malattie rare per le quali sono state riconosciute ai presidi specifiche competenze. La maggior parte delle regioni ha individuato presidi di riferimento per ogni singola malattia o per ogni gruppo di malattie; altre regioni, invece, hanno individuato una o più strutture nel proprio territorio, accentrando tutte le competenze o per la generalità delle malattie rare, o per grandi categorie (es. malattie rare dell'età adulta e malattie rare di competenza pediatrica). Tuttavia, una sostanziale condivisione sulle funzioni fondamentali dei Presidi per le MR ha caratterizzato le Delibere di Giunta Regionale: garantire al paziente un approccio complessivo multidisciplinare clinico diagnostico terapeutico e valutare le implicazioni psicologiche della malattia per il paziente e per la sua famiglia; mantenere aggiornata la situazione clinica di ogni paziente anche mediante flussi informativi con altre strutture territoriali presso le quali sono eseguite le prestazioni; raccordarsi con il MMG e il PLS; collaborare con le Associazioni dei malati e con le strutture socio assistenziali.

I presidi della rete sono oggi individuati con atto formale da tutte le Regioni ad eccezione dell'Abruzzo e della P.A. di Trento ed appartengono a tutte le tipologie di strutture ospedaliere operanti nel SSN.

2.2 I DETERMINANTI DELLA SALUTE: FUMO, ALCOL E ALIMENTAZIONE

2.2.1 Fumo

Il fumo di tabacco rappresenta la seconda causa di morte del mondo ed ogni anno 5 milioni di persone muoiono a causa del tabacco. L'Organizzazione Mondiale della Sanità prevede un aumento fino a circa 10 milioni di morti nel 2030. Nell'Unione Europea i morti a causa del fumo sono 650.000 ogni anno. In Italia sono oltre 85.000 l'anno le morti correlabili al fumo. E' ormai nota da tempo la correlazione diretta tra il fumo attivo e diverse patologie neoplastiche, respiratorie e cardiovascolari, ma anche l'esposizione passiva rappresenta un rischio considerevole per la salute. L'evidenza epidemiologica ha correlato l'esposizione involontaria al fumo di sigaretta a diverse patologie tra cui il cancro del polmone, l'infarto del miocardio, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), l'asma e l'ictus cerebrale.

Il Ministero della Salute conduce da anni una politica sanitaria volta alla tutela della salute dai gravi danni alla salute prodotti dall'esposizione attiva e passiva al fumo. In particolare per la protezione dei non fumatori negli ultimi anni il Ministero ha attivato campagne informative nazionali e ha fortemente sostenuto l'approvazione di una nuova legge sul divieto di fumo che, approvata nel 2003 ed entrata in vigore il 10 gennaio 2005, si sta rivelando un importante strumento di tutela della salute pubblica.

Il primo intervento normativo italiano a tutela della salute dei non fumatori risale al 1975 con la Legge 11 novembre 1975 n. 584, solo dopo venti anni il divieto è stato esteso anche agli uffici aperti al pubblico delle amministrazioni e delle aziende statali, ma continuavano ad essere esclusi i luoghi di lavoro privati o non aperti al pubblico e gli esercizi commerciali e di ristorazione.

La nuova "Legge 3/2003 articolo 51", entrata in vigore il 10 gennaio 2005, ha finalmente superato i limiti della precedente norma estendendo il divieto di fumo a tutti i locali chiusi, con le sole eccezioni dei locali riservati ai fumatori e degli ambiti strettamente privati (civili abitazioni). La legge non prevede un obbligo, ma concede la possibilità di creare locali per fumatori, per i quali sono stati definiti con uno specifico provvedimento le caratteristiche strutturali e i parametri di ventilazione. Inoltre sono state definite le misure da adottare in merito alla vigilanza ed al sanzionamento delle infrazioni.

La legge italiana è stata presa a modello da altri paesi europei che intendono adottare misure a tutela dal fumo passivo. Anche se prima di noi l'Irlanda e Malta hanno proibito il fumo in molti luoghi, l'Italia è il primo grande Paese d'Europa ad aver esteso il divieto di fumare a tutti i locali chiusi.

COMPORTAMENTI, ATTEGGIAMENTI ED OPINIONI

L'INDAGINE MULTISCOPO DELL'ISTAT

Dall'indagine Multiscopo dell'ISTAT sul fumo in Italia è emerso che nel periodo dicembre 2004-marzo 2005 i fumatori in Italia sono 11 milioni e 221 mila, pari al 22,3% della popolazione di 14 anni e più. I dati ISTAT del 2003 riferivano una prevalenza di fumatori pari al 23,9% della popolazione adulta ultraquattordicenne.

I fumatori attuali sono il 28,5% dei maschi e il 16,6% delle femmine; la percentuale più alta di fumatori si localizza nell'Italia centrale (24,3%), la più bassa al Sud (20,9%). L'età media in cui gli uomini cominciano a fumare è più bassa rispetto a quella delle donne (17,6 contro 19,5).

I fumatori abituali (coloro che fumano tutti i giorni) sono l'89,7% del totale dei fumatori e il 20,3% della popolazione e consumano mediamente 14,8 sigarette al giorno. La quota dei "forti fumatori" (20 e più sigarette al giorno) è pari al 37,1% dei fumatori abituali.

Con riferimento alle classi d'età, per gli uomini la quota più elevata è tra i 25 e i 29 anni (39,3%); per le donne è tra i 45 e i 49 anni (25,8%).

Il 21,9% dei fumatori ha dichiarato di aver tentato di smettere di fumare nei 12 mesi precedenti l'intervista.

A fronte della diminuzione nel tempo della percentuale di fumatori, si registra un aumento delle disuguaglianze sociali nel consumo di tabacco, soprattutto a causa di una maggiore propensione a fumare delle persone in condizioni socio-economiche meno favorevoli. Fra le donne l'aumento della forbice riguarda anche le disuguaglianze nello smettere di fumare; cercano di smettere, infatti, più frequentemente le donne con un titolo di studio più elevato.

Riguardo all'impatto della legge, dal confronto tra i dati della rilevazione di dicembre 2004 e marzo 2005, cioè immediatamente prima e tre mesi dopo l'introduzione del divieto, emergono alcuni segnali di cambiamento, cioè: un calo significativo della percentuale di fumatrici (da 17,5% a 15,8%) e un aumento del numero di persone che hanno tentato di smettere di fumare (dal 20,9% al 23%), che risulta più marcato nella popolazione maschile di 30-59 anni (da 19,9% a 24,3%), al Sud (da 16,9% a 21,7%) e tra le persone con titolo di studio più elevato (da 14,9% a 23,1% per i laureati).

LE INDAGINI DOXA/ISS

Dalle indagini Doxa/Iss-Ossfad sul fumo in Italia è emerso che negli ultimi quindici anni il numero dei fumatori in Italia è costantemente diminuito. Nel 2005 (dati dell'indagine DOXA condotta a marzo-aprile su un campione di 3114 persone di 15 anni e oltre) la flessione riguarda entrambi i sessi.

Per quanto riguarda i divieti è emerso che nove italiani su 10 sono d'accordo con la creazione di spazi per fumatori nei locali pubblici e col divieto assoluto di fumare al di fuori di essi e per l'87,3% degli intervistati il divieto viene rispettato in modo più o meno rigoroso. Il 9,6% degli italiani si reca più spesso di prima nei locali pubblici, mentre per la maggioranza (l'83% del campione) l'abitudine a frequentare i locali non è cambiata con l'entrata in vigore della legge n. 3/2003. L'86,8% è favorevole ai divieti di fumo nei posti di lavoro (erano l'85,8% nel 2004), dove però solo il 69% degli italiani ritiene che vengono rispettati.

ATTEGGIAMENTI DEGLI ADULTI SUL DIVIETO DI FUMO. LO STUDIO PASSI

Una sezione del questionario utilizzato per lo studio PASSI (un sistema di indagini promosso da CCM, Istituto Superiore di Sanità e Regioni), nell'indagine è finalizzata ad indagare l'abitudine al fumo, con domande specifiche sull'impatto dell'introduzione del divieto.

Dai dati, ancora incompleti, dello studio condotto nel 2005 tramite interviste telefoniche su un campione di popolazione di età 18-69 anni, è emerso che, fra le Aziende Sanitarie Locali partecipanti, il 17% del campione ha dichiarato che il divieto di fumo non è sempre rispettato nel luogo di lavoro, mentre il 26% ha dichiarato di non sapere se tale divieto viene rispettato. Inoltre, il 39% circa dei fumatori ha detto di aver diminuito il numero di sigarette fumate dall'applicazione del divieto di fumo nei locali pubblici. Nella scelta di smettere di fumare la normativa in oggetto è stata il fattore decisivo per il 7% circa di chi ha smesso di fumare dopo la sua entrata in vigore.

APPLICAZIONE DELLA LEGGE**Ispezioni**

A partire dal 10 gennaio 2005, il Comando dei Carabinieri per la Sanità (NAS) effettua periodicamente un monitoraggio in ambito nazionale sul rispetto del divieto di fumo in numerosi luoghi in cui si applica il divieto (ospedali, case di cura, banche, uffici pubblici, scuole, ristoranti, musei, ecc.). I controlli vengono eseguiti di iniziativa o su disposizione del Ministro della Salute, senza alcuna pianificazione preventiva. I risultati dell'attività dei NAS (n° ispezioni effettuate, n° infrazioni accertate per motivo dell'infrazione e soggetto sanzionato) vengono, su richiesta, comunicati al Ministero della Salute.

I dati disponibili si riferiscono al periodo gennaio-marzo 2005 durante il quale sono state complessivamente effettuate 5597 ispezioni. Le infrazioni accertate sono state 276 (4,9% del totale delle ispezioni) delle quali 89 (1,6% del totale delle ispezioni) per aver fumato nei luoghi non consentiti dalla legge. 183 (3,3%) per omissione, in qualità di responsabile dei locali, di curare l'osservanza del divieto esponendo in posizione visibile i cartelli e 4 (0,1%) per presenza di impianti di condizionamento non funzionanti o non condotti in maniera idonea o non perfettamente efficiente.

Oltre il 60% dei soggetti sanzionati è rappresentato da titolari di ristoranti/pizzerie e locali notturni (43%) e avventori (20%).

Nel periodo aprile-novembre 2005, sulla base delle segnalazioni pervenute al Ministero della Salute e trasmesse ai NAS, sono state effettuati nuovi controlli in uffici pubblici, uffici privati, ospedali, supermercati, navi da crociera, ecc.

Complessivamente sono state effettuate 479 ispezioni con 55 segnalazioni di infrazione (11%) di cui 23 a persone che fumavano dove vietato e 22 per mancata affissione del cartello di divieto o presenza di locali per fumatori non a norma

LO STUDIO ENFASI

Nel dicembre 2004 il Gruppo PROFEA (Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata) del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità ha intrapreso uno studio per monitorare gli effetti dell'applicazione dell'art. 51 della Legge n. 3 del 16/01/2003 negli esercizi di ristorazione. Lo studio (denominato ENFASI) ha l'obiettivo di verificare le diverse fasi dell'applicazione della legge sul territorio nazionale, andando a rilevare la situazione in alcune tipologie di locali pubblici prima e dopo l'entrata in vigore del divieto. Si tratta quindi di uno studio descrittivo e osservazionale con i seguenti obiettivi:

descrivere conoscenze, attitudini e comportamenti in relazione alla legge dei proprietari/gestori di locali pubblici, quali bar, pizzerie, pub, ristoranti;

stimare l'adesione alle disposizioni di legge nei locali pubblici.

PRIMA DELLA LEGGE

I dati relativi alla rilevazione antecedente all'entrata in vigore della legge mostrano una conoscenza diffusamente buona, da parte dei gestori dei locali, delle disposizioni previste dalla legge e degli effetti nocivi del fumo passivo. Il 66% dei gestori dichiarava che almeno la metà dei clienti era fumatore e il 73% che i non fumatori sembravano infastiditi dalla presenza dei fumatori nel locale. Oltre l'80% era convinto che se il divieto venisse correttamente applicato, sicuramente o probabilmente si ridurrebbe il rischio di insorgenza di malattie correlate al fumo, quali asma e bronchiti, e che sicuramente o probabilmente la nuova legge farà fumare meno le persone o addirittura le farà smettere di fumare.

Alla domanda su quale fosse l'opinione generale dei clienti in merito alla legge, il 75% degli intervistati ha riferito l'esistenza di un atteggiamento favorevole o molto favorevole, solo per il 6% i clienti si mostravano molto contrari.

Una delle principali preoccupazioni dei gestori riguardava l'eventualità di perdite economiche dovute ad un minor afflusso di clienti nei locali, a causa del divieto: il 24% era convinto che avrebbe subito una perdita significativa e il 12% una perdita lieve dei profitti. Infine il 40% dei gestori si dichiara fumatore.

DOPO LA LEGGE

Dopo l'entrata in vigore del divieto si osservano effetti significativi sia sulle opinioni e sui comportamenti di gestori e clienti, sia sull'adeguamento dei locali alle nuove disposizioni. Infatti:

nella quasi totalità dei locali con almeno un cliente presente non era visibile al momento della rilevazione fumo nell'aria e non si percepiva odore di fumo e solo nello 0,5% dei casi si è riscontrata la presenza di almeno un fumatore. Nel 95% dei locali erano presenti, al momento della rilevazione, cartelli regolamentari indicanti il divieto di fumo;

circa il 20% dei gestori intervistati ha dichiarato che il locale è stato ispezionato dalle forze dell'ordine per verificare la presenza di fumatori. Oltre il 90% dei gestori ha riferito che a partire dalla data di introduzione del divieto tutti i clienti rispettavano la legge; solo il 13% circa sosteneva di aver dovuto chiedere a qualche cliente di smettere di fumare e una percentuale nettamente minore si è vista opporre un rifiuto da parte dei clienti sollecitati a spegnere la sigaretta.

il 73% dei gestori ha riferito un atteggiamento favorevole alla legge da parte dei clienti;

circa il 10% riferisce una perdita significativa degli introiti e tale percentuale è in diminuzione rispetto alla rilevazione pre-legge;

infine, per oltre il 70% dei gestori l'introduzione del divieto ha impattato sulla propria abitudine al fumo inducendo una diminuzione del numero di sigarette fumate o una cessazione dell'abitudine.

RISULTATI INDIRETTI

Vendite di sigarette/ consumo di tabacco

Il Ministero dell'economia (Amministrazione autonoma dei Monopoli di Stato) produce dati relativi alle vendite di sigarette che su richiesta vengono comunicati al Ministero della Salute

Nel periodo gennaio-dicembre 2005 si è registrata una riduzione complessiva del 5,9% nella quantità venduta di tabacchi rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Se consideriamo i valori espressi in pacchetti di sigarette abbiamo che in Italia, nel 2005, si sono venduti circa 300 milioni di pacchetti in meno, accentuando il trend decrescente partito nel 2003 (Grafico 1).

Il calo delle vendite si osserva per tutti i prodotti del tabacco ad eccezione dei trinciati per i quali si registra un incremento pari al 18%.

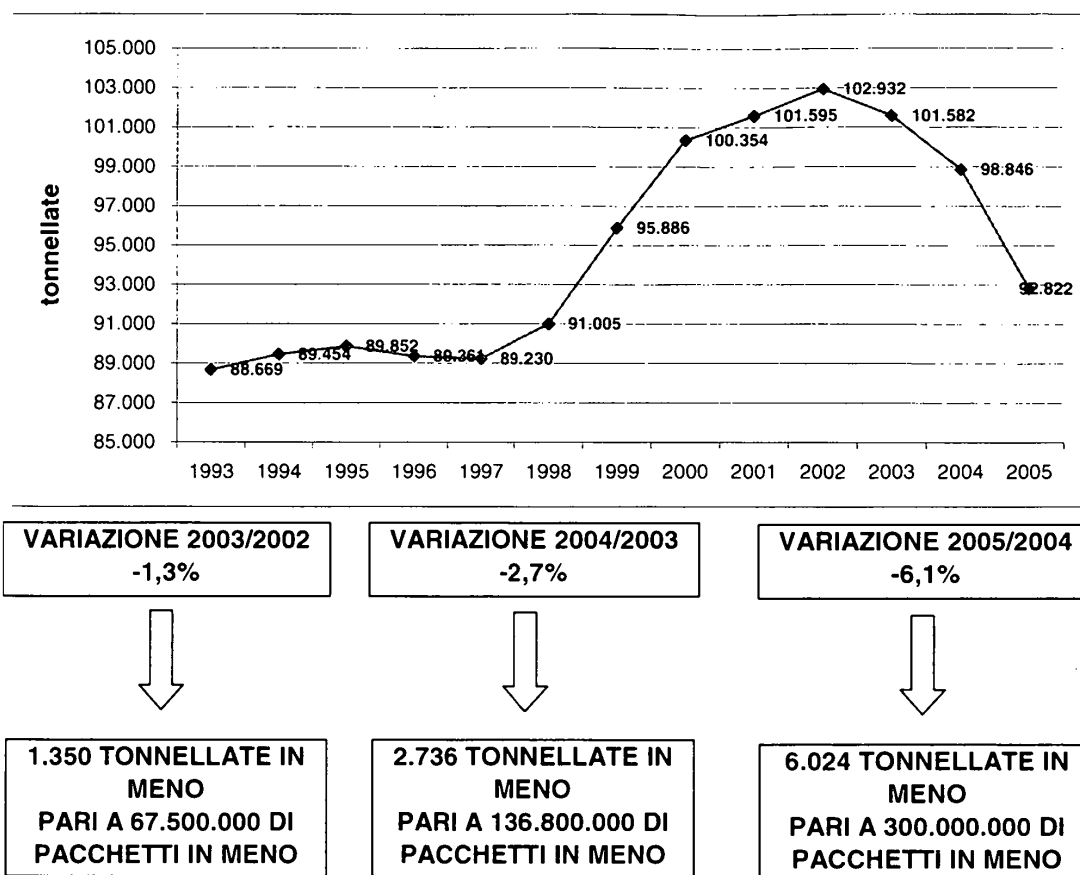
Ad eccezione di marzo e maggio, il trend è decrescente in tutti i mesi, con picchi a febbraio (-19,6%) e luglio (-14,5%).

In termini di consumo pro capite di pacchetti (sulla popolazione ultradiciottenne), la riduzione tra il 2004 e il 2005 si attesta ad oltre 5 pacchetti di sigarette fumate in meno all'anno a persona (fumatori e non fumatori) ed è più marcata al nord rispetto al centro sud.

Tabella 1. Consumo di tabacco nelle diverse regioni anni 2004-2005 (pacchetti di sigarette)

REGIONI	pacchetti procapite		Variazione %
	2005	2004	
Piemonte	88,9	93,0	-4,4%
Valle d'Aosta	89,2	95,5	-6,6%
Lombardia	78,0	86,2	-9,6%
Trentino Alto Adige	82,2	90,8	-9,5%
Veneto	68,1	71,4	-4,6%
Friuli-Venezia Giulia	60,7	73,6	-17,5%
Liguria	105,4	114,8	-8,2%
Emilia-Romagna	89,4	95,6	-6,5%
Toscana	91,1	97,1	-6,2%
Umbria	94,0	95,3	-1,4%
Marche	85,4	83,4	2,3%
Lazio	106,7	110,9	-3,8%
Abruzzo	76,4	92,4	-17,3%
Molise	130,0	107,7	20,7%
Campania	110,6	116,8	-5,3%
Puglia	83,4	88,1	-5,3%
Basilicata	79,9	80,5	-0,7%
Calabria	86,2	87,4	-1,3%
Sicilia	102,9	105,8	-2,7%
Sardegna	95,1	100,0	-4,9%
ITALIA	89,7	95,1	-5,6%

Fonte: Elaborazione Ministero della Salute su dati AAMS

Grafico 1 Consumo dei prodotti del tabacco (dati in tonnellate) negli ultimi 20 anni

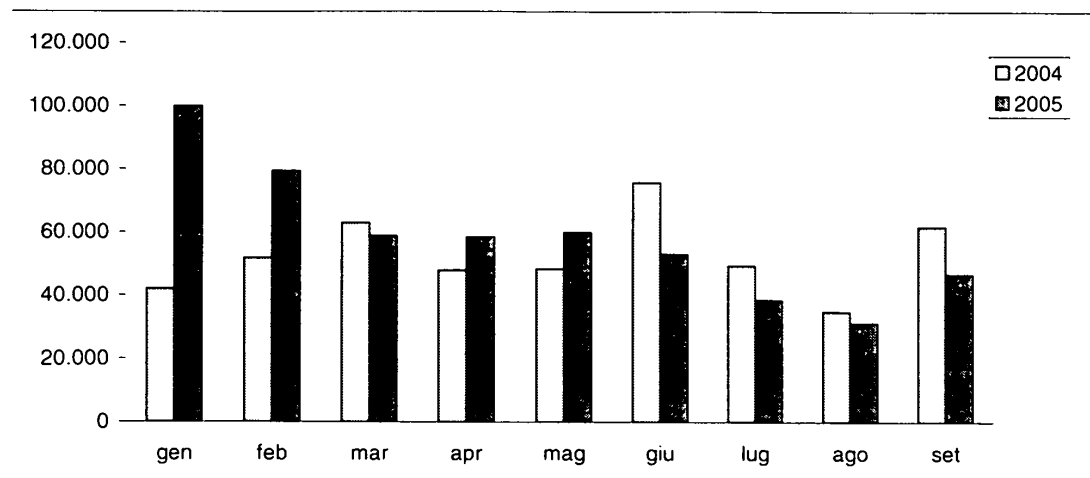
Fonte: elaborazione Ministero della Salute su dati Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato

Vendite di prodotti per smettere di fumare

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) fornisce periodicamente su richiesta i dati relativi alle vendite di prodotti per la disassuefazione dal tabagismo, in particolare i sostitutivi della nicotina.

I dati disponibili ed interessanti ai fini dell'impatto della legge 3/2003 indicano che da gennaio a settembre 2005 si è osservato un notevole aumento delle vendite di prodotti sostitutivi che sono quasi raddoppiate (da 475.025 a 911.507 unità vendute, pari a +91,9%) rispetto allo stesso periodo del 2004.

Il trend mensile mostra dei picchi nei primi mesi dell'anno, presumibilmente per effetto immediato della legge (Grafico 2).

Grafico 2. Unità vedute di sostitutivi della nicotina

Fonte: Elaborazione Ministero della Salute su dati AIFA

Gli effetti sulla salute

Prendendo spunto da un recente studio americano (BMJ, vol. 328, aprile 2004) che dimostra l'esistenza di una associazione tra introduzione del divieto di fumo nei luoghi pubblici e riduzione della frequenza di ricoveri per infarto acuto del miocardio (IMA), il Ministero della Salute in collaborazione con alcune regioni (Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Campania), sta conducendo uno studio per testare l'ipotesi di tale associazione sui ricoveri urgenti per IMA relativi alla popolazione di età 40-64 anni, utilizzando i dati desunti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Si tratta di una popolazione pari a circa 5 milioni di persone; al momento sono disponibili risultati preliminari che evidenziano nei primi due mesi del 2005 una riduzione dei ricoveri pari al 7,2%, rispetto ad un trend crescente per gli stessi mesi degli anni 2001-2004. In particolare, nelle 4 regioni considerate, ci si aspettava il ricovero di circa 1700 persone di quella fascia di età nei primi due mesi dell'anno mentre i ricoveri registrati sono meno di 1500. Il calo è evidente soprattutto tra gli uomini e nella fascia di età 50-54 anni.

Tabella 2. Valori e Tassi (su 100.000 persone) di ricoverati per Infarto Acuto del Miocardio

Anni	Popolazione (età 40-64 anni)	Admission for IMA		
		Numeri assoluti	(+ / -)%	Tasso di incidenza standardizzato per età (*)
2001	5.190.324	1.309		24,7
2002	5.230.828	1.408	7,6	26,4
2003	5.290.835	1.511	7,3	28,2
2004	5.367.572	1.589	5,2	29,5
2005	5.455.620	1.488	-6,4	27,2
Atteso		1.690		31,3
Differenza in % tra osservato e atteso				-13%

(*) Standardizzazione effettuata usando la popolazione standard europea

Fonte: Ministero della Salute in collaborazione con Piemonte, Friuli VG, Lazio e Campania

2.2.2 Alcol

La correlazione tra l'elevato consumo di alcol nella popolazione e l'aumento del rischio di morbidità e mortalità per alcune cause appare oggi un'evidenza consolidata. Oltre ad essere una sostanza psicotropa che dà dipendenza, l'alcol è causa di molte patologie di varia natura, oltre che di eventi patologici e traumatici quali incidenti e disordini mentali e comportamentali. Il rischio di danni sanitari cresce generalmente con la quantità di alcol consumata; la frequenza e intensità delle intossicazioni acute accresce in particolare il rischio di incidenti stradali e di patologie cardiovascolari quali infarti e malattie coronariche.

Su 26 fattori di rischio per la salute individuati nell'Unione Europea, l'alcol occupa il terzo posto, secondo solo a tabacco e ipertensione. Ogni anno nell'Unione Europea l'alcol è responsabile della morte di 195.000 persone, per un'ampia gamma di cause che vanno dagli incidenti stradali, altri incidenti, omicidi, suicidi, cirrosi epatiche, patologie neuropsichiatriche e depressione, cancro (tra cui 11.000 casi di cancro alla mammella). E' stato calcolato che, anche tenendo conto degli effetti protettivi del consumo moderato, l'alcol è causa del 12% della mortalità prematura e della disabilità nella popolazione maschile dell'Unione europea e del 2% in quella femminile.

In particolare nell'Unione Europea è attribuibile all'alcol il 25% della mortalità giovanile tra i maschi e il 10% tra le femmine.

I costi sostenuti nell'U.E. per il trattamento sanitario delle patologie e dei danni alcolcorrelati sono stati stimati in 17 miliardi di euro, cui vanno aggiunti 5 miliardi di euro necessari per la prevenzione e il trattamento dell'abuso e della dipendenza da alcol.

L'alcol accresce anche il rischio di un'ampia gamma di danni sociali che possono riguardare il singolo individuo, la famiglia, i minori e più in generale l'ambiente sociale, quali abusi, violenze e omicidi. L'alcol è anche responsabile di danni sia sanitari che sociali a carico di soggetti non bevitori, tra i quali in particolare, nei Paesi della U.E., del 16 % degli abusi e abbandoni di minori, dei 5-9 milioni di bambini in famiglie con problemi alcolcorrelati, di 10.000 morti provocate da soggetti alla guida in stato di ebbrezza.

Un consumo di alcol molto ridotto (pari a 10 grammi ogni due giorni) si correla a una diminuzione del rischio di malattie coronariche, con un' evidenza peraltro ancora in discussione per quanto attiene sia alla quantità di rischio evitato che alla quantità di alcol da assumere per ottenere tali effetti benefici.

Studi effettuali nel Regno Unito hanno dimostrato che il livello di consumo alcolico associato con il più basso rischio di morte è prossimo allo zero per le donne fino ai 65 anni, e inferiore ai 5 grammi al giorno per le donne più anziane. Per gli uomini tale livello di consumo è pari allo zero al di sotto dei 35 anni, a 5 grammi al giorno al di sotto dei 65 anni e a meno di 10 grammi al giorno a partire dai 65 anni.

La riduzione o cessazione dell'uso di alcol si associa a un miglioramento della salute sia nei bevitori problematici che nei soggetti affetti da malattie croniche quali cirrosi epatiche e depressione.

CENNI NORMATIVI

Il Ministero della Salute ha emanato fin dal 1993 un decreto di indirizzi per l'organizzazione dei servizi territoriali nel settore alcolologico. Dall'anno 2001 è in vigore in Italia la legge 30.3.2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati", che ha regolamentato, in linea con gli orientamenti dell'U.E. e dell'O.M.S., ambiti di portata non solo socio sanitaria, quali prevenzione, cura e reinserimento sociale degli alcolodipendenti, ma anche socioculturale quali pubblicità, vendita, formazione universitaria degli operatori, sicurezza del traffico stradale, disponibilità dei farmaci, sicurezza sui luoghi di lavoro. Tale legge ha tra l'altro disposto l'abbassamento del tasso alcolemico legale dallo 0,8 allo 0,5 per mille, allineando l'Italia ai valori adottati nella maggior parte degli altri Paesi europei.

Gli orientamenti della legge in campo sociosanitario hanno trovato un importante riscontro nel successivo Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sui livelli essenziali di assistenza sanitaria (Accordo 22.11.2001 pubblicato in G.U. n. 19 del 23.1.2002), con cui si conferma l'inclusione nei livelli essenziali di assistenza di attività sanitarie e sociosanitarie a favore delle persone dipendenti da alcol, con interventi di assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare, e di attività riabilitative di carattere residenziale e semiresidenziale.

In attuazione dell'art. 15 della legge 125/2001 è stato adottato l'atto di intesa Stato/Regioni del 16 marzo 2006 (in G.U. n. 75 del 30 Marzo 2006), che individua le tipologie di attività lavorative a rischio per gli infortuni sul lavoro e la sicurezza dei terzi, per le quali è vietata, ai sensi della legge, l'assunzione e somministrazione di qualsiasi bevanda alcolica.

PRESENTAZIONE E DISCUSSIONE DEI DATI

L'andamento dei consumi e l'evoluzione dei modelli di consumo

Recenti studi europei hanno confermato che il consumo pro capite di alcol in una popolazione è importante indicatore di futuri sviluppi nel settore della salute pubblica dei diversi Paesi, e che un accrescimento dei consumi alcolici si correla in tutti i Paesi europei a un aumento di cirrosi epatiche, avvelenamenti da alcol, alcolodipendenze, psicosi alcoliche, incidenti, omicidi e morti totali. I cambiamenti nel consumo totale di alcol sono strettamente correlati anche ai cambiamenti della mortalità alcolcorrelata, in particolare per quanto riguarda la cirrosi epatica.

Nel nostro Paese l'assunzione moderata di alcol, e in particolare di vino, continua ad essere abitudine alimentare molto diffusa e radicata in una solida tradizione culturale; per l'anno 2003 si conferma la tendenza, delineatasi già a partire dall'inizio degli anni ottanta, al progressivo calo del consumo medio annuo pro-capite di alcol puro, consumo che in tale anno è pari, secondo i dati forniti dall'O.M.S., a 7,61 litri (contro i 7,85 litri del 2001, gli 8,03 litri del 2000 e gli 8,04 litri del 1999).

Peraltro, prendendo in considerazione la sola popolazione di età superiore ai 15 anni, la tendenza al calo dei consumi sembra interrompersi negli ultimi anni, con un consumo medio pro capite di alcol puro pari a 10,45 litri nel 2003, contro i 9,2 litri del 2002 e i 9,1 del 2001.

Questo livello di consumo appare ancora molto al di sopra di quello raccomandato dall'O.M.S. ai Paesi della Regione europea per l'anno 2015 (Target 12 del Programma "Health 21/ 1999"), pari a 6 litri l'anno per la popolazione al di sopra dei 15 anni e a 0 litri per quella di età inferiore.

Altro importante indicatore di futuri sviluppi nell'area della salute pubblica degli Stati europei è rappresentato dalla struttura del consumo in termini di numero dei bevitori, percentuale delle diverse bevande alcoliche consumate e modalità di consumo, che consentono di valutare l'esposizione di una popolazione al rischio alcolcorrelato.

Secondo le più recenti indagini multiscopo ISTAT sugli aspetti della vita quotidiana delle famiglie, si conferma nell'ultimo biennio, sia tra i maschi che fra le femmine di età superiore ai 14 anni, il calo del numero dei consumatori di vino, che nell'anno 2003 sono pari al 55.9% della popolazione (71.2% nei maschi e 41.6% nelle femmine), contro il 57.4% del 2002 (71.6% nei maschi e 44.1% nelle femmine) e il 59.6% del 2001 (73.8% tra i maschi e 46.4% tra le femmine), secondo una tendenza già evidente fin dagli anni '90 e che era sembrata interrompersi tra gli anni 2000 e 2001.

Nel 2003 si registra invece, sia tra i maschi che tra le femmine, un aumento del numero dei consumatori di birra (che passano dal 46.3% del 2002 al 47.2%) e di liquori (che passano dal 24.1% del 2002 al 25.8%) e non viene confermata per queste bevande la diminuzione del numero di consumatori che era sembrata delinearasi tra il 2001 e il 2002. Non vengono peraltro raggiunti nel 2003 i valori toccati nel 2001, che rimangono i più elevati del decennio per tale consumo. Particolarmente preoccupante appare l'aumento della prevalenza dei bevitori di bevande alcoliche al di fuori dei pasti, in quanto il consumo durante i pasti, assicurando un allungamento dei tempi di assorbimento dell'alcol, ne diminuisce l'impatto per la salute. Tali consumatori rappresentano nel 2003 il 25.8% (38.0% nei maschi e 14.3% nelle femmine) contro il 23.2% del 2002 (35.1% tra i maschi e 12.1% tra le femmine), interrompendo il calo rilevato in quest'ultimo anno rispetto al 2001 (25% di cui 37.8% tra i maschi e 13.1% tra le femmine) e confermando la tendenza all'aumento evidenziabile fin dal 1993, particolarmente evidente nel passaggio dal 2000 al 2001.

In diminuzione appaiono i consumatori di oltre ½ litro di vino al giorno, che rappresentano nel 2003 il 4.5% della popolazione, contro il 5.3% rilevato sia per il 2002 che per il 2001. Si conferma dunque, soprattutto in relazione alla popolazione maschile, quella tendenza al calo dei consumi eccedentari di vino già evidente dal 1993, quando tale consumo interessava ben il 14% dei maschi; mentre nella popolazione femminile, nel complesso meno interessata ai consumi eccedentari, tale tendenza, anche se confermata, incontra alcuni periodi di chiara interruzione.

Tenendo conto dei parametri di rischio definiti dall'O.M.S., secondo cui la dose alcolica giornaliera non deve superare 40 g per gli uomini e 20 g per le donne (corrispondenti, rispettivamente, a circa 3 bicchieri e a 1 bicchiere e mezzo di vino di media gradazione alcolica), considerando i soli consumatori di oltre ½ litro di vino al giorno, il numero delle persone a rischio di sviluppare problematiche alcolcorrelate non può stimarsi comunque in Italia inferiore a 2.230.000 per l'anno 2003.

Per quanto riguarda la distribuzione nel territorio nazionale dei fenomeni rilevati, nelle Regioni centrali si riscontrano le maggiori percentuali di consumatori di oltre mezzo litro di vino al giorno. Molise, Basilicata, Toscana ed Emilia Romagna sono, nell'ordine, le Regioni dove tale consumo eccedentario è più diffuso. Toscana, Marche, Umbria ed Emilia Romagna sono le Regioni in cui è più diffuso il consumo moderato di vino (uno o due bicchieri al giorno).

I consumi fuori pasto hanno la più alta diffusione nelle Regioni del Nord Est e in Valle D'Aosta, ma anche in Lombardia, Emilia Romagna e Sardegna (Tabella 1).

Tab. 1 - PERSONE DI 14 ANNI E PIU' PER CONSUMO DI VINO, BIRRA E LIQUORI ALMENO QUALCHE VOLTA L'ANNO PER REGIONE
ANNI 2001-2003 (per 100 persone della stessa regione)

REGIONI	Consuma vino			Consuma birra			Consuma liquori			Consuma oltre 1/2 litro di vino al giorno			Consuma 1-2 bicchieri di vino al giorno			Consuma alcolici fuori pasto		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003	2001	2002	2003
Piemonte	64.0	60.0	58.5	48.2	44.5	45.9	26.7	23.9	25.4	6.0	5.4	5.5	29.8	28.5	26.1	25.9	24.5	26.7
Valle d'Aosta	66.0	62.9	59.9	49.3	50.2	46.2	35.4	31.8	30.0	8.3	7.6	5.1	30.0	28.4	26.0	38.7	38.4	37.0
Lombardia	60.8	58.8	56.9	46.9	42.9	46.1	30.7	26.0	29.8	5.1	5.6	4.7	26.4	27.2	24.5	30.8	26.1	32.3
Trentino Alto Adige	54.7	59.4	57.2	47.9	50.3	52.5	30.9	35.4	35.2	3.4	3.5	3.9	23.0	21.9	20.1	42.3	47.1	48.8
Bolzano	56.4	64.9	59.2	48.8	54.5	54.0	33.6	39.6	38.5	2.2	2.1	3.1	20.6	21.9	17.1	47.1	54.7	55.0
Trento	53.1	54.2	55.4	47.0	46.4	51.1	28.3	31.4	32.1	4.4	4.8	4.8	25.3	21.9	23.0	37.7	40.0	42.9
Veneto	63.6	63.9	63.7	48.1	49.8	50.2	32.2	29.7	32.1	5.6	5.4	5.3	28.2	29.5	26.7	36.5	36.0	38.4
Friuli Venezia Giulia	60.9	59.2	59.0	54.9	51.7	55.3	33.0	29.4	30.1	4.3	3.9	4.5	26.0	26.2	27.4	41.7	39.2	44.8
Liguria	65.8	62.0	61.3	45.7	44.6	46.0	24.7	26.8	24.9	5.8	6.3	5.6	31.7	30.6	27.4	24.0	25.7	27.3
Emilia Romagna	67.6	64.2	65.0	47.7	45.1	47.4	27.4	26.0	31.2	6.6	7.0	6.2	30.7	29.0	28.3	27.0	23.6	30.4
Toscana	63.8	65.0	62.9	44.4	46.6	46.9	23.1	25.0	24.8	7.5	7.9	6.3	31.2	31.3	31.8	21.9	23.0	23.9
Umbria	61.4	61.2	58.4	42.4	42.6	43.4	26.3	26.8	25.8	8.5	7.5	4.5	30.1	28.0	29.5	24.3	24.1	25.9
Marche	66.4	66.3	62.6	49.1	48.1	47.4	25.3	26.8	26.9	8.0	7.4	5.9	31.7	31.1	31.3	24.4	25.7	26.5
Lazio	57.7	54.2	53.3	51.7	46.0	45.9	29.1	28.1	29.7	4.1	4.1	4.4	26.1	26.4	22.6	20.5	19.5	21.1
Abruzzo	58.7	55.2	56.8	48.5	48.8	47.9	24.0	20.4	21.9	6.5	4.9	4.6	28.0	26.4	26.3	23.5	24.0	25.7
Molise	58.2	53.6	53.5	52.4	45.7	45.3	19.4	22.1	23.1	7.5	6.6	6.8	27.0	25.7	27.1	24.3	22.8	25.5
Campania	55.0	51.8	48.2	49.8	46.1	44.2	21.4	16.7	18.7	4.9	4.9	3.2	25.6	24.0	20.5	17.2	12.1	13.6
Puglia	56.8	56.5	52.5	50.5	50.6	49.2	21.0	21.4	20.8	5.3	5.7	3.4	28.7	28.8	26.6	16.9	18.4	16.8
Basilicata	54.4	54.0	53.4	41.6	44.4	47.4	21.7	17.3	22.4	8.9	4.6	6.7	27.8	27.3	26.3	20.9	18.3	21.8
Calabria	57.6	53.1	52.2	55.5	52.1	53.8	23.0	19.9	20.1	4.2	3.3	2.9	24.4	22.6	22.3	20.4	18.9	16.8
Sicilia	48.6	45.5	44.4	45.1	44.6	46.2	18.9	18.4	19.2	2.4	3.0	1.8	19.1	16.4	16.7	17.1	15.3	16.8
Sardegna	55.4	49.2	49.0	51.5	45.3	47.3	25.5	22.1	21.0	5.1	4.4	3.3	22.9	20.2	20.7	30.8	26.9	30.0
Italia	59.6	57.4	55.9	48.4	46.3	47.2	26.1	24.1	25.8	5.3	5.3	4.5	27.0	26.4	24.7	25.0	23.2	25.8

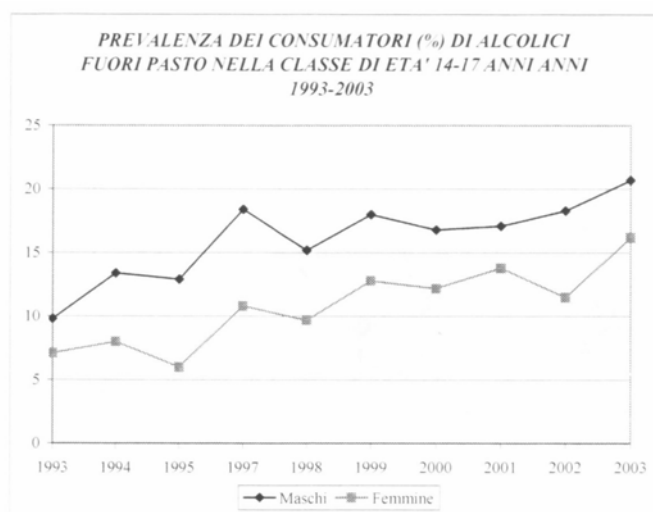
Fonte: ISTAT - Indagine Multiscopo sulle famiglie: Aspetti della vita quotidiana-Anni 2001-2002-2003

Il consumo di bevande alcoliche appare sempre più diffuso, anche con modalità di consumo particolarmente a rischio, tra i giovani italiani, anche in conseguenza del contatto con i modelli di consumo dei Paesi del Nord Europa. Secondo le stime dell'Osservatorio Nazionale Fumo-Alcol-Droga (OssFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità, 800.000 giovani italiani al di sotto dell'età legale (14-16 anni), corrispondenti al 40 % dell'intera popolazione di tale età, dichiarano di consumare bevande alcoliche.

**GRAF.1 - PREVALENZA DEI CONSUMATORI (%) DI ALCOLICI FUORI PASTO
NELLA CLASSE DI ETÀ 14-17 ANNI - ANNI 1993-2003 (a)**

	1993	1994	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Maschi	9,8	13,4	12,9	18,4	15,2	18,0	16,8	17,1	18,3	20,7
Femmine	7,1	8,0	6,0	10,8	9,7	12,8	12,2	13,8	11,5	16,2

(a) nel 1996 le informazioni non sono state rilevate



La tendenza all'aumento dei consumi fuori pasto si conferma fra il 2002 e il 2003 anche nelle altre fasce di età giovanile.

Secondo i dati dell'indagine "Eurobarometro" 2002 della Commissione Europea, l'Italia presenta l'età più bassa di avvio al consumo di bevande alcoliche, con una media di 12,2 anni contro i 14,6 anni che rappresentano la media dell'età di avvio nell'Unione Europea.

Secondo i dati dello studio europeo ESPAD, fra i giovani studenti italiani di età compresa fra i 15 e i 19 anni nell'anno 2003 il 56,4% riferisce di essersi ubriacato almeno una volta nella vita, contro il 54,6% riferito per il 2002, confermando la tendenza all'aumento di tale comportamento a rischio, rilevabile a partire dal 1999. In aumento anche i comportamenti di ubriachezza ripetuta (tre o più ubriacature negli ultimi trenta giorni), che nel 2003 hanno riguardato il 7% dei giovani studenti contro il 3% del 1999; nonché la persistenza del comportamento nel corso della vita (venti o più ubriacature nel corso della vita), che nel 2003 ha interessato il 5% degli studenti contro il 2% del 1999.

Sembra affermarsi tra i più giovani, rispetto agli anni passati, una maggiore consapevolezza del rischio rappresentato dal consumo eccessivo. Si abbassa infatti al 2,3% la percentuale di studenti che non percepisce alcun rischio nel bere 4 o 5 bicchieri ogni giorno, contro il 4% del 2002 e 2001 e il 3,0% del 2000 e 1999. A tale accresciuta consapevolezza non sembrano peraltro corrispondere comportamenti e atteggiamenti consequenziali; infatti comportamenti di trasgressione ed eccesso quali le ubriacature sembrano riscuotere nel tempo sempre meno disapprovazione, secondo una tendenza che si va progressivamente affermando fin dal 1999, e gli episodi di ubriacatura riguardano un numero sempre maggiore di soggetti.

Il fenomeno della diffusione dell'abuso giovanile è ben rappresentato anche dalla percentuale di giovani alcolodipendenti in carico presso i servizi sociosanitari per l'alcolodipendenza, che continuano ad aumentare nel tempo rispetto al totale dell'utenza. Nel 2004 i minori di 20 anni rappresentano lo 0,6% dell'utenza dei servizi alcolologici (contro lo 0,5% del 2003) e i giovani fra i 20 e i 29 anni ne rappresentano il 9,8%, contro il 9,1% del 2003. La tendenza all'aumento appare ancora più evidente con riferimento ai soli nuovi utenti di tale età, che passano dal 10,7% del 1998 al 14% del 2004. In questa fascia di età si rileva, rispetto alle altre fasce di età, la crescita maggiore nel tempo, a partire dal 1996 (Grafico 2).

La mortalità e la morbidità alcolcorrelate

Le stime della mortalità alcolcorrelata si basano su indicatori di danno sia diretto, correlato ad abuso cronico (psicosi alcolica, cirrosi epatica, alcuni tumori, etc.) che indiretto e correlato anche a consumi relativamente limitati (incidenti stradali, sul lavoro, domestici etc.).

Tra gli indicatori del primo tipo l'O.M.S. considera il tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica e patologie croniche del fegato uno dei più importanti.

Tale dato è stato calcolato nel nostro Paese pari a 10,73 per 100.000 abitanti nel 2004, confermando la tendenza alla diminuzione ormai in atto da molti anni (13,64 nel 2001, 13,89 nel 2000, 17,91 nel 1995, 22,60 nel 1990), in concomitanza con la diminuzione della quantità del consumo medio pro capite di alcol puro nella popolazione.

Tra gli indicatori di danno indiretto va segnalata la mortalità per incidente stradale, che in Italia è stata stimata come correlata all'uso di alcol alla guida per una quota compresa tra il 30% e il 50% del totale della mortalità per questa causa.

Nell'anno 2004 sono stati rilevati dall'ISTAT 224.553 incidenti stradali (contro i 231.740 del 2003) che hanno provocato 5.625 morti (contro i 6.065 del 2003), con un indice di mortalità (rapporto tra numero di morti e numero di incidenti) pari a 2,5% (contro il 2,6% del 2003).

La fascia di età tra i 25 e i 29 anni appare nel 2004 quella più colpita dagli incidenti stradali, con 614 morti e 43.354 feriti.

Valori molto alti di mortalità si presentano anche tra i conducenti di età compresa fra i 21 e i 24 anni, con 395 morti. Nell'ambito della fascia di età tra i 15 e i 24 anni, l'incidente stradale ha rappresentato la causa del 46,2% del totale dei decessi rilevati nel 2002, con un dato in aumento rispetto al 44,1% rilevato nel 2000.

Tra tutti gli incidenti stradali dell'anno 2004, 16.192 sono avvenuti nelle notti di venerdì e sabato, rappresentando il 44,1% del totale degli incidenti notturni. Tale dato appare particolarmente allarmante data l'elevata correlazione tra questo tipo di incidente stradale e l'abuso di alcol o sostanze illegali, soprattutto tra i giovani. I morti e feriti in tali incidenti rappresentano, rispettivamente, il 49,1 ed il 46,9% del totale degli incidenti notturni.

Le cause di incidente stradale imputabili a stato di ebbrezza alcolica rappresentano nel 2004 il 72% del totale delle cause dovute allo stato psicofisico del conducente, con 4.140 casi rilevati (contro i 3.548 del 2003).

Nell'anno 2003 il numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente attribuibili all'alcol è pari a 108.294, contro 113.651 nel 2002; 84.963 (78,5%) sono riferite a maschi e 23.331 (21,5%) a femmine.

Il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (valore per 100.000 abitanti) è di 167,9 nel 2003, in diminuzione rispetto al dato del 2002 (177,1) e del 2001 (172,2).

Valle D'Aosta, con 459,8, P.A. di Bolzano, con 420,9 e P.A. di Trento, con 349,0, appaiono anche nel 2003 le Regioni a più alto tasso di ospedalizzazione, seguite da Molise e Friuli Venezia Giulia (considerando complessivamente i ricoveri di residenti e non residenti).

I tassi di ospedalizzazione più bassi si hanno in Campania (82,7) e Sicilia (84,5).

In controtendenza rispetto all'andamento del dato nazionale, tra il 2000 e il 2002 appare in aumento il tasso di ospedalizzazione nelle Regioni Valle D'Aosta, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna (Tabella 2).

La distribuzione percentuale delle diagnosi totalmente attribuibili all'alcol ci mostra anche per il 2003 i valori più elevati (44,9%) nelle fasce di età più alte (oltre i 55 anni), che si riferiscono, in ordine di prevalenza, a cirrosi epatica alcolica, cardiomiopatia alcolica, gastrite alcolica e steatosi epatica.

Nelle fasce di età più giovani (15-35 anni), a cui si riferisce il 12,2 % delle diagnosi di ricovero totalmente attribuibili all'alcol, i valori più elevati riguardano abuso di alcol ed effetti tossici dell'alcol.

Alla fascia di età fino a 14 anni si riferisce lo 0,2% delle diagnosi, con riferimento quasi esclusivo agli effetti tossici dell'alcol.

Nell'anno 2003 la cardiomiopatia alcolica si caratterizza ancora più che nel 2002 come diagnosi di ricovero prevalente per i maschi (86,8%) in rapporto alle femmine (13,2%), assieme al danno epatico da alcol non specificato (Tabella 4c).

Le diagnosi che interessano maggiormente le femmine in rapporto ai maschi riguardano la gastrite alcolica (29,8% nelle femmine contro 70,2% nei maschi) e gli effetti tossici dell'alcol (28,5 % nelle femmine contro 71,5% nei maschi) (Tabella 4c).

Nell'anno 2004 sono stati presi in carico presso i servizi alcolologici territoriali 53.914 soggetti alcolodipendenti, con un aumento del 5,3% rispetto al dato dell'anno precedente.

Per quanto riguarda la distribuzione nel territorio nazionale dei fenomeni rilevati, nelle Regioni centrali si riscontrano le maggiori percentuali di consumatori di oltre mezzo litro di vino al giorno.

Molise, Basilicata, Toscana ed Emilia Romagna sono, nell'ordine, le Regioni dove tale consumo eccedentario è più diffuso.

Toscana, Marche, Umbria ed Emilia Romagna sono le Regioni in cui è più diffuso il consumo moderato di vino (uno o due bicchieri al giorno).

I consumi fuori pasto hanno la più alta diffusione nelle Regioni del Nord Est e in Valle D'Aosta, ma anche in Lombardia, Emilia Romagna e Sardegna. In quasi tutte le Regioni si conferma la tendenza nazionale all'aumento di tale modello di consumo, tranne che in Campania, Puglia, Calabria, che sono in controtendenza rispetto al dato nazionale.

Tab. 2 - Distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione per diagnosi (*) totalmente attribuibili all'alcool

(cod. ICD 9-CM 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0, 571.1, 571.2, 571.3, 977.3, 980)

Anni 2000-2005

Regione di dimissione	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Piemonte	174,2	181,3	178,6	168,2	169,5	168,5
Valle d'Aosta	398,0	441,0	560,5	459,8	514,6	444,4
Lombardia	215,8	232,4	320,1	204,6	193,4	179,0
Prov. Auton. Bolzano	448,0	434,8	426,6	420,9	510,8	493,4
Prov. Auton. Trento	421,1	400,2	337,6	349,0	331,9	308,7
Veneto	263,9	276,8	251,6	244,8	232,2	212,0
Friuli Venezia Giulia	300,0	290,9	283,7	264,0	255,6	268,0
Liguria	279,2	294,3	272,7	250,6	241,7	237,6
Emilia Romagna	180,2	187,3	184,5	176,9	179,5	177,5
Toscana	143,2	146,6	149,8	138,9	139,7	124,8
Umbria	153,7	133,7	119,1	125,0	115,9	112,5
Marche	200,9	216,0	203,6	194,7	189,5	189,6
Lazio	137,4	151,1	146,1	143,0	142,7	142,2
Abruzzo	243,2	260,3	259,4	259,6	250,7	236,0
Molise	234,2	279,0	286,8	274,7	242,5	218,4
Campania	80,3	83,9	93,5	82,7	86,9	87,1
Puglia	125,4	138,4	123,7	113,5	111,1	109,6
Basilicata	177,2	171,5	164,0	153,1	159,0	146,5
Calabria	145,3	156,0	149,8	144,8	138,5	132,3
Sicilia	72,5	83,2	85,7	84,5	86,0	79,0
Sardegna	161,1	160,6	205,2	195,2	198,0	210,3
Italia	172,2	181,9	177,1	167,9	165,5	159,0

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

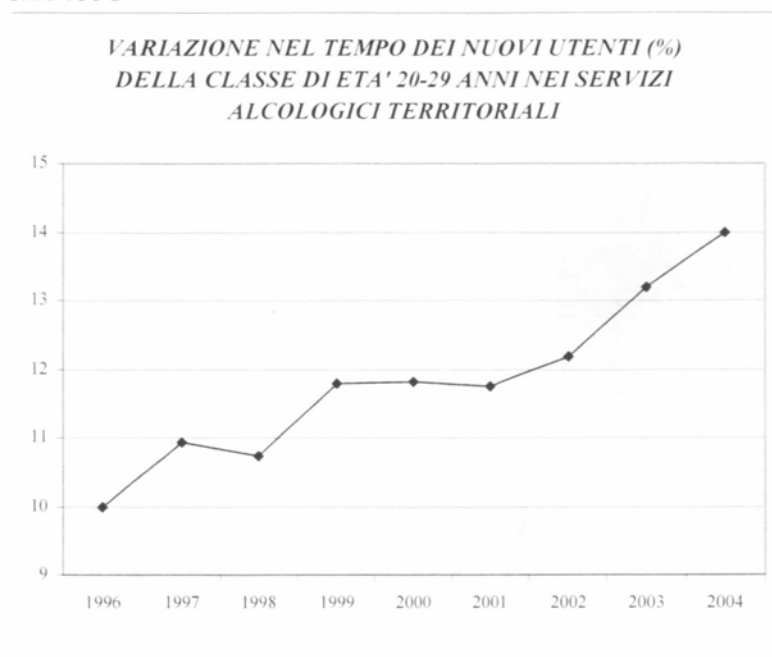
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol è di 159,0 per 100.000 abitanti, in diminuzione rispetto agli anni che precedono.

Le regioni con più elevato tasso di ospedalizzazione nel 2005, considerando complessivamente i ricoveri di residenti e non, sono la P.A. di Bolzano (493,4), Valle d'Aosta (444,4) e P.A. di Trento (308,7).

Si registrano al contrario tassi di ospedalizzazione più bassi in Campania (87,1) e Sicilia (79,0).

GRAFICO 2



Fonte: Ministero della Salute-Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione-Direzione Generale della Prevenzione sanitaria-Ufficio VII-“Tutela della salute dei soggetti vulnerabili”

Breve spiegazione del Grafico

Il fenomeno della diffusione dell'abuso giovanile è ben rappresentato anche dalla percentuale di giovani alcolodipendenti in carico presso i servizi sociosanitari per l'alcolodipendenza, che continuano ad aumentare nel tempo rispetto al totale dell'utenza. La tendenza all'aumento appare particolarmente evidente nei nuovi utenti di tale età, che passano dal 10,7% del 1998 al 14% del 2004. In questa fascia di età si rileva, rispetto alle altre fasce di età, la crescita maggiore nel tempo, a partire dal 1996.

Le principali tendenze

Continua la tendenza al calo dei consumi medi pro-capite di alcol puro già in atto dal 1981 (-33,3% tra il 1981 e il 1998), anche se il dato più recente per i consumi della popolazione al di sopra dei 15 anni, riferito all'anno 2003, interrompe la tendenza affermatasi negli ultimi due decenni.

Per la popolazione italiana sembrano peraltro complessivamente confermarsi, per l'anno 2003, le tendenze rilevate a partire da metà degli anni 90 relativamente all'espandersi della platea dei consumatori (fatta eccezione per i consumatori di vino, compresi quelli eccedentari) e alla diffusione di modelli di consumo a rischio e lontani dalla tradizione nazionale quali i consumi al di fuori dei pasti, con particolare riferimento ai giovanissimi.

Fra questi ultimi, in particolare, continuano a crescere sia l'uso di bevande alcoliche che i comportamenti di abuso e gli atteggiamenti ad esso favorevoli, nonostante una più diffusa percezione del rischio correlato.

Sono da tenere in particolare considerazione, alla luce dei dati disponibili per il 2003:

l'aumento, rispetto al 2002, dei consumatori di birra e liquori;

l'aumento dei comportamenti di consumo al di fuori dei pasti, che erano sembrati in calo nel 2002 sia tra i maschi che tra le femmine;

il persistere della tendenza all'aumento dei consumi fuori pasto tra i giovani fra i 14 e i 17 anni, già ben rilevabile nel 2002 nella classe maschile e confermata nel 2003 anche tra le ragazze, con una crescita di 4,7 punti percentuali;

l'alta percentuale e l'aumento della mortalità per incidente stradale tra i giovani.

La diminuzione del tasso di ospedalizzazione per patologie totalmente riferibili all'alcol, evidente sia rispetto al dato del 2002 che del 2000, deve essere interpretata anche tenendo conto della crescita dell'utenza dei servizi territoriali per l'alcolodipendenza, in continua espansione dal 1996, contestualmente al rafforzamento della rete dei servizi.

I più recenti comportamenti di consumo da parte dei giovani possono spiegarsi anche con l'influenza di altri Paesi, soprattutto del Nord Europa, che hanno favorito la sostituzione del modello mediterraneo, caratterizzato da assunzione

moderata di vino a completamento dei pasti, con l'uso di bevande ad alto contenuto alcolico e in quantità spesso eccessive, al di fuori dei pasti e in occasioni di tipo ricreazionale.

L'innesto di tali diversi modelli comportamentali nella tradizionale cultura di tolleranza e approvazione sociale del bere moderato del nostro Paese può rappresentare, se non correttamente compreso e affrontato, un ulteriore, specifico elemento di rischio per i soggetti più giovani, che potrebbero non percepire adeguatamente i pericoli correlati ai nuovi modelli di consumo.

I dati relativi alla popolazione giovanile inducono a rafforzare la vigilanza già in atto da qualche anno, anche perché esistono numerose evidenze sulla tendenza dei giovani che consumano alcol a praticare altri comportamenti a rischio e a utilizzare spesso l'alcol secondo le stesse modalità e motivazioni che sottendono l'uso di altre sostanze illecite.

Le politiche di prevenzione

Elemento cruciale delle politiche di prevenzione appare dunque ancora, e in particolare per la protezione della salute psico-fisica dei più giovani, l'adozione di misure adeguate alle trasformazioni culturali in atto, che tengano conto dell'aumento dei comportamenti di consumo a rischio, intervengano sulla percezione culturale del bere, favoriscano la diffusione di dati e orientamenti di provata evidenza scientifica, la corretta conoscenza dei rischi correlati alle diverse modalità di consumo e la promozione di fattori protettivi nei diversi contesti sociali.

Il Piano Sanitario nazionale 2006-2008 prende atto del consolidamento delle politiche alcolologiche nel nostro Paese, riconoscendo che già a partire dal Piano sanitario nazionale 2003-2005 le problematiche connesse al consumo di bevande alcoliche rappresentano una specifica tematica da tenere in considerazione nei programmi per il controllo degli stili di vita e l'abbattimento dell'uso e abuso di sostanze, con particolare riferimento al mondo giovanile.

Nel Piano Sanitario 2006-2008 viene dunque ribadita la necessità di intervenire sulla percezione culturale del bere al fine di rendere evidenti le diverse implicazioni di rischio connesse con i diversi comportamenti e di trasmettere in proposito adeguati e chiari orientamenti, intervenendo altresì sulla disponibilità e accessibilità dei servizi per accrescere la capacità di contenimento dei problemi conclamati.

Anche in ambito regionale appare evidente la maturazione di una nuova cultura in campo alcolologico, che si riflette nel rafforzamento del sistema di misure programmatiche e organizzative e nella realizzazione di progetti anche di ambito locale, soprattutto in relazione al mondo giovanile e scolastico. Si è ampliato e qualificato il sistema dei servizi territoriali, che operano non solo per il trattamento e la riabilitazione ma anche per la prevenzione, collaborando spesso e strettamente con il mondo del volontariato e dell'autoaiuto.

Tali tendenze riflettono del resto gli orientamenti delle politiche alcolologiche della U.E., che hanno avuto negli ultimi anni un forte impulso con l'inserimento delle problematiche sanitarie alcolcorrelate nell'ambito del Programma di azione comunitaria di sanità pubblica per gli anni 2003-2008.

Tale quadro di riferimento e il generale consolidamento delle politiche alcolologiche del nostro Paese negli ultimi anni ha consentito al Ministero della Salute di elaborare un Piano Nazionale Alcol e Salute, da proporre alla approvazione delle Regioni quale strumento per favorire azioni di ampio respiro per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati, anche in attuazione degli indirizzi e dei principi introdotti dalla legge 30.3.2001 n. 125. La sua formulazione trova pieno riscontro nelle politiche di ambito internazionale, in quanto il Piano recepisce i contenuti dei più recenti documenti elaborati in materia alcolologica a livello di U.E. e di OMS: il II Piano di Azione europeo per l'alcol dell'O.M.S., la Raccomandazione del Consiglio U.E. sul consumo alcolico di bambini e adolescenti, le Conclusioni del Consiglio dell'U.E. per una strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati.

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS)

individua alcuni obiettivi prioritari e, in relazione ad essi, otto aree strategiche e azioni da implementare nelle Regioni per la prevenzione e riduzione della mortalità e morbidità alcolcorrelate nel nostro Paese: informazione/educazione; bere e guida; ambienti e luoghi di lavoro; trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcol dipendenza; responsabilità del mondo della produzione e distribuzione; capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol; potenzialità delle organizzazioni di volontariato e di mutuo aiuto; monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto.

RISULTATI DI ALTRE RICERCHE

Progetto PR.I.S.M.A

(Progetto per la promozione di strategie di prevenzione precoce dell'alcol dipendenza per la riduzione del danno alcolcorrelato nei settings e nei servizi socio-sanitari di base).

-Ricerca per l'identificazione precoce dei bevitori a rischio in assistenza primaria in Italia (adattamento del questionario AUDIT e verifica dell'efficacia d'uso dello short-AUDIT test nel contesto nazionale).

Numerosi studi e trials clinici hanno dimostrato che l'identificazione e l'intervento breve, in assistenza primaria, se applicati in modo strutturato e duraturo, possono ridurre del 25% la quota di bevitori a rischio ed i relativi problemi alcolcorrelati. In linea con la valorizzazione di tali evidenze il Ministero della Salute ha pertanto promosso e finanziato il Progetto PR.I.S.M.A "Progetto per la promozione di strategie di prevenzione precoci dell'alcol dipendenza per la riduzione del danno alcolcorrelato nei settings e nei servizi socio-sanitari di base", nell'ambito del quale è stata realizzata una ricerca per verificare la possibilità di utilizzare una forma più breve del questionario AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).

Il questionario AUDIT è stato sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come uno strumento di screening da utilizzare per l'identificazione dei bevitori a rischio di problemi alcolcorrelati. È stato pensato per assistere gli

operatori di assistenza sanitaria primaria (medici di medicina generale, infermieri, operatori domiciliari etc.) sia sul territorio che in ambienti specifici come le fabbriche, le strutture di emergenza ma anche in ambienti non sanitari come gli esercizi pubblici, le discoteche, le feste di paese etc.

Le dieci domande dell'AUDIT sono risultate peraltro troppo impegnative per la pratica della medicina generale, come dimostrato da alcuni progetti pilota svolti anche in Italia. In Italia il test è stato validato e utilizzato sperimentalmente negli ambulatori dei medici di medicina generale, ma non ha incontrato un eccessivo entusiasmo a causa delle ristrettezze dei tempi di consultazione e dell'eccessiva burocratizzazione dell'attività ambulatoriale.

Tale problematica, presente anche in altri Paesi europei, sembra richiedere un ripensamento della modalità di effettuazione dell'identificazione precoce, che deve essere quanto mai breve, efficace e facilmente memorizzabile da parte degli operatori sanitari riducendo, così, anche l'onere burocratico dell'operatore ed i costi del progetto.

Metodi. 232 questionari, somministrati in precedenza ad un campione opportunistico di persone afferenti ad una serie di studi medici, sono stati analizzati per verificare la validità interna sui tre primi items proposti. Test parametrici (Pearson) e non parametrici (Spearman) sono stati utilizzati per verificare la predittività delle prime tre domande utilizzando un cut-off point di 5.

Risultati. Sia il test non parametrico di Spearman ($r = .991$) (considerando la natura non ordinale degli items) che il test parametrico di Pearson ($r = .954$) (considerando che il valore è dato dalla somma di altri valori) hanno evidenziato che i primi tre items sono predittivi dei risultati ottenuti con tutte le domande.

Conclusioni. Pur considerando il contesto locale dove è stato applicato e valutato, questo lavoro contribuisce in modo significativo allo sviluppo di strategie nazionali volte alla applicazione sistematica della identificazione precoce ed intervento breve dei bevitori a rischio in assistenza sanitaria primaria.

Il questionario AUDIT

L'AUDIT, pur essendo stato creato per essere semplice metodo di screening per l'individuazione di bevitori a rischio, si è dimostrato utile anche per l'identificazione dei principali sintomi della dipendenza da sostanze alcoliche e della presenza di alcune specifiche conseguenze del bere eccessivo. Può essere utilizzato sotto forma di intervista orale oppure come test scritto, può essere proposto da un operatore oppure auto-somministrato. Le domande presentano una serie di risposte in forma chiusa e ad ogni risposta viene assegnato un punteggio che varia da 0 a 4. Prima di somministrarlo al paziente è necessario rendere noto che per singola bevanda alcolica si intende quella che contiene 10 grammi di alcol, ovvero un bicchiere di vino, 300 cc di birra od un bicchierino di superalcolico.

È costituito da 10 items divisi in 3 gruppi.

I Gruppo: Items che indagano se l'uso di alcolici è a rischio o meno

1. Con quale frequenza consuma bevande contenenti alcool?
2. Quante bevande contenenti alcool consuma di solito in un giorno?
3. Quante volte le capita di bere sei o più bevande alcoliche in una sola occasione?

II Gruppo: Items che riguardano i sintomi da dipendenza

4. Quante volte nell'ultimo anno si è accorto che non era in grado di smettere di bere dopo aver iniziato?
5. Quante volte nell'ultimo anno le è capitato di non riuscire a fare quanto normalmente atteso a causa del bere?
6. Quante volte nell'ultimo anno ha sentito il bisogno di bere al mattino dopo aver bevuto molto la sera prima?

III Gruppo: Items che riguardano l'utilizzo di alcool in quantità nocive

7. Quante volte nell'ultimo anno si è sentito in colpa dopo aver bevuto?
8. Quante volte durante l'ultimo anno non è stato capace di ricordare quanto è successo la sera prima perché aveva bevuto?
9. Ha mai fatto del male a qualcuno per aver bevuto?
10. I suoi parenti, i suoi amici, il suo dottore o un altro operatore sanitario le hanno mai suggerito di ridurre il suo consumo di alcool?

Fonte

Pierluigi Struzzo, Sara De Faccio, Ermanno Moscatelli, Emanuele Scafato (per il gruppo di ricerca Prisma).

Identificazione precoce dei bevitori a rischio in Assistenza Primaria in Italia: adattamento del questionario AUDIT e verifica dell'efficacia d'uso dello short-AUDIT test nel contesto nazionale.

Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo XXIX - N. 1-2/2006

2.2.3 Obesità: rischio emergente per le patologie croniche

L'obesità è una condizione caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo, legata ad un aumentato introito alimentare e a una ridotta attività fisica.

Sta assumendo le caratteristiche di una vera e propria epidemia a livello mondiale, costituendo uno dei maggiori problemi di salute non solo nei paesi industrializzati, ma anche in quelli in via di sviluppo.

Negli adulti, la definizione di obesità è basata sull'indice di massa corporea (BMI) che è pari al peso in chilogrammi diviso per il quadrato dell'altezza in metri. In base al BMI si definiscono in sovrappeso i soggetti con BMI tra 25 kg/m² e 29.9 kg/m² e obesi i soggetti con BMI superiore a 30 kg/m².

Per i bambini, la definizione di obesità si basa sul 95° percentile aggiustato per età e sesso.

Le stime dell'OMS (Global InfoBase) relative all'anno 2005 indicano che più di un miliardo di persone nel mondo presentano sovrappeso delle quali 805 milioni sono donne, con almeno 300 milioni obese. Viene stimato che nel mondo circa 22 milioni di ragazzi di età inferiore a 15 anni siano obesi, con un trend in costante aumento.

L'obesità e il sovrappeso sono condizioni associate a morte prematura e ormai universalmente riconosciute come fattori di rischio per alcune importanti patologie croniche:

1. malattie cardiovascolari
2. ictus
3. diabete tipo 2
4. alcuni tipi di tumore (endometriale, colon-rettale, renale, della colecisti e della mammella in post-menopausa)
5. malattie della colecisti
6. osteoartriti

Inoltre l'obesità e il sovrappeso sono associati a problemi di salute come:

- ipertensione
- ipercolesterolemia
- apnea notturna e problemi respiratori
- asma
- aumento del rischio chirurgico
- complicanze in gravidanza
- irsutismo e irregolarità mestruali
- disturbi psicologici come la depressione
- difficoltà psicologiche dovute alla stigmatizzazione sociale.

L'obesità e le malattie ad essa correlate sono prevalenti tra i gruppi con basso livello socio-economico. Infatti, è stato rilevato che i soggetti a più basso livello socio-culturale consumano più carne, grassi e carboidrati, mentre quelli a più alto reddito consumano più frutta e verdura e curano di più la loro immagine e il loro benessere fisico.

In tale quadro epidemiologico, l'OMS ha elaborato una Strategia Globale su Dieta, Attività Fisica e Salute, con una serie di raccomandazioni per i governi e per tutte le parti in causa, nella quale si raccomanda un approccio multisettoriale per interventi che modifichino i comportamenti non salutari, raccomandando interventi di tipo comportamentale (per modificare lo stile di vita individuale) e sociale (per creare condizioni atte a cambiare i comportamenti individuali).

Nell'Unione Europea, la nutrizione, l'attività fisica e l'obesità rientrano come "priorità chiave" nella politica di sanità pubblica e sono incluse nel programma di azioni 2003-2008.

In Italia, il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, nell'ambito del progetto "Promuovere gli stili di vita salutari. la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute" ribadisce che le conoscenze scientifiche attuali dimostrano come l'incidenza di molte patologie sia legata agli stili di vita e sottolinea il ruolo fondamentale dell'attività fisica e di una corretta alimentazione per la protezione della salute.

La successiva Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005 ha varato l'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, che individua l'obesità e, in particolare quella infantile, tra i problemi di salute prioritari, affidando al Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) il compito di individuare le linee operative e coordinare i piani di azione delle Regioni e Province autonome.

DATI: PRESENTAZIONE E DISCUSSIONE

In Italia le informazioni epidemiologiche sulla frequenza di obesità e sovrappeso sono attualmente lacunose; non esiste, infatti un sistema di sorveglianza nazionale su questo fenomeno.

L'unica fonte di dati che coinvolge tutto il territorio nazionale è l'indagine multiscopo sulle famiglie condotto dall'ISTAT, anche se numerosi sono gli studi locali, incluso quello, ancora in corso, promosso dal Ministero della Salute (Studio PASSI: vedi BOX).

Si tratta di dati riferiti, raccolti tramite questionari o interviste, mentre solo alcuni studi effettuati su campioni di popolazione regionali o aziendali riferiscono dati di sorveglianza attiva (ragazzi 11-15 anni, anziani residenti in RSA,...).

I dati disponibili sono quelli relativi all'indagine multiscopo dell'ISTAT e si riferiscono per la popolazione di età compresa tra i 6 e i 17 anni agli anni 1999-2000 (dati riferiti dai genitori, su un campione di 17.500 ragazzi), mentre per la popolazione di età uguale o superiore a 18 anni l'anno di riferimento è il 2003 (dati riferiti dai soggetti interessati, su un campione di 20.574 famiglie).

Per quanto riguarda la popolazione in età preadolescenziale e adolescenziale (6 -17 anni) sono stati adottati i valori soglia dell'International Obesity Task Force (IOTF), utilizzando il BMI, modificato da Cole. In base alla definizione di obesità infantile adottata dallo IOTF, negli anni 1999-2000, la quota di soggetti tra i 6 e i 17 anni in eccesso ponderale (in sovrappeso e obesi) è pari al 24,1 per cento (in sovrappeso circa il 20 per cento e obesi circa il 4 per cento). Si stima che il fenomeno coinvolga un milione e 700 mila ragazzi tra 6 e 17 anni, con notevoli differenze per fasce di età, per sesso e per distribuzione geografica.

Infatti, nella fascia di età 6 – 13 anni si osserva una prevalenza pari al 30,4 per cento, con picchi del 33,6 per cento per i bambini e del 34,6 per cento per le bambine di età 6 – 9 anni, contro il 14,5 per cento relativo ai soggetti di età 14 – 17 anni, mentre per tutte le fasce di età i ragazzi presentano una percentuale di eccesso ponderale (27,0 per cento) maggiore che nelle coetanee (21,2 per cento).

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale, le regioni meridionali hanno una prevalenza più elevata (28,7 per cento) rispetto a quelle del nord (19,3 per cento).

Dai dati epidemiologici relativi alla popolazione di età uguale o superiore a 18 anni, risulta che il 33,6 per cento è sovrappeso e quasi un decimo (9,4 per cento) è obesa.

La distribuzione territoriale mostra la presenza di una percentuale di soggetti in eccesso ponderale (in sovrappeso e obesi) maggiore nell'Italia meridionale (46,5 per cento) e insulare (45,6 per cento), in particolare in Basilicata (51,8 per cento), Molise (49,5 per cento), Sicilia (48,4 per cento) e inferiore nell'Italia nord-occidentale (38,5 per cento), soprattutto in Piemonte (37,0 per cento).

La percentuale di popolazione obesa cresce con l'aumento dell'età (1,3 per cento tra i 18 e i 24 anni), raggiungendo il massimo sopra i 55 anni (14,3 per cento tra i 55 e i 64 anni e 15,7 per cento nei 65 -74enni) per diminuire nelle età più anziane (10,9 per cento negli ultrasettantacinquenni).

La condizione di sovrappeso è più diffusa tra gli uomini (42,1 per cento) rispetto alle donne (25,8 per cento), mentre per quanto riguarda la popolazione obesa la differenza si riduce (9,3 per cento degli uomini contro 8,7 per cento delle donne). Tra le donne comunque l'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) è rilevato in maggior percentuale tra le casalinghe (43,2 per cento) rispetto alle donne occupate (22,9 per cento), mentre questo fenomeno non si rileva in tutte le condizioni professionali degli uomini.

L'eccesso ponderale è una condizione più diffusa nella popolazione adulta con basso titolo di studio (licenza elementare o nessun titolo: 58,8 per cento) e riguarda sia gli uomini che le donne in qualsiasi fascia di età.

I dati illustrati relativi all'eccesso ponderale in Italia pongono il nostro Paese tra i primi in Europa per la presenza di soggetti in sovrappeso e obesi. In particolare il fenomeno dell'obesità in età pediatrica, fino a qualche decennio fa poco diffuso, è un dato allarmante in quanto evidenze scientifiche riconoscono all'obesità in età pre-adolescenziale e adolescenziale una forte capacità predittiva dello stato di obesità in età adulta.

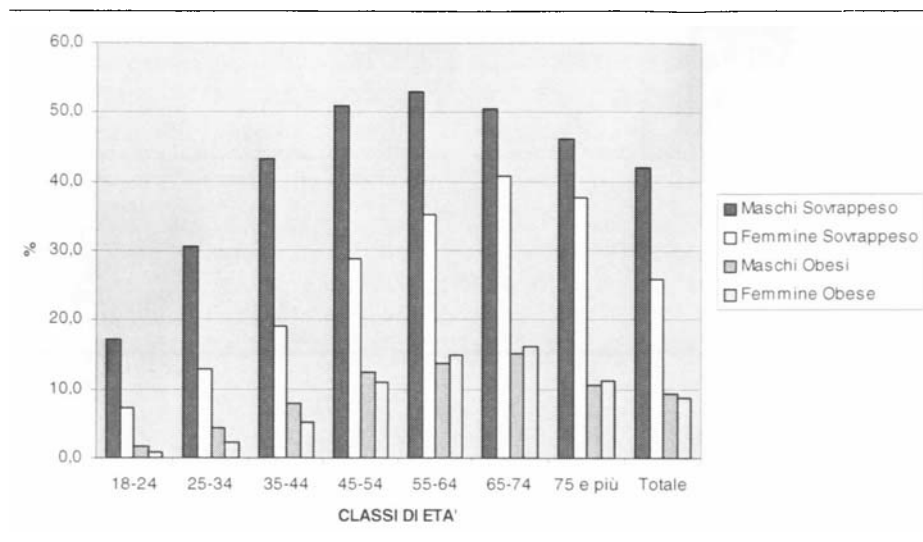
Tavola 1 - Percentuale della popolazione italiana di età uguale/superiore a 18 anni in sovrappeso e obesa per regione - Anno 2003

REGIONI	Sovrappeso	Obesi
Piemonte	29,4	7,6
Valle d'Aosta	32,7	9,0
Lombardia	31,1	8,0
Trentino-Alto Adige	30,9	7,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>30,8</i>	<i>8,2</i>
<i>Trento</i>	<i>31,0</i>	<i>6,5</i>
Veneto	33,2	9,0
Friuli-Venezia Giulia	34,5	9,3
Liguria	31,2	7,8
Emilia-Romagna	33,5	10,3
Toscana	31,0	9,4
Umbria	35,0	9,6
Marche	35,3	9,0
Lazio	33,1	8,2
Abruzzo	37,1	9,7
Molise	36,3	13,2
Campania	37,1	9,8
Puglia	34,8	10,0
Basilicata	41,6	10,2
Calabria	37,3	9,7
Sicilia	38,8	9,6
Sardegna	29,6	7,8
Italia	33,6	9,0

Fonte: ISTAT Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" – Anno 2003

Le regioni dall'Italia meridionale presentano la maggior prevalenza di soggetti pre-obesi e obesi rispetto alle regioni nord-occidentali

Grafico 1 Percentuale della popolazione italiana di età uguale/superiore a 18 anni in sovrappeso e obesa per sesso e classe d'età – anno 2003



Fonte: ISTAT Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" – Anno 2003

Gli uomini in sovrappeso si presentano in percentuale maggiore rispetto alle donne, mentre per la condizione di obesità non vi sono differenze significative tra i due sessi.

INDICAZIONI PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

L'obesità e le patologie croniche ad essa associate costituiscono un grave problema di salute e hanno un significativo impatto economico sul sistema sanitario e nazionale. Si stima che il costo dell'obesità si avvicina a 30 milioni di euro l'anno per perdita di produttività e cure delle complicanze cliniche correlate.

La lotta all'obesità, data la complessità di fattori che intervengono nella sua genesi, è un obiettivo di salute che deve essere perseguito attraverso un'azione intersettoriale che coinvolga e crei alleanze tra i vari attori interessati.

Pertanto sono state elaborate strategie a livello della Regione Europea dell'OMS per contrastare l'avanzare del fenomeno (Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health 2004). Nel settembre 2005 l'OMS - Regione Europea ha iniziato un percorso per concordare tra tutti gli stati membri un documento comune per la lotta all'obesità.

L'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005, con l'allegato Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007, ha recepito tale indirizzo, favorendo da un lato la programmazione regionale attraverso l'opera di coordinamento e di valutazione del CCM e dall'altro con progetti CCM di ampio respiro a valenza nazionale.

L'esigenza di creare un cambiamento culturale che conduca a una riduzione dell'introito calorico e a una vita fisicamente più attiva implica la necessità di orientare le principali politiche a livello locale e regionale per creare le condizioni che favoriscano e incrementino tale cambiamento, che vanno dal creare un ambiente urbano che incoraggia l'attività fisica a quelle che favoriscono il consumo di frutta e verdura.

In alcune realtà regionali, l'attenzione e la sensibilità di amministratori e operatori di sanità pubblica e dei vari settori coinvolti hanno dato vita a iniziative e progetti interessanti che potrebbero essere adottati a livello nazionale. In alcune ASL, ad iniziativa dei SIAN (Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione) o di altre strutture aziendali, sono iniziati progetti di educazione alimentare nelle scuole sia per gli alunni che per gli insegnanti che per gli operatori del settore alimentare. Altri progetti locali hanno riguardato la formulazione di linee guida per la ristorazione scolastica ed esperienze di controllo dei menù scolastici (Friuli Venezia Giulia, Veneto e Lombardia ad esempio) e di diversificazione dei pasti, anche attraverso i controlli dei menù e la sorveglianza nutrizionale nelle RSA per anziani (Lombardia, Lazio). Inoltre, attraverso operazioni di marketing sociale, tramite la distribuzione automatica degli alimenti, sono state coinvolte le associazioni di settore (Emilia-Romagna).

Inoltre molte Regioni hanno iniziato programmi di sorveglianza e di educazione sanitaria coinvolgendo anche i medici di famiglia (Emilia-Romagna, Puglia) e favorendo l'attività motoria con varie iniziative ("a scuola a piedi")

Pertanto, a partire anche dall'esperienza di tali progetti, è quanto mai necessario che la pianificazione e l'attuazione degli interventi per il contrasto all'obesità debba avvenire a vari livelli delle amministrazioni pubbliche e prevedere il coinvolgimento di un ampio numero di attori, quali gli amministratori locali, la famiglia, la scuola, i servizi sanitari e sociali, i medici di famiglia, le associazioni del volontariato, i mass media, le associazioni del terziario, i centri riabilitativi e terapeutici, le strutture residenziali, i club sportivi e sociali.

La strategia delineata dovrebbe essere quella di favorire alleanze istituzionali tra i vari Ministeri interessati, Regioni, Istituzioni scientifiche e amministrative per attivare una serie di iniziative e interventi nei vari settori interessati.

Contestualmente dovrebbe essere favorita la creazione di una rete tra professionisti della sanità pubblica, medici di famiglia, nutrizionisti che sviluppino progetti di formazione, sorveglianza e prevenzione dell'obesità.

RISULTATI DI ALTRE RICERCHE

Studio PASSI

Lo studio PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), promosso da CCM, Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Regioni, è stato commissionato da Ministero della Salute e Regioni al gruppo Profea (Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata) del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS per testare metodo ed applicabilità di una raccolta di dati locali su fattori di rischio comportamentali e risultati di specifici programmi di Sanità Pubblica. Ciò al fine di verificare la fattibilità di un futuro sistema di sorveglianza permanente su questi temi, interno al Sistema Sanitario e in grado di fornire informazioni e a livello di Azienda Sanitaria.

Una sezione del questionario utilizzato nell'indagine è finalizzata ad indagare le caratteristiche ponderali degli individui, tramite interviste telefoniche su un campione di popolazione di età 18-69 anni

I dati sono in corso di elaborazione.

Studio HBSC

Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children – Comportamenti collegati alla salute in ragazzi in età scolare), cui un'équipe italiana ha aderito, è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa, che è attivo dal 1982 e che attualmente coinvolge 36 paesi europei ed alcuni extraeuropei. Lo strumento utilizzato per la raccolta delle informazioni è un questionario elaborato da un'équipe multidisciplinare, auto-compilato e anonimo, somministrato nelle scuole con il sostegno degli insegnanti, somministrato nelle scuole con il sostegno degli insegnanti, a ragazzi di 11-15 anni.

I dati sono in corso di elaborazione.

Progetto Cuore

Nell'ambito del progetto Cuore (vedi anche "Le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari"), una linea di ricerca è dedicata alla valutazione della distribuzione dei fattori e delle condizioni a rischio cardiovascolare, tra i quali l'obesità, in campioni di popolazione rappresentativi della popolazione italiana. L'obiettivo è stato realizzato mediante la costituzione, nel 1998, dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (OEC), frutto di una collaborazione fra Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), e costituito da una rete di 51 centri ospedalieri pubblici (divisioni, servizi o centri di riabilitazione), dislocati in modo omogeneo su tutto il territorio italiano.

Il peso e l'altezza sono stati misurati con la persona vestita con abiti leggeri: per l'altezza è stato utilizzato lo statimetro a muro, per il peso la bilancia da terra. I dati sono stati conglobati nell'indice di massa corporea ($IMC = \text{peso in kg} / \text{altezza in metri al quadrato}$). In questa analisi le persone con un indice di massa corporea uguale o maggiore a 30 kg/m^2 sono state classificate come obese.

L'arruolamento del campione è stato realizzato con la Procedura suggerita nel manuale delle operazioni del progetto Cuore.

BOX COMMISSIONI/STUDI MINISTERIALI

Comitato per il contrasto all'obesità
Progetti CCM

1. Programmi efficaci per la prevenzione dell'obesità: il contributo dei SIAN (convenzione Regione Toscana)
2. Buone pratiche per l'alimentazione e l'attività fisica in età prescolare: promozione e sorveglianza (convenzione Regione Friuli Venezia Giulia)
3. Promozione dell'attività fisica (azioni per una vita in Salute) (convenzione Regione Emilia Romagna)

3. LE RISPOSTE DEL SERVIZIO SANITARIO

3.1 Prevenzione e promozione della salute. Indicazioni per le politiche sanitarie

Sulla base della situazione epidemiologica descritta nel capitolo 2, il Ministero della Salute ha avviato una serie di iniziative e di progetti mirati ad affrontare le patologie più frequenti e con maggiore peso sociale ed economico, si con lo scopo di dare precise indicazioni di programmazione, sia con lo scopo di diffondere la cultura della prevenzione.

Queste misure vengono illustrate nel presente capitolo.

3.1.1 Malattie infettive

Indicazioni per la programmazione

La normativa di base per la prevenzione dell'infezione da HIV/AIDS, è rappresentata dalla legge 135 del 1990, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale dell'8 giugno 1990.

La legge definiva gli interventi di programmazione sanitaria per garantire la migliore assistenza ai pazienti affetti da infezione da HIV e AIDS, attraverso l'adeguamento strutturale delle Unità Operative di Malattie Infettive, la formazione del personale sanitario, la lotta allo stigma sociale mediante campagne di sensibilizzazione pubblica.

Attualmente il Ministero della Salute ha promosso, in collaborazione con le Regioni, la valutazione dello stato di attuazione della legge alla luce della nuova realtà epidemiologica dell'infezione da HIV/AIDS e di altre malattie infettive riemergenti come la tubercolosi e le malattie sessualmente trasmesse.

L'epidemiologia dell'infezione da HIV/AIDS ha subito notevoli modificazioni negli ultimi dieci anni, risulta necessario continuare a implementare il sistema di sorveglianza nazionale delle nuove infezioni da HIV per poter definire le strategie preventive nei diversi ambiti epidemiologici che risultano a maggior rischio in modo tempestivo.

Nell'ambito della prevenzione, le autorità europee hanno stabilito i punti chiave del programma di azione per la lotta contro l'AIDS, nonché le raccomandazioni per la conduzione di campagne informative mirate e i target specifici da raggiungere.

L'Italia ha condiviso tali indicazioni e ne consegue che sarà necessario continuare ad informare sui metodi di prevenzione della trasmissione sessuale (omo ed eterosessuale) e promuovere il test HIV e l'adeguato counselling pre e post test. L'informazione efficace dovrà prevedere il coinvolgimento delle Regioni e Province Autonome, delle Associazioni di lotta contro l'AIDS, delle multi etnie presenti sul territorio nazionale e il ricorso alla educazione tra pari (peer education).

Risulta necessario continuare ad assicurare la formazione degli operatori sanitari anche riguardo alle problematiche psico-sociali del paziente sieropositivo.

E' necessario implementare le strutture extraospedaliere e il rapporto ospedale-territorio nelle varie realtà regionali, al fine di garantire l'assistenza extraospedaliera del paziente cronico che in numero sempre più crescente ricorre all'assistenza ambulatoriale e in day-hospital.

3.1.2 Apparato cardiovascolare

Indicazioni per la programmazione (aspetti di politica sanitaria)

Progetto Cuore

La Legge 138 del 2004 "Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica" ha istituito presso il Ministero della Salute il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM).

Il CCM sta sviluppando, sull'esempio di analoghe esperienze internazionali, una rete di sorveglianza, intelligence e reazione rapida contro attuali o potenziali pericoli per la salute, predisponendo piani operativi, con un avanzato livello di dettaglio.

Per realizzare quanto sopra sono stati istituiti Comitati Scientifici di progetto all'interno del CCM, tra i quali, uno si occupa in modo specifico della prevenzione del rischio cardiovascolare attraverso la realizzazione del Progetto Cuore.

Il progetto "Cuore" è finalizzato a ridurre il rischio cardiovascolare nella popolazione sana e si articola in tre aree progettuali: prevenzione individuale, prevenzione di comunità e sorveglianza.

La prevenzione individuale mira a migliorare l'insieme degli interventi che un operatore sanitario, primo fra tutti il medico generale, può effettuare nell'ambito del rapporto con la persona che assiste, per ridurre il rischio cardiovascolare.

In quest'area, il piano operativo del progetto "Cuore" ha come obiettivo la diffusione della carta e del punteggio del rischio cardiovascolare.

La carta per il calcolo del rischio cardiovascolare permette di stimare la possibilità di andare incontro a malattia cardiovascolare nel corso degli anni successivi (5/10), ha come obiettivo la stratificazione del rischio all'interno della popolazione sana di età compresa tra i 35 ed i 69 anni. Permette di identificare soggetti a basso, moderato ed elevato rischio e attivare, a seconda della categoria, azioni finalizzate alla riduzione dei fattori di rischio modificabili. Propone una strategia di cambiamento che parte da modifiche dello stile di vita sino all'intervento di tipo farmacologico.

L'introduzione di questa misura è tesa a migliorare l'accuratezza diagnostica, nelle persone che non hanno una malattia cardiovascolare clinicamente manifesta, ma possono essere affette da condizioni quali ipertensione, ipercolesterolemia, abitudine al fumo, obesità che aumentano il rischio cardiovascolare. La stima del rischio globale assoluto è una tecnologia medica che consente di misurare in modo corretto il rischio di un evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus cerebrale), a partire da una molteplicità di fattori: pressione arteriosa, glicemia, colesterolemia, fumo, oltre all'età ed al sesso. Questa valutazione è tipicamente, eseguita nell'ambito del rapporto tra l'individuo ed il proprio medico di famiglia (o altro operatore sanitario) che è in grado sia di proporre trattamenti volti a ridurre il rischio, sia di monitorare il rischio nel tempo.

Per questo è necessario sensibilizzare i medici, in primo luogo i Medici di Medicina Generale, riguardo l'importanza della prevenzione cardiovascolare, che si attua attraverso la modifica degli stili di vita.

E', ancora, necessario che i medici siano aggiornati e formati riguardo alla stima del rischio globale assoluto ed al trattamento, farmacologico e non farmacologico, dei fattori di rischio.

Infine è essenziale la valutazione della applicazione, sia in termini di processo (fattibilità, tasso di applicazione ecc.) sia in termini di impatto di salute.

La prevenzione di comunità mira a modificare i fattori di rischio cardiovascolari: fumo, alimentazione, attività fisica, attraverso interventi diretti all'intera popolazione o gruppi, al di fuori del setting clinico. Questi interventi consistono in modifiche dei sistemi regolatori (come ad esempio l'aumento dei prezzi delle sigarette o i divieti di fumare nei luoghi chiusi, la chiusura di parti delle città al traffico per aumentare l'attività fisica ecc.) e attraverso programmi educativi rivolti a comunità da realizzarsi in ambito nazionale, regionale e locale.

In quest'area, il progetto "Cuore" ha come obiettivo la riduzione dei fattori di rischio attraverso l'influenza sui principali determinanti di salute e cioè condizioni legate allo stile di vita:

- alimentazione ricca di grassi prevalentemente saturi, sale e calorie;
- eccesso di alcool;
- inattività fisica;
- fumo di sigaretta

Questi fattori quando sono presenti in più di uno hanno un'azione moltiplicativa nel determinare il rischio di malattia e per tale motivo la loro modifica influenza notevolmente la riduzione del rischio cardiovascolare.

I determinanti di salute sono strettamente connessi ai fattori di rischio, ed è proprio in questo ambito che è cresciuta la consapevolezza dell'importanza di interventi di tipo preventivo atti ad impedire o ritardare l'insorgenza della malattia stessa.

L'ultima tappa del progetto prevede un'attività di sorveglianza che mira a stimare la frequenza nella popolazione dei fattori di rischio cardiovascolare, degli eventi cardiovascolari maggiori e dei decessi per cause cardiovascolari, al fine di individuare cambiamenti nel tempo e nello spazio e valutare il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Tipicamente, la sorveglianza in Italia, si attua attraverso l'Osservatorio Cardiovascolare, uno studio di prevalenza dei fattori di rischio, il Registro degli Eventi Cardiovascolari e il Registro delle Cause di Morte. In quest'area, il progetto "Cuore" ha come obiettivo il consolidamento di questi tre sistemi di sorveglianza.

Intesa Stato, Regioni e Province autonome 23 Marzo 2005 e Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007

L'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 23 Marzo 2005 include il Piano Nazionale della Prevenzione per il triennio 2005-2007. Tra gli ambiti di intervento del piano nazionale di prevenzione per il triennio 2005-2007 vi è la prevenzione cardiovascolare attraverso:

la diffusione della carta del rischio a gruppi di soggetti;

la prevenzione dell'obesità nelle donne in età fertile e nel bambino;

la prevenzione attiva delle complicanze del diabete di tipo II nell'adulto e nel bambino, aumentando la compliance del paziente;

la prevenzione delle recidive nei soggetti che già hanno avuto accidenti cardiovascolari, cosicché questi non si ripetano.

Quale strumento estremamente valido per la definizione del rischio cardiovascolare, si propone l'utilizzo della cosiddetta carta del rischio.

Per ciascun ambito, l'Intesa del 23 Marzo 2005 delinea le finalità generali ed affida funzioni di coordinamento e di verifica al Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), con il compito di indicare le linee operative, fornire assistenza tecnica e, successivamente, certificare l'attuazione dei piani regionali (art. 4, lett. e).

3.1.3 Apparato respiratorio

Indicazioni per la programmazione

Accanto ai programmi di prevenzione della BPCO orientati alla cessazione del fumo di tabacco occorre promuovere programmi di prevenzione orientati all'esposizione occupazionale, in modo particolare programmi mirati alle categorie di lavoratori nei quali l'abitudine al fumo di tabacco risulta più consolidata. Tutte le misure volte a migliorare la qualità dell'aria indoor e outdoor sono importanti ai fini della prevenzione delle malattie respiratorie. L'applicazione della legge 3/2003 sul divieto di fumo a tutela della salute dei non fumatori costituisce uno strumento efficace di prevenzione e di controllo. Gli interventi di prevenzione devono essere rivolti a livello collettivo e individuale, incoraggiare un cambiamento comportamentale responsabile e consapevole, o quando la malattia è già conclamata promuovere interventi sanitari tempestivi ed appropriati per ridurre le riacutizzazioni e l'aggravamento del quadro clinico, ovvero l'instaurarsi dell'invalidità e la mortalità prematura nei pazienti affetti da BPCO.

Tutto questo necessita di una strategia integrata di controllo del rischio che preveda ad esempio anche la diffusione in ambito di medicina territoriale delle carte di rischio di Asma e BPCO, la formazione dei medici per migliorare la capacità di diagnosi e di stadiazione e follow-up della malattia, e la definizione di un'organizzazione sanitaria che permetta una presa in carico complessiva del paziente attraverso interventi educazionali, terapie appropriate e quando necessario adeguati interventi riabilitativi.

Per quanto riguarda esclusivamente gli aspetti sociali della malattia e la tutela assistenziale ai malati e alle famiglie, la Commissione per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) sta valutando concretamente la possibilità di inserire la BPCO nell'elenco delle malattie croniche ed invalidanti, attraverso la revisione del DM 28 maggio 1999, n. 329, regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti, ai sensi dell'art. 5, comma 1 lettera a) del D.lvo 29 aprile 1998, n. 124 (G.U. 226, del 25 settembre 1999).

Gli obiettivi a medio e lungo termine per la prevenzione ed il controllo della malattia asmatica sono:

- approfondire le conoscenze e migliorare i sistemi di sorveglianza volti alla conoscenza dell'epidemiologia dell'asma e delle patologie allergiche e del ruolo etiologico di fattori genetici e ambientali, nonché dell'efficacia delle misure attualmente disponibili;
- promuovere campagne di educazione e formazione rivolte, oltre che ai pazienti e alle loro famiglie, anche al personale sanitario e al personale di altre istituzioni non sanitarie, compresa l'istituzione scolastica, in grado di svolgere un ruolo importante nel diffondere informazione ed educazione sanitaria;
- promuovere una redistribuzione degli investimenti, verso tipologie di assistenza che riducono significativamente il ricovero, a favore dell'assistenza di base e specialistica territoriale integrata;
- promuovere gli investimenti nei farmaci preventivi che potrebbero portare in futuro alla riduzione dei costi diretti: la malattia asmatica mal controllata è costosa;
- intervenire sull'ambiente, promuovendo tutte le iniziative che riducano l'esposizione della popolazione e specialmente dei bambini, in linea con le indicazioni derivanti dalla strategia dell'UE in tema di ambiente e salute. Il problema dell'asma infantile e delle malattie allergiche è stato messo in risalto nella strategia SCALE (Science, Children, Awareness, Legal, Instrument, Evaluation), dell'UE, mirata a ridurre nei paesi europei le malattie infantili correlate ai fattori ambientali.

3.1.4 Oncologia

Lo screening oncologico

La prevenzione del cervico-carcinoma mediante pap test, la prevenzione del tumore mammario mediante screening mammografico, e la prevenzione del colonretto mediante ricerca del sangue occulto fecale (o con l'effettuazione della sigmoidoscopia), rientrano fra le prestazioni che sono considerate Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) dal DPCM del 2001. Tali prestazioni devono essere assicurate tramite programmi: ovverosia prevedendo un invito attivo periodico della popolazione target e un controllo di tutte le fasi del processo diagnostico e di cura che segue l'esecuzione del test di screening. Per popolazione target e periodo di invito le linee guida del Ministero della Salute in corso di stampa indicano le donne comprese fra 25-64 anni per lo screening cervicale con intervallo triennale; le donne fra i 50 e i 69 anni per lo screening mammografico (intervallo biennale); e ad entrambi i sessi biennialmente fra i 50 e i 70-74 anni per lo screening coloretale mediante FOBT: i programmi che adottano la sigmoidoscopia come test di base prevedono l'esecuzione della sigmoidoscopia a 58-60 anni da ripetersi eventualmente un'altra volta nella vita.

La rilevazione dello stato di diffusione e sulle performances dei singoli programmi delle tre tipologie di screening su tutto il territorio nazionale avviene, su mandato del Ministero alla Salute, con un questionario strutturato da parte dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) in collaborazione con le società scientifiche degli operatori dello screening: Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (GISMa), Gruppo Italiano per lo Screening Cervico carcinoma (GISCI), Gruppo Italiano per lo Screening COloRettale (GISCOR). Qui di seguito verranno presentati i risultati per i tre programmi di screening riguardanti l'estensione dei programmi e la partecipazione delle persone invitate. Tutti i dati vengono presentati annualmente in un Rapporto dell'ONS.

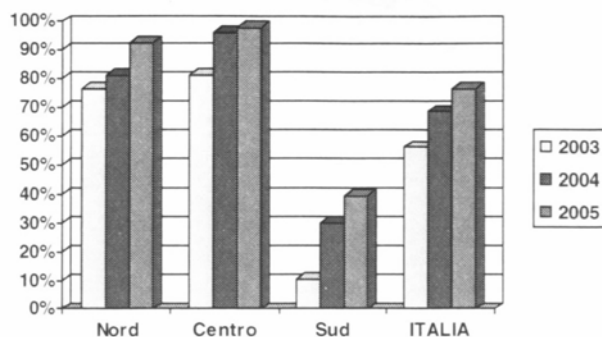
Presentazione e Discussione dei Dati

Verranno riportati di seguito i risultati dal 2003 al 2005 di estensione e di partecipazione, per tutti gli altri indicatori si rimanda al V rapporto dell'ONS che sarà pronto per l'inizio di Dicembre 2006. Il 2003 è l'anno precedente alle azioni messe in campo con la L138/2004 e con l'accordo stato Regioni del Marzo 2005 (Programma Prevenzione attiva); il 2005 è l'ultimo anno disponibile. Le rilevazioni vengono condotte considerando le persone invitate nel corso dell'anno in questione tali persone possono avere eseguito l'esame anche l'anno successivo, dunque nel caso del 2005 gli esami possono essere stati eseguiti anche nel 2006.

Screening Mammografico

Nella figura 1 è riportato l'andamento dell'estensione (proporzione di donne residenti in aree dove è attivo un programma di screening) per i programmi di screening mammografico fra il 2003 e il 2005 nelle tre macro aree Italiane (Nord, Centro e Sud e Isole) e complessivamente per l'Italia. La partecipazione (proporzione delle donne fra quelle invitate che aderiscono al programma di screening) nelle tre macro aree è riportata in Tabella 1. Si può evidenziare come a livello italiano si sia registrato un notevole incremento nella diffusione dello screening mammografico fra il 2003 e il 2005 passando da una copertura del 55% a una copertura di oltre il 75%. Questo aumento ha riguardato tutte e tre le aree. E' altresì evidente come alla fine del 2005 permanga un forte squilibrio fra Nord e Centro da un lato e Sud e le Isole dall'altro. Infatti mentre nelle prime due macro zone siamo vicini a una copertura vicina al 100%, al Sud e nelle Isole tale copertura raggiunge solo il 40% (anche se era solo il 10% nel 2003). Questo differenziale esiste anche nei livelli di partecipazione. Infatti nel nord e nel centro Italia abbiamo livelli di partecipazioni soddisfacenti che si superano (66% nel Nord) o si avvicinano al 60% nel Centro (59,7%) mentre tale valore scende al 38,5% al Sud. Molte fattori di contesto influenzano la partecipazione, ma sicuramente il fattore principale è la qualità percepita del programma da parte della popolazione invitata. Questi dati segnalano come non solo vi è un differente livello di estensione fra le diverse aree del Paese ma anche come la qualità dei programmi sia percepita assai diversamente nelle varie aree.

Fig. 1 - Estensione programmi di screening mammografici per zona geografica – Survey Osservatorio Nazionale Screening anni 2003-2005

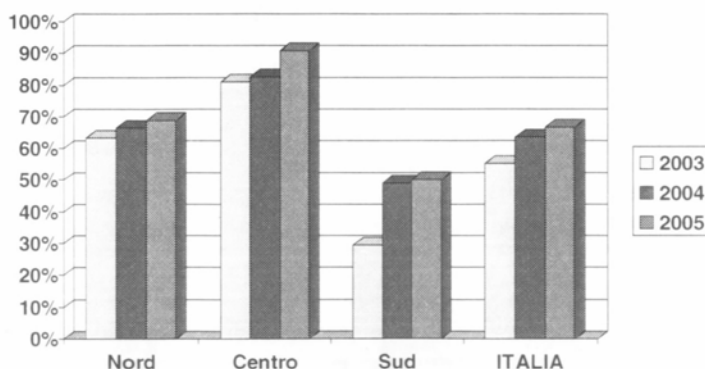


Screening Cervicale

Per quanto riguarda lo screening cervicale la figura 2 riporta l'estensione dei programmi organizzati in Italia. Complessivamente due terzi del territorio nazionale è coperto da programmi organizzati. Il differenziale fra Centro Nord e Italia Meridionale e Insulare è in questo caso meno marcato. Infatti si passa dal 70% del Nord al 90% del Centro al 50% del Sud. La ragione di questo è duplice: da un lato questi sono i programmi più diffusi (e da più tempo) al sud; dall'altro in alcune Regioni settentrionali si è ritenuto di non dare indicazioni pressanti alla organizzazione di programmi organizzati essendo l'attività spontanea assai diffusa. Comunque, nel triennio preso in esame, la copertura si è allargata essendo passati dal 55,2% al 66,7%; questa maggiore estensione ha riguardato ogni area del Paese. Per quanto riguarda la partecipazione (vedi Tabella 1) va innanzitutto registrato come la partecipazione ai programmi organizzati è leggermente inferiore al 40% (36,7%). Questo valore è dovuto probabilmente alla pratica assai diffusa di attività spontanea di diagnosi precoce che agisce in 'concorrenza' ai programmi organizzati. Conviene ricordare a questo proposito che vi sono numerosi studi che dimostrano come il controllo qualitativo dei programmi organizzati sia mediamente superiore a quello che si registra negli accessi spontanei. Inoltre negli accessi spontanei si registra un sovra uso del test; infatti rispetto agli intervalli raccomandati di 3 anni si osservano intervalli annuali, con un inutile consumo di risorse.

Comunque, di nuovo, va notato come la partecipazione mostri un ben chiaro gradiente Nord-Sud passando dal 46,7 % del Nord al 35,6% del Centro al 27,4 % del Sud e Isole. Crediamo che di nuovo la differenza sia conseguenza dei livelli organizzativi e dalla qualità percepita da parte delle donne invitate.

Fig. 2 - Estensione programmi di screening cervicale per zona geografica – Survey Osservatorio Nazionale Screening anni 2003-2005



Screening Colon-rettale

Infine, per quanto riguarda lo screening colo-rettale la figura 3 riporta i dati di estensione dei programmi per area geografica dal 2003 al 2005. Occorre innanzitutto segnalare come nel 2003 questo tipo di programmi fossero sostanzialmente assenti nel nostro Paese (erano presenti solo in Toscana). Inoltre bisogna tenere conto che i dati riportati in figura si riferiscono ai programmi che utilizzano come test primario la ricerca del sangue occulto nelle feci. In Regione Piemonte e in una piccola parte del Veneto (due programmi) è stato scelto come test primario l'esame sigmoidoscopico e vengono inviati a tale screening i soggetti di 58 (Piemonte) e di 60 anni (Veneto).

Completivamente alla fine del 2005 risulta coperto circa il 32% del territorio nazionale. Considerando anche i programmi che si basano sulla sigmoidoscopia come test primario, raggiungiamo il 40 %. La copertura riguarda essenzialmente il Nord (49%), il Centro (34,8%) e molto marginalmente il Sud (5%). L'andamento temporale mostra un netto incremento essendo passati in 2 anni (nel 2003 i programmi erano praticamente assenti) da meno del 10% al 31,9%. La partecipazione (vedi Tabella 1) mostra una partecipazione media del 46,7%, simile a quella del Nord Italia (47,3%), più accentuata nel centro Italia (52,8%) e inferiore nell'Italia meridionale (27,4%).

Fig. 3 - Estensione programmi di screening colonrettale per area geografica – Survey Osservatorio Nazionale Screening anni 2003-2005

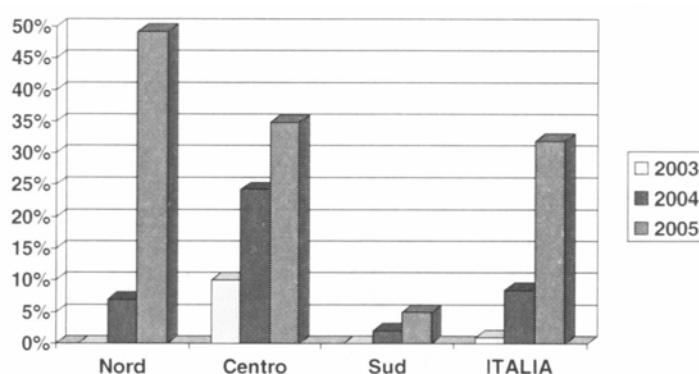


Tabella 1. Partecipazione all'invito per tipo di screening e per macro area geografica

	Screening Mammografico	Screening Cervicale	Screening Colon rettale
Nord	66,3%	46,7%	47,3%
Centro	59,8%	35,6%	52,8%
Sud e Isole	38,5%	27,2%	27,4%
Italia	60,9%	36,7%	46,7%

Fonte: Osservatorio nazionale screening. Quinto rapporto. 2006

Indicazioni per la Programmazione

La situazione sopra delineata mostra un estendersi dei programmi di screening in Italia. Questa estensione riguarda tutte le aree geografiche ma avviene partendo da situazioni di base differenti e soprattutto a velocità differenti. Questo differenziale riguarda anche la partecipazione che è costantemente, per tutti e tre i tipi di screening superiore al Centro-Nord. Molti fattori di contesto influenzano la partecipazione, ma sicuramente il fattore principale è la qualità percepita del programma da parte della popolazione invitata. Questi dati segnalano come non solo vi è un differente livello di estensione fra le diverse aree del Paese ma anche come la qualità dei programmi sia percepita diversamente. Questi dati confermano da un lato la necessità delle azioni messe in atto dal Ministero, in collaborazione con il Coordinamento delle Regioni e delle Province Autonome. In particolare appare essenziale continuare in un'opera di monitoraggio continuo delle attività dei programmi di screening e dei loro risultati: il monitoraggio è la base per poter valutare gli effetti delle azioni positive di correzione che verranno poste in atto. Il principio di equità che sottende l'inserimento dei

programmi di screening fra i Livelli Essenziali di Assistenza, diventa effettivo solo nel momento in cui a tutti i cittadini italiani vengono offerti programmi che hanno un buon livello qualitativo.

3.1.5 Endocrinologia e metabolismo - Il diabete

Indicazioni per la programmazione

Il Ministero della Salute, con il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, ha previsto un forte impegno del Servizio Sanitario Nazionale nei confronti del diabete e delle malattie metaboliche.

Particolare attenzione va posta attualmente sulle complicanze a lungo termine della patologia diabetica, principale fonte di riduzione di qualità e durata della vita per i pazienti e di aumento dei costi per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Per questo motivo, il Ministero della Salute ha introdotto le complicanze del diabete tra le aree di intervento prioritarie previste dal Piano di Prevenzione Attiva 2004-2006, inserito nell'Accordo Stato-Regioni del 6 aprile 2004, e dal successivo Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007, allegato all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (10), attraverso cui il SSN mira a promuovere l'adesione consapevole dei cittadini agli interventi di prevenzione delle principali patologie (malattie cardiovascolari, diabete, tumori, malattie infettive).

Il Ministero della Salute, quindi, in considerazione della complessità della materia, si sta muovendo secondo diverse linee di attività:

- 1) istituzione, presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, della Commissione Nazionale sulla Malattia Diabetica, con l'obiettivo di valutare, insieme alle Regioni, le iniziative e i modelli assistenziali adottati nelle diverse realtà locali, di proporre interventi a favore del soggetto diabetico e delle fasce di popolazione a rischio e di definire il Piano Nazionale per la Malattia Diabetica, mirato a migliorare l'assistenza ai diabetici alla luce delle nuove conoscenze scientifiche e tecnologiche;
- 2) aggiornamento, da parte della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, del Decreto Ministeriale 28 maggio 1999, n. 329, che individua la malattia diabetica tra le condizioni di malattia croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza sanitaria correlate;
- 3) finanziamento, tramite la Direzione Generale della Comunicazione, della Giornata Nazionale del Diabete e delle attività correlate (vedi BOX 2);
- 4) attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, che prevede la realizzazione di progetti regionali basati su linee operative messe a punto dal CCM e finalizzati, nel caso del diabete, a prevenirne le complicanze tramite l'adozione di programmi di *disease management*, una strategia di gestione delle malattie croniche che comporta:
 - la partecipazione attiva del paziente nella gestione della malattia, attraverso programmi di educazione e di supporto;
 - l'attivazione di sistemi che garantiscano la regolare esecuzione dei controlli periodici da parte del paziente;
 - l'attivazione di un sistema di monitoraggio informatizzato;
- 5) predisposizione, attraverso il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) e in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, del progetto IGEA (Integrazione, Gestione e Assistenza per la malattia diabetica) che prevede il coordinamento e il supporto ai progetti regionali con l'obiettivo di valutare se la gestione del paziente diabetico, attuata secondo un modello di *disease management*, è attuabile, migliora la compliance al follow-up ed ai trattamenti e riduce gli esiti sanitari a breve e lungo termine.

3.1.6 Le malattie rare

Indicazioni per la programmazione

Il Piano sanitario Nazionale 2006-2008 fa riferimento alla necessità di connotare in senso europeo l'organizzazione sanitaria nazionale ed individua il potenziamento delle attività di rete dei servizi come punto di forza fondamentale che consenta di creare un sistema di cooperazione tra i diversi sistemi sanitari per fronteggiare i problemi non solo a livello nazionale ma a livello europeo.

Coerentemente con quanto indicato dal PSN, all'individuazione formale dei presidi deve seguire lo sviluppo completo, organico e coordinato della Rete Nazionale delle Malattie Rare, per realizzare, diffondere e consolidare protocolli diagnostici e terapeutici e migliorare le possibilità di cura oggi inadeguate per la maggior parte di queste patologie. E' necessario che si attuino interventi utili a garantire ai pazienti con malattie rare un'assistenza omogenea su tutto il territorio nazionale e la rete, in questo caso, è funzionale anche a stabilire un'efficace collaborazione interregionale e a colmare il divario tra le Regioni. L'identificazione di presidi di riferimento sovraregionali o nazionali potrà servire a garantire sia l'assistenza superspecialistica per il periodo necessario, sia il raccordo con le strutture vicine al domicilio dei pazienti per quanto riguarda il monitoraggio e l'assistenza più a lungo termine.

Attualmente, le funzioni di rilevanza sovraregionale sono svolte da un Gruppo Tecnico Interregionale Permanente, definito nell'ambito della Conferenza Stato Regioni, al quale partecipano il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità e i rappresentanti delle singole Regioni.

Tali funzioni consistono sia nella individuazione degli strumenti e delle procedure per assicurare l'operatività in rete dei presidi per la diagnosi ed il trattamento delle malattie rare, sviluppare e diffondere percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali e garantire la sorveglianza epidemiologica ed il monitoraggio delle attività assistenziali, sia nella definizione delle forme e delle modalità di collaborazione con le istituzioni, le associazioni dei malati e dei loro

familiari, sia nella formulazione di proposte al Ministero della Salute di eventuali aggiornamenti o modifiche al D.M. 18 maggio 2001 n. 279.

Per quanto riguarda la raccolta e la gestione delle informazioni, l'esercizio del Registro Nazionale malattie rare dovrà essere consolidato, anche attraverso lo sviluppo di attività di raccolta dei dati a livello regionale.

Infine, sarà necessario aggiornare l'elenco delle malattie rare allegato al D.M. n. 279/2001 e garantire una informazione corretta ed esaustiva ai cittadini e agli operatori sanitari.

3.2 L'offerta assistenziale sanitaria

3.2.1 Lo sviluppo della medicina trasfusionale

Per la medicina trasfusionale il 2005 è stato un anno ricco di novità. Sul sistema infatti si sono riversate una serie di nuovi provvedimenti in parte di derivazione nazionale in parte europea. L'attuazione della nuova legislazione che impatta fortemente sul sistema, anche in termini organizzativi e gestionali, richiederà un indispensabile sforzo per l'armonizzazione. Ad attuare gli impegni previsti, continuano ad essere chiamate le Istituzioni (Governo, Regioni, le Associazioni e Federazioni dei Donatori, le Società Scientifiche) nonché i professionisti medici e paramedici che devono fornire la completa adesione al nuovo modello organizzativo, il costante impegno alla qualificazione professionale sia nelle attività di produzione che nelle attività di servizio.

Sono stati aggiornati i protocolli per l'accertamento dell'idoneità del donatore di sangue e di emocomponenti e le modalità per la donazione di sangue e di emocomponenti, datati entrambi 3 marzo 2005 recanti "Protocolli per l'accertamento della idoneità del donatore di sangue e di emocomponenti" e "Caratteristiche e modalità per la donazione del sangue e di emocomponenti". Con i predetti provvedimenti è stata recepita la *Direttiva 2004/33/CE* della Commissione del 22 marzo 2004 che applica la direttiva 2002/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio.

Con *Decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 191* è stata recepita la direttiva 2002/98/CE, del Parlamento Europeo e del Consiglio (che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti e che modifica la direttiva 2001/83/CE).

Il 21 ottobre 2005 è stata emanata la "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati" (*Legge 21 ottobre 2005 n. 219*) che ridisegnando il sistema, ripropone tra l'altro il raggiungimento di obiettivi già indicati nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

Presentazione dei dati

Si riportano di seguito alcuni dati a livello nazionale desunti dal Registro nazionale del sangue e del plasma, istituito con D.M. del 18.06.1991 e curato dall'I.S.S. (Reparto di Metodologie trasfusionali). L'ISS prepara un rapporto annuale per il Ministro della Salute che viene pubblicato e diffuso a tutte le strutture interessate. A tutt'oggi sono stati pubblicati i rapporti relativi agli anni 1991-2004.

Analisi quantitativa

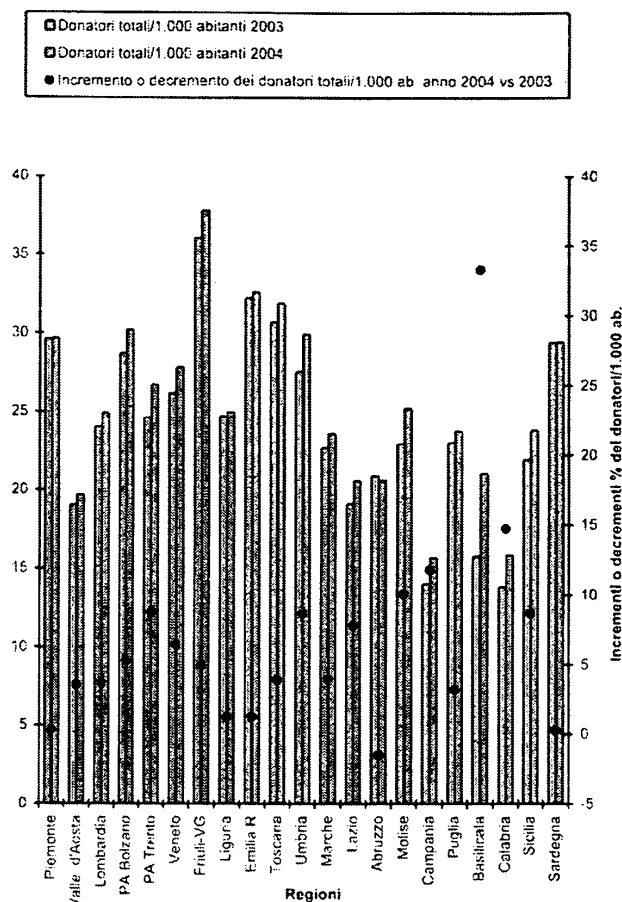
Nella **Tabella 1** vengono riportati i seguenti indicatori relativi agli anni 2003-2004:

- dotazione delle strutture censite sul territorio nazionale: nei due anni in esame si assiste ad un incremento (0,7%) del numero delle strutture, passato da 300, nel 2003 a 302 nel 2004;
- numero di donatori totali, che da 1.393.204 nel 2003 sale a 1.451.641 nel 2004 (+4,2%);
- numero di donatori periodici totali che aumenta da 1.191.684 nel 2003 a 1.223.984 nel 2004 (+2,7%);
- numero dei nuovi donatori che cresce da 292.409 nel 2003 a 309.603 nel 2004 (+5,9%);
- numero delle unità di sangue intero raccolte, anch'esso con un trend in crescita da 2.178.771 nel 2003 a 2.274.513 nel 2004 (+4,4%);
- numero di donatori da aferesi, che aumenta del +5,9% (da 190.106 nel 2003 a 201.347 nel 2004);
- indice di donazione dato dal numero di donazioni all'anno per singolo donatore, pressoché invariato nel periodo di riferimento;
- numero delle unità non utilizzate, che nel 2004 diminuiscono del 7 % circa rispetto al 2003.

Tabella 1 - Indicatori relativi al periodo 2003-2004

Indicatore	2003	2004	Variazione %
Strutture trasfusionali censite	300	302	0.7
Donatori totali	1.393.204	1.451.641	4.2
Donatori periodici totali	1.191.684	1.223.984	2.7
Nuovi donatori	292.409	309.603	5.9
Unità di sangue intero raccolte	2.178.771	2.274.513	4.4
Donatori in aferesi	190.106	201.347	5.9
Indice di donazione	1.6	1.6	0.0
<i>Unità non utilizzate</i>	464.598	434.011	-6.6

Per quanto riguarda il numero di donatori per 1000 abitanti (Figura 1), si evidenzia una situazione di grande eterogeneità, oscillando da un minimo di 16 donatori/1.000 abitanti registrato in alcune regioni (es. Campania, Calabria), ad un massimo di 38 donatori/1.000 abitanti (Friuli Venezia Giulia).

Figura 1 - Distribuzione regionale del numero dei donatori/1.000 abitanti e loro incremento o decremento (Anni 2003-2004)**Figura B2.** Distribuzione regionale del numero dei donatori/1.000 abitanti e loro incremento o decremento (2003-2004)

Fonte: ISS - Registro Nazionale Sangue e plasma

Valutazione critica

I dati sopraindicati mostrano una generale tendenza alla maggiore disponibilità di sangue determinata dal numero crescente di donatori coinvolti, effetto anche delle campagne di comunicazione promosse negli ultimi anni dal Ministero della Salute in collaborazione con le Associazioni dei donatori volontari di sangue maggiormente rappresentative a livello nazionale, nonché delle iniziative promozionali attuate a livello regionale e locale.

A fronte dell'aumento del numero dei donatori, l'indice di donazione medio nazionale, espressione del numero delle donazioni nell'anno per singolo donatore, resta attestato intorno a 1,6, pur potendo il donatore donare fino a 4 volte l'anno mentre la donatrice in età fertile fino a 2 volte. Tale specifico aspetto, peraltro già rilevato in passato, è meritevole di una attenta riflessione sia per quanto attiene agli interventi e alle strategie da attuare nei confronti del donatore periodico sia in termini di programmazione, allo scopo di portare l'indice di donazione ai valori medi europei (>2).

La maggiore disponibilità di sangue osservata si confronta tuttavia con il trend crescente assunto dai consumi dovuto in parte all'allungamento della vita media, dove è prevalente l'incidenza di malattie cronico degenerative, in parte alle nuove esigenze del settore chirurgico, in particolare della cardiocirurgia, dei trapianti d'organo, dell'alta specialità. Il Piano Nazionale sangue e plasma 1999-2001, ha individuato il fabbisogno trasfusionale teorico, riferito a parametri internazionali di consumo, pari a 40 unità di emazie/1000 abitanti.

Risultati incoraggianti riguardano:

- la diminuzione del 7% circa rispetto al 2003 delle unità segnalate come non utilizzate (nel 2004 sono state in totale 434.011).
- l'andamento progressivamente crescente della produzione di plasma, che resta comunque al di sotto del fabbisogno nazionale, stimato, nel citato Piano sangue e plasma, pari a 12 litri/1000 abitanti.

Le disposizioni attualmente vigenti prevedono per la plasmateresi un limite massimo per donatore di 15 donazioni/anno da 650 ml ciascuna, ben lontano da quello effettivamente registrato. Solo attraverso la plasmateresi produttiva è possibile aumentare la produzione di plasma per i plasmaderivati.

Sul versante della distribuzione e utilizzo si assiste ad una modesta riduzione del plasma utilizzato in clinica, che in percentuale risulta ancora eccessivo rispetto alle raccomandazioni nazionali e internazionali.

Riferimenti normativi - strumenti organizzativi e tecnologici

La legge 219/2005, "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati" nel rispetto del nuovo modello sanitario federalista, ridisegna l'intero sistema attraverso:

- l'individuazione delle strutture e degli strumenti necessari per garantire un coordinamento intraregionale ed interregionale delle attività trasfusionali,
- l'istituzione della Consulta tecnica permanente per il sistema trasfusionale (art. 13), organo consultivo del Ministero,
- l'istituzione del Centro Nazionale Sangue (art.12): struttura finalizzata al raggiungimento degli obiettivi di autosufficienza nazionale ed al supporto per il coordinamento delle attività trasfusionali sul territorio nazionale.

Le strutture di coordinamento intraregionale e interregionale, la Consulta, il Centro Nazionale dovranno essere dotati delle risorse necessarie a garantirne il funzionamento, e all'interno del sistema informativo sanitario nazionale verrà istituito il sistema informativo dei servizi trasfusionali. Verrà inoltre predisposto un progetto per l'istituzione di una rete nazionale di banche per la conservazione di cordoni ombelicali ai fini di trapianto, nonché programmi annuali di sviluppo delle relative attività.

Coerentemente alle disposizioni nazionali e conformemente a quelle europee (*Decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 191* recepimento della Direttiva Europea 2002/98/CE) dovrà essere perfezionato il sistema ispettivo, posto in essere il sistema qualità (ai sensi della *Direttiva 2005/62/CE* della Commissione del 30 settembre 2005, che applica la direttiva 2002/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda le norme e le specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i servizi trasfusionali) ed attuata l'emovigilanza (ai sensi della *Direttiva 2005/61/CE* della Commissione del 30 settembre 2005, che applica la direttiva 2002/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi).

Indicazioni per la programmazione

L'autosufficienza nazionale rappresenta il risultato di una serie complessa e coordinata di azioni di carattere programmatico, economico e gestionale. La nuova legge fornisce gli strumenti necessari attraverso il coordinamento centrale (a cui è dato definire annualmente il programma di autosufficienza nazionale, individuando consumi, domanda, livelli di produzione necessari), la razionalizzazione della rete trasfusionale, il rafforzamento del ruolo delle Associazioni perché tale obiettivo venga raggiunto non solo per quanto attiene agli emocomponenti ma soprattutto per il plasma da destinare alla lavorazione industriale per la produzione di emoderivati.

Dai dati del registro sangue del 2004, risulta che la raccolta di plasma italiano è stata di 725.000 litri, di cui 533.000 litri da donazione di sangue intero e 192.000 litri da aferesi.

Il 23% del plasma totale è stato utilizzato in clinica, nonostante le indicazioni per l'uso clinico del plasma siano limitate, e il 77% viene inviato all'industria per il frazionamento.

L'aspettativa è che il nuovo assetto attraverso una pianificazione puntuale nei tempi degli effettivi bisogni risponda con azioni programmatiche mirate ed interventi specifici alla domanda di salute del Paese.

3.2.2 Promuovere i trapianti d'organo

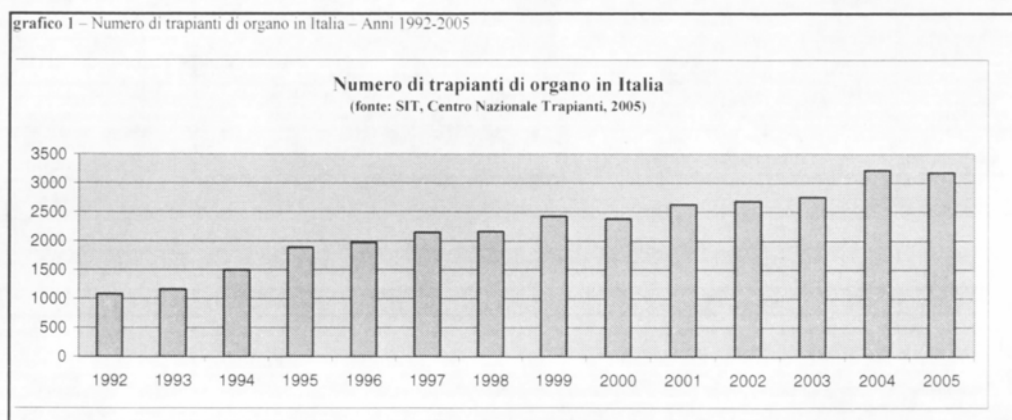
La promozione dei trapianti d'organo costituisce un obiettivo importante del sistema sanitario nazionale italiano, poiché questo tipo di intervento rappresenta oggi una terapia sicura e consolidata, spesso l'unica efficace, per la cura di gravi patologie. In questo campo l'Italia ha conseguito ottimi risultati ponendosi ai primi posti fra i grandi Paesi Europei, sia in termini di numero di donazioni e trapianti, sia in termini di qualità delle strutture e dell'organizzazione su scala locale, regionale, interregionale e nazionale. Il nostro Paese rappresenta, inoltre, un punto di riferimento per alcuni settori specifici fra cui il controllo dei rischi di trasmissione di patologie da donatore a ricevente, le procedure di certificazione delle strutture e la trasparenza delle procedure e dei risultati. Notevoli dimensioni hanno raggiunto anche il trapianto di cellule staminali ematopoietiche - provenienti dal midollo osseo e dal sangue del cordone ombelicale - e il trapianto di tessuti. In quest'ultimo campo, il cui punto di forza è rappresentato da una rete di banche dei tessuti ben strutturata ed organizzata, l'obiettivo è quello di arrivare all'applicazione della Direttiva Europea 23/2004 sul banking e sul trattamento di cellule e tessuti, che implica la realizzazione di un sistema di certificazione (già in parte di attuato) e di una rete informatica dedicata. Ai successi ottenuti in questo importante settore della medicina corrisponde un costante

aumento delle indicazioni al trapianto e, di conseguenza, un aumento della domanda di organi disponibili e liste d'attesa sempre più lunghe. Questa situazione è analoga a quella di altri Paesi europei aventi dati e organizzazioni simili, tuttavia il Centro Nazionale Trapianti, istituito con l'art. 8 della legge n. 91 del 1 aprile 1999, ha fissato tra i suoi obiettivi primari quello di affinare e migliorare il procurement e i criteri di allocazione.

Presentazione e discussione dei dati

Attività di trapianto

Negli ultimi anni è stata costituita, nel nostro Paese, una rete trapiantologica che rappresenta un punto di eccellenza riconosciuta a livello mondiale per la qualità e il numero di trapianti effettuati con successo (Grafico 1). In Italia sono attivi regolari programmi di trapianto di rene (1750 trapianti/anno), fegato (1100 trapianti/anno), cuore (350 trapianti/anno), pancreas (associato quasi sempre a rene in 100 trapianti/anno) e polmone (100 trapianti/anno). Oggi siamo inoltre il punto di riferimento a livello europeo per il controllo dei rischi di trasmissione di patologie da donatore a ricevente, nelle procedure di certificazione delle strutture, nella qualità e nella trasparenza dei risultati. I programmi nazionali di maggiore rilievo sono quelli legati al trapianto di rene nei soggetti da più tempo in lista di attesa, all'urgenza di fegato e cuore, al programma pediatrico, al programma di trapianto nei soggetti HIV positivi, al trapianto di intestino ed a quello di segmenti epatici (split liver) che consente di trapiantare 2 pazienti utilizzando un unico organo, e quindi un solo donatore. Dal 2000, il CNT ha elaborato oltre 20 linee guida, condividendole con le strutture di trapianto e di coordinamento, un lavoro importante realizzato assieme agli Assessorati e alla rete dei coordinatori regionali. Dal 2003 il Centro Nazionale ha avviato un programma di certificazione dei coordinamenti regionali ed interregionali e dei centri di trapianto (esperienza di riferimento in Europa), e nel 2004 ha dato inizio ad un programma biennale di audit (verifica ispettiva) con la finalità di certificare che le banche tessuti rispondano ai requisiti richiesti dalla Direttiva 23/2004 CE.



Attività di donazione

L'attività di donazione registrata negli ultimi anni presenta un trend decisamente positivo (Tabella 1 e 2) dovuto, soprattutto, alle innovazioni sul piano organizzativo previste dalla legge n. 91 del 1 aprile 1999. Oggi, con oltre 20,4 donazioni per milione di abitanti, l'Italia è il secondo tra i grandi Paesi europei per numero di donazioni da donatore deceduto dopo la Spagna, allo stesso livello della Francia.

Questo risultato è principalmente legato a due fattori:

- lo sviluppo dell'organizzazione nelle Regioni supportato dal Ministero e dal Centro Nazionale Trapianti.
- una crescente consapevolezza dei cittadini, dovuta sia all'impegno informativo da parte dell'Istituzione e delle Associazioni che agli effetti di una immagine positiva del sistema sulla popolazione.

tab. 1 – Tasso di donatori effettivi di organi per sesso e classe di età - Anno 2005

	DONATORI EFFETTIVI			
	Femmine	Maschi	Adulti	Pediatrici (0-14 anni)
Piemonte	40,10%	59,90%	98,60%	1,40%
Valle d'Aosta	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%
Lombardia	45,70%	54,30%	97,80%	2,20%
Prov. Auton. Bolzano	21,40%	78,60%	92,90%	7,10%
Prov. Auton. Trento	33,30%	66,70%	66,70%	33,30%
Veneto	34,70%	65,30%	94,40%	5,60%
Friuli Venezia Giulia	35,10%	64,90%	97,30%	2,70%
Liguria	46,90%	53,10%	100,00%	0,00%
Emilia Romagna	45,50%	54,50%	98,60%	1,40%
Toscana	40,50%	59,50%	99,10%	0,90%
Umbria	15,40%	84,60%	100,00%	7,70%
Marche	28,30%	71,70%	97,80%	2,20%
Lazio	50,80%	49,20%	95,20%	4,80%
Abruzzo	40,00%	60,00%	100,00%	0,00%
Molise	33,30%	66,70%	100,00%	33,30%
Campania	50,00%	50,00%	97,30%	2,70%
Puglia	35,50%	64,50%	93,50%	6,50%
Basilicata	40,00%	60,00%	80,00%	20,00%
Calabria	46,20%	53,80%	100,00%	7,70%
Sicilia	44,40%	55,60%	94,40%	5,60%
Sardegna	39,40%	60,60%	100,00%	3,00%
ITALIA	41,50%	58,50%	97,40%	2,60%

Fonte: SIT, Centro Nazionale Trapianti, 2005.**tab. 2 – Tasso di donatori utilizzati di organi per sesso e classe di età - Anno 2005**

	DONATORI UTILIZZATI			
	Femmine	Maschi	Adulti	Pediatrici (0-14 anni)
Piemonte	41,00%	59,00%	98,60%	1,40%
Valle d'Aosta	100,00%	0,00%	100,00%	0,00%
Lombardia	44,30%	55,70%	97,70%	2,30%
Prov. Auton. Bolzano	25,00%	75,00%	91,70%	8,30%
Prov. Auton. Trento	0,00%	100,00%	50,00%	50,00%
Veneto	36,70%	63,30%	93,80%	6,30%
Friuli Venezia Giulia	37,10%	62,90%	97,10%	2,90%
Liguria	44,10%	55,90%	100,00%	0,00%
Emilia Romagna	46,00%	54,00%	98,60%	1,40%
Toscana	39,40%	60,60%	99,00%	1,00%
Umbria	15,40%	84,60%	100,00%	0,00%
Marche	28,60%	71,40%	97,60%	2,40%
Lazio	54,20%	45,80%	94,90%	5,10%
Abruzzo	41,40%	58,60%	100,00%	0,00%
Molise	33,30%	66,70%	100,00%	0,00%
Campania	49,20%	50,80%	96,90%	3,10%
Puglia	35,70%	64,30%	92,90%	7,10%
Basilicata	40,00%	60,00%	80,00%	20,00%
Calabria	46,20%	53,80%	100,00%	0,00%
Sicilia	45,50%	54,50%	93,90%	6,10%
Sardegna	36,70%	63,30%	100,00%	0,00%
ITALIA	41,70%	58,30%	97,20%	2,80%

Fonte: SIT, Centro Nazionale Trapianti, 2005.

Liste di attesa

I pazienti iscritti in lista sono circa 9.000 (Tabella 3) con una previsione, per il 2006, di 3200-3300 trapianti. Le liste d'attesa per il trapianto di organo hanno tempi medi di attesa variabili: 2,97 anni per il rene, 1,55 anni per il fegato, 2,04 anni per il cuore, 2,45 anni per il pancreas, 1,86 anni per il polmone. Le liste tendono naturalmente ad allungarsi, perché all'aumento del numero dei trapianti effettuati con successo, corrisponde un progressivo allargamento dei criteri di trapiantabilità, e quindi una maggiore domanda. Tuttavia in Italia il numero complessivo dei pazienti in lista è pressoché stabile e, dunque, il sistema può dirsi in equilibrio. Anche la mobilità verso l'estero è quasi scomparsa (solo il 2% dei pazienti è in lista presso centri esteri), mentre l'emigrazione dalle regioni meridionali verso le regioni settentrionali costituisce tuttora un fenomeno rilevante (Tabella 4).

tab. 3 - Liste di attesa n. di pazienti in lista di attesa e numero di iscrizioni, tempo medio di attesa dei pazienti in anni e percentuale di deceduti in attesa di trapianto) - Anno 2005				
Organi	Pazienti	Iscrizioni	Tempo medio	% Decessi
Rene	6538	8883	2,97	1,40%
Fegato	1683	1702	1,55	6,30%
Cuore	696	712	2,04	8,70%
Pancreas	197	218	2,45	1,50%
Polmone	273	273	1,86	13,30%

Fonte: SIT, Centro Nazionale Trapianti, 2005

tab. 4 - Tasso di trapianti eseguiti su pazienti residenti in regione (in) e fuori della regione di residenza (out) - Anno 2005

	Numero TX		IN	OUT
Piemonte	411	67,10%	32,90%	
Valle d'Aosta**	0	-	-	
Lombardia	655	67,20%	32,80%	
Prov. Auton. Bolzano**	0	-	-	
Prov. Auton. Trento**	0	-	-	
Veneto	377	55,40%	44,60%	
Friuli Venezia Giulia	92	47,80%	52,20%	
Liguria	120	57,90%	42,10%	
Emilia Romagna	389	44,70%	55,30%	
Toscana	271	53,30%	46,70%	
Umbria*	24	54,20%	45,80%	
Marche	29	86,20%	13,80%	
Lazio	228	67,70%	32,30%	
Abruzzo	49	52,20%	47,80%	
Molise**	0	-	-	
Campania	158	96,10%	3,90%	
Puglia	72	94,90%	5,10%	
Basilicata*	8	87,50%	12,50%	
Calabria	26	100,00%	0,00%	
Sicilia	173	87,30%	12,70%	
Sardegna	95	91,40%	8,60%	
ITALIA	3177	65,00%	35,00%	

Fonte: SIT, Centro Nazionale Trapianti, 2005.

Indicazioni per la programmazione

I traguardi raggiunti in questi ultimi anni hanno conferito al sistema trapianti italiano un posto di eccellenza in Europa, e per molti aspetti in tutto il mondo. Tuttavia il costante crescere delle indicazioni al trapianto comporta una domanda sempre maggiore di organi e una conseguente maggior necessità di donazioni. Tra i punti critici del meccanismo di donazione-trapianto vi è una non sistematica segnalazione dei potenziali donatori, inefficienze organizzative nel sistema dei trasporti connessi alle attività di donazione e trapianto, limitato numero di posti letto nelle rianimazioni e tempi medi di attesa dei pazienti iscritti alle liste ancora troppo lunghi.

La rete italiana dei trapianti si prefigge quindi i seguenti obiettivi:

- mantenere il numero di donazioni e di trapianti ai primissimi posti in Europa, con un trend sempre più positivo,
- migliorare la qualità degli interventi e fornire maggior trasparenza dei processi che la contraddistinguono,
- ridurre al minimo la disomogeneità esistente tra Italia del Nord e del Sud in merito all'attività di donazione,
- verificare il recepimento e l'applicazione delle linee guida e delle normative vigenti in materia a livello regionale,
- promuovere puntuali campagne di informazione per i cittadini,
- favorire l'indispensabile attività di ricerca e cooperazione internazionale tra l'Italia e altri Paesi europei.

Per quanto riguarda il mondo dei trapianti di tessuto l'obiettivo principale è lo sviluppo della rete dei centri trapianto e delle banche a livello nazionale e l'applicazione della Direttiva Europea 23/2004. Per quanto riguarda le cellule staminali

ematopoietiche l'obiettivo è migliorare la rete nazionale dei centri di trapianto e delle banche di sangue cordonale, attualmente già ai vertici europei.

3.2.3 Le cure palliative

Studi di popolazione sulla distribuzione delle cure palliative per malati oncologici su tutto il territorio nazionale, e più in generale sulle condizioni di cura dei malati oncologici nei loro ultimi mesi di vita, sono carenti in Italia. Di recente sono venuti a colmare questa lacuna informativa una survey retrospettiva, basata su interviste strutturate ai caregivers professionali entro 36 ore dal decesso, specificamente indirizzata sulla modalità del morire in ospedale (End Of Life in Ospedale: Eolo, anno 2003, che ha campionato in 40 diversi ospedali italiani 370 decessi, un terzo dei quali oncologici) e una survey retrospettiva, basata su interviste strutturate mediamente a sei mesi dal decesso ai caregivers non professionali di malati deceduti per tumore (Italian Survey on the Dying Of Cancer: ISDOC, anni 2002-2003, che ha campionato 2000 decessi sull'intero territorio nazionale realizzando nel 67% dei casi una intervista valida) (Tabella 2). Per il 58% dei *deceduti in ospedale* per acuti dopo una degenza di almeno 24 ore la morte era attesa, e il 75% di questi deceduti in ospedale ha sperimentato almeno un sintomo di livello grave nelle ultime 48 ore (42% dolore, 45% dispnea); nonostante questo il 76% dei caregivers professionali intervistati ha giudicato buona o molto buona l'assistenza prestata in ospedale. Il *luogo di cura* degli ultimi tre mesi di vita di malati oncologici è risultato essere in prevalenza (62% nel Nord Est, 50% nel Sud e Isole) il proprio domicilio con addizione di periodi di degenza ospedaliera. Esclusivamente presso il proprio domicilio sono stati curati il 17% dei soggetti nel Nord Est, il 27% nel Nord Ovest, il 32% nel Centro e il 50% nel Sud e Isole. Meno del 10% in ogni macroarea ha ricevuto le cure in RSA con o senza periodi di degenza ospedaliera, meno del 2% in hospice. Il *luogo di decesso* attuale è stato il proprio domicilio per il 56% dei deceduti per cancro, con ampie variazioni geografiche (dal 26% nel Nord Est al 93% nel Sud e Isole); altrettanto variabile nel territorio nazionale la quota di decessi avvenuta in ospedale (dal 5% nel Sud e Isole al 60% nel Nord Est). Contenuta entro il 10% la quota dei decessi in RSA, e molto limitata al momento dell'indagine quella dei decessi in hospice, inferiore al 2%. Solo il 66% dei malati che preferivano morire presso il proprio domicilio ha conseguito questo obiettivo, e solo il 43% nel caso dell'hospice. La carenza nell'offerta dei servizi di cure palliative negli ultimi tre mesi di vita, che già si deriva da questi dati, è ulteriormente confermata dalla stima della quota di deceduti che hanno usufruito di *cure palliative* in un setting di cura domiciliare (il 13% su tutto il territorio nazionale; 18% nella macroarea settentrionale, 15% al centro e solo 2% al Sud e Isole) e di consulenze specialistiche per la terapia del dolore in setting di cura ospedaliero (20% il dato nazionale, oscillante dal 13% del Nord Est al 25% del Nord Ovest). I principali determinanti dell'invio in cure palliative in setting di cura domiciliare sono risultati la prognosi di sopravvivenza e il livello culturale del caregiver non professionale, che è risultato anche il principale determinante della effettuazione di consulenze specialistiche di terapia del dolore in setting di cura ospedaliero, insieme alla più giovane età del malato. Al momento dello studio ISDOC si è stimato che *l'impatto socioeconomico* della malattia oncologica negli ultimi tre mesi di vita corrispondeva all'utilizzo di tutti o della maggior parte dei propri risparmi per il 26% dei nuclei familiari; questo effetto è risultato maggiore per le macroaree del Sud e Isole che per le macroaree settentrionali.

La discrepanza tra il giudizio sulla qualità dell'assistenza ai morenti in ospedale e le carenze riscontrate indicano una ancora insufficiente sensibilità ai problemi specifici dell'assistenza ai malati nella fase finale della loro vita. La grande variabilità nel luogo del decesso e nel luogo di cura dei malati oncologici suggerisce un uso inappropriato della risorsa ospedaliera nel periodo terminale della malattia oncologica. L'insieme di questi dati caratterizza una situazione non solo mediamente di non sufficienza nel trattamento delle ultime fasi di vita del malato oncologico ma anche di *disequità* crescente. E' quanto suggerisce la crescita di 4-5 volte della offerta degli hospice avvenuta dal periodo di effettuazione dello studio ad oggi nelle 30 ASL campionate per lo studio ISDOC, in termini di numero delle strutture e di numero dei posti letto disponibili, crescita quasi tutta concentrata nelle macroaree del Nord e del Centro. L'incremento degli hospices è in gran parte condizionato dal supporto politico e finanziario che è stato attribuito a questa forma di assistenza piuttosto che a un programma globale di cure palliative. In assenza di strumenti per promuovere e monitorare lo sviluppo del sistema globale delle cure palliative le regioni con sistema sociale e sanitario più avanzato hanno più probabilità di espandere i propri servizi di cure palliative utilizzando i fondi messi a disposizione dal Ministero della Salute, col rischio di un ulteriore accrescimento della disequità.

Tabella 2. Luogo di cura e di decesso dei malati oncologici negli ultimi mesi di vita

Popolazione campionata	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Italia
Totale morti per cancro	72.049	27.048	29.379	26.970	155.446
Luogo di cura	%	%	%	%	%
casa	26,9	17,0	32,3	47,9	31,3
RSA	5,5	7,7	3,9	0,9	4,5
ospedale	2,7	6,5	1,7	1,3	2,9
casa+ospedale	58,0	61,7	58,5	49,9	56,9
RSA+ospedale	2,7	1,9	1,4	-	1,6
altro	4,2	5,2	2,2	2,8	2,9
Luogo di decesso	%	%	%	%	%
casa	46,0	25,7	55,5	93,5	55,7
ospedale	42,4	60,2	33,0	4,6	34,6
RSA	9,2	10,3	5,2	1,0	6,4
hospice	0,5	1,4	1,1	-	0,7
altro	2,0	2,5	5,2	1,0	2,6
totale	100,0	100,0	100,0	102,8	100,1

Fonte: Italian Survey on the Dying Of Cancer: ISDOC, anni 2002-2003

3.2.4 Il farmaco

Dati di spesa e di consumo

Per analizzare e quantificare le varie componenti e gli andamenti della spesa farmaceutica, l'AIFA si avvale dell'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed). I dati qui sintetizzati si riferiscono all'uso territoriale dei farmaci prescritti a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e all'acquisto privato da parte dei cittadini nell'anno 2005.

L'analisi condotta dall'OsMed evidenzia che, nel 2005, la spesa farmaceutica territoriale totale, pubblica e privata, ha raggiunto nel 2005 i 19.459 milioni di euro con un aumento dell'1,4% rispetto al 2004; la quota di spesa privata è aumentata del 6,3% mentre si riscontra una leggera flessione della spesa pubblica (-0,6%) (Tabella 1).

Tabella 1. Spesa farmaceutica territoriale e volume dei consumi: confronto 2004-2005

	2004 (milioni)	2005 (milioni)	% 05/04
1 Spesa lorda *	13.491	13.405	-0,6
Acquisto privato di farmaci 2 a carico SSN **	619	837	35,2
1+2 Totale	14.110	14.245	1,0
Quota a carico SSN (%)	96	94	
3 Classe C con ricetta	3.035	3.102	2,2
Automedicazione 4 (SOP e OTC)	2.040	2.113	3,5
2+3+4 Totale spesa privata	5.654	6.051	6,3
1+2+3+4 Totale spesa farmaceutica	19.185	19.459	1,4

* Negli anni 2001 - 2002 in queste voci sono stati ricompresi i farmaci di classe A e B

** Il dato relativo alla spesa privata di farmaci rimborsabili dal SSN è ricavato per differenza tra la spesa totale (stimata da IMS) e la spesa a carico SSN (cittadini dai dati OsMed)

Nella seconda metà del 2005 è entrato in vigore il DL per il contenimento dei prezzi dei farmaci di fascia C

Fonte: elaborazione OsMed su dati IMS Health (per i dati di spesa privata)

L'andamento della spesa pubblica è stato determinato da una riduzione sia dei prezzi (-3,4%) sia dell'effetto mix (-1,1%) mentre continuano ad aumentare le quantità di farmaci prescritti (+4,0%). Il principale determinante della crescita della spesa farmaceutica (+33,6% rispetto al 2000) risultano essere le quantità prescritte (+39% dal 2000), con una ampia variabilità tra le regioni. Il SSN copre circa il 70% della spesa complessiva per i farmaci.

Le dosi di farmaco prescritte a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono state 807 ogni 1000 abitanti con un aumento del 39% rispetto al 2000. Nel complesso, ogni abitante ha ricevuto in media 28 confezioni di farmaci di cui 15 a carico del SSN e 13 acquistate privatamente.

Dall'approfondimento della prescrizione nella popolazione, effettuato sulla base dei dati provenienti da sistemi di monitoraggio relativi a un campione di oltre 26 milioni di assistibili si rileva che sette persone su dieci hanno ricevuto nel corso del 2005 almeno una prescrizione. La spesa ed il consumo aumentano con l'età: un assistibile con oltre 75 anni ha una spesa di 10 volte superiore a quella di una persona con età compresa tra 25 e 34 anni (Tabella 2).

Tabella 2. Distribuzione per età e sesso della spesa pro capite e delle DDD/1000 abitanti die *

Fascia d'età	Spesa lorda pro capite			DDD/1000 ab die		
	uomini	donne	totale	uomini	donne	totale
0-4	47,9	37,5	42,9	109,1	80,5	95,2
5-14	56,2	37,0	46,9	112,7	67,4	90,7
15-24	56,2	40,1	48,3	116,8	123,4	120,0
25-34	60,4	63,5	61,9	136,0	211,4	173,3
35-44	90,6	98,4	94,4	222,7	303,5	262,6
45-54	161,1	158,7	159,9	522,5	554,8	538,8
55-64	308,8	284,6	296,3	1147,5	1039,8	1091,9
65-74	515,4	444,8	477,0	1963,5	1699,7	1820,3
>=75	680,4	536,6	588,7	2563,6	2223,8	2346,7

Fonte: elaborazione OsMed

* Analisi condotta su una popolazione di oltre 26 milioni di cittadini distribuiti sull'intero territorio nazionale

Analizzando la proporzione di spesa e di dosi nelle fasce di popolazione più anziana, si osserva che la popolazione con più di 65 anni assorbe circa il 55% della spesa ed il 58% delle dosi. La prevalenza d'uso, intesa come la percentuale di assistibili che ha ricevuto almeno una prescrizione nel corso dell'anno, è complessivamente pari al 72% (66,2% negli uomini e 77,6% nelle donne).

In relazione ai consumi per classe terapeutica, i farmaci del sistema cardiovascolare rappresentano da soli circa la metà delle dosi prescritte, con un aumento di circa il 5% rispetto al 2004. I farmaci del sistema gastrointestinale sono al secondo posto in termini di consumi e rappresentano oltre l'11% delle dosi. Rispetto al 2004 sono in crescita i consumi dei farmaci del sistema nervoso centrale e di quelli ematologici. Tra le categorie terapeutiche, gli antagonisti dell'angiotensina II, da soli o in associazione con i diuretici, fanno registrare importanti aumenti sia in termini di spesa che di dosi: aumenti importanti si osservano anche per i bifosfonati utilizzati per la prevenzione dell'osteoporosi e per gli analgesici oppiacei.

A livello territoriale, il consumo di farmaci è maggiore nel Centro-Sud rispetto al Nord, e mostra una consistente variabilità tra le Regioni, con un range compreso tra le 638 DDD di Bolzano e le 979 del Lazio (Tabella 3).

Tabella 3. Consumi farmaceutici territoriali a carico SSN (popolazione pesata)

	Spesa lorda pro capite	Confezioni pro capite	DDD/1000 ab die
Piemonte	195,9	12,9	705,5
Val d'Aosta	188,6	13,8	757,9
Lombardia	207,3	13,2	722,7
Bolzano	183,4	11,2	637,8
Trento	171,2	12,4	674,8
Veneto	194,5	13,6	749,9
Friuli VG	191,6	13,7	754,7
Liguria	225	14,9	791,4
E. Romagna	192,2	14,5	791,1
Toscana	186,2	14,6	768
Umbria	195,5	15,3	810,2
Marche	203,4	14,9	776,2
Lazio	306,6	19	979,4
Abruzzo	225	15,6	785,9
Molise	217,9	13,9	699,3
Campania	258,1	18,8	889
Puglia	274,7	16,7	826,1
Basilicata	209,7	15,5	777,9
Calabria	277,1	17,8	875,8
Sicilia	299,5	18,6	913,1
Sardegna	254,7	16,1	849,6
Italia	231,6	15,5	806,9
Nord	200,1	13,5	739,7
Centro	243,2	16,6	867,1
Sud e Isole	268,7	17,6	864,5

Gli stessi estremi regionali si osservano per la spesa pro capite. Consistente è anche la variabilità regionale in termini di costo medio delle dosi prescritte. Calabria e Puglia sono le Regioni con il maggior incremento di spesa netta pro capite (rispettivamente +5,7% e +3,7%).

3.3 Cronicità, categorie fragili, categorie protette e integrazione socio-sanitaria

3.3.1 La salute dell'anziano

L'Italia è uno dei paesi con la più alta presenza di anziani per effetto sia dei progressivi incrementi della speranza di vita (nel 2005: 77,6 anni per gli uomini e 83,2 anni per le donne) che del contemporaneo basso livello della fecondità.

Nel 1980 risiedevano in Italia oltre 7 milioni di persone con 65 anni di età e più, il 13,1% della popolazione.

Al 1° gennaio 2005 la popolazione di 65 anni e oltre è superiore agli 11 milioni (19,5%), di cui il 59% donne.

Aumenta, analogamente, la percentuale di popolazione con 80 anni e più: la popolazione dei cosiddetti "grandi vecchi" nel 2005 rappresenta il 5% del totale (ossia quasi tre milioni), mentre nel 1980 rappresentava appena il 2,1%.

Lo squilibrio della popolazione in favore delle età più elevate è ancora più rilevante, considerando che la riduzione dei livelli di fecondità negli ultimi venticinque anni ha comportato un calo costante della popolazione dei giovani d'età fino a 14 anni, scesa nel 2005 a rappresentare il 14,1% del totale, contro il 22,6% del 1980. Conseguentemente il peso della popolazione anziana, nel rapporto tra anziani di 65 anni e più e giovani fino a 14 anni di età, ha mostrato un costante aumento negli anni, dal 58% del 1980 al 138% del 2005. Nel medesimo periodo la popolazione in età attiva, tra i 15 e i 64 anni, si è mantenuta pressoché stabile, passando dal 64% al 66%.

Entro il 2015, secondo le più recenti proiezioni demografiche, la percentuale di individui con 65 anni e più potrebbe crescere fino al 22% e, parallelamente, quella dei minori ridursi al 16,6%. Nel lungo periodo le conseguenze del processo di invecchiamento sono tali che entro il 2050 i primi potrebbero rappresentare il 34% della popolazione, mentre i secondi potrebbero ulteriormente ridursi al 15,4%.

A rendere eterogeneo il quadro sull'invecchiamento della popolazione concorre in maniera determinante la forte differenziazione territoriale. Sebbene allargato a tutte le aree del Paese, il fenomeno è più pronunciato nel Centro-Nord, dove la percentuale di giovani fino a 14 anni si è andata ulteriormente riducendo, fino a raggiungere in media il valore del 13 per cento. Nel Mezzogiorno giovani e anziani sono numericamente in equilibrio, ma con una chiara tendenza verso un ulteriore processo d'invecchiamento della popolazione. Per effetto della struttura demografica della Sardegna, la situazione è leggermente più sfavorevole nelle Isole che al Sud. Nel primo caso, infatti, la quota di giovani è del 15,6%, mentre quella degli anziani è pari al 17,6%; nel secondo si registrano, rispettivamente, quote del 16,3% e del 16,9%. La Liguria è la regione con la più alta quota di anziani (26,5%) e, contemporaneamente, quella con la più bassa quota di giovani fino a 14 anni d'età (10,9%). All'estremo opposto si colloca la Campania, con la più bassa quota di anziani (15,1%) e la più alta di giovani (17,7%). Analizzando la situazione delle province, l'invecchiamento della popolazione si presenta come un fenomeno caratterizzato da una variabilità ancora più elevata, che non segue solo la classica polarizzazione tra un Centro-Nord più anziano e un Mezzogiorno più giovane, ma si differenzia notevolmente anche all'interno delle singole regioni (Tabella 1).

Tabella 1 - Indicatori di struttura della popolazione per anno e ripartizione geografica

ANNI	Struttura della popolazione per classe di età				indice di vecchiaia (a)	indice di dipendenza strutturale (b)	indice di dipendenza anziani ©	età media popolazione (d)
	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e più	80 anni e più				
1° gennaio 1980	22,6	64,4	13,1	2,1	57,9	55,4	20,3	35,9
1° gennaio 1990	16,8	68,5	14,7	3,1	87,6	46,0	21,5	38,6
1° gennaio 2000	14,3	67,6	18,1	3,9	126,6	48,0	26,8	41,4
1° gennaio 2002	14,2	67,1	18,7	4,4	131,4	49,1	27,9	41,9
1° gennaio 2003	14,2	66,8	19,0	4,6	133,8	49,8	28,5	42,2
1° gennaio 2004	14,1	66,6	19,2	4,8	135,9	50,1	28,9	42,3
AL 1° GENNAIO 2005								
Nord-ovest	12,9	66,3	20,8	5,2	160,6	50,8	31,3	43,8
Nord-est	13,2	66,2	20,5	5,6	155,5	50,9	31,0	43,6
Centro	13,1	66,0	21,0	5,5	160,5	51,6	31,8	43,7
Sud	16,3	66,8	16,9	4,1	103,7	49,7	25,3	40,0
Isole	15,6	66,9	17,6	4,3	112,6	49,6	26,3	40,7
ITALIA	14,1	66,4	19,5	5,0	137,8	50,6	29,3	42,5

Fonte: Istat. Rilevazione della popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile (1).

(a) Popolazione di età 65 anni e più su popolazione di età 0-14 (per cento).

(b) Popolazione di età 0-14 anni e 65 anni e più su popolazione di età 15-64 (per cento).

© Popolazione di età 65 anni e più su popolazione di età 15-64 anni (per cento).

(d) Media delle età ponderata con la popolazione.

Ospedalizzazione

Nel 2005, anno a cui si riferiscono i più recenti dati disponibili (Tabella 2), si sono registrati complessivamente circa 3 milioni 611 mila ricoveri ordinari per anziani, con un incremento rispetto al 1999 dei ricoveri degli ultra settantaquattrenni (+2.5%) ed una riduzione dei ricoveri di 65-74 anni (-10.6%).

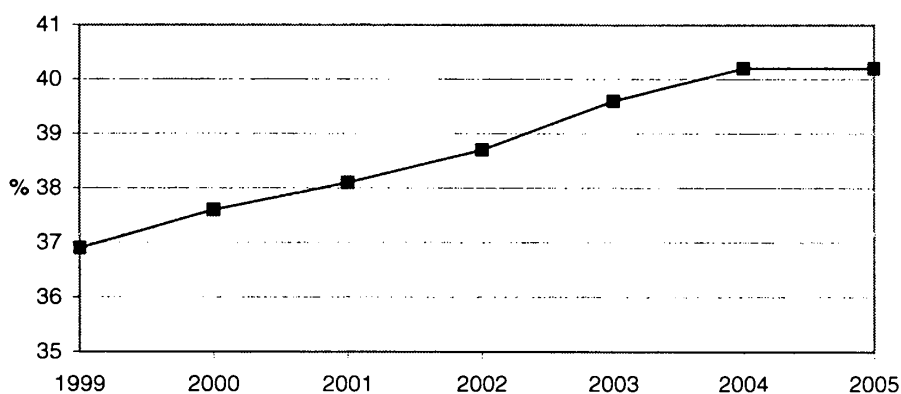
La percentuale dei ricoveri degli ultra sessantacinquenni sul totale dei ricoveri è cresciuta costantemente nel periodo osservato passando da 36.9% nel 1999 e stabilizzandosi a 40.2% nel 2004 e 2005 (Grafico 1).

Tabella 2 - Dimessi da regime di ricovero ordinario per classi di età. Anni 1999 e 2005

Regione di dimissione	classe di età 65-74 anni				classe di età 75 anni e più				tutte le classi di età				% dei dimessi ultra 64-enni sul totale dei dimessi	
	dimessi		degenza media		dimessi		degenza media		dimessi		degenza media		1999	2005
	1999	2005	1999	2005	1999	2005	1999	2005	1999	2005	1999	2005		
Piemonte	120 902	100 683	11,9	11,7	140 536	132 055	14,1	13,9	653 680	531 649	9,5	9,6	40,0	43,8
Valle d'Aosta	3 242	2 623	10,3	10,3	3 341	3 334	15,8	12,6	17 409	14 858	8,6	8,0	37,8	41,4
Lombardia	298 141	278 744	9,8	9,1	311 033	310 090	10,9	10,7	1 665 484	1 508 471	7,7	7,3	36,6	39,0
Prov. Auton. Bolzano	16 057	13 094	9,1	9,1	20 307	20 688	12,5	11,5	103 075	85 422	7,4	7,5	35,3	39,5
Prov. Auton. Trento	16 265	11 697	11,3	12,3	21 238	18 966	13,1	13,9	91 316	67 411	8,6	9,7	41,1	45,5
Veneto	139 870	112 908	10,5	10,2	176 685	168 519	11,7	11,6	781 608	651 526	8,6	8,5	40,5	43,2
Friuli Venezia Giulia	35 368	29 546	9,7	9,0	54 099	48 298	10,9	10,2	196 571	164 108	8,0	7,6	45,5	47,4
Liguria	54 273	42 974	10,0	9,6	72 251	69 358	10,7	10,4	296 721	236 169	8,1	8,1	42,6	47,6
Emilia Romagna	133 783	115 322	9,4	9,5	190 040	186 324	11,1	11,8	744 785	672 011	7,8	8,1	43,5	44,9
Toscana	104 128	86 116	9,5	9,1	149 829	140 475	10,4	9,8	576 979	486 352	7,8	7,7	44,0	46,6
Umbria	29 124	21 475	7,9	8,2	34 219	32 268	8,2	8,3	151 494	121 666	6,4	6,5	41,8	44,2
Marche	49 748	38 670	8,9	8,8	65 043	61 393	9,9	10,3	265 590	220 404	7,4	7,5	43,2	45,4
Lazio	159 147	159 431	11,1	10,9	174 177	193 684	12,8	13,0	952 873	917 463	8,6	8,7	35,0	38,5
Abruzzo	53 570	53 930	9,2	7,8	58 437	68 175	9,7	8,5	277 585	280 892	7,4	6,5	40,4	43,5
Molise	12 455	12 270	9,4	9,6	13 182	15 381	9,9	10,6	65 371	62 864	7,5	7,8	39,1	44,0
Campania	149 301	142 638	8,5	8,0	119 776	143 704	9,3	9,1	943 373	889 226	6,3	6,1	28,5	32,2
Puglia	134 358	115 067	7,9	8,4	126 201	133 301	8,5	9,5	832 486	674 619	6,1	6,6	31,3	36,8
Basilicata	19 240	14 852	7,8	8,4	17 928	18 462	8,2	9,0	98 770	74 200	6,3	6,9	37,6	44,9
Calabria	62 976	52 909	8,6	8,5	63 720	63 505	8,7	8,9	366 429	297 468	6,7	6,8	34,6	39,1
Sicilia	130 832	130 978	7,7	7,2	121 203	148 153	8,0	7,9	814 964	759 660	6,1	6,0	30,9	36,7
Sardegna	44 680	44 500	8,8	8,0	47 986	54 077	9,5	9,0	268 621	262 359	7,1	6,7	34,5	37,6
Italia	1.767.460	1.580.427	9,5	9,2	1.981.181	2.030.408	10,7	10,6	10.165.184	8.978.807	7,8	7,4	36,9	40,2

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Graf. 1 - Percentuale dei dimessi ultra 65-enni sul totale dei dimessi - regime ordinario



Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

La degenza media è di 9,2 e 10,6 giorni rispettivamente per le due classi di età 65-74 e 75+ anni, nettamente superiore quindi alla degenza media complessiva di 7,4 giorni.

Tra le diagnosi di dimissione più frequenti (classificate secondo il criterio degli Aggregati Clinici di Diagnosi, ACC/DRG) assume netta evidenza il peso delle malattie cardiovascolari (ai primi posti nella graduatoria degli ACC dopo la cataratta).

Nel 2005, il tasso di ospedalizzazione per acuti nelle due classi di età considerate (65-74 e ≥75 anni) è pari, rispettivamente, a 241 e 354 ricoveri ogni 1.000 abitanti, mentre nella popolazione generale si registrano circa 140

ricoveri per acuti ogni 1.000 residenti. Analogamente, per l'attività di riabilitazione si osservano 15 e 20 ricoveri per le due fasce anziane rispetto ad un valore nazionale pari a 5,1.

In generale, i ricoveri brevissimi (0-1 giorno) sono meno frequenti negli anziani rispetto alla popolazione generale. Più limitato è anche il ricorso al day hospital, comunque in crescita nel periodo 2001-2005, il quale si caratterizza per una forte prevalenza di interventi chirurgici (la cosiddetta day surgery) che sono percentualmente pari a quanto registrato nel complesso dei ricoveri.

Nella Tabella 3 sono riportati i tassi di ospedalizzazione relativi all'anno 2005 e la loro variazione percentuale nel periodo 2001-2005 di alcuni interventi o procedure particolarmente frequenti fra i pazienti anziani. La leggera diminuzione del tasso per interventi di by-pass potrebbe essere correlata all'aumento dell'intervento di angioplastica, nel senso che un maggior numero di interventi di angioplastica potrebbero aver evitato successivi interventi di by-pass.

**Tabella 3 - Tassi di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 anziani) per alcuni interventi/procedure.
Anno 2005 e variazione % del tasso di ospedalizzazione 2001-2005.**

Regione di residenza dei dimessi	Interventi per cataratta (regime ordinario e di)		Interventi per sostituzione dell'anca		Interventi per bypass coronarico		Angioplastica coronarica (regime ordinario e di)	
	tasso di ospedalizzazione 2005	variazione % 2001-2005	tasso di ospedalizzazione 2005	variazione % 2001-2005	tasso di ospedalizzazione 2005	variazione % 2001-2005	tasso di ospedalizzazione 2005	variazione % 2001-2005
PIEMONTE	3.836,9	19,8	644,6	13,7	121,9	-29,4	397,0	47,6
VALLE D'AOSTA	2.480,7	-4,2	780,6	17,0	143,0	-42,2	85,8	-69,2
LOMBARDIA	3.922,9	-1,2	647,3	-0,2	183,4	-25,3	378,8	34,1
PROV. AUT. BOLZANO	3.962,2	10,8	931,5	-0,9	71,9	17,1	592,8	52,9
PROV. AUT. TRENTO	3.598,9	13,5	696,3	9,1	118,6	-9,2	142,5	-33,6
VENETO	1.201,8	-61,7	726,3	8,0	116,1	-19,3	349,1	54,6
FRIGILI V. GIULIA	876,2	-73,1	776,7	2,0	82,6	-27,4	56,8	22,1
LIGURIA	3.252,6	19,4	625,6	13,1	103,9	-19,2	277,4	220,4
EMILIA ROMAGNA	1.475,4	-60,1	648,8	3,2	112,9	-36,7	449,5	80,7
TOSCANA	323,2	-91,0	592,4	3,0	115,6	-9,9	305,8	36,6
UMBRIA	2.688,5	-26,2	571,1	13,0	114,1	-26,9	129,1	16,8
MARCHE	4.074,7	-9,8	573,5	10,5	160,7	-18,7	247,2	88,6
LAZIO	4.504,1	22,5	568,3	17,6	147,9	2,8	422,7	142,7
ABRUZZO	3.917,3	6,4	530,3	11,2	143,9	3,9	304,6	94,5
MOLISE	3.107,6	0,4	467,0	7,5	189,9	37,2	238,5	132,3
CAMPANIA	2.870,7	8,9	443,8	21,2	144,9	2,3	366,4	182,1
PUGLIA	3.726,3	-3,8	504,1	20,5	149,4	-6,1	325,6	85,8
BASILICATA	3.302,0	9,6	372,6	-0,6	125,6	-1,9	265,8	2,7
CALABRIA	3.040,4	-1,9	357,3	16,6	121,6	-5,8	224,3	75,9
SICILIA	3.861,6	44,2	418,0	10,6	121,1	17,5	293,3	216,1
SARDEGNA	4.472,4	5,0	316,1	8,9	82,4	9,8	224,5	143,7
ITALIA	3.047,0	-11,6	577,5	8,6	134,7	-15,2	338,3	75,5

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Assistenza domiciliare integrata

L'ADI è la formula assistenziale che, attraverso l'intervento di più figure professionali sanitarie e sociali, realizza a domicilio del paziente un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo, con diversi livelli di intensità, in funzione della valutazione delle caratteristiche del bisogno. L'obiettivo è, tendenzialmente, il miglioramento della qualità di vita del paziente e l'umanizzazione del trattamento, in un contesto ambientale familiare certamente più idoneo rispetto all'ospedale, in particolare per il paziente anziano. L'ADI si inserisce nella rete dei servizi territoriali delle ASL da cui dipendono gli operatori sanitari che offrono le loro prestazioni; il medico di base resta, comunque, il punto di riferimento primario per la copertura sanitaria domiciliare dell'anziano non autosufficiente. È necessario giungere alla completa presa in carico di tale paziente da parte del servizio di cure domiciliari attraverso la formulazione di un progetto di cura individualizzato mediante una valutazione multidimensionale del bisogno e del grado di non autosufficienza con valutazione intrinseca delle attività assistenziali necessarie a supportare tutte le criticità in campo clinico e sociale.

Nel periodo 1999-2003 la quota di popolazione ultrasessantacinquenne trattata in assistenza domiciliare è aumentata dall'1,8% al 2,4% (206.595 su un totale di 10.901.149 ultrasessantacinquenni residenti nel 2003). Nel triennio 2001-2003 si rileva un incremento di trattamenti domiciliari in quasi tutte le regioni, in particolare in Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Molise e Basilicata, mentre si osserva un'importante riduzione percentuale in Liguria, Marche e nella Provincia di Trento. In generale, valori tendenzialmente più bassi dell'indicatore si osservano nelle regioni del Sud, ad eccezione del Molise, in cui già dal 2001 si rileva una notevole attenzione all'assistenza domiciliare per gli anziani, al pari di Friuli Venezia Giulia e Veneto.

La Tabella successiva mette in luce i dati relativi al 2005.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - anno 2005

Regione	Casi trattati				Ore di assistenza erogata per caso trattato		
	Numero	x 100.000 abitanti	di cui Anziani (%)	Anziani per 1.000 residenti anziani (età > 65)	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori
PIEMONTE	21.898	566	79,7	18,1	2	14	7
VALLÉE D'AOSTA	40	33	92,5	1,5	6	36	293
LOMBARDIA	68.186	726	86,2	32,7	4	12	4
PROV. ALTO' BOLZANO	275	58	86,9	3,1		8	
PROV. ALTO' TRENTO	1.491	300	52,2	8,5		21	
VENEZIA	59.031	1.256	76,1	50,6	1	8	1
FRIULI VENEZIA GIULIA	26.499	2.200	81,0	80,3	2	8	1
LIGURIA	13.807	867	97,1	31,7	4	20	4
EMILIA ROMAGNA	57.107	1.376	89,1	54,1	0	21	3
TOSCANA	21.298	592	81,1	20,8	1	13	6
UMBRIA	10.174	1.184	81,7	41,6	0	12	2
MARCHE	13.609	896	84,2	33,7	6	23	3
LAZIO	57.017	702	89,7	33,5	6	12	3
ABRUZZO	5.598	431	86,2	17,6	14	26	0
MOLISE	4.798	1.490	89,1	61,0	5	11	1
CAMPANIA	13.416	232	90,3	13,9	9	30	3
PUGLIA	16.401	403	86,0	20,5	23	23	2
BASILICATA	5.529	927	83,0	39,2	19	25	3
CALABRIA	6.900	343	86,1	16,4	9	16	1
SICILIA	9.372	187	76,0	8,0	10	26	1
SARDEGNA	4.319	262	72,3	11,0	15	66	1
ITALIA	396.757	679	84,2	29,4	4	16	3

Assistenza residenziale

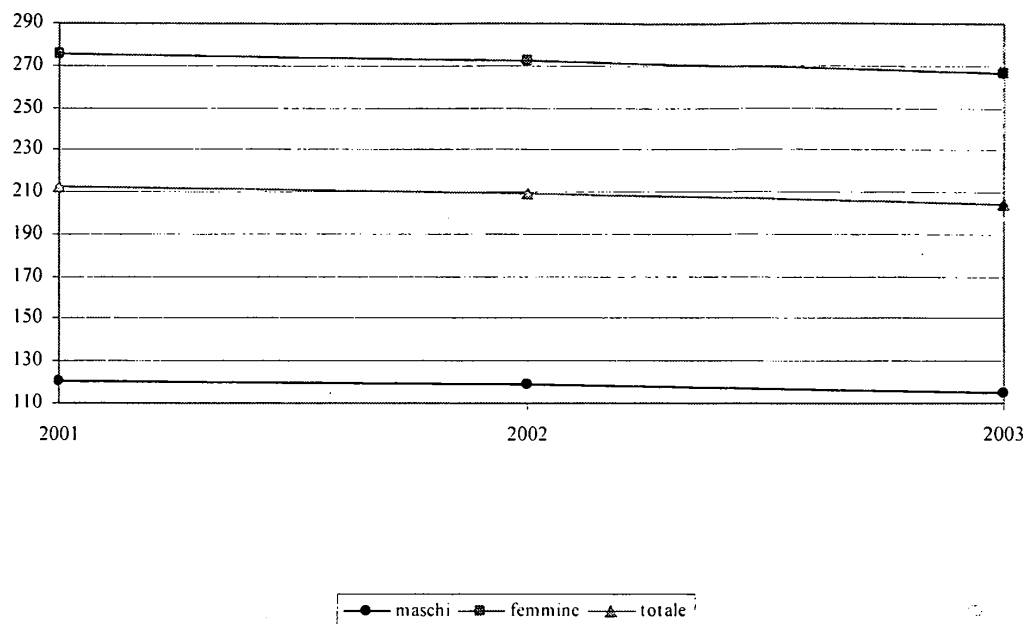
I presidi residenziali rivolti agli anziani hanno avuto un'espansione notevole nel corso degli anni Novanta, in seguito all'interazione di vari fattori che hanno contribuito ad incrementare la domanda assistenziale. Fra questi vi sono l'invecchiamento della popolazione, l'indebolimento delle reti di sostegno familiare, le politiche di contenimento dei ricoveri ospedalieri impropri e il conseguente orientamento di molti anziani verso le strutture di lungodegenza a carattere socio-assistenziale.

L'aumento degli ricoveri nei presidi residenziali non ha interessato in modo uniforme tutta la popolazione anziana, ma si è concentrato sulle fasce di età superiori ai 75 anni e sui non autosufficienti, mentre gli ospiti anziani autosufficienti sono invece diminuiti.

Per quel che riguarda gli ultimi anni, è ancora difficile individuare una chiara tendenza del fenomeno e valutare l'impatto delle politiche sociali più recenti, che dovrebbero avere un effetto di contenimento dei ricoveri nei presidi. La legge di riforma dei servizi sociali (Legge n. 328 del 2000), ad esempio, tende ad ampliare le opportunità assistenziali offerte alle persone in stato di bisogno e a favorire la permanenza degli anziani nel loro abituale contesto di vita. Nel tentativo di ottimizzare le risorse disponibili e di garantire un insieme organico e universale di prestazioni, si tenta di ridimensionare il ruolo storicamente centrale degli istituti di ricovero.

Dai dati Istat si osserva, nel periodo 2001-2003, una lieve diminuzione di tutti gli anziani ospitati negli istituti di ricovero (Grafico 2).

Grafico 2 - Anziani ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali per anno di rilevazione (valori per 10.000 abitanti di 65 anni e oltre)



Se da un lato si può prevedere che il potenziamento dei servizi domiciliari e territoriali possa contenere gli effetti dell'invecchiamento demografico sulla domanda di assistenza residenziale, è anche evidente che il tipo di utenza che si rivolge ai presidi presenta bisogni sempre più complessi: nel 2003 gli ospiti non autosufficienti hanno raggiunto il 68,7 % degli anziani assistiti, mentre nel 2001 erano il 66,1% e agli inizi degli anni 90 solo il 45%; parallelamente si assiste ad una crescente concentrazione degli utenti nelle classi d'età più avanzate.

Al 31 dicembre del 2003 (Tabella 4) le persone anziane che vivono nei presidi residenziali sono 227.315. Le donne sono le principali fruitrici delle strutture, poiché costituiscono il 77% degli ospiti anziani. Diversi fattori, sia biologici che culturali, contribuiscono a rendere il genere femminile più esposto al rischio di istituzionalizzazione in età avanzata. In primo luogo la maggiore longevità delle donne rispetto agli uomini e la differenza di età media al matrimonio, che aumentano il rischio di vedovanza. Inoltre possono influire fattori culturali: il tradizionale ruolo di prestatrici di cure delle donne fa sì che siano più spesso le mogli a prendersi cura dei mariti piuttosto che il viceversa.

Anche a livello territoriale vi sono differenze considerevoli: infatti, il 73,6% degli anziani assistiti si trova nei presidi residenziali del Nord. Va precisato che la struttura per età della popolazione residente, ovvero il più avanzato invecchiamento demografico delle regioni del Nord, non è sufficiente da solo a spiegare tali differenze territoriali.

I cambiamenti che riguardano l'offerta di strutture residenziali rivolte agli anziani riflettono la crescente complessità dei bisogni assistenziali degli utenti. Infatti, parallelamente all'aumento degli ospiti non autosufficienti e alla diminuzione degli autosufficienti, si assiste al proliferare di strutture con elevati livelli di integrazione socio-sanitaria, come le Residenze sanitarie assistenziali (Rsa), mentre sono diminuite le residenze in cui vi è un minore apporto di personale medico e infermieristico. Le Rsa sono anche le strutture che hanno registrato il più alto numero di nuove accoglienze nel 2003 (54.411), dove è più alta la percentuale di occupazione dei posti letto e dove gli esuberi di domande rispetto alle capacità ricettive sono più frequenti. Insieme alle comunità socio-riabilitative, le Rsa hanno il più alto rapporto fra personale e ospiti, sia per quanto riguarda l'insieme delle qualifiche professionali (con quasi un operatore per ogni ospite), sia in riferimento alle professioni di tipo medico e infermieristico (medici, infermieri, addetti alla riabilitazione).

Indicazioni per la programmazione

Alcune indicazioni che emergono dall'analisi dei dati confermano la inderogabilità di adottare politiche a favore della popolazione anziana che si sviluppino lungo direttrici sempre più centrate sull'integrazione degli interventi sanitari e sociali.

Questo approccio rappresenta il cardine tanto degli interventi volti a promuovere l'invecchiamento in buona salute (l'Active Ageing della letteratura internazionale), quanto di quelli volti al contenimento delle fragilità e delle disabilità correlate all'età.

Il concorso sinergico di competenze in area sanitaria e sociale consentirebbe così di attuare interventi efficaci sia in ambito preventivo che clinico-riabilitativo.

L'ottica integrata, come dimostrano le numerose ma ancora troppo eterogenee esperienze realizzate a livello regionale e locale, ha portato ad ottenere risultati di alto profilo qualitativo nei diversi ambiti dell'assistenza agli anziani: dalla riduzione dei ricoveri impropri ad un più corretto accesso alle terapie farmacologiche; dal contenimento del ricorso all'istituzionalizzazione alla presa in carico olistica a livello domiciliare e semiresidenziale, con conseguente stimolazione di una vita relazionale più intensa che, prevenendo l'isolamento sociale, rappresenta uno dei più importanti fattori di prevenzione della perdita di autonomia.

BOX Emergenza caldo

A livello internazionale è ormai ampiamente riconosciuto che l'effetto delle condizioni climatiche estive estreme sulla mortalità nella popolazione anziana costituisce un rilevante problema di Sanità Pubblica.

In Italia, nell'estate del 2003, in seguito a condizioni climatiche eccezionali (temperature massime e minime persistentemente elevate) e all'allarme sociale provocato anche in altri Paesi europei, su incarico del Ministero, l'Istituto Superiore di Sanità ha condotto un'indagine epidemiologica sulla mortalità estiva, che ha stimato un eccesso di mortalità negli anziani con più di 75 anni di quasi 8000 persone. L'effetto maggiore è stato registrato soprattutto tra gli anziani residenti nelle grandi città, verosimilmente anche a causa della maggiore solitudine e della presenza di fenomeni di eccessiva urbanizzazione. A seguito di quella esperienza, la grande maggioranza delle Regioni italiane, ma anche molte Province e Comuni, hanno promosso interventi mirati e programmi speciali e hanno sviluppato modelli di azioni integrate per affrontare globalmente i diversi aspetti che caratterizzano l'"emergenza caldo".

Nell'estate 2004 e 2005, il Ministero della Salute (Centro per la Prevenzione e Controllo delle Malattie - CCM) ha effettuato due distinti monitoraggi degli interventi adottati in Italia, per contrastare gli effetti sulla salute da ondate di calore anomalo.

I risultati delle indagini hanno evidenziato alcune significative differenze tra le Regioni, mentre comune è stato l'intento di garantire una copertura sia dell'area sociale sia di quella sanitaria, attraverso una forte integrazione e collaborazione tra le istituzioni ed i servizi del territorio, nonché attraverso il diretto coinvolgimento attivo dell'anziano. E' emersa, inoltre, una forte omogeneità tra le Regioni nell'acquisizione e nella valutazione favorevole delle linee guida elaborate dal Ministero della Salute.

Una parte importante degli interventi è stata finalizzata a sviluppare una maggiore conoscenza delle condizioni sociali, sanitarie, economiche, abitative e relazionali degli anziani, per costruire l'elenco nominativo delle persone più suscettibili agli effetti del caldo ("Anagrafe della fragilità"), verso i quali orientare in via prioritaria gli interventi di prevenzione e sostegno durante la stagione estiva.

Di particolare interesse, per i suoi aspetti innovativi è stata la sperimentazione di "Servizi di custodia sociosanitaria", promossa e finanziata dal Ministero della Salute nell'estate del 2004 e 2005 nelle città di Milano, Genova, Roma e Torino. Modelli analoghi sono stati realizzati su iniziativa locale anche in altre realtà del Paese. Dai risultati dei primi due anni di sperimentazione, pur tenendo conto dei limiti derivanti dal breve periodo di osservazione, si può ragionevolmente inferire che la presenza dei custodi sociosanitari ha contribuito ad un significativo miglioramento della qualità della vita e ritardato i ricoveri in ospedale o in RSA, nonostante la coesistenza, nel target di anziani oggetto della sperimentazione, di fattori aggravanti come il cattivo stato di salute, l'età avanzata, la condizione di isolamento sociale ecc. Una delle maggiori criticità rilevate dalla sperimentazione è stata, invece, la difficoltà di garantire all'anziano fragile una continuità assistenziale territoriale sulle 24 ore, e l'integrazione tra ospedale e territorio.

L'obiettivo futuro è quello di favorire una più ampia diffusione delle esperienze di buona pratica e di implementare un programma di interventi integrati socio-sanitari che, utilizzando il ruolo protettivo delle reti di supporto sociale e con il coinvolgimento di diversi attori (MMG, Geriatri, Ospedali, ADI, Servizi Domiciliari comunali, volontariato, ecc.), siano in grado di assistere e sostenere la popolazione anziana più esposta, proteggendola dai rischi legati ad eventi climatici estremi, divenuti ormai una realtà anche nel nostro Paese.

3.3.2 La salute del neonato, del bambino e dell'adolescente

La tutela della salute materno-infantile è uno degli obblighi prioritari della programmazione sanitaria. I progressi tecnico-scientifici raggiunti hanno determinato in Italia un miglioramento nel settore materno-infantile, infatti negli anni si è assistito in Italia ad una notevole diminuzione dei tassi di mortalità infantile.

Le cause di questo fenomeno sono molteplici e complesse, ma sicuramente l'assistenza alla gravida ed al neonato gioca un ruolo molto importante.

Determinante è l'organizzazione dei punti nascita e dei reparti di assistenza alla gravida ed al neonato, articolata in più livelli, in rapporto alle diverse capacità e compiti diagnostico-assistenziali e opportunamente integrata con le strutture territoriali extra-ospedaliere.

L'adattamento del neonato alla vita extra-uterina è un evento complesso e rischioso che può facilmente venire complicato da patologie importanti, con possibilità di morte e/o di esiti permanente per il prodotto del concepimento.

E' perciò necessario esercitare una stretta sorveglianza e garantire un'adeguata assistenza fin dai primi minuti di vita a tutti i neonati, anche a quelli apparentemente sani.

Va comunque prioritariamente favorita l'umanizzazione dell'evento nascita mediante l'adeguamento delle strutture e la formazione del personale.

La promozione della salute e l'assistenza nell'età evolutiva (infanzia e adolescenza) trovano particolare attenzione nel Progetto Obiettivo materno-infantile (D.M. 24 aprile 2000 pubblicato sulla G. U. n. 131 del 7 giugno 2000 s.o.).

La percezione dello stato di salute è utilizzata come indicatore globale delle condizioni di salute della popolazione.

I dati ISTAT riferiti all'anno 2005, riferiscono uno stato di buona salute nel 91,5 % della fascia d'età 0-14 anni e nel 93,6% della fascia 15-17 anni. L'8,4% della fascia 0-14 e il 12% della fascia 15-17 presenta una malattia cronica o più. Tra le varie patologie prevalgono le malattie allergiche.

Salute del neonato. Secondo i dati ISTAT, il numero dei nati vivi in Italia nel corso del 2004 è stato pari a 562.599 unità, quasi 20 mila in più rispetto al 2003, con un tasso di natalità del 9,7 per 1000 abitanti, con differenze a livello territoriale, in particolare nel Mezzogiorno d'Italia la natalità è pari a 10,1 nati per mille abitanti, mentre nel Nord e nel Centro Italia è pari, rispettivamente a 9,4 e 9,5.

Dalla rilevazione dei dati del certificato di assistenza al parto (CeDAP) - anno 2004, dati Ministero della Salute ai sensi del D.M. 16 luglio 2001 - rilevati su un totale di n. 541 punti nascita, si evidenzia che la distribuzione dei nati per classi di peso alla nascita è pressoché invariata rispetto a quella registrata negli anni precedenti. Pesì inferiori ai 1500 grammi si osservano in circa l'1% dei nati, il 5,8% ha un peso compreso tra 1500 e 2499 grammi, l'86,5% ha un peso tra 2500 e 3999 e quasi il 6% supera i 4000 grammi di peso alla nascita; inoltre anche per il 2003 i nati a termine con peso inferiore ai 2500 grammi rappresentano solo il 2% dei nati a termine. Il basso peso alla nascita (% nati con peso inferiore a 2500 grammi) è un indicatore dello stato di salute del nato e dei relativi fattori di rischio oltre che della qualità dell'assistenza in gravidanza.

La valutazione del punteggio Apgar (criterio utilizzato per misurare la vitalità del neonato e l'efficienza delle principali funzioni dell'organismo) nel 99,3% dei nati ha riportato, a livello nazionale, un punteggio Apgar da 7 a 10 e solo lo 0,7% dei neonati è risultato gravemente o moderatamente depresso.

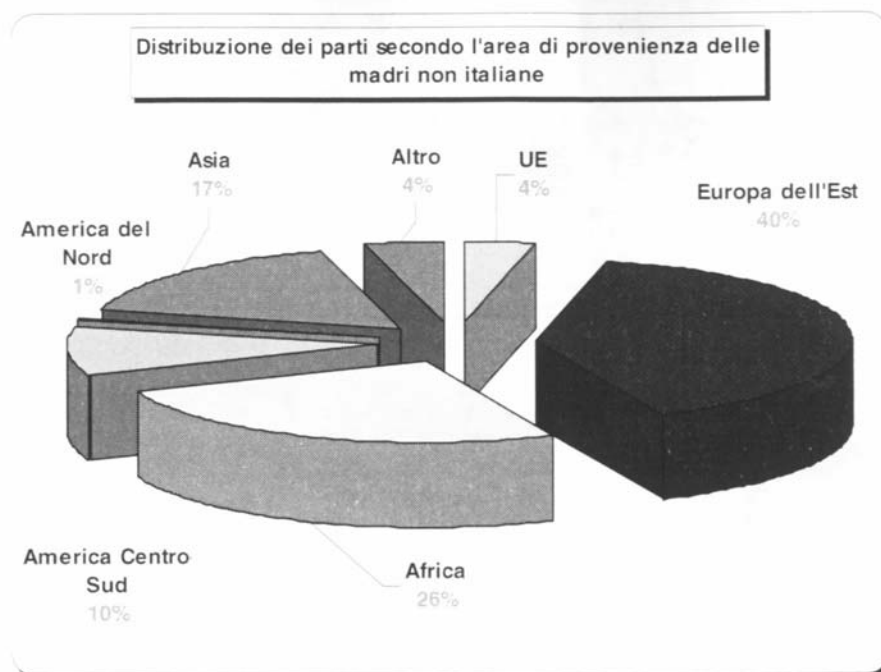
L'analisi del punteggio Apgar in relazione al peso alla nascita, evidenzia che sono soprattutto i neonati con un peso inferiore ai 1500 grammi a far registrare un punteggio Apgar più sfavorevole (Tabella n. 1).

Distribuzione dei nati secondo il peso alla nascita ed il punteggio APGAR a 5 minuti dalla nascita

Peso alla nascita	Punteggio APGAR a 5 minuti dalla nascita			Totale nati
	1 - 3	4 - 6	7 - 10	
< 1500	6,3	18,2	75,5	100,0
1500 - 2499	0,4	1,7	97,9	100,0
2500 - 3299	0,1	0,3	99,6	100,0
3300 - 3999	0,1	0,2	99,7	100,0
> 4000	0,2	0,3	99,5	100,0
Totale Anno 2004	0,2	0,5	99,3	100,0
Totale Anno 2003	0,2	0,5	99,3	100,0
Totale Anno 2002	0,3	0,6	99,1	100,0

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP

Il Grafico successivo illustra la distribuzione dei parti secondo l'area di provenienza delle madri non italiane.



Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP – Anno 2004

Secondo i dati CeDAP, sono stati registrati 3.188 casi di malformazioni riscontrabili al momento della nascita o nei primi 10 giorni di vita, e nel 51,2% dei casi è stato indicato il tipo di malformazione.

Le più frequenti malformazioni diagnosticate risultano: anomalie congenite degli organi genitali (12,3%), anomalie del bulbo cardiaco e anomalie della chiusura del setto cardiaco (11%), alcune malformazioni congenite del sistema muscolo-scheletrico (10,4%), altre anomalie congenite degli arti (10,2%), palatoschisi e labioschisi (9,5%).

Sempre dalla rilevazione dei dati del certificato di assistenza al parto (anno 2003), si evidenzia che il tasso di natimortalità è pari a 3,15 nati morti ogni 1.000 nati.

La codifica della causa che ha determinato la natimortalità sembra essere difficoltosa, infatti dai dati CeDAP, risulta che nel 2003 solo per il 27% dei 1.446 bambini nati morti, è stata indicata la causa che ha determinato il decesso, nel 57% dei casi il motivo della morte non viene indicato e nel 16% dei casi viene indicata una causa errata o incompatibile per sesso e/o età.

L'ipossia intrauterina e l'asfissia alla nascita, altri problemi fetali e placentari che interferiscono con il trattamento della madre, altre e maldefinite condizioni morbose ad insorgenza perinatale sono tra le prime cause di natimortalità.

Come risulta dai dati ISTAT relativi all'anno 2002, negli ultimi anni la mortalità infantile e perinatale e la natimortalità si sono notevolmente ridotte, infatti i quozienti di nati-mortalità, di mortalità perinatale e di mortalità infantile sono scesi dai valori di 3,8, 6,6 e 5,4, rispettivamente registrati per ognuno nell'anno 1998, a quelli di 3,2, 5,3 e 4,1, rispettivamente registrati nell'anno 2002 (Tabella n. 2).

Tabella n. 2 - Quozienti di natimortalità, mortalità perinatale e infantile

ANNI	Q. DI NATI-MORTALITA'	Q. DI MORTALITA' PERINATALE	Q. DI MORTALITA' INFANTILE
1998	3,8	6,6	5,4
1999	3,5	8,4	4,9
2000	3,4	5,7	4,5
2001	3,2	5,6	4,4
2002	3,2	5,3	4,1

Fonte: ISTAT

A livello territoriale i dati del 2002 mostrano ancora una volta una più elevata mortalità infantile e perinatale nelle regioni del Sud rispetto a quelle del Nord e del Centro (Tabella n. 3).

Tabella n. 3 - Quozienti di natimortalità, mortalità perinatale e infantile in Italia

ANNO 2002	Q. DI NATI-MORTALITA'	Q. DI MORTALITA' PERINATALE	Q. DI MORTALITA' INFANTILE
ITALIA	3,2	5,3	4,1
Nord	3,5	5,3	3,3
Centro	2,7	4,2	3,3
Mezzogiorno	3,2	5,9	5,3

Fonte : ISTAT

Per quanto riguarda i decessi nel primo anno di vita, l'analisi temporale per gruppi di cause e sesso evidenzia andamenti sostanzialmente decrescenti. In particolare, nel 2002 si sono registrati complessivamente 2.337 eventi. Tra questi, 22 casi sono riconducibili a malattie infettive e parassitarie, 43 casi a malattie dell'apparato respiratorio, 695 a casi di malformazioni congenite e ben 1.288 a condizioni morbose di origine perinatale (Tabella n. 4).

Tabella n. 4 - Morti nel primo anno di vita per gruppo di cause e sesso
Anni 1998-2002

	Malattie infettive e parassitarie	Malattie apparato respiratorio	Malformazioni congenite	Alcune condizioni morbose di origine perinatale	Altre cause	Totale
Maschi						
1998	11	28	458	883	194	1.524
1999	7	28	423	877	192	1.527
2000	5	19	416	717	168	1.325
2001	13	15	408	755	179	1.370
2002	9	21	368	749	173	1.320
Femmine						
1998	8	20	394	712	145	1279
1999	7	23	337	681	151	1199
2000	8	18	334	611	133	1104
2001	3	18	345	614	132	1112
2002	13	22	327	539	116	1017
TOTALE						
1998	19	48	852	1.545	339	2803
1999	14	51	760	1.558	343	2726
2000	13	37	750	1.328	301	2429
2001	16	33	753	1.369	311	2482
2002	22	43	695	1.288	289	2337

Fonte : ISTAT

Salute del bambino e dell'adolescente. Passando dalla mortalità dei neonati a quella della fascia d'età di 1-14 anni, dagli ultimi dati ISTAT, riferiti all'anno 2002, si deve annotare una prevalenza di mortalità maschile (su un totale di 1.189 di morti per classe di età 1 - 14 anni, 730 sono di sesso maschile)

In tale fascia d'età, le prime cause di morte sono le cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti e i tumori. Anche per la mortalità violenta dei minori si ha una prevalenza di mortalità maschile (Tabella n. 5).

Tabella n. 5 - Morti per classe di età, sesso e gruppo di cause - Anno2002

Cause di morte	Classe di età meno di 1 anno	Classe di età 1-14 anni	Totale
Maschi			
Malattie infettive e parassitarie	9	13	22
Tumori	10	188	198
Disturbi psichici e malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	29	66	95
Malattie del sistema circolatorio	17	57	74
Malattie apparato respiratorio	21	32	53
Malattie apparato digerente	5	14	19
Altri stati morbosi	1.150	107	1257
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	52	20	72
Cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti	27	233	260
Totale	1320	730	
Femmine			
Malattie infettive e parassitarie	13	11	24
Tumori	16	120	136
Disturbi psichici e malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	30	44	74
Malattie del sistema circolatorio	10	49	59
Malattie apparato respiratorio	22	29	51
Malattie apparato digerente	4	8	12
Altri stati morbosi	881	90	971
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	26	10	36
Cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti	15	108	123
Totale	1017	469	
TOTALE			
Malattie infettive e parassitarie	22	24	46
Tumori	26	308	334
Disturbi psichici e malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	59	110	169
Malattie del sistema circolatorio	27	106	133
Malattie apparato respiratorio	43	61	104
Malattie apparato digerente	9	22	31
Altri stati morbosi	2.031	197	2228
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	78	30	108
Cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti	42	331	373
Totale	2337	1189	

Fonte: Dati ISTAT

Sulla base dei dati desunti dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO), relativi all'anno 2005, emerge la riduzione dei ricovero ordinari nelle discipline per acuti e l'aumento dei casi in day hospital, confermando una tendenza già in atto da alcuni anni; il ricorso al ricovero ospedaliero, dopo i 5 anni di età, aumenta al crescere dell'età sia nella modalità

ordinaria che in day hospital in tutte le tipologie di attività ed è inoltre sempre maggiore nel sesso maschile (Tabella 6 e Tabella 7).

Tavola 6 - Tassi di ospedalizzazione per fasce di età e sesso (x1.000 abitanti) - Ricoveri per acuti - regime ordinario - Anno 2003

REGIONE	Meno di 1 anno		Da 1 anno a 4 anni		Da 5 anni a 14 anni	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Piemonte	541,23	620,19	66,18	84,13	42,39	53,36
Valle d'Aosta	346,77	328,28	55,53	80,42	53,99	58,35
Lombardia	549,73	614,44	78,94	107,71	45,66	61,32
P. A. di Bolzano	512,56	626,41	88,45	110,35	58,66	79,12
P. A. di Trento	375,96	450,41	57,11	77,52	37,64	43,92
Veneto	390,05	462,9	63,46	79,98	35,22	44,96
Friuli-Venezia Giulia	326,05	419,62	33,29	49,79	24,69	31,95
Liguria	517,03	648,89	78,91	103,48	45,55	61,47
Emilia-Romagna	409,92	490,95	74,88	104,14	41,74	56,79
Toscana	418,83	495,54	58,74	80,37	34,48	44,07
Umbria	530,25	666,19	89,63	108,57	41,62	60,97
Marche	435,02	533,78	87,84	117,88	47,57	60,86
Lazio	522,6	642,87	94,99	130,82	51,9	69,17
Abruzzo	634,83	740,45	122,46	152,51	66,28	84,59
Molise	588,28	735,98	101,34	137,95	60,81	77,48
Campania	447,52	536,71	91,39	119,54	51,77	73,78
Puglia	604,79	727	109,33	145,92	59,7	80,01
Basilicata	485,92	586,71	69,19	104,09	44,87	57,88
Calabria	533,36	613,43	87,81	116,18	52,15	73,78
Sicilia	569,88	663,42	126,58	161,86	65,36	87,83
Sardegna	624,14	735,47	93,68	123,36	45,99	59,44
ITALIA	503,52	593,46	86,36	114,34	49,06	65,74

Fonte: Ministero della Salute

Tavola 7 - Tassi di ospedalizzazione per fasce di età e sesso (x 1.000 abitanti). Ricovero per acuti - day hospital - Anno 2003

REGIONE	Meno di 1 anno		Da 1 anno a 4 anni		Da 5 anni a 14 anni	
	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi
Piemonte	46,4	70,81	28,07	39,23	26,77	32,31
Valle d'Aosta	40,32	63,97	19,57	41,52	23,31	18,06
Lombardia	61,55	76,83	31,36	40,87	30,31	34,17
P. A. di Bolzano	47,87	70,68	34,16	43,58	25,36	31,13
P. A. di Trento	27,92	42,4	22,7	35,87	26,96	36,44
Veneto	28,06	39,64	24,87	37,4	21,74	28,87
Friuli-Venezia Giulia	41,16	40,14	23,48	33,18	21,68	25,62
Liguria	139,23	163,08	63,22	73,94	66,8	75,25
Emilia-Romagna	34,23	43,13	17,33	26,03	20,36	26,09
Toscana	50,88	64,64	32,28	48,51	36,15	43,4
Umbria	46,22	73,99	50,97	60,94	43,75	53,92
Marche	37,32	50,64	20,4	24,73	25,14	29,64
Lazio	79,24	102,18	75,21	97,02	83,42	96,27
Abruzzo	75,31	94,7	53,49	64,27	51,48	55,92
Molise	73,63	133,96	37,16	39,93	45,24	48,62
Campania	88,79	106,28	47,42	57,95	44,37	48,85
Puglia	12,08	16,03	9,27	11,56	11,45	12,03
Basilicata	32,01	44,52	26,06	34,38	29,95	38,32
Calabria	67,07	73,85	40,1	45,68	43,62	45,49
Sicilia	133,38	151,08	56,19	70,24	57,13	70,5
Sardegna	71,18	91,48	34,94	41,78	44,05	46,82
ITALIA	64,07	79,5	37,48	48,42	39,08	45,33

Fonte: Ministero della Salute

In coerenza con gli obiettivi fissati dal Piano Sanitario Nazionale 2006 - 2008 e con il Progetto Obiettivo materno infantile (D.M. 24 aprile 2000), il miglioramento dell'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica nel periodo

perinatale, è un obiettivo importante del DDL “Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato”, proposto dal Ministro Turco, di cui è in corso l’iter procedurale. Per facilitare la conoscenza della SIDS (morte improvvisa del neonato) è stata promulgata la legge 2 febbraio 2006, n. 31 “Disciplina del riscontro diagnostico sulle vittime della sindrome della morte improvvisa del lattante e della morte inaspettata del feto” che prevede anche la promozione di campagne di sensibilizzazione e di prevenzione per garantire una corretta informazione sulle problematiche connesse alla SIDS e ai casi di morte del feto senza causa apparente, la predisposizione di appositi programmi di ricerca multidisciplinari che comprendano lo studio dei casi sul piano anamnestico, clinico, laboratoristico, anatomo-patologico, istologico, l’emanazione di linee guida per la prevenzione della SIDS.

3.3.3 La salute della donna

La promozione e la tutela della salute della donna merita un interesse prioritario in quanto è legata ad essa quella del bambino e della famiglia nel suo insieme e quindi quella delle generazioni future ed è uno degli obiettivi strategici affrontati dal Progetto Obiettivo Materno Infantile, adottato con D.M. 24 aprile 2000.

La tutela della salute della donna e del bambino costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi sociosanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura.

Lo stato di benessere materno-infantile rispecchia il livello raggiunto dalla organizzazione socio-sanitaria di un Paese in questo importantissimo settore della medicina preventiva.

In Italia si sta delineando una diversa dinamica demografica, in conseguenza di un comportamento riproduttivo modificatosi nel tempo; tali cambiamenti hanno determinato anche una riduzione del numero delle nascite.

Dal 1961 a oggi si è praticamente dimezzato il numero medio di figli per donna: nell’anno 2001 il numero medio di figli per donna corrisponde a 1,25 rispetto a 2,41 relativo all’anno 1961.

L’innalzamento dell’età media al parto sia per le prime nascite che per la prosecuzione della discendenza, delinea soprattutto una tendenza a posticipare l’inizio della vita riproduttiva ma, in parte, anche un recupero di fecondità in età matura.

Di conseguenza si dedica una maggiore attenzione alla gravidanza ed al parto, in particolare ai fattori di rischio per la salute della madre, del feto e del neonato.

La tutela della maternità va affrontata attraverso l’adozione di tutti quei provvedimenti che garantiscano alle donne di essere opportunamente salvaguardate sia nel momento in cui affrontano lo stato di gravidanza sia nel momento in cui si accingono ad affrontare problemi comunque connessi ad esigenze di tutela del loro diritto ad una maternità serena e responsabile, ed in tutte quelle patologie preesistenti la gravidanza o insorte nel corso della stessa, che configurano situazioni di rischio elevato come ad esempio l’abortività ripetuta, l’ipertensione preesistente e gestazionale, il diabete preesistente e gestazionale, infezioni prenatali e perinatali, etc..

I dati sulla morbosità e mortalità infantile, soprattutto della sua componente perinatale, maggiormente connessa alla problematica gravidica ed al momento del parto forniscono le necessarie indicazioni per l’adeguamento dei servizi.

Assistenza in gravidanza.

I dati desunti dal certificato di assistenza al parto (CeDAP) per l’anno 2003 - dati Ministero della Salute ai sensi del D.M. 16 luglio 2001 - hanno rilevato n. 541 punti nascita, con un numero di parti pari circa all’84% di quelli rilevati con le SDO nello stesso anno di riferimento ed un numero di nati vivi pari all’84% di quelli registrati presso le anagrafi comunali.

Dai dati CeDAP 2003, per quanto riguarda le visite di controllo in gravidanza, a livello nazionale, quasi nell’80% delle gravidanze sono state effettuate oltre 4 visite e tale numero è superiore per le gravidanze patologiche in cui in oltre l’84% dei casi si effettuano più di 4 visite di controllo contro il 77% per le gravidanze fisiologiche.

L’ecografia ostetrica è la tecnica più usata nello studio del benessere fetale. A livello nazionale nel 2003 sono state effettuate in media 4,5 ecografie per ogni parto con valori regionali variabili tra 3,5 della Puglia e 6,3 della Liguria.

In quasi il 73% delle gravidanze si registra un numero di ecografie superiore a 3, valore raccomandato dai protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Salute (D.M. 10 sett. 1998, G.U. n. 245 del 20 ott. 2008).

Rispetto al decorso della gravidanza, il numero di ecografie effettuato non sembra avere alcuna correlazione con il decorso della gravidanza.

Nell’ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, l’amniocentesi è quella più usata, seguita dall’esame dei villi coriali (nel 2,60% delle gravidanze) e dalla funicolocentesi (nello 0,77%). In media ogni 100 parti sono state effettuate più di 16 amniocentesi ed essendo una tecnica usata tra l’altro per l’individuazione di anomalie cromosomiche correlate con l’età della madre, nelle classi di età 40-49 il prelievo del liquido amniotico è stato effettuato in quasi la metà dei parti.

L’utilizzo di tale indagine prenatale è diversificato a livello regionale; nelle regioni meridionali si registra una percentuale al di sotto del 10% (ad eccezione della Sardegna) mentre i valori più alti si hanno in Toscana (31,6%) e Valle d’Aosta (45,5%).

Ricorso al taglio cesareo.

Uno degli obiettivi strategici del Progetto Obiettivo materno infantile del 2000 riguarda il “percorso nascita”, dove viene suggerito che ad ogni parto venga garantito un livello essenziale ed appropriato dell’assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica, attraverso un’organizzazione a rete su base regionale o interregionale articolata in tre livelli, con differenti caratteristiche strutturali e competenze professionali e dove le Unità di III livello siano quelle che assistono gravidanze e parti a rischio elevato.

L’obiettivo che il Progetto propone è che, attraverso l’afferenza al punto nascita competente per bisogni di salute, almeno l’80% delle gravide e dei neonati ad alto rischio siano assistiti in strutture sanitarie di III livello nonché la riduzione dei tagli cesarei in particolare nelle strutture di I e II livello. Come indicatori per valutare il raggiungimento di questi obiettivi vengono proposti la percentuale di gravide e neonati ad alto rischio assistiti in strutture di III livello, la percentuale di tagli cesarei per livello e la percentuale di “clienti” soddisfatti.

Le funzioni e gli standard di organizzazione forniti dal Progetto obiettivo per ognuno dei tre livelli, rappresentano un indirizzo orientativo da adattare alle varie esigenze di programmazione sanitaria e nell’ambito dei rispettivi piani aziendali.

Con riferimento allo specifico indicatore costituito dalla frazione di parti effettuati con *taglio cesareo*, tuttavia, non si può non rilevare la peculiare situazione esistente nel nostro Paese, nel quale, contrariamente a quanto da tutti auspicato e raccomandato, nel corso degli anni si assiste ad un aumento della frequenza relativa di tale procedura chirurgica, con valori nettamente superiori a quanto rilevato in altri Paesi sviluppati e che ci pongono tra le nazioni a maggior frequenza di tagli cesarei.

L’indicatore relativo all’incidenza dei tagli cesarei è stato posto quale oggetto di continua attenzione da parte del Ministero della Salute ed è stato introdotto anche tra quelli che costituiscono il “Sistema di garanzie per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”, di cui al D.M. 12 dicembre 2001. Per tale indicatore di appropriatezza clinica è stato stabilito, in detto decreto, un parametro di riferimento pari al 15-20%. Tale parametro di riferimento è stato individuato sulla base delle esperienze internazionali, che mostrano valori simili (o inferiori) nella maggior parte dei paesi europei, tra cui Francia, Germania, Spagna, Gran Bretagna e dell’osservazione di quanto avviene nelle diverse realtà regionali del nostro Paese.

LIVELLO DI ASSISTENZA OSPEDALIERA**PERCENTUALE DI PARTI CESAREI**

% parto cesareo		
1998	31,4	
1999	32,9	1,5
2000	33,2	0,3
2001	33,9	0,7
2002	35,6	1,7
2003	36,6	1,0

I rapporti annuali del Ministero della Salute sulle attività ospedaliere mostrano una percentuale di tagli cesarei (DRG 370 e 371) rispetto ai parti complessivi (DRG 370, 371, 372, 373, 374 e 375) in progressiva crescita (Tabella n. 1).

Tabella n. 1 **PERCENTUALE DI PARTI CESAREI**

	ANNO 2000	ANNO 2001	ANNO 2002	ANNO 2003	ANNO 2003	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Numero parti cesarei	Numero totale parti
Piemonte	27,2	28,7	28,5	29,8	10.430	35.039
Valle D'Aosta	23,6	23,0	27,5	27,2	305	1.121
Lombardia	23,8	25,1	26,3	26,6	23.869	89.683
P.A. Bolzano	18,7	14,1	19,9	19,6	1.027	5.245
P.A. Trento	25,7	24,9	27,2	27,1	1.291	4.765
Veneto	25,4	26,4	27,4	27,9	12.217	43.785
Friuli V.G.	20,4	20,3	21,1	22,4	2.202	9.821
Liguria	29,9	30,5	31,3	32,4	3.615	11.148
Emilia R.	28,5	29,3	30,8	30,3	10.887	35.881
Toscana	24,4	22,9	24,5	25,3	7.545	29.788
Umbria	26,6	26,9	28,2	30,6	2.303	7.531
Marche	33,3	34,1	34,7	35,4	4.644	13.107
Lazio	32,9	36,0	37,2	37,1	18.113	48.786
Abruzzo	36,4	35,5	37,9	39,6	3.988	10.070
Molise	35,8	39,3	40,4	42,3	1.049	2.481
Campania	53,4	54,3	56,4	58,2	37.681	64.794
Puglia	40,6	40,4	43,0	43,5	17.477	40.202
Basilicata	40,8	46,5	51,0	51,4	2.405	4.678
Calabria	37,6	37,4	40,1	41,1	7.561	18.399
Sicilia	42,5	42,0	45,2	48,1	23.899	49.640
Sardegna	27,2	32,6	33,4	36,8	4.742	12.892
ITALIA	33,2	33,9	35,6	36,6	197.250	538.856
Parametro di riferimento	15-20	15-20	15-20	15-20		

Fonte: Ministero della Salute

Ciò è conseguenza principalmente dell'aumento del taglio cesareo in alcune Regioni, tra le quali la Campania (nel 2005 ha raggiunto il 60%), la Sicilia (52,5%), la Basilicata (50,4%), il Molise (48,9) e la Puglia (47,7%).

Nel 2005 valori significativamente inferiori si riscontrano nella Provincia Autonoma di Trento (23,2), nel Friuli Venezia Giulia (23,9%), avendo operato da tempo scelte di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera e di promozione dell'appropriatezza.

Non risulta una relazione evidente, nelle diverse regioni, tra la consistenza numerica del personale ostetrico ed infermieristico ed il numero di parti.

L'eccessivo ricorso al taglio cesareo costituisce un fenomeno complesso rispetto al quale possono evidenziarsi alcuni principali fattori esplicativi che di seguito saranno richiamati in modo schematico.

Anzitutto è rilevabile un "fattore geografico" evidente, con maggiore intensità del fenomeno in molte regioni del Centro e, ancor di più, del Sud.

Nell'ambito di tale concentrazione geografica, si evidenzia tuttavia un "fattore organizzativo": un ruolo fondamentale è esercitato, poi, da aspetti "di processo", costituiti dalla variabilità del comportamento dei singoli medici anche operanti in simili condizioni organizzative o, a volte, nella stessa struttura sanitaria ("fattore medico"), dalla relazione medico-paziente-équipe sanitaria, dalla completa informazione e preparazione che il personale sanitario fornisce alle pazienti, dalla eccessiva medicalizzazione del percorso nascita.

Mortalità materna.

Il tasso di mortalità materna (numero di decessi per complicazioni della gravidanza, parto e puerperio per 10.000 nati vivi) rappresenta insieme alla speranza di vita ed agli indici di mortalità nell'infanzia (mortalità neonatale, prenatale e nati mortalità) uno degli indici più importanti per valutare lo stato dell'assistenza socio-sanitaria nel settore materno-infantile e più in generale, il grado di sviluppo raggiunto da un Paese. La mortalità materna in Italia si è ridotta notevolmente passando dai valori di n. 491 morti nel 1970, a n. 84 nel 1980, a n. 50 nel 1990 a n. 16 del 2000, a n. 17 nel 2003. Il livello di sorveglianza per questo indicatore deve rimanere alto in particolare nelle realtà territoriali dove le

condizioni socio-economiche sono meno favorevoli e dove vi è maggiormente la presenza di donne immigrate e dove c'è minore accesso ai percorsi di assistenza alla gravidanza ed ai servizi sanitari correlati.

Abortività spontanea.

I dati, rilevati dall'ISTAT mediante il mod. D11, sono riferiti agli aborti spontanei che hanno reso necessario il ricovero in strutture pubbliche e private.

Il rapporto di abortività spontanea è riferito al numero di aborti spontanei di donne in età 15-49 anni per 1000 nati vivi: Negli ultimi anni è stato rilevato un aumento del fenomeno; infatti, il dato del 2003 corrisponde a 127,6 per 1000 nati vivi rispetto a 89,2 del 1982, con un aumento del 43%.

In stretta conseguenza di tale realtà sociale è il fenomeno dell'abortività spontanea che ha assunto un'importanza rilevante nel corso del tempo: il numero assoluto dei casi registrati è passato da 56.157 (riferiti all'anno 1982) a 71.458 (nell'anno 2003), con un aumento del 27%. Anche l'indicatore utilizzato per studiare tale fenomeno, ovvero il rapporto di abortività spontanea, mostra un aumento del 43% passando da 89,2 casi di aborto spontaneo per 1.000 nati vivi a 127,6 per 1000 nati vivi.

L'aumento può essere attribuito a vari fattori, tra cui l'innalzamento dell'età della madre al parto e in particolare del primo figlio, il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita o la diffusione di fattori ambientali e lavorativi che hanno un'influenza negativa sullo sviluppo del feto.

Nella fascia di età compresa tra i 40-44 anni, sono quasi il triplo di quelli della classe di età 35-39. Il rischio significativamente più elevato si nota a partire dalla classe di età 35-39 anni quando statisticamente il valore dell'indicatore supera del 63 per cento quello riferito alla classe d'età precedente. Da non sottovalutare è il rischio di abortività spontanea delle giovanissime (15-19 anni) che è superiore alle tre classi di età successive (20-24, 25-29, 30-34) con un trend nettamente in crescita (oltre l'80 % dal 1982 al 2003, secondo i dati ISTAT).

I valori di abortività spontanea si evidenziano più elevati quasi sempre al Nord. Al contrario, il Sud presenta costantemente valori più bassi, anche se le differenze tra le varie ripartizioni si assottigliano nel corso del tempo (dati ISTAT).

Abortività volontaria.

Gli ultimi dati disponibili relativi al fenomeno dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) sono desunti dalla Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78), trasmessa al Parlamento il 21 settembre 2006 e relativi ai dati preliminari 2005 e dati definitivi 2004.

A livello nazionale, nell'anno 2005, sulla base dei dati provvisori a tutt'oggi disponibili, sono state notificate 129588 IVG, con un decremento del 6,2% rispetto al 2004 (138123 casi).

Il tasso di abortività (N. IVG per 1000 donne in età feconda 15-49 anni), l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, è risultato pari a 9,3 per 1000, con un decremento del 6,7% rispetto al 2004 (10,0 per 1000).

Il rapporto di abortività (N. IVG per 1000 nati vivi) è risultato pari a 236,4 per 1000 con un decremento del 6,2% rispetto al 2004 (251,9 per 1000) e un decremento del 37,8% rispetto al 1982 (380,2 per 1000).

Nell'anno 2004, per il quale si dispone dei dati analitici definitivi, come sopra riportato, sono state notificate 138123 IVG a cui corrisponde un tasso di abortività pari a 10,0 per 1000 donne 15-49 anni residenti in Italia ed un rapporto di abortività pari a 251,9 per 1000 nati vivi, registrando un incremento delle IVG del 4,5% rispetto al 2003; il 27,2 % è stato effettuato da cittadine straniere (nel 2003 la percentuale era stata 25,9 %).

Le IVG effettuate nel 2004 da cittadine italiane (101375) sono aumentate del 3,7% rispetto al 2003.

Nel 2004 il tasso di abortività è risultato pari a 10,0 IVG per 1000 donne in età feconda, con un incremento del 3,6% rispetto al 2003, mentre si sono avute 251,9 IVG per 1000 nati vivi, con un incremento del 2,8% rispetto al 2003.

Nello stesso anno, dall'analisi delle caratteristiche socio-demografiche, (età, stato civile, residenza, istruzione ecc.) emerge che il fenomeno pur evolvendo lentamente, non si discosta significativamente da quella degli ultimi anni.

Il ricorso all'IVG nel corso degli anni ha subito una riduzione; tale riduzione è risultata più rapida nelle donne più istruite, nelle occupate e nelle coniugate, a dimostrare la aumentata capacità e consapevolezza delle donne e delle coppie nell'adozione efficace dei metodi per la procreazione responsabile. Fondamentale a questo scopo l'attività di informazione e di ascolto svolta dai consultori familiari.

Queste strutture rappresentano, infatti, gli unici servizi che, per la ricchezza di competenze multidisciplinari, mediche e psico-sociali, sono in grado di svolgere attività di promozione della salute mediante lo schema concettuale dell'offerta attiva, integrandosi nella rete dei servizi territoriali sanitari a livello del Distretto sanitario, quale sede di coordinamento delle azioni territoriali della ASL,

I consultori familiari presenti sul territorio nazionale (secondo i dati forniti dalle Regioni) sono risultati, nel 2004, pari a 2157 pubblici a 112 privati.

Procreazione medicalmente assistita.

L'emanazione della legge 19 febbraio 2004, n. 40 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" ha indubbiamente rappresentato per il nostro Paese un momento di puntualizzazione politica per la tutela della salute, introducendo un riscontro normativo nel quadro dell'ordinamento giuridico di questa specifica, complessa e delicata materia, concludendo, dopo decenni, il tormentato iter parlamentare. Ha soprattutto colmato il vuoto legislativo, rispondendo positivamente ad una pressante richiesta sociale di regolamentazione. L'introduzione delle norme nel campo della procreazione medicalmente assistita ha contribuito alla crescita organizzativa ed operativa delle realtà diffuse sul territorio nazionale che hanno profondamente modificato la geografia dell'Italia in questo campo.

Al fine di procedere all'attuazione delle norme contenute nella legge n. 40/2004 il Ministero della Salute ha emanato tutti i ravvedimenti previsti.

Il decreto 21 luglio 2004 "Linee guida in materia di procreazione medicalmente assistita", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 16 agosto 2004, n. 191, emanato ai sensi dell'art. 7 comma 1, della legge n. 40/2005, adotta Linee Guida relative a indicazioni e le modalità delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

L'obiettivo delle Linee Guida è quello di fornire chiare indicazioni agli operatori delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita al fine di assicurare il pieno rispetto di quanto dettato dalla stessa legge.

Inoltre sono stati presi in considerazione temi oggetto della stessa legge, quali:

- o il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita;
- o la gradualità nel ricorso alle tecniche;
- o il consenso informato da parte di coloro che si sottopongono alle tecniche stesse;
- o l'accertamento dei requisiti previsti per le coppie alle quali si applicano le tecniche di procreazione medicalmente assistita;
- o le disposizioni concernenti la sperimentazione sugli embrioni umani;
- o i limiti all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita sugli embrioni.

Il decreto 4 agosto 2004 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 26 agosto 2004, n. 200, emanato ai sensi dell'art. 17, comma 3, della legge n. 40/2005, detta norme in ordine alle modalità ed ai termini di conservazione degli embrioni prodotti a seguito dell'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita nel periodo precedente la data di entrata in vigore della legge n. 40/2004. Inoltre, prevede che gli embrioni definiti in stato di abbandono siano trasferiti dai centri di procreazione medicalmente assistita unicamente alla Biobanca Nazionale, situata presso il Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Ospedale Maggiore" di Milano, dove sarà attivato in maniera centralizzata un centro di crioconservazione degli embrioni stessi. Il medesimo decreto prevede di affidare al Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti dell'IRCCS "Ospedale Maggiore" di Milano, con apposita convenzione, il compito di effettuare studi e ricerche sulle tecniche di crioconservazione dei gameti e degli embrioni orfani ivi conservati. All'Istituto Superiore di Sanità è affidato, con apposita convenzione, il compito di:

- o Definire il numero e la localizzazione degli embrioni abbandonati da trasferire per la crioconservazione;
- o Contattare i centri detentori degli embrioni abbandonati ai fini del trasferimento al suddetto Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti e della conservazione di tutti i dati clinici inerenti ciascun embrione trasferito;
- o Attivare allo scopo il Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti dell'IRCCS "Ospedale Maggiore" di Milano.

Il decreto 9 giugno 2004 "Individuazione dei criteri di ripartizione delle somme, di cui all'art. 18 della legge 19 febbraio 2004, n. 40, recante: "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 29 settembre 2004, n. 229, emanato ai sensi dell'art. 18, della legge n. 40/2005, ripartisce a partire dall'anno 2004 l'importo di 6,8 milioni di Euro tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano (vedi Tabella di ripartizione riportata negli Allegati), nell'ambito della prevista istituzione del Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Il decreto 16 dicembre 2004, n. 336 "Regolamento recante norme in materia di procreazione medicalmente assistita", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 21 febbraio 2005, n. 42, emanato ai sensi dell'art. 6 della legge n. 40/2004, considera la necessità di acquisire la volontà di entrambi i soggetti, previsti nell'art. 5 della legge in questione, di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita e di fornire elementi conoscitivi utili all'espressione della volontà attraverso il consenso informato. Il decreto individua i punti essenziali utili alla formulazione del consenso stesso, lasciando alla struttura o al centro di procreazione medicalmente assistita, per i punti ove previsto, la stesura delle specifiche connesse alla tecnica.

Il Decreto 7 ottobre 2005 recante "Istituzione del Registro nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, degli embrioni formati e dei nati a seguito dell'applicazione delle tecniche medesime", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 282 del 3 dicembre 2005.

Tale decreto, istituendo il Registro Nazionale presso l'Istituto Superiore di Sanità, definisce le finalità e le modalità dell'iscrizione obbligatoria delle strutture pubbliche e private autorizzate dalle Regioni e Province Autonome all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita e avvia l'operatività in merito alla raccolta e alla registrazione dei dati relativi alle strutture autorizzate, nonché dei dati anonimi anche aggregati, per scopi statistici o scientifici, nel rispetto delle disposizioni del codice in materia di protezione dei dati personali. La finalità del Registro è quella di censire le strutture operanti sul territorio nazionale e consentire la trasparenza e la pubblicità delle tecniche di procreazione medicalmente assistita adottate e dei risultati conseguiti.

Nel Registro, allo stato, sono raccolti:

- a) i dati identificativi, descrittivi, tecnici, strutturali ed organizzativi, relativi alle strutture pubbliche e private che applicano le tecniche di procreazione medicalmente assistita, di cui all'allegato 1 al presente decreto;
- b) i dati relativi alle autorizzazioni rilasciate ai sensi dell'articolo 10, comma 1, e alle sospensioni e alle revoche di cui all'articolo 12, comma 10, della legge 19 febbraio 2004, n. 40;
- c) i dati anonimi anche aggregati, relativi alle coppie che accedono alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, agli embrioni formati ed ai nati a seguito delle medesime tecniche, nonché agli altri eventi indicati nell'allegato 2 al presente decreto, trattati per finalità statistiche o scientifiche.

Il Registro è funzionalmente collegato con altri registri europei e internazionali, ai fini dello scambio di dati anonimi anche aggregati, anche mediante l'utilizzo di strumenti elettronici.

Le modalità di raccolta e di conservazione dei dati nel Registro, l'individuazione dei soggetti cui è consentito l'accesso alle informazioni e le relative modalità sono stabilite dall'Istituto Superiore di Sanità in accordo con il Ministero della Salute, anche ai fini di cui all'articolo 11, comma 3, della legge 19 febbraio 2004, n. 40, sentito il Garante per la protezione dei dati personali. Tale provvedimento è attualmente in corso di perfezionamento.

Dall'analisi dei dati del CeDAP, pervenuti ai sensi del Decreto 16 luglio 2001, n. 349, relativi al 2003 e su n. 539 punti nascita rilevati, delle 452.984 schede pervenute, 7.284 sono relative a gravidanze in cui è stata effettuata una tecnica di procreazione medicalmente assistita (PMA) in media 1,6 per ogni 100 gravidanze.

A livello nazionale circa il 37% dei parti con procreazione medicalmente assistita ha utilizzato il trattamento farmacologico e circa il 27% il trasferimento dei gameti maschili in cavità uterina. La fecondazione in vitro con trasferimento di embrioni in utero riguarda il 18,7% dei casi mentre la fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma riguarda l'11,4% dei casi. L'utilizzo delle varie metodiche è molto variabile in ambito territoriale (Tabella n. 2).

Distribuzione regionale dei parti con procreazione medicalmente assistita (PMA)

Regione	Tecniche di procreazione medicalmente assistita (valore %)						Totale parti con PMA
	fecondazione in vitro e trasferimento embrioni nell'utero (FIVET)	fecondaz. vitro tramite iniezione spermatozoo in citoplasma (ICSI)	solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione	trasf. gameti nelle tube di falloppio sen. laparoscopica (GIFT)	trasf. gameti maschili in cavità uterina (IUI)	Altre tecniche	
Piemonte	41,3	31,3	16,0	0,3	9,6	1,6	387
Valle d'Aosta	13,3	46,7	-	-	40,0	-	15
Lombardia	31,6	26,6	22,3	1,2	15,2	3,1	906
Prov. Auton. Trento	73,3	6,7	20,0	-	-	-	15
Veneto	25,5	11,6	28,0	19,2	10,4	5,3	1.815
Friuli Venezia Giulia	29,6	25,5	18,4	1,0	24,5	1,0	98
Liguria	34,1	17,6	28,2	1,2	16,5	2,4	85
Emilia Romagna	49,1	22,5	12,4	1,1	7,9	7,1	267
Toscana	44,7	16,0	17,1	0,4	9,8	12,0	275
Umbria	56,1	18,3	12,2	2,4	11,0	-	82
Marche	66,7	15,4	11,1	0,9	1,7	4,3	117
Lazio	Dato non disponibile						
Abruzzo	50,6	13,6	9,9	2,5	23,5	-	81
Campania	12,5	11,4	22,6	1,4	7,1	45,0	805
Puglia	29,9	13,4	22,1	8,5	25,9	0,2	425
Basilicata	47,8	8,7	30,4	-	8,7	4,3	23
Sicilia	10,5	10,5	74,5	-	3,5	1,0	200
Sardegna	37,3	5,6	36,6	-	19,7	0,7	142
Totale Anno 2004	29,8	16,5	24,6	7,3	12,0	9,7	5.738
Totale Anno 2003	18,7	11,4	36,9	1,9	26,7	4,4	7.284
Totale Anno 2002	18,9	9,6	15,7	1,5	51,7	2,6	4.649

Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP

Nelle gravidanze con PMA il ricorso al taglio cesareo è nel 2004 superiore rispetto agli altri casi.

La percentuale di parti plurimi in gravidanze medicalmente assistite è sensibilmente superiore a quella registrata nel totale delle gravidanze.

Donna e salute.

In Italia risiedono complessivamente 58.500.000 individui e le donne sono poco più di 30.000.000.

Sotto il profilo sanitario, i dati sottolineano anzitutto come le donne vivano mediamente più a lungo degli uomini: l'aspettativa di vita alla nascita, secondo i dati Istat calcolati nell'anno 2003, è di 76,9 anni per gli uomini e di 82,9 anni per le donne.

Da questa evidenza discendono una serie di effetti che è necessario tenere in considerazione nel momento in cui si confrontano i dati socio-sanitari per genere. Le donne costituiscono infatti la maggioranza della popolazione ed è dalla classe di età tra i 45 ed i 64 anni in poi che la componente femminile della popolazione diventa decisamente maggioritaria.

Inoltre, la maggiore longevità delle donne sta con ogni probabilità alla base anche delle differenze che si registrano a proposito delle patologie croniche: ad un'età media più alta corrisponde inevitabilmente un quadro sanitario meno positivo. Non è infatti solo sulle patologie tipicamente femminili, come ad esempio l'osteoporosi (per la quale si registra un'incidenza di otto volte superiore tra le donne) che si osserva una prevalenza femminile, bensì su tutte le patologie croniche.

L'osteoporosi, in particolare, rappresenta un problema sia in termini di qualità di vita che di costi sanitari e sociali, legati alla cura e riabilitazione dei soggetti fratturati e all'assistenza per l'invalidità che spesso ne consegue. Pertanto l'osteoporosi deve essere considerata una dei maggiori obiettivi per la salute ed è per questo che la prevenzione di tale patologia svolge un ruolo fondamentale.

Il dato che vede tra le donne una quota più alta di persone che valutano non buono il proprio stato di salute (il 43,5% contro il 33,4 degli uomini) può anch'esso essere letto, almeno in parte, come un effetto della longevità femminile. Tuttavia questo dato in particolare sottolinea anche la delicatezza del rapporto tra donne e salute, per cui nel corso della vita sono tendenzialmente più numerosi gli eventi patologici nella loro vita rispetto a quanto accade agli uomini.

In coerenza con gli obiettivi fissati dal Progetto Obiettivo materno infantile del 2000 e con il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, è in corso l'iter procedurale del DDL "Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato", proposto dal Ministro Turco.

Il DDL si propone di tutelare i diritti e la salute della gestante e del neonato promuovendo una appropriata assistenza all'interno del percorso nascita da parte del servizio sanitario Nazionale, nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, tramite l'integrazione dei servizi territoriali ed ospedalieri e la valorizzazione dei consultori.

A tal fine, il DDL prevede diversi interventi tra cui promuovere la conoscenza delle modalità di assistenza delle pratiche socio-sanitarie e l'uso delle modalità per il controllo del dolore nel travaglio- parto, comprese le tecniche che prevedono il ricorso ad anestesie locali avanzate e di tipo epidurale, ridurre i fattori di rischio di malattia del nascituro, pre e post concezionali, attraverso appropriati interventi preventivi, nonché favorire il parto fisiologico e promuovere l'appropriatezza degli interventi al fine di ridurre il ricorso al taglio cesareo.

Altri obiettivi prioritari sono la promozione dell'allattamento materno ed il contrasto delle disuguaglianze territoriali e sociali di accesso ai servizi per la tutela materno-infantile anche per la popolazione immigrata; sono previste altresì la dimissione precoce, protetta ed appropriata della partoriente e del neonato, promuovere la continuità assistenziale per tutta la durata della gravidanza, nel periodo della nascita e dopo la nascita, garantendo l'integrazione tra territorio e strutture ospedaliere.

3.3.4 La salute mentale

La tutela della salute mentale, nonostante l'implementazione delle conoscenze scientifiche e i miglioramenti intervenuti nel campo dell'assistenza, continua a costituire oggetto di attenzione prioritaria nella programmazione degli interventi sanitari e sociali in tutti i Paesi industrializzati. Anche in Italia, i dati disponibili documentano un trend in aumento della prevalenza dei disturbi mentali, a cui sono associati diversi gradi di disabilità, sofferenze individuali e costi economici e sociali.

Ancora nel gennaio 2005, i ministri della salute di tutti i Paesi della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, riuniti ad Helsinki, hanno sottoscritto un documento (Action Plan) che individua le seguenti priorità per il prossimo decennio:

- a) promuovere la consapevolezza dell'importanza del benessere mentale;
- b) attivare interventi contro l'intolleranza, la discriminazione e l'ineguaglianza, responsabilizzare e sostenere le persone con problemi di salute mentale e le loro famiglie, in modo che possano partecipare attivamente a questo processo;
- c) progettare e realizzare sistemi destinati alla tutela della salute mentale, completi, integrati ed efficienti, che includano la promozione, la prevenzione, il trattamento, la riabilitazione e il reinserimento nella società;
- d) provvedere all'esigenza di disporre di professionisti competenti ed efficaci in tutte queste aree;
- e) riconoscere l'esperienza e le competenze dei pazienti e dei familiari, e utilizzarle come punto di partenza essenziale nella pianificazione e nello sviluppo dei servizi per la salute mentale.

Le azioni segnalate, riproposte con forza anche dall'Unione Europea, incontrano piena adesione nel nostro Paese. Tuttavia, anche se non si dispone di informazioni sistematiche sull'efficacia e l'efficienza del sistema dei servizi e sui risultati di salute prodotti, vi sono dati sufficienti per affermare che l'attuazione degli indirizzi programmatici non risulta omogenea nel territorio nazionale, con differenze a volte considerevoli fra le diverse Regioni e all'interno di uno stesso territorio regionale.

Presentazione e discussione dei dati

Per un aggiornamento del quadro epidemiologico si utilizzano alcuni dati di prevalenza delle patologie psichiatriche ricavati da due fonti: la prima è l'archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO); l'altra si riferisce ad uno studio di prevalenza dei disturbi psichici nell'età evolutiva, condotto dall'IRCCS Eugenio Medea, finanziato dal Ministero della Salute.

Le schede di dimissione ospedaliera (SDO)

Vengono sinteticamente illustrati alcuni dati sui dimessi per patologie psichiatriche nell'anno 2003, ultimo anno disponibile, con un confronto con l'anno precedente.

Per l'analisi dei dati si è scelto di ricorrere alla lista ristretta dei codici ICD9-CM, rappresentata dal sistema ACC (Aggregati Clinici di Codici) che prevede, per le patologie mentali, undici codici diagnostici (da 65 a 75: Ritardo

mentale (65). Disturbi mentali da abuso di alcol (66). Disturbi mentali da abuso di droghe (67). Disturbi mentali senili e organici (68). Disturbi affettivi (69). Schizofrenia e disturbi correlati (70). Altre psicosi (71). Ansia-disturbi somatoformi/dissociativi e della personalità (72). Disturbi mentali dell'età evolutiva (73). Altre condizioni mentali (74). Anamnesi personale di disturbi psichici, problemi psichici (75) (Tabella 1 e Grafico 1)

Nel 2005 sono state registrate 325.034 dimissioni per patologie psichiatriche: i ricoveri per acuti rappresentano il 92,0% del totale. Nel complesso, il totale dei ricoveri risulta diminuito rispetto all'anno precedente, con un decremento di quasi il 3%. Il decremento riguarda tutte le categorie diagnostiche, con l'eccezione del codice 71 (altre psicosi) che risulta in aumento nella misura del 6%.

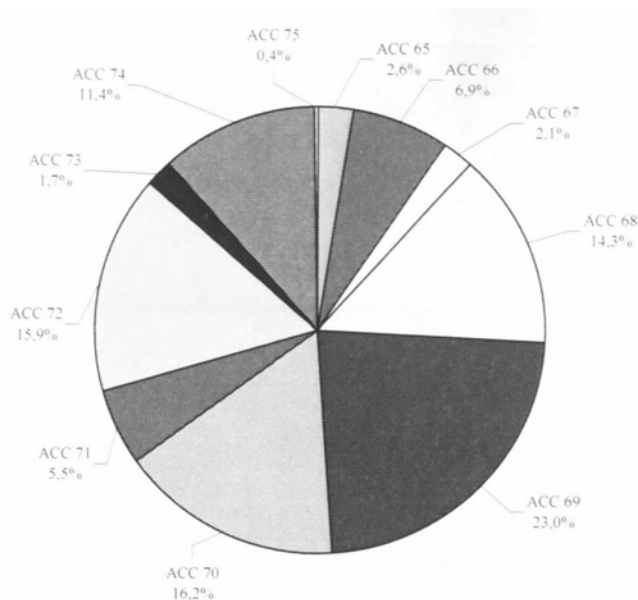
Interessante il dato sull'ospedalizzazione nelle singole regioni: un confronto dei tassi di ricovero per mille abitanti mostra alcune differenze significative. Il valore nazionale è pari a 5,6; il range nelle regioni va da 2,8 in Friuli Venezia Giulia al 10,0 nella Provincia Aut. di Bolzano. Al di sopra del valore medio nazionale si collocano Abruzzo (9,2), Liguria (8,3), Lazio (8,1), Valle d'Aosta (7,4), Sicilia (7,1), Emilia Romagna (5,8), Molise (5,7) (Tabella 2 e Grafico 2).

Tabella 1 - Distribuzione dei dimessi ospedalieri per patologie psichiatriche secondo gli aggregati clinici di codici (ACC) - Anno 2005

Aggregati clinici di codici ACC della diagnosi principale		dimessi per patologie psichiatriche
Codice	Descrizione	
65	Ritardo mentale	8.313
66	Disturbi mentali dovuti ad abuso di alcool	22.541
67	Disturbi mentali dovuti ad abuso di droghe	6.770
68	Disturbi mentali senili e organici	46.600
69	Disturbi affettivi	74.767
70	Schizofrenia e disturbi correlati	52.585
71	Altre psicosi	17.792
72	Ansia, disturbi somatoformi, dissociativi e della personalità	51.723
73	Disturbi dell'età pre adulta	5.601
74	Altre condizioni mentali	37.197
75	Anamnesi personale di disturbo psichico, problemi psichici e di comportamento, osservazione ed esame speciale per l'individuazione di disturbi psichici	1.145
Totale dimessi per ACC 65-75		325.034

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Grafico 1 - Distribuzione percentuale dei dimessi per patologie psichiche secondo aggregati clinici di codici (ACC) Anno 2005



Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

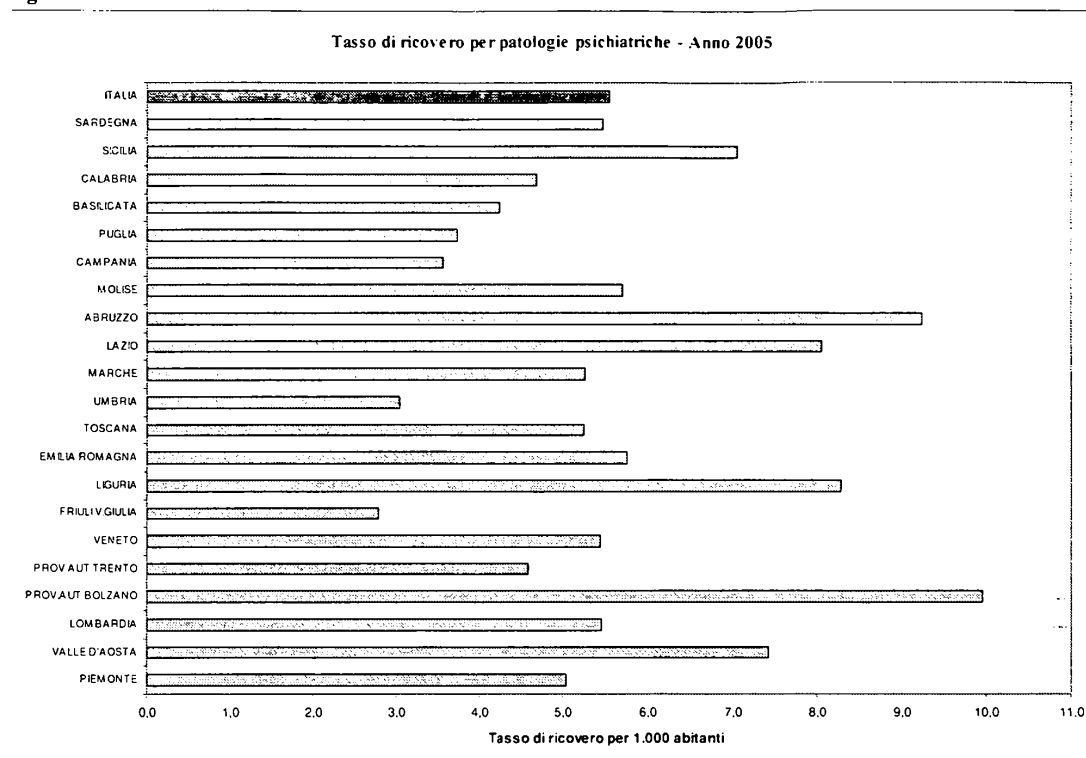
La proporzione maggiore dei ricoveri riguarda quelli con diagnosi di disturbi affettivi (22,4%), seguiti da schizofrenia e disturbi correlati (16,5%) e da ansia, disturbi somatomorfi, dissociativi e della personalità (16,6%). quindi i disturbi senili e organici (15,0%) (Figura 2).

Tabella 2 - Tassi di ricovero (ordinario e day hospital) per patologie psichiatriche - Anno 2005

Regione di ricovero	tasso di ricovero (per 1.000 ab.)
PIEMONTE	5.0
VALLE D'AOSTA	7.4
LOMBARDIA	5.5
PROV.AUT.BOLZANO	10.0
PROV.AUT.TRENTO	4.6
VENETO	5.4
FRIULI V.GIULIA	2.8
LIGURIA	8.3
EMILIA ROMAGNA	5.8
TOSCANA	5.3
UMBRIA	3.0
MARCHE	5.3
LAZIO	8.1
ABRUZZO	9.2
MOLISE	5.7
CAMPANIA	3.6
PUGLIA	3.7
BASILICATA	4.2
CALABRIA	4.7
SICILIA	7.1
SARDEGNA	5.5
ITALIA	5,6

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Figura 2



Nel totale dei ricoveri per malattie psichiatriche prevalgono il sesso femminile (51,6%) e la classe di età 25-44 (33,8%); le altre classi di età sono così distribuite: *classe 45-64* 25,6%, *classe >65* 24%, *classe 0-17* 11%, *classe 18-24* 5,6%.

Per quanto riguarda il codice prevalente all'interno di ciascuna classe, si ha la seguente distribuzione: *classe 0-17* codice 74 Altre condizioni mentali 47,8%, *classe 18-24* codice 72 ansia, disturbi somatomorfi, dissociativi e della personalità 28,8%, *classe 25-44* codice 70 schizofrenia e disturbi correlati 25,1%, *classe 45-64* codice 69 disturbi affettivi 34,6%, *classe 65-74* codice 69 disturbi affettivi 36,3%, *classe >75* codice 68 Disturbi mentali senili e organici 71,8%. Non si osservano variazioni significative rispetto al 2002 nella distribuzione per tipologia di diagnosi.

In questa distribuzione il dato che merita un approfondimento è quello dell'età evolutiva, laddove prevale il codice 74, rispetto al codice più atteso 73 Disturbi mentali dell'età evolutiva, che è rappresentato solo per l'8%.

Il codice prevalente nei maschi è il 70 Schizofrenia e disturbi correlati (20,9%), nelle donne è il 69 Disturbi affettivi (27,9%).

Oltre ad una panoramica generale sui ricoveri per età e sesso, relativamente agli undici codici, si propone una ulteriore analisi limitatamente a quattro categorie, ritenute più rappresentative della prevalenza trattata: disturbi affettivi (cod. 69), schizofrenia e disturbi correlati (cod. 70), altre psicosi (cod. 71), ansia, disturbi somatomorfi, dissociativi e della personalità (cod. 72).

Per tali categorie diagnostiche, il numero totale dei ricoveri ammonta a 199.292 (60,6% del totale), con una diminuzione pari a -2,4% rispetto al 2002.

Anche per questi soli quattro codici, nel totale dei ricoveri prevalgono il sesso femminile (53,4%) e la classe di età 25-44 (42,0%) con valori un po' più alti rispetto al totale degli undici codici; anche le altre classi di età sono rappresentate in modo differente rispetto alla loro distribuzione per gli undici ACC: *classe 45-64* 32,4%, *classe >65* 15,2%, *classe 18-24* con 5,9%, *classe 0-17* 4,5%.

Rispetto alla prevalenza per sesso, le donne superano gli uomini per i disturbi affettivi (64%) e per i disturbi d'ansia (55%); mentre i maschi prevalgono per le diagnosi di schizofrenia e disturbi correlati (62%) e altre psicosi (51%).

La diagnosi prevalente per ciascuna classe di età è: *classe 0-17* codice (72) ansia, disturbi somatomorfi, dissociativi e della personalità (60,6%); *classe 18-24* codice (72) ansia, disturbi somatomorfi, dissociativi e della personalità (45,5%); *classe 25-44* codice (70) schizofrenia e disturbi correlati (33,4%); *classe 45-64* codice (69) disturbi affettivi (45,3%); *classe 65-74* codice (69) disturbi affettivi (60,4%); *classe >75* codice (69) disturbi affettivi (59,9%).

Le età avanzate si caratterizzano nettamente per una maggiore presenza di disturbi affettivi, mentre i più giovani per i disturbi d'ansia, dissociativi e della personalità.

Lo studio PRISMA

Il progetto PRISMA (Progetto Italiano Salute Mentale Adolescenti) è la prima ricerca epidemiologica multicentrica italiana che ha indagato la prevalenza dei disturbi psichici tra i preadolescenti di età compresa tra i 10 e i 14 anni che vivono in zone urbane ed è stata condotta e realizzata contemporaneamente in sette città italiane: Lecco, Milano, Roma, Rimini, Pisa, Cagliari e Conegliano, all'interno di un progetto di ricerca finalizzata coordinato dall'Istituto Eugenio Medea, finanziato dal Ministero della Salute.

Obiettivi

Gli obiettivi del progetto sono così sintetizzabili:

1. Descrizione della prevalenza dei disturbi psichici in età preadolescenziale, con una valutazione del ruolo delle variabili socio-demografiche nell'insorgenza dei disturbi;
2. Valutazione dell'impatto dei disturbi psicologici sul funzionamento dei soggetti in età preadolescenziale;
3. Valutazione dell'associazione tra fattori di rischio (genetici e sociali) e disturbi diagnosticati

Metodologia

La metodologia per lo studio ha riprodotto quanto effettuato in studi analoghi condotti su campioni di popolazione in Nord America e in Europa continentale. La scelta degli strumenti di valutazione è stata fatta dopo un confronto con i massimi studiosi del settore in campo internazionale (Angold, Costello, Goodman, Achenbach).

Sono stati campionati e selezionati 5.627 preadolescenti nelle città campione: hanno aderito alla ricerca 3.437 ragazzi, pari a oltre il 61% dei selezionati.

Due le fasi del progetto:

- a. Screening attraverso strumenti di valutazione dimensionali
- b. Valutazione clinica attraverso l'utilizzo di intervista clinica semistrutturata al probando e ad un genitore, associata a valutazione dell'impatto sociale della patologia e delle condizioni socioeconomiche della famiglia.

I risultati

Il 23% dei preadolescenti presenta comportamenti "internalizzati" che quantitativamente differiscono in maniera significativa da quelli attesi.

Nel dettaglio, il 13,2% della popolazione presenta comportamenti di tipo "internalizzato" superiore al 97° percentile, mentre il 9,8% presenta comportamenti compresi tra il 93° e il 97° percentile, ossia nella fascia a rischio o borderline.

I comportamenti "internalizzati" sono quell'insieme di manifestazioni comportamentali che descrivono il modo attraverso il quale il bambino o l'adolescente manifesta le proprie emozioni e le proprie modalità di adattamento emozionale all'ambiente.

In particolare si segnala come il 3,7% dei preadolescenti presenti comportamenti significativamente a rischio per depressione, (4,9% i maschi, 2,5% le femmine), al contrario di quanto succede nell'età adulta

Il 10,6% presenta comportamenti significativi per disturbi della serie ansiosa, con una prevalenza più che doppia nel sesso maschile (14,4% versus 6,3% nelle femmine).

Fattori di rischio

Non è stata trovata nessuna differenza in relazione alla età del soggetto nell'intervallo di età esaminato

Le condizioni socio-economiche medio basse si confermano come fattore di rischio importante

Il nucleo familiare disgregato si conferma importante condizione di rischio

Non sono state rilevate differenze in relazione al luogo di residenza (città di provincia o metropoli) e neppure rispetto al tipo di scuola frequentata (privata o statale)

La famiglia può essere fattore di protezione per i "disagi psicologici", ma nei confronti della patologia psichica, espressione della complessa interazione gene-ambiente, non è in grado di attenuarne i rischi.

Prevalenza disturbi clinici

Sul piano categoriale, è stato possibile effettuare diagnosi clinica di disturbo di tipo depressivo e di tipo ansioso, secondo le seguenti percentuali di prevalenza.

Prevalenza disturbi depressivi sul campione totale: 0,8 %

Prevalenza disturbi d'ansia sul campione totale: 7,11%

E' importante sottolineare che il Disturbo Post Traumatico da Stress è responsabile per circa l'1% delle patologie psichiche diagnosticate: questo può essere un indicatore preoccupante di violenza subita dai minori.

Conclusioni

Il 23% della popolazione preadolescenziale presenta comportamenti a rischio per problemi dell'area internalizzata.

In particolare esiste una area con sintomatologia di tipo depressivo pari al 3,7% della popolazione, e una area con sintomatologia di tipo ansiosa pari al 10,6% della popolazione: più del 14% della popolazione preadolescenziale

potrebbe quindi sviluppare quadri clinici di tipo ansioso-depressivo: su questa fascia a rischio va appuntata la attenzione per gli interventi di prevenzione.

La prevalenza della patologia depressiva clinicamente diagnosticabile è stata pari allo 0,8 %, mentre la prevalenza della patologia ansiosa è stata pari al 7,11% del campione.

Nell'insieme la prevalenza dei disturbi psichici diagnosticati in base ai criteri DSM IV per i quali si rendono necessari interventi di cura, è stata pari al 9,1% della popolazione (Disturbi della condotta: 1%, Adhd: < 2%)

Indicazioni per la programmazione

Le SDO continuano a costituire pressoché l'unico patrimonio informativo utile per delineare il quadro patologico nelle diverse aree geografiche, nonché per valutare l'impatto della morbosità sul sistema sanitario in termini di risorse investite e di costi sostenuti.

I dati desumibili dalle SDO testimoniano, confrontando per quanto possibile la serie storica, una certa stabilità, a livello nazionale, sia nel numero di ricoveri effettuati sia riguardo alle patologie prevalenti. In un'analisi di dettaglio, per disaggregazione regionale, sono riscontrabili differenze significative che meritano uno studio di approfondimento sull'efficacia dei sistemi e modelli di intervento attivati nei diversi territori; se il ricovero costituisce una risposta alle fasi acute, ci si dovrebbe aspettare tassi di ricovero omogenei; le differenze riscontrate impongono una riflessione sull'efficacia dei servizi territoriali nella presa in carico dei pazienti.

Un punto di forza per acquisire informazioni sulla prevalenza trattata e sull'andamento degli interventi, sarà costituito dal Sistema Informativo Nazionale per la Salute Mentale (SISM), che coinvolge il Ministero della Salute e le Regioni per la costruzione di flussi informativi e sistemi di rilevazione stabili. Ad oggi è stato completato l'iter per la predisposizione degli strumenti informatici necessari, ed è in corso, in via sperimentale, il primo caricamento di dati da parte di alcune Regioni, per verificarne il funzionamento.

La rilevazione di informazioni sulle caratteristiche sociodemografiche e cliniche dell'utenza dei dipartimenti di salute mentale, e sulla tipologia di assistenza erogata; amplierà la base conoscitiva per più affidabili e complete valutazioni epidemiologiche sulla prevalenza dei disturbi mentali e sui modelli di intervento, in termini di processo e di esito.

3.3.5 Le tossicodipendenze

L'uso/abuso di sostanze stupefacenti e gli stili di vita connessi continuano a rappresentare in Italia un problema di salute pubblica sia per gli effetti diretti sui soggetti consumatori (overdose, comorbilità psichiatrica, patologie infettive droga correlate) che per la popolazione generale non direttamente esposta (malattie sessualmente trasmesse [AIDS, epatite C, B] o accidentali).

Lo strumento legislativo che disciplina l'intera materia è il Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990 (Testo Unico sulle tossicodipendenze), come modificato dalla Legge n. 45 del 1999 e dalla Legge 49 del 2006.

Per quanto riguarda la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei Servizi per le tossicodipendenze delle Unità Sanitarie Locali, l'ultimo riferimento normativo è tuttora il DM 444 del 1990.

I dati relativi al fenomeno della droga possono essere illustrati secondo il modello degli indicatori chiave così come indicato dall'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze di Lisbona (Agenzia costituita nel 1993 dall'Unione Europea - <http://www.emcdda.europa.eu/>). In base a tale schema, gli indicatori si possono raggruppare nelle seguenti aree:

- Uso di sostanze nella popolazione generale;
- Uso problematico di sostanze;
- Domanda di trattamento;
- Patologie infettive;
- Decessi droga correlati.

Uso di sostanze nella popolazione generale e uso problematico di sostanze

La prevalenza d'uso nella popolazione generale si basa prevalentemente sui risultati di due indagini nazionali (IPSAD e ESPAD) condotte dal Consiglio Nazionale delle Ricerche, i cui risultati sono riportati nella Relazione annuale al Parlamento sulle tossicodipendenze – Anno 2005.

Lo studio IPSAD (Italian Population Survey on alcohol and drugs) è uno studio campionario sul consumo di alcol, tabacco e sostanze psicotrope legali e illegali nella popolazione generale residente in Italia di età compresa tra 15 e 54 anni, ripetuto con cadenza biennale dal 2001.

L'indagine ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Drugs*) riguarda gli atteggiamenti, la percezione del rischio e i consumi di alcol, tabacco e sostanze psicotrope legali e illegali nella popolazione giovanile scolarizzata di età compresa tra 15 e 19 anni ed ha visto la partecipazione di 30 paesi europei.

Nel 2005, relativamente ai consumi di droghe illegali nella popolazione generale (indagine IPSAD) (Grafico 1) risulta che il 31% dei soggetti intervistati ha fatto uso almeno una volta nella vita di cannabis, un terzo di questi ha avuto contatti con la sostanza negli ultimi 12 mesi (11.9%) e un quinto negli ultimi trenta giorni (6.1%) mentre l'1% dei soggetti ne riferisce un uso quotidiano. Sono circa 350.000 i soggetti fra i 15 e i 54 anni che si stima facciano, in Italia,

uso quotidiano di cannabis e circa 1.900.000 quelli che ne fanno uso il fine settimana. Nel confronto tra l'indagine campionaria del 2001 e la rilevazione del 2005 si nota un notevole aumento della prevalenza di utilizzatori "recenti" di cannabis che passa dal 6,2% all'11,9%: si stima quindi che la quota di soggetti che hanno fatto uso di cannabis in Italia sia passata da circa 2.000.000 nel 2001 a 3.800.000 nel 2005.

L'uso di cocaina e crack una o più volte nella vita riguarda il 6,7% della popolazione. Per quanto riguarda il consumo negli ultimi 12 mesi la prevalenza scende al 2,2%. Il consumo nell'ultimo mese riguarda lo 0,9% del campione e l'uso quotidiano lo 0,1%. Dai dati si stima quindi che circa 300.000 persone fanno uso di cocaina una o più volte in un mese e che sono 32.000 coloro che quotidianamente assumono cocaina. Nel confronto tra la rilevazione del 2001 e la rilevazione del 2005 si nota un notevole incremento complessivo nell'uso di cocaina della popolazione negli ultimi 12 mesi: la prevalenza raddoppia passando dall'1% al 2%.

La prevalenza di uso di eroina almeno una volta nella vita risulta dell'1,3%. Tale consumo scende allo 0,3% della popolazione, se si misura per gli ultimi 12 mesi, allo 0,14% e allo 0,06% rispettivamente per l'ultimo mese e per il consumo giornaliero. Con tali dati si può stimare che circa 20.000 soggetti fanno uso giornaliero di eroina e circa 45.000 persone ne fanno uso una o più volte al mese. Si nota un decremento della percentuale di utilizzatori di eroina. Se nel 2001 questi rappresentavano lo 0,5% della popolazione, nel 2005 scendono allo 0,3%.

Il 3,4% della popolazione dichiara di aver utilizzato, almeno una volta nella vita, sostanze di tipo allucinogeno. L'uso relativo all'ultimo anno riguarda invece lo 0,6% del campione mentre lo 0,2% degli intervistati riferisce l'uso recente (ultimo mese) di tale sostanza. Si osserva il triplicarsi nell'assunzione di queste sostanze rispetto al 2001: nell'ultimo anno vengono usate dallo 0,6% della popolazione mentre, nella precedente rilevazione, tali consumatori rappresentavano lo 0,2% del campione. Tale aumento risulta particolarmente evidente per i giovanissimi della popolazione maschile.

La prevalenza d'uso di stimolanti nella vita è del 3,8%. Negli ultimi 12 mesi lo 0,6% della popolazione dichiara di utilizzare tali sostanze psicoattive: lo 0,3% ne riferisce l'uso nell'ultimo mese e lo 0,04% l'uso quotidiano. Il ricorso agli stimolanti aumenta significativamente nel passaggio dalla rilevazione del 2001 (0,2%) a quella del 2005 (0,6%).

Sono state analizzate le interazioni di caratteristiche di rilievo dei partecipanti allo studio con i consumi delle varie sostanze illegali nell'ultimo anno. L'uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci), la condizione familiare (essere separati o vedovi) e l'uso abituale di sigarette sono associati positivamente all'uso più elevato di tutte le sostanze illecite. L'abuso di alcol risulta fattore di rischio per l'uso delle sostanze illegali ad eccezione degli allucinogeni e degli stimolanti. Appartenere ad uno stato socio economico alto rappresenta un fattore associato all'uso di cocaina, cannabinoidi ed allucinogeni ed avere una scolarità medio-alta è caratteristica associata all'utilizzo di cannabinoidi.

Si osserva invece una sostanziale stabilità nella prevalenza dei consumi di droghe illegali fra gli studenti del campione ESPAD@Italia (Grafico 2).

La prevalenza di uso nella vita, che può essere considerata un indice di contiguità alle sostanze, è del 31% per la cannabis, del 5,3% per la cocaina, del 4% per gli allucinogeni, del 3% per gli stimolanti e del 2,5% per l'eroina. La sostanza maggiormente utilizzata dagli studenti delle scuole superiori è la cannabis: circa un terzo degli studenti ne ha fatto uso almeno una volta nella vita. Molto minori invece le percentuali di studenti che hanno avuto contatti con la cocaina (5%), con gli allucinogeni (4%), con gli stimolanti (3%) e con l'eroina (2%).

Il 15% degli studenti delle scuole superiori italiane ha utilizzato cannabis negli ultimi 30 giorni: il 3% ne fa un utilizzo quotidiano. Quest'ultima tipologia d'uso è pari allo 0,24% per la cocaina e a circa lo 0,15% per ognuna delle altre sostanze (esclusa la cannabis).

Gli studenti consumano di più rispetto alle studentesse e i consumi crescono all'aumentare dell'età. I fattori protettivi rispetto all'utilizzo di droghe illegali risultano il non essere fumatore ed il non essersi ubriacati nell'ultimo mese, il percepire interessamento nei propri confronti da parte dei genitori ed avere una positiva relazione con gli stessi. Essere stati coinvolti in risse o incidenti ed aver avuto rapporti sessuali non protetti a causa di alcol o droghe sono invece caratteristiche che, per ovvie ragioni, maggiormente si associano all'uso di sostanze illegali così come l'aver fratelli che abusano di alcol e utilizzano droghe. Altro fattore di rischio risulta l'aver fatto uso di tranquillanti con, ed ancor più senza, prescrizione medica.

In crescita negli ultimi anni il fenomeno dell'uso combinato di sostanze. Dagli studi campionari di popolazione risulta che il 7% dei soggetti intervistati (15-54 anni) e l'8% degli studenti ha fatto uso nella vita di più sostanze illegali. Si evidenzia, fra i consumatori (15-54 anni) di sostanze illegali, un abuso di alcol nell'8% dei casi e un diffuso utilizzo di psicofarmaci (12%). Il 14% degli studenti che ha riferito l'uso recente di sostanze illegali si è ubriacato nei 30 giorni precedenti all'indagine ed il 24% ha assunto psicofarmaci. L'1,8% dei soggetti (15-54 anni) intervistati ha riferito l'uso combinato di sostanze negli ultimi 12 mesi e nella maggior parte dei casi la cannabis è stata una delle sostanze utilizzate. Questo dato proiettato sulla popolazione generale di pari età porta ad una stima di oltre 560.000 persone e di circa 145.000 studenti che nel corso del 2005 hanno fatto uso combinato di più sostanze (nel 98% dei casi una è la cannabis).

Tabacco e alcol sono le sostanze di iniziazione per la maggioranza dei consumatori di droghe illegali e se per l'85% dei soggetti che hanno riferito uso di cocaina e per il 74% di coloro che ha usato eroina la sostanza psicotropa illegale di iniziazione è stata la cannabis, la maggior parte dei consumatori di cannabis (75%) resta "fedele" alla propria sostanza di iniziazione.

I consumatori di eroina in media arrivano al servizio entro cinque-sei anni dall'inizio del consumo problematico; per la cocaina, in media si impiegano sette-otto anni. Nel 2005 si è stimato che in Italia 29.663 soggetti abbiano iniziato a far uso di eroina. Rapportando tale numero con la popolazione a rischio (15-54 anni) si ottiene che circa 9 su 10.000 persone di età compresa tra i 15 e i 54 anni hanno iniziato nel 2005 a far uso di eroina.

Per quanto riguarda la cocaina, invece, la stima dell'incidenza per il 2005 è di 9.174 soggetti, cioè circa 3 su 10.000 residenti di età compresa tra i 15 e i 54 anni. Le stime del numero di soggetti potenzialmente eleggibili ad una terapia per la dipendenza da sostanze psicoattive indicano che, nel 2005, 300.000 persone necessitavano di un trattamento per abuso di droghe. Più della metà di questi soggetti sono stati in carico presso i SerT. Il numero di soggetti che inizia a fare uso di eroina mostra, negli ultimi cinque anni, una crescita di circa 1.000 persone per anno, passando da 25.000 nel 2001 a 30.000 nel 2005. Il numero di soggetti che iniziano, ogni anno, a fare uso di cocaina passano, nello stesso periodo, da 5.500 soggetti nel 2001 a più di 9.000 nel 2005.

Domanda di trattamento

A partire dal 1991, il Ministero della Salute rileva annualmente le attività svolte dai Servizi pubblici per le tossicodipendenze e le caratteristiche dei pazienti in trattamento [4].

Nel corso del 2005 (Tabella 1) sono stati rilevati i dati relativi al personale e all'utenza in 497 Servizi pubblici per le tossicodipendenze su 550 esistenti (90,4%). Sono state prese in carico 162.005 persone con problemi di sostanze d'abuso. La sostanza più utilizzata è stata l'eroina con una richiesta di trattamento del 72,3% dei casi.

Con riferimento alla popolazione residente totale, sono state trattate dai Servizi 28 persone (50 maschi e 7 femmine) ogni 10.000 residenti. Il rapporto M/F dei pazienti in carico ai Servizi è pari a 6,5, la fascia di età prevalente è quella superiore ai 39 anni (24,4% del totale), l'utenza è progressivamente invecchiata nel corso degli anni (età media pari a 32,9 anni).

La sostanza d'abuso per cui la domanda di trattamento è più diffusa è l'eroina (72,3% degli utenti), assunta nella maggioranza dei casi per via intravenosa (66,1%); seguono la cocaina e i cannabinoidi (rispettivamente 13,2% e 9,7% dei pazienti) il cui uso è costantemente aumentato nel corso degli anni soprattutto per la cocaina.

Il 10,5% del totale dei soggetti presi in carico dai Servizi è stato trattato presso le strutture riabilitative (trend decrescente rispetto agli anni precedenti).

Riguardo alla tipologia dei trattamenti erogati dai Servizi pubblici (Tabella 2), il 59,2% dei pazienti è stato sottoposto a programmi farmacologici. Per il 49,4% del totale degli utenti si è fatto ricorso al metadone (il 60,5% del totale dei pazienti trattati con metadone è stato sottoposto a programmi a lungo termine, il 23,8% a programmi a medio termine e il 15,7% a programmi a breve termine), per lo 0,9% al naltrexone, per lo 0,7% alla clonidina e per l'8,2% ad altri farmaci. Tali trattamenti sono stati prevalentemente fruiti nei Servizi pubblici (89,4%) ma anche, in minima parte, nelle strutture riabilitative (4,3%) e in carcere (6,3%).

I pazienti sottoposti a trattamenti psicosociali e/o riabilitativi sono pari al 40,8% del totale (per il 31,2% di tale sottogruppo si è fatto ricorso al sostegno psicologico, per il 10,2% alla psicoterapia, per il 58,6% a interventi di servizio sociale).

Patologie infettive

Secondo i dati rilevati dal Ministero della Salute nel 2005 la percentuale di soggetti in cura presso i Servizi pubblici per le tossicodipendenze sieropositivi per l'HIV, rispetto al totale dei testati, è pari al 13,8% (in diminuzione dal 2000); per l'epatite B e per l'epatite C tale dato assume il valore, rispettivamente, del 41,7% (in diminuzione rispetto al 2004) e del 61,4% (in diminuzione dal 2000). Le percentuali di positività, per tutte le patologie infettive, sono più elevate nel sottogruppo di utenti già in carico dagli anni precedenti o rientrati di sesso femminile e sono estremamente variabili regionalmente.

Decessi droga-correlati

I decessi per intossicazione acuta avvenuti nel corso del 2005 si attestano a 603 casi (il dato è tuttavia sottostimato poiché non tiene conto di overdose in cui non sia intervenuta l'autorità giudiziaria e di decessi droga correlati diversi dall'overdose), in linea col dato dell'anno precedente (600); tuttavia in quest'ultimo biennio si osserva un certo aumento di tali decessi, che rappresenta un'inversione di tendenza rispetto alla progressiva diminuzione registrata dal 1996 al 2003. La causa del decesso è stata attribuita nella maggior parte dei casi all'eroina; si muore di overdose prevalentemente in casa; Umbria e Lazio sono le regioni dove si registrano il maggior numero di decessi per overdose [5].

La Tabella descrive le principali caratteristiche demografiche e tipologia di dipendenza dei soggetti trattati nel corso del 2005 presso i servizi pubblici per le tossicodipendenze (sia i nuovi trattamenti che gli utenti già in carico dagli anni precedenti) per regione. I dati sono descritti nel testo.

XV LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Tab.1 - CARATTERISTICHE DEGLI UTENTI DEI SERVIZI PUBBLICI PER LE TOSSICODIPENDENZE - ANNO 2005

REGIONI	Maschi	Femmine	M/F	Età media			Totale	Utenti per sostanza d'abuso primaria (%)					
				% Utenti st	Maschi	Femmine		Eroina	Cannabino	Cocaina	Allucinogeni	Stimolanti	altro
PIEMONTE	11635	2468	4,7	12,9	34,2	34,1	34,2	76,9	4,7	8,2	0,1	0,7	9,4
VALLE D'AOSTA	239	57	4,2	23,3	34,8	34,4	34,7	89,9	3,7	5,4	0	0	1
LOMBARDIA	22339	3760	5,9	10,6	33,4	32,6	33,3	62,1	9,2	24,8	0,1	0,8	3
PROV.AUT.BOLZANO	571	153	3,7	16,9	34,4	35,4	34,6	69,9	11,7	7	0,1	1,9	9,4
PROV.AUT.TRENTO	692	167	4,1	20,6	34,6	33,5	34,4	92,2	3,2	3,5	0	0,6	0,5
VENETO	9786	1693	5,8	15	32,6	31,7	32,5	72,9	14	8,9	0,1	1	3,1
FRIULI V.GIULIA	2516	636	4	7,8	32,1	30,8	31,9	76,4	11,4	6,9	0	2,1	3,2
LIGURIA	5132	959	5,4	9,8	33,9	33,8	33,9	75,7	12,9	9,4	0	0,7	1,3
EMILIA ROMAGNA	9427	2008	4,7	12,4	33,3	32,5	33,1	72,3	11,2	13,5	0,1	0,8	2,1
TOSCANA	8345	1766	4,7	9,7	33,2	31,6	32,9	75,4	11,9	10,5	0,1	0,7	1,4
UMBRIA	2864	535	5,4	9,9	32,5	31,3	32,3	84,2	7,1	6,1	0	0,5	2,1
MARCHE	4060	750	5,4	10,1	31,9	29,7	31,6	74,8	12,8	10,2	0,1	0,7	1,4
LAZIO	11833	1958	6	4,2	34,6	34,2	34,5	76	7,4	14,5	0	0,8	1,3
ABRUZZO	3465	411	8,4	10,2	32,4	31,2	32,3	72,3	9,2	6,9	0	1,6	10
MOLISE	741	94	7,9	5,6	30,8	27,5	30,4	73,4	12,6	10,5	0	0,1	3,4
CAMPANIA	16537	1400	11,8	10,3	31,3	29,9	31,2	71,4	8,3	13,4	0,1	0,7	6,1
PUGLIA	10741	861	12,5	9,7	32,3	31,9	32,2	70,5	14,6	11	0,1	0,4	3,4
BASILICATA	1108	62	17,9	7,3	32,1	30,6	32	83,6	8,2	6,7	0	0,2	1,3
CALABRIA	4256	301	14,1	22	32,5	30,7	32,4	82,7	7,6	6,5	0	0,2	3
SICILIA	9453	1048	9	6,2	31,8	31,4	31,8	66,3	10,7	14,6	0	0,7	7,7
SARDEGNA	4659	519	9	12,3	34,5	34,1	34,5	83,2	4,4	10,1	0	0,3	2
ITALIA	140399	21606	6,5	10,5	33	32,4	32,9	72,3	9,7	13,2	0,1	0,8	3,9

Fonte: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze

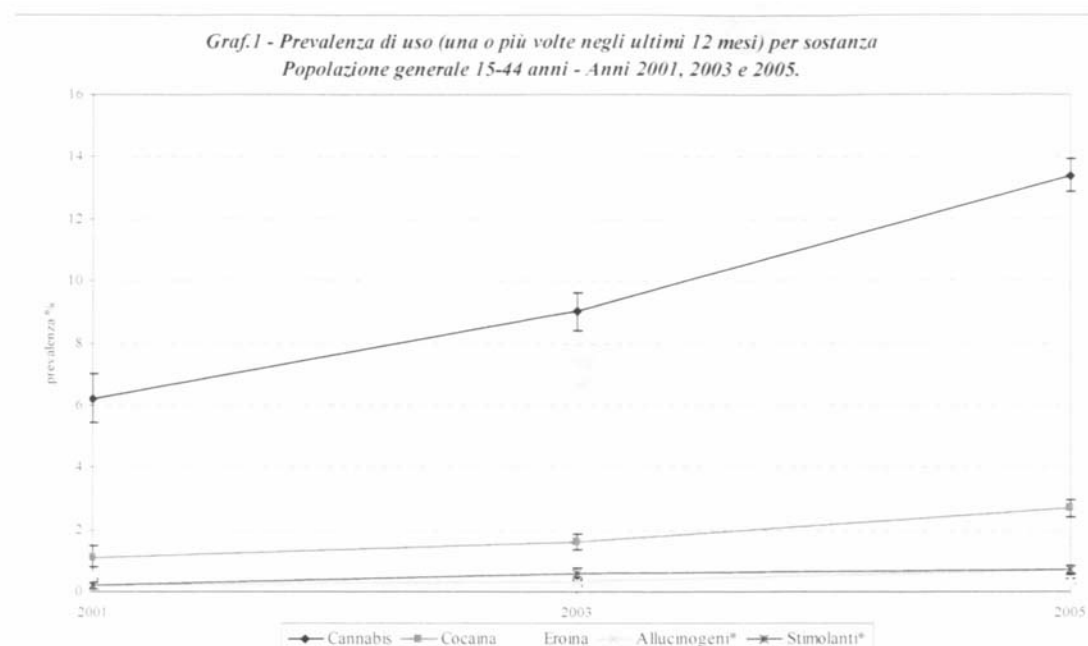
La Tabella riporta la distribuzione percentuale, per regione, degli utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze per tipologia di trattamento in riferimento all'anno 2005.

I dati sono descritti nel testo.

Tab. 2 - UTENTI DISTRIBUITI PER TIPO DI TRATTAMENTO (%) - ANNO 2005

REGIONI	PSICOSOCIALE E/O RIABILITATIVO	FARMACOLOGICO			Totale metadone	Naltrexone	Clonidina	Altri farmaci	Totale farmacologico
		Metadone breve termine (≤30gg)	Metadone medio termine (30gg-6 mesi)	Metadone lungo termine (>6 mesi)					
PIEMONTE	42,3	8	11,2	32,6	51,7	0,7	0,1	5,2	57,7
VALLE D'AOSTA	35,2	4,4	2,9	37,8	45,1	0,3	6	13,3	64,8
LOMBARDIA	47,3	1	5	35,9	41,8	0,3	0,5	10,1	52,7
PROV.AUT.BOLZANO	41,6	6,8	14,2	33,1	54,1	0	0	4,4	58,4
PROV.AUT.TRENTO	45,3	7,3	12,9	31,6	51,8	0	0	2,9	54,7
VENETO	36,1	6,8	10,9	29,7	47,4	1,7	1,1	13,7	63,9
FRIULI V.GIULIA	32,7	3,8	8	43,8	55,6	0,9	1,3	9,5	67,3
LIGURIA	31,5	27,3	6,6	9,2	43	0,9	0,1	24,5	68,5
EMILIA ROMAGNA	35	1,9	10,5	35,8	48,2	1,2	0,8	14,9	65
TOSCANA	42	4,4	15,6	32,2	52,2	0,6	1	4,3	58
UMBRIA	24,6	14	17,7	38,1	69,8	0,5	0,2	4,8	75,4
MARCHE	46,7	10,2	9,3	26	45,5	1,7	0	6,1	53,3
LAZIO	46,9	9,8	18,6	8,4	36,8	1,9	0,5	13,9	53,1
ABRUZZO	39,1	9,3	16,3	26,6	52,1	1,7	0	7	60,9
MOLISE	51,1	2,8	6	26,5	35,4	0,8	0	12,6	48,9
CAMPANIA	31,2	11,4	16	34,8	62,2	0,8	0,9	4,9	68,8
PUGLIA	44,4	13,8	10,2	25,7	49,6	0,3	0,9	4,7	55,6
BASILICATA	33,2	2,2	3,9	56	62,2	0,6	1,3	2,8	66,8
CALABRIA	44,7	13	12	27	52,1	1,3	0	1,9	55,3
SICILIA	52,7	5,7	7,4	26	39	2,2	1,5	4,6	47,3
SARDEGNA	27,3	3,5	9,8	52,5	65,8	1,3	0	5,6	72,7
ITALIA	40,8	7,7	10,7	31	49,4	0,9	0,7	8,2	59,2

Fonte: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze

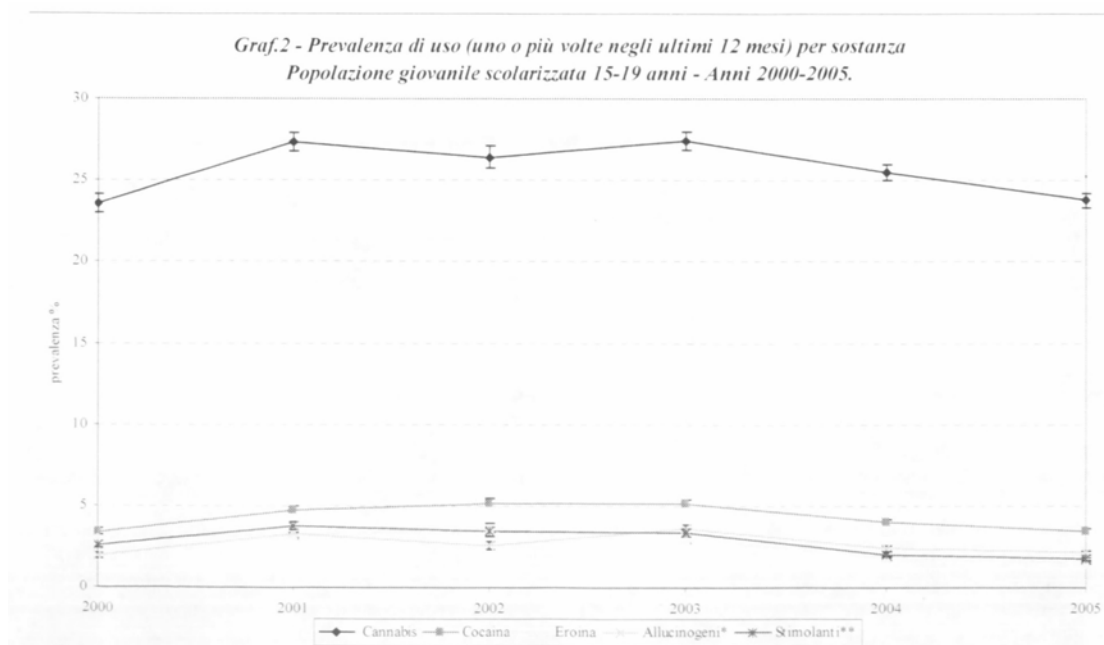


Fonte: Indagine IPSAD®Italia, Consiglio nazionale delle Ricerche (Istituto di Fisiologia Clinica www.ifc.cnr.it)

Breve spiegazione del Grafico

Il Grafico visualizza i trend temporali delle prevalenze d'uso (uno o più volte nell'ultimo anno) per singola sostanza relativa alla popolazione generale 15-54 anni dell'indagine IPSAD. Nel Grafico sono visualizzati anche i relativi intervalli di confidenza.

I dati sono descritti nel testo.



Fonte: Indagine ESPAD®Italia, Consiglio nazionale delle Ricerche (Istituto di Fisiologia Clinica www.ifc.cnr.it)

Breve spiegazione del Grafico

Il Grafico visualizza i trend temporali delle prevalenze d'uso (uno o più volte nell'ultimo anno) per singola sostanza relativa alla popolazione giovanile secolarizzata 15-19 anni dell'indagine ESPAD. Nel Grafico sono visualizzati anche i relativi intervalli di confidenza.

I dati sono descritti nel testo.

Alla luce della disomogeneità organizzativa (assetto Dipartimentale previsto dall'Accordo stato-regioni del 21 gennaio 1999 e non ancora attuato in numerose regioni) urge la necessità di una ricognizione del sistema dei servizi (pubblici e del privato accreditato).

Alcuni risultati emersi da ricerche sperimentali realizzate sul territorio e finanziate dal Ministero della Salute, hanno evidenziato la necessità di creare una rete di raccordo con il III settore (Unità di strada, Unità di prossimità, Unità a bassa soglia) che nella gran parte dei casi è costituito da volontari. Di qui l'urgenza di concertare con i dicasteri competenti, le Regioni e le Associazioni della Società Civile, politiche socio-sanitarie di sistema.

Particolare attenzione va posta ai detenuti tossicodipendenti, ottimizzando la presa in carico dai parte dei servizi di assistenza, includendo interventi di prevenzione nonché interventi di riduzione del danno.

Per quanto riguarda il settore epidemiologico-statistico i dati rilevati annualmente dal Ministero della Salute, non consentono una valutazione esauriente dell'efficienza dei servizi e dell'efficacia in termini di risultati di salute prodotti. Inoltre, mancano informazioni sugli interventi delle comunità terapeutiche.

In considerazione di ciò, questo Ministero sta procedendo, in collaborazione con le Regioni, alla realizzazione di un Sistema informativo nazionale (SIND) sui soggetti in trattamento, interno al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), fondato su tracciati record individuali, in grado di fornire informazioni sulle prestazioni e sui percorsi di cura generate dai pazienti all'interno delle strutture dedicate. Premesso che le conoscenze epidemiologiche e le conoscenze sull'efficienza e l'efficacia della rete dei servizi sono fondamentali per orientare le azioni programmatiche e di indirizzo, si elencano alcuni aspetti problematici rispetto ai quali approntare strategie di intervento efficaci.

Interventi urgenti in favore della popolazione giovanile

L'aumento dei consumi di cannabis, cocaina, allucinogeni e psico-stimolanti e una generalizzata bassa percezione del rischio tra i più giovani, rilevato dall'indagine ESPAD, richiedono risposte urgenti quali:

- Orientare ed implementare la capacità dei servizi nel prendere in carico i giovani consumatori di cannabis, cocaina e metamfetamine;
- interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria ivi comprese le strategie di riduzione del danno;
- contrasto delle situazioni di maggiore disagio ed emarginazione, potenziando il III settore;
- sostegno e implementazione delle capacità progettuali e di autonomia dei giovani e della loro partecipazione attiva nei vari contesti sociali. E' indispensabile intervenire nei luoghi di aggregazione giovanile.
- parallelamente è indispensabile implementare programmi di formazione e conoscenza degli interventi basati su prove di efficacia coinvolgendo anche soggetti non tradizionalmente coinvolti nell'aggiornamento e nella formazione come i Pronto Soccorsi e i Centri antiveleno.

Interventi urgenti relativi alla gestione della cronicità

La disomogenea organizzazione dei servizi, in rapporto alle differenti tipologie di pazienti, inevitabilmente si riflette in una cronica inadeguatezza nella continuità assistenziale (dovuta, anche, alla scarsa integrazione tra pubblico e privato). La difficoltà nella gestione della comorbidità psichiatrica e nell'agganciare la popolazione della così detta area grigia (maggiormente a rischio per overdose e che non si rivolge spontaneamente ai servizi per una scarsa o nulla percezione del rischio, o per situazioni di grave emarginazione sociale) potrebbero trovare valide soluzioni nelle strategie di prevenzione terziaria. Occorre, pertanto, potenziare e, ove necessario, dare maggiore stabilità a tutte quelle situazioni di precariato e volontariato, convogliandole nella rete dei servizi, evitando così dispersione di risorse e "expertise" essenziali per governare il sistema (i rischi principali di questa popolazione sono: infezione e diffusione dell'HIV, HBV, HCV, overdose ed episodi di criminalità e microcriminalità).

3.3.6 La salute degli immigrati

L'immigrazione da Paesi non appartenenti all'Unione Europea rappresenta un fenomeno che negli ultimi decenni è intervenuto a modificare in modo più deciso la composizione socio-demografica del Paese.

La popolazione residente in Italia, infatti, cresce in buona misura grazie all'afflusso di nuovi immigrati. Il saldo naturale positivo dei cittadini stranieri già residenti in Italia compensa il saldo naturale negativo della popolazione di cittadinanza italiana, contribuendo così all'incremento della popolazione residente nel Paese: nel 2004 il saldo di nascita e i decessi della popolazione complessiva è stato positivo per 15.941 unità proprio grazie all'apporto dei nati stranieri. I cittadini stranieri in Italia al 1° gennaio 2005 risultano 2.402.157, di cui 1.175.445 donne (pari al 48.9%), per la maggior parte in età fertile.

Se a livello generale il numero delle donne straniere immigrate è quasi uguale a quello degli uomini, a seconda della nazionalità si registrano invece forti differenze nella distribuzione per genere degli immigrati. Quasi la metà degli

stranieri residenti in Italia proviene da Paesi europei, e si tratta di 603.554 donne contro 518.722 uomini, in particolare spiccano i dati relativi ai Paesi dell'Europa orientale, per cui tra i paesi dell'Europa a 25 dal dettaglio dei paesi di nuova adesione emerge che le donne sono quasi il triplo degli uomini, mentre tra le singole nazionalità il dato più evidente riguarda le donne ucraine, presenti in Italia in misura di cinque volte superiore ai loro connazionali uomini.

Il rapporto si inverte a proposito dei paesi Africani, che nel complesso vedono una prevalenza netta di immigrati sesso maschile: 403.343 uomini e 238.412, con il picco del Senegal che vede più di cinque uomini immigrati per una donna, ed il caso in controtendenza della Nigeria, in cui si rileva una seppur leggera prevalenza di donne. Riguardo all'Asia, nonostante il numero complessivo di uomini e di donne immigrate si evidenzia un divario non particolarmente ampio, va sottolineato il *trend* nettamente differente tra i Paesi dell'Estremo Oriente, dai quali è prevalente la provenienza di donne, e gli altri Paesi asiatici, che vedono invece una nettissima prevalenza di uomini. Infine, per quanto riguarda l'America, continente che senza tenere conto dell'Oceania (dalla quale provengono circa 2500 persone) vede il numero più basso di presenze di cittadini residenti, anche in questo caso si rileva una netta maggioranza di donne immigrate, e se la ripartizione per genere dei cittadini dell'America Settentrionale risulta piuttosto equilibrata (e nel complesso non molto significativa), gli immigrati dall'America Centro-Meridionale sono per due terzi donne.

Salute e immigrati. Dal punto di vista sanitario in linea generale si rilevano tra gli immigrati in Italia elementi di criticità che discendono anzitutto dalle difficoltà pratiche, e dunque dai fattori di rischio legati a condizioni di vita più precarie e sostanzialmente legate alla marginalità sociale ed economica che molti immigrati vivono. Si tratta di circostanze che espongono gli immigrati ai fattori di rischio legati agli stili di vita, ma anche a disagio psicologico e che in generale aggravano l'insorgenza degli stati patologici, dal momento che sussistono ostacoli di ordine psicologico, burocratico, organizzativo e relazionale al ricorso delle strutture e dei servizi sanitari sul territorio.

I dati relativi all'ospedalizzazione rappresentano una quota rilevante dell'assistenza agli stranieri immigrati, avendo il valore di essere rappresentativi per consistenza numerica e distribuzione nazionale. Infatti, la banca dati delle Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO) offre completezza e disponibilità di variabili per l'identificazione degli stranieri.

Il ricovero pur essendo un evento certamente non esaustivo delle condizioni e dei bisogni di salute degli immigrati, fornisce indicazioni sulla adeguatezza e accessibilità dell'assistenza territoriale; l'ospedalizzazione infatti è spesso l'alternativa obbligata all'assenza di una rete di continuità assistenziale che garantisca l'appropriato, tempestivo ed efficace ricorso alle cure.

Dall'esame dei dati del Rapporto sulle SDO relativo all'anno 2005 emerge che i dimessi con cittadinanza straniera che hanno subito un ricovero nelle strutture pubbliche e private relative sia alla degenza ordinaria che in Day Hospital risultano complessivamente 508.240 (+27,6% rispetto al 2003).

Il 73,5% dei ricoveri avviene in modalità ordinaria, il restante 26,5% in Day Hospital.

La **Tabella n. 1** riporta i Dimessi con cittadinanza estera relativa alla Degenza ordinaria secondo il continente di provenienza.

Tabella 1 - Dimessi con cittadinanza estera. Degenza ordinaria - Anno 2005

Regione di ricovero	CONTINENTE DI PROVENIENZA								Totale
	EUROPA UE	ALTRI PAESI EUROPEI	AFRICA	AMERICA	ASIA	OCEANIA	APOLIDE	non attribuibile	
	dimessi	dimessi	dimessi	dimessi	dimessi	dimessi	dimessi	dimessi	
Piemonte	1.762	12.077	8.958	2.514	1.540	16	95	557	27.519
Valle d'Aosta	170	175	332	53	31	1	-	12	774
Lombardia	5.185	23.713	28.370	12.230	15.493	49	42	5.441	90.523
P.A. di Trento	3.488	1.163	697	218	514	6	1	605	6.692
P.A. di Bolzano	838	1.552	973	290	283	2	-	369	4.307
Veneto	2.868	13.378	12.195	2.208	5.893	54	113	4.451	41.160
Friuli-Venezia Giulia	808	3.244	1.742	614	600	13	-	797	7.818
Liguria	1.291	3.321	2.474	4.171	791	21	21	3.602	15.692
Emilia Romagna	2.673	13.488	14.357	2.202	6.117	29	155	840	39.861
Toscana	2.718	9.722	4.456	2.265	4.901	47	142	1.486	25.737
Umbria	862	3.446	1.768	911	461	10	3	388	7.849
Marche	838	3.482	2.381	757	1.301	8	116	218	9.101
Lazio	6.314	19.192	6.863	5.936	6.128	124	71	910	45.538
Abruzzo	744	2.775	791	624	469	23	26	352	5.804
Molise	86	97	35	42	16	1	1	2	280
Campania	2.519	5.815	2.584	1.172	1.290	45	199	401	14.025
Puglia	1.137	3.610	1.152	322	518	7	5.278	173	12.197
Basilicata	62	102	5	13	11	3	-	2	198
Calabria	869	2.043	771	318	240	23	12	1.260	5.536
Sicilia	1.431	2.045	2.873	658	1.539	39	173	301	9.059
Sardegna	1.755	682	773	376	244	16	5	89	3.940
Totale	38.418	125.122	94.550	37.894	48.380	537	6.453	22.256	373.610

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

La **Tabella n. 2** riporta i Dimessi con cittadinanza estera relativa al Day Hospital secondo il continente di provenienza.

Tabella 2 - Dimessi con cittadinanza estera. Day hospital - Anno 2005

Regione di ricovero	CONTINENTE DI PROVENIENZA								Totale dimessi
	EUROPA UE	ALTRI PAESI EUROPEI	AFRICA	AMERICA	ASIA	OCEANIA	APOLIDE	non attribuibile	
	dimessi	dimessi	dimessi	dimessi	dimessi	dimessi	dimessi	dimessi	
Piemonte	674	5.699	3.197	1.413	529	6	72	197	11.787
Valle d'Aosta	28	52	88	21	5	-	-	13	207
Lombardia	1.706	8.071	7.172	6.145	4.233	33	6	3.941	31.307
P.A. di Trento	306	305	166	69	147	1	1	136	1.131
P.A. di Bolzano	133	547	262	140	84	-	-	73	1.239
Veneto	618	5.049	2.721	652	1.220	7	57	2.724	13.048
Friuli-Venezia Giulia	189	996	491	214	195	-	-	251	2.336
Liguria	560	1.709	1.028	2.614	416	6	21	2.062	8.416
Emilia Romagna	651	4.614	3.189	850	1.530	6	27	176	11.043
Toscana	862	3.919	1.391	1.070	1.400	11	76	477	9.206
Umbria	358	1.262	427	389	131	3	-	94	2.664
Marche	220	991	398	241	288	4	35	45	2.222
Lazio	2.409	9.047	3.141	3.117	3.169	37	10	296	21.226
Abruzzo	283	1.093	279	253	154	3	3	171	2.239
Molise	23	45	12	9	6	1	1	1	98
Campania	776	2.700	808	502	345	15	86	84	5.316
Puglia	141	645	176	56	62	3	1.584	35	2.702
Basilicata	8	44	5	4	6	-	-	-	67
Calabria	365	806	177	153	65	11	2	364	1.943
Sicilia	726	1.232	1.585	451	759	45	59	107	4.964
Sardegna	682	313	267	133	48	4	-	22	1.469
Totale dimessi	11.718	49.139	26.980	18.496	14.792	196	2.040	11.269	134.630

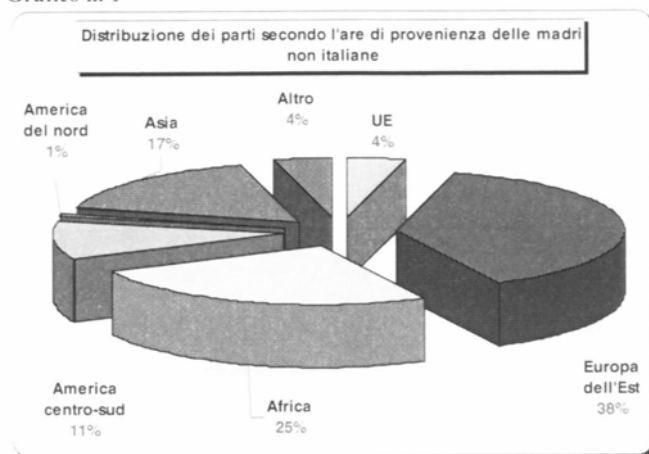
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Salute donna immigrata. I dati desunti dal certificato di assistenza al parto (CeDAP) per l'anno 2003, dati Ministero della Salute ai sensi del D.M. 16 luglio 2001 - rilevati su un totale di n. 541 punti nascita, circa il 10% dei parti è relativa a madri di cittadinanza non italiana. Tale fenomeno è più diffuso al centro nord dove oltre il 15% dei parti avviene da madri non italiane.

Le aree geografiche di provenienza più rappresentative, sono quella dell'Europa dell'Est (38%) e dell'Africa (25%).

Le madri di origine Asiatica e Sud Americana sono rispettivamente il 17% ed il 11% di quelle non italiane (Grafico 1).

Grafico n. 1



Fonte: Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario – CeDAP

Per quanto riguarda l'età, i dati 2003 confermano per le italiane una percentuale di oltre il 50% dei parti nella classe di età tra 30-39 anni, mentre per le altre aree geografiche le madri hanno un'età compresa tra 20 e 29 anni (Europa dell'Est 66,5%, Africa 56%, America Centro-Sud 51% e Asia 62%).

Nel corso degli anni è andato crescendo in Italia il numero degli interventi di interruzione volontaria di gravidanza (IVG) effettuato da donne con cittadinanza estera.

Nel 1995, anno in cui si è iniziato sistematicamente a rilevare l'informazione sulla cittadinanza, ci sono state 8967 donne cittadine straniere che hanno effettuato una IVG in Italia, 9850 nel 1996, 11978 nel 1997, 13904 nel 1998, 18915 nel 1999, 21477 nel 2000, 25316 nel 2001, 29703 nel 2002, 33097 nel 2003 e 36731 nel 2004. Tra queste 36731 effettuate da cittadine straniere sono comunque comprese le suddette 6045 IVG effettuate da residenti all'estero.

Nel 2004 il numero di IVG effettuate da donne straniere corrisponde al 27,2% del dato nazionale (138123 IVG effettuate) e, soprattutto in alcune regioni, può far risultare un maggior ricorso all'IVG dovuto alla più alta presenza di immigrate in tali territori. Ad esempio in quasi tutte le regioni del Centro-Nord la percentuale di IVG riguardanti donne con cittadinanza straniera supera il 25%, sfiorando o superando in molti casi il 30%. Si tratta in ogni caso di donne generalmente residenti o domiciliate nel nostro Paese.

La Tabella n. 3 riporta i dati sulla cittadinanza delle donne che, nel 2004, hanno fatto ricorso all'IVG, secondo il continente di provenienza.

Tabella n. 3 - Interruzioni Volontarie di Gravidanza cittadinanza - Anno 2004

Regione	CITTADINANZA STRANIERA							Totale IVG
	EUROPA DELL'EST	ALTRI PAESI EUROPEI	AFRICA	AMERICA DEL NORD	AMERICA DEL SUD	ASIA	OCEANIA	
Piemonte	2.324	38	817	0	568	149	1	3.897
Valle d'Aosta	5	3	14	0	8	2	0	32
Lombardia	3.159	147	1.803	10	2.910	1306	6	9.341
P.A. di Trento	185	7	51	0	42	8	0	293
P.A. di Bolzano	83	4	26	1	15	17	0	146
Veneto	1.698	40	656	0	173	409	2	2.978
Friuli-Venezia Giulia	361	21	170	3	54	58	0	667
Liguria	26	364	140	0	732	59	0	1.321
Emilia Romagna	2.096	62	1.118	0	344	595	0	4.215
Toscana	1.471	51	352	15	453	449	3	2.794
Umbria	571	12	122	2	167	35	0	909
Marche	478	21	159	1	115	101	0	875
Lazio	3.648	93	384	16	788	448	1	5.378
Abruzzo	361	9	63	0	32	57	1	523
Molise	40	0	6	0	5	1	0	52
Campania	1.144	22	111	7	74	68	0	1.426
Puglia	354	12	75	0	16	25	0	482
Basilicata	20	0	3	0	2	2	0	27
Calabria	314	7	25	2	20	20	0	388
Sicilia	174	23	106	2	19	88	0	412
Sardegna	83	6	31	5	11	31	0	167
Totale	18.595	942	6.232	64	6.548	3.928	14	36.323

Fonte: Ministero della Salute

Uno degli obiettivi del DDL “Norme per la tutela dei diritti della partorientente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato”, proposto dal Ministro Turco, di cui è in corso l’iter procedurale, è contrastare le disuguaglianze territoriali e sociali di accesso ai servizi per la tutela materno-infantile, anche mediante l’adozione del modello operativo basato sull’offerta attiva e migliorando la fruibilità dei servizi da parte della popolazione più svantaggiata e prevedendo l’attuazione di programmi di assistenza socio-sanitaria e di mediazione culturale per le donne immigrate, favorendone l’integrazione.

La legge 9 gennaio 2006, n. 7, recante “Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile”, è uno strumento per il contrastare e la prevenzione delle mutilazioni genitali femminili a tutela della salute fisica e psichica delle donne e delle bambine provenienti da Paesi dove queste pratiche si effettuano. L’art. 4 della stessa legge, relativo alla formazione del personale sanitario, prevede l’emanazione da parte del Ministero della Salute di Linee Guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di cui all’art. 583-bis del codice penale per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche; tali Linee guida sono in corso di predisposizione.

BOX COMMISSIONI/STUDI MINISTERIALI

Commissione per l’elaborazione delle Linee Guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche, istituita con Decreto Ministeriale 6 settembre 2006 e successiva integrazione, in corso.

3.3.7 La salute della popolazione detenuta adulta negli istituti penitenziari italiani

La salute della popolazione carceraria è nel nostro Paese specifico oggetto di attenzione e la sua tutela è garantita dalla rete organizzativa della sanità penitenziaria con il concorso del Servizio Sanitario Nazionale. Al riguardo, è da sottolineare che è ancora in via di attuazione il dettato normativo che prevede un nuovo assetto di assistenza ai detenuti la cui gestione dovrebbe essere affidata anche formalmente al SSN.

L'assistenza sanitaria alle persone detenute riconosce tre livelli d'intervento che vanno dalla assistenza sanitaria di base alle visite specialistiche anche con tecnologia sanitaria praticata in regime detentivo, fino al carico di problematiche cliniche di media complessità o trattamento di patologie croniche, indipendentemente dalla struttura penitenziaria ospitante.

I problemi di salute della "comunità penitenziaria" sono del tutto peculiari rispetto a quella della popolazione generale. Ciò è dovuto alle specifiche caratteristiche sociodemografiche dei detenuti in rapporto all'età, genere, provenienza geografica e composizione sociale. Inoltre la convivenza in promiscuità rappresenta un fattore di rischio specifico per la diffusione di patologie infettive. A tal proposito si ricorda che l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha raccomandato a tutti gli stati membri specifiche misure per la prevenzione della TBC (Tubercolosi).

Qui di seguito si presentano i dati forniti dal Centro Elaborazioni Dati del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, relativi alle caratteristiche della popolazione carceraria nel periodo 2004-2005.

Presentazione e discussione dei dati

I Servizi e le attività di cura

L'assistenza sanitaria alle persone detenute riconosce tre livelli d'intervento:

Il primo livello comprende i servizi di base (visite urgenti, visite mediche a richiesta e periodiche, medicina preventiva);

il secondo livello comprende sia le visite specialistiche che le prestazioni che richiedono l'impiego di tecnologia sanitaria praticabili comunque in regime detentivo;

il terzo livello è quello assicurato presso i Centri Clinici dell'Amministrazione Penitenziaria o presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, rivolto alla soluzione di problematiche cliniche di media complessità o al trattamento di patologie croniche.

Tutta la popolazione detenuta può usufruire dei servizi elencati, indipendentemente dalla struttura penitenziaria ospitante.

Sono comunque a disposizione presso gli Ospedali Pubblici posti letto dedicati (legge 26 luglio 1975, n. 354 e art. 17 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 29 aprile 1976 e successive modificazioni), nel caso che le risorse interne del SSP (Sistema Sanitario Penitenziario) non siano congrue con la necessità di un'adeguata assistenza sanitaria.

Dal 2002 sono sorti tre Reparti Ospedalieri dotati di autonomia organizzativa e gestionale così come previsto dall'art. 7 della legge 296/1993, dove ricoverare detenuti con patologie che non possono trovare adeguata risposta in regime detentivo (2002 - Medicina V: Azienda Ospedaliera "S. Paolo" di Milano, 19 posti letto 2005 - U.O.C. Medicina Protetta: Azienda Ospedaliera "S. Pertini" di Roma, 20 posti letto 2006 - U.O. di Malattie infettive in Ambito Penitenziario: Ospedale "Belcolle" di Viterbo, 12 posti letto).

La popolazione carceraria e le patologie prevalenti

Nel corso degli ultimi 12 anni la popolazione detenuta è più che raddoppiata raggiungendo nel 2005 il numero di 82.864 nuovi ingressi.

Provenienza geografica

La popolazione detenuta straniera ha mostrato un deciso incremento passando dai 10.072 del 1990, pari al 15,3% di tutti i detenuti nuovi giunti, fino ai 31.873 pari al 38,5% del 2005.

Le nazionalità estere più rappresentate sono nell'ordine, Marocco, Albania, Tunisia ed altri paesi africani, Romania.

Distribuzione per genere

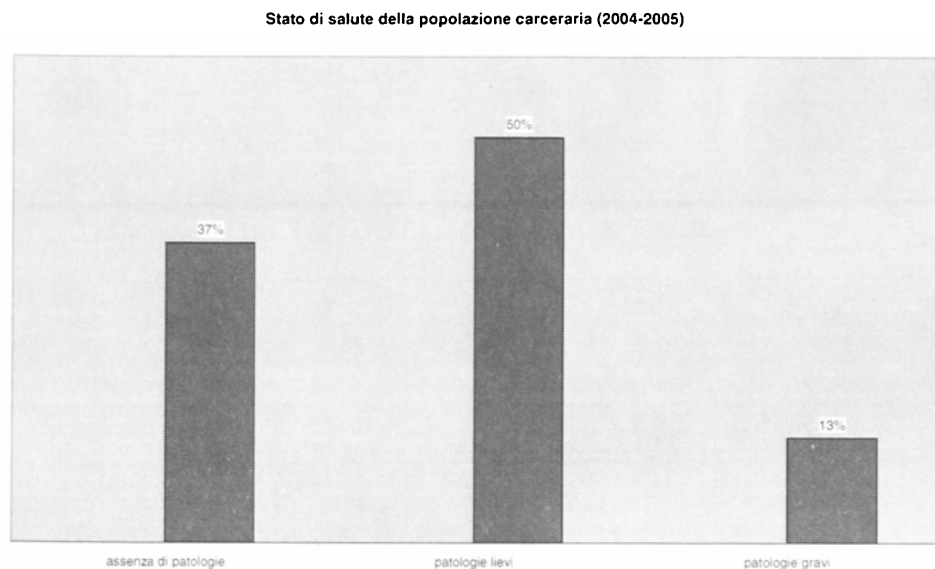
Si mantiene costante negli anni una nettissima prevalenza maschile. Al 31 dicembre 2005 tra i detenuti italiani si avevano 56.719 maschi (95,3 %) e 2.804 femmine (4,7 %). L'Ordinamento Penitenziario Italiano (Legge 354/75) consente alle detenute madri di tenere con loro i propri figli fino all'età di tre anni. La presenza media giornaliera dei bambini è pari a 79. Viene fornito anche il dato relativo alla presenza media di donne in gravidanza che è pari a 237.

Distribuzione per classi di età

La classe di età maggiormente rappresentata è quella tra i 30 – 34 anni con 11.205 presenze su un totale di 59.523. Da notare che il 66% circa dell'intera popolazione ricade nella fascia di età 25-44.

Patologie prevalenti

Da una rilevazione iniziato nel 2004 e concluso nel 2005 su 117.217 schede sanitarie è emerso che, all'atto della visita di ingresso in Istituto, il 37% della popolazione detenuta non presentava problematiche sanitarie di rilievo; il 50% presentava patologie di lieve entità, mentre nel restante 13% erano presenti stati morbosi di gravi (Grafico 1).

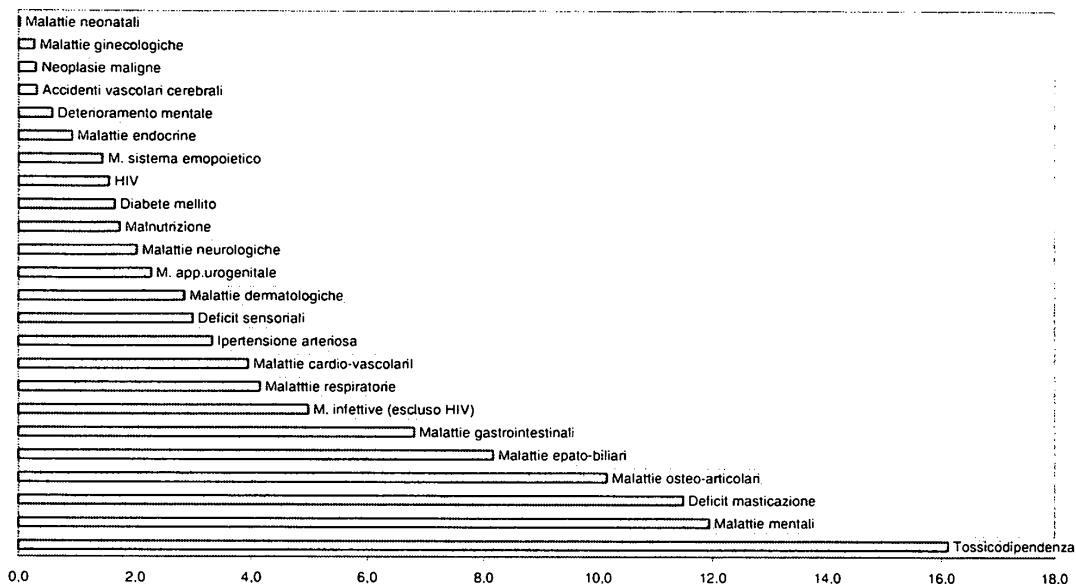
Grafico 1

Fonte: Centro Elaborazione Dati del D.A.P.

La distribuzione delle patologie (grafico 2) è coerente con le caratteristiche della popolazione carceraria.

La tossicodipendenza è la patologia prevalente con un valore pari a circa il 16%. Seguono le malattie mentali pari a circa il 12%; quindi i disturbi della masticazione (11,5%) e le malattie osteo-articolari (10,2%); tale ultimo dato merita un approfondimento, considerando l'età giovanile prevalente, anche se in tale categoria vengono comprese le patologie ad origine post traumatica. Altre patologie degne di nota sono quelle epato biliari, probabilmente correlate alle infezioni da epatite cronica di origine virale (HBV e HCV); seguono le malattie gastro intestinali e le malattie infettive.

Va sottolineato che i dati forniti sono cumulativi, mentre per approntare idonee misure di prevenzione e trattamento sarebbe necessario disporre di dati disaggregati per classi di età e genere.

Grafico 2**Le patologie prevalenti nella popolazione carceraria (2004-2005)**

Fonte: Centro Elaborazione Dati del D.A.P.

Tossicodipendenza

La prevalenza dei detenuti che dichiara una tossicodipendenza per via endovenosa si è mantenuta stabile negli ultimi 12 anni, con un valore tra il 25-30%.

Lo stato di tossicodipendenza rappresenta il fenomeno socio-sanitario più studiato negli ultimi 20 anni. La collocazione di detenuti tossicomani in strutture non sanitarie implica necessariamente una difficoltà operativa e gestionale, in considerazione anche del fatto che difficilmente essi accettano un intervento di recupero all'interno di un istituto penitenziario. Pertanto sono stati predisposti dei circuiti c.d. a "custodia attenuata", intesa come recupero del soggetto, destinati a quei detenuti tossicodipendenti che hanno accettato di sottoporsi ad un programma di recupero e che nel 2005 ha coinvolto 620 soggetti.

Con l'emanazione del T.U. n. 309/90, il Servizio Sanitario Nazionale era stato chiamato ad assumere un ruolo di rilievo nella gestione della tossicodipendenza anche in ambito penitenziario attraverso i Servizi per le tossicodipendenze, c.d. Sert, istituiti dalle Unità Sanitarie Locali. Dal canto suo l'Amministrazione Penitenziaria è attiva per assicurare un'adeguata assistenza ai detenuti affetti da dipendenza patologica, mediante la predisposizione di un intervento globale assistenziale e trattamentale. E' ancora da valutare l'efficacia del D.Lvo. 230/99 che ha formalizzato il passaggio dell'assistenza ai tossicodipendenti alla gestione dei Sert pubblici.

Malattia da HIV

La popolazione tossicodipendente per via iniettiva rappresenta una popolazione a rischio per l'AIDS. Al 31 dicembre 2005 la popolazione sieropositiva all'HIV detenuta negli Istituti penitenziari italiani era di circa 4.500 pazienti secondo i dati del D.A.P. Appare importante segnalare il decremento percentuale della prevalenza della sieropositività all'HIV dal 9.7% rilevato al 31/12/1990 al 2.6% del 31/12/2005 nella popolazione carceraria nonché quello della prevalenza di sieropositività all'HIV nei detenuti tossicodipendenti per via iniettiva dal 32,6% all'8.1%. Tuttavia, queste importanti variazioni, sembrerebbero sottostimate rispetto ai tassi di sieropositività per HIV rilevati dai Servizi Territoriali per le tossicodipendenze (Ser.T.) in cui la sieropositività per HIV ha subito delle variazioni sempre in termini di decremento molto meno marcate (nei soggetti maschi già in carico dal 16,7% del 2000 al 14,9% del 2005 mentre nelle femmine dal 26% del 2000 al 23.1 del 2005).

Dai dati ufficiali del D.A.P. i detenuti con diagnosi di AIDS sono aumentati dall'1.6% del 31/12/1990 ad 11,9% del 31/12/2002, ma questo dato è suscettibile di attenta valutazione giacché la legislazione in vigore dal 1990, modificata da parte della Corte Costituzionale, portò ad una minore scarcerazione per motivi di salute. I dati, invece, del Centro

Operativo AIDS (C.O.A.) dell'Istituto Superiore di Sanità mostrano una diminuzione da 280 (1993) a 101 (2002), con un rapporto stabile, intorno al 7-8%, rispetto ai sieropositivi noti.

Più basse sono anche le percentuali della popolazione straniera interessata dall'infezione da HIV; i dati ufficiali del D.A.P. indicano che nei 16.636 stranieri detenuti alla data del 31/12/2002 i test di screening presentavano una sieroprevalenza del 3,9%.

Malattie Mentali

Si è detto sopra che le patologie mentali rappresentano il 16% di tutte le patologie riscontrate. Il dato percentuale rilevato riflette l'attualità del problema e la forte rilevanza che la salute mentale riveste nella popolazione carceraria. Allo stato attuale è da segnalare come l'organizzazione dell'assistenza risenta dell'incompletezza del quadro normativo sulla sanità penitenziaria.

Emerge la necessità che l'assistenza sanitaria per il detenuto sia organizzata in maniera tale che l'intervento psichiatrico abbia una sua continuità anche attraverso forme di collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.). Sono stati attivati appositi reparti all'interno di dieci istituti penitenziari, in attuazione di un apposito Programma Esecutivo d'Azione denominato: "Realizzazione reparti per osservazione psichiatrica di cui all'art. 112 D.P.R. 230/00 in ogni Provveditorato". Attualmente non è possibile avere statistiche circa la loro utilizzazione; si può però affermare che in media vengono richieste dagli istituti circa 700 osservazioni psichiatriche l'anno e che solo una minima percentuale di queste viene svolta presso gli O.P.G.

Si rende sempre più urgente l'attivazione di specifici protocolli d'intervento per la prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali nella popolazione carceraria, attraverso la creazione di un rapporto stabile con il SSN per garantire la continuità di cura anche dopo il periodo detentivo, così come dopo la dimissione dagli OPG.

Specifica attenzione bisogna dedicare al fenomeno dei suicidi che si presenta con un valore di 17 volte superiore a quella della popolazione generale, avviando studi specifici sui fattori di rischio.

Detenuti con disabilità motoria

Nel 2005 è stata effettuata una rilevazione sul numero di detenuti con disabilità motoria presenti negli Istituti penitenziari italiani: è emerso un numero complessivo, a prescindere dalla gravità della disabilità, di 387 persone. Dalla rilevazione del 2005 si può dedurre poi che i detenuti non autosufficienti sono circa 40 unità.

Gli Istituti che accolgono detenuti con disabilità sono sparsi uniformemente sul territorio nazionale. In particolare, quelli di Bari e Parma accolgono detenuti disabili non autosufficienti con un numero di posti letto pari a 17. È in via di realizzazione un analogo reparto presso l'Istituto di Catanzaro.

Sono in via di realizzazione i reparti di livello intermedio per detenuti disabili autosufficienti presso gli istituti di Busto Arsizio, S. Maria Maggiore (Triveneto), Genova Pontedecimo, Trieste.

Sono presenti alcune stanze opportunamente attrezzate per l'accoglienza di detenuti disabili autosufficienti presso gli istituti di Reggio Emilia, Massa, Roma Rebibbia N.C., Napoli Secondigliano, Palermo Ucciardone, Palermo Pagliarelli, Caltanissetta, Messina.

Tra le patologie più gravi si annoverano quelle da trauma vertebro-midollare comprese le ferite da armi da fuoco, da esiti di malattia cerebrovascolare, amputazioni, sclerosi multipla, da esiti di poliomielite, neuropatie diabetiche.

Indicazioni per la programmazione

Ferma restando l'esigenza di fornire risposte adeguate ed efficaci ai problemi di salute riscontrati, in considerazione anche delle caratteristiche socio demografiche della popolazione carceraria, specifica attenzione va dedicata a quegli stati patologici maggiormente a rischio di produrre disabilità e non autosufficienza; ci si riferisce in particolare alla tossicodipendenza e alle malattie mentali. Tali patologie comportano la stesura di programmi terapeutico riabilitativi a lungo termine che possono essere realizzati soltanto con il concorso dei servizi pubblici e privati accreditati, onde garantire la continuità della presa in carico.

E' necessario rimarcare l'attenzione sui problemi sanitari dei detenuti, garantendone salute e recupero sociale; per questo è necessario monitorare i punti critici e attuare specifici programmi volti a ridurre le differenze esistenti.

E' necessario attivare un sistema di sorveglianza e raccolta dati epidemiologici integrata.

E' necessario in ultimo, come già ricordato precedentemente, completare il quadro normativo di riforma sanitaria penitenziaria, prevedendo il coinvolgimento di tutte le Regioni nella partecipazione e nella gestione responsabile della spesa.

3.4 Qualità, sicurezza dei cittadini, governo e rischio clinico

3.4.1 Monitoraggio costante dei LEA

Con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 sono stati definiti i Livelli essenziali di assistenza (LEA), individuati in termini di prestazioni e servizi da erogare ai cittadini. coerentemente con le risorse programmate del SSN. L'erogazione delle prestazioni e dei servizi contemplate nei LEA deve avvenire in condizione di appropriatezza, adeguato livello qualitativo ed efficienza.

Il compito di aggiornare progressivamente l'insieme dei servizi e delle prestazioni erogabili alla luce dei fattori scientifici, tecnologici ed economici, coerentemente con le risorse definite è affidato alla Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA. La Commissione lavora con un percorso metodologico che indaga sulla effettiva pertinenza, rilevanza, efficacia, equità e compatibilità economica delle attività e prestazioni incluse o da includere nei LEA: la Commissione individua inoltre principi e criteri utili a specificare l'effettivo contenuto dei LEA garantiti ai cittadini lì dove il decreto ha definizioni eccessivamente generiche e lacunose.

La garanzia dell'effettiva erogazione sul territorio e dell'uniformità delle prestazioni rese ai cittadini è disciplinata dal decreto ministeriale 12 dicembre 2001, che, emanato ai sensi del decreto legislativo 56/2000, fornisce un set di indicatori rilevanti per la valutazione dell'assistenza sanitaria finalizzata agli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio Sanitario Nazionale.

Di fatto il monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata dalle Regioni sul territorio nazionale avviene attraverso una serie di informazioni che, raccolte ed opportunamente elaborate e rappresentate sotto forma di indicatori, consentono di leggere importanti aspetti dell'assistenza sanitaria, inclusi quelli di qualità, appropriatezza e costo.

La misurabilità dei risultati di salute e dell'impatto degli interventi sanitari è divenuta nell'opinione degli operatori e programmatori sanitari nazionali e regionali una condizione essenziale per l'efficienza e l'efficacia dell'azione di coloro che erogano le prestazioni sanitarie. Tenere sotto controllo il livello quantitativo di raggiungimento degli obiettivi e dei benefici finali attesi, rende possibile un intervento tempestivo sulle criticità e getta le basi per il miglioramento del sistema.

Gli indicatori di monitoraggio dei livelli di assistenza tra le Regioni, manifestano evidenti differenze fra le realtà territoriali italiane e sottolineano costantemente l'esigenza di indagare e promuovere l'equità del sistema a garanzia del necessario superamento delle disuguaglianze sanitarie, sociali e territoriali. E' ancora presente su molti aspetti dell'assistenza sanitaria un forte divario tra le Regioni meridionali e quelle centro settentrionali, e all'interno di queste ultime persistono aree disagiate sotto il profilo dei servizi sanitari disponibili.

La garanzia dei Livelli essenziali di assistenza non è altro che il dotarsi di strumenti valutativi che colgano le disomogeneità presenti nella domanda e nell'offerta dei servizi, eliminando gli effetti delle differenze reali esistenti nella struttura demografica, sociale ed economica della popolazione.

PRESENTAZIONE DEI RISULTATI

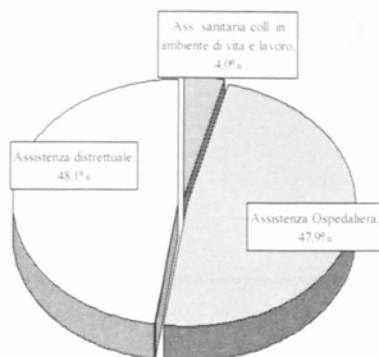
Gli indicatori di monitoraggio del sistema sanitario italiano investono tutti i livelli di assistenza e si esplicano in termini di costo, di attività, di risorse. Per alcuni settori dell'assistenza sanitaria consentono anche valutazioni di appropriatezza, qualità e outcome. La pubblicazione dei risultati del monitoraggio avviene attraverso un rapporto nazionale ad ampia diffusione, a cadenza periodica annuale disponibile sul sito del Ministero della Salute alla pagina <http://www.ministerosalute.it/programmazione/lea/sezDocLea.jsp?label=rmo>.

Nel presente capitolo si riportano alcuni indicatori sintetici che forniscono elementi interessanti per comprendere l'aspetto dell'erogazione dei livelli di assistenza in Italia e le principali differenze territoriali.

La qualità dei dati, necessari all'elaborazione degli indicatori, è, anno dopo anno, in via di miglioramento, anche se per alcune tipologie di assistenza persistono ancora alcune difficoltà di acquisizione delle informazioni in modo uniforme ed omogeneo. Le varie criticità sono imputabili sia al diverso grado di sviluppo dei flussi informativi regionali, sia alla differente organizzazione nell'offerta dei servizi.

I tre indicatori quali il costo percentuale del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro, il costo percentuale del livello di assistenza distrettuale e il costo percentuale del livello di assistenza ospedaliera rappresentano una grossolana ma sintetica e valida misura di monitoraggio dei costi sostenuti per l'erogazione dei tre diversi livelli di assistenza.

Nell'anno 2004 la spesa sanitaria risulta equamente distribuita tra i due principali livelli di assistenza con il 48% circa ed il restante 4% imputato all'assistenza collettiva in ambiente di vita e lavoro (Grafico 1).

Grafico 1 Ripartizione percentuale della spesa sanitaria nazionale tra i macro livelli di assistenza Anno 2004

Fonte: Ministero della salute

Per quanto concerne i dati regionali riguardo l'incidenza percentuale dei costi dei tre livelli di assistenza (Tabella 1), 9 regioni risultano avere un costo percentuale di assistenza distrettuale superiore al corrispondente costo dell'assistenza ospedaliera, mentre le altre 12 regioni, con un costo della distrettuale inferiore all'ospedaliera, risultano in contro tendenza rispetto alle indicazioni programmatiche di potenziamento delle attività afferenti al territorio e alla prevenzione.

Tabella 1 Incidenza percentuale dei costi sostenuti per i LEA Anno 2004

Regione di ricovero	Macro voci economiche		
	Ass. sanitaria coll. in ambiente di vita e lavoro	Assistenza distrettuale	Assistenza Ospedaliera
Piemonte	4,38%	46,79%	48,83%
Valle D'Aosta	5,81%	48,78%	45,41%
Lombardia	4,10%	48,84%	47,06%
P.A. Bolzano	4,18%	47,58%	48,24%
P.A. Trento	3,37%	49,24%	47,39%
Veneto	3,83%	46,93%	49,24%
F.V. Giulia	2,90%	46,26%	50,84%
Liguria	3,14%	47,55%	49,31%
E. Romagna	4,31%	48,63%	47,06%
Toscana	4,61%	49,45%	45,94%
Umbria	4,59%	46,15%	49,26%
Marche	3,80%	49,26%	46,93%
Lazio	3,49%	49,38%	47,12%
Abruzzo	4,29%	46,37%	49,35%
Molise	5,39%	45,63%	48,98%
Campania	4,59%	45,88%	49,54%
Puglia	3,32%	48,05%	48,63%
Basilicata	5,54%	46,44%	48,02%
Calabria	4,83%	45,09%	50,08%
Sicilia	2,59%	51,15%	46,26%
Sardegna	4,99%	48,74%	46,27%
Italia	3,97%	48,12%	47,91%

Fonte: Ministero della salute

Nell'anno 2004, il costo pro capite nazionale, complessivamente sostenuto per i tre livelli di assistenza, è stato pari a € 1.632. Le regioni con i valori più alti sono nell'ordine la P.A. Bolzano (€ 2.181), la Liguria (€ 1.937), la Valle d'Aosta (€ 1.903), il Lazio (€ 1.871), la P.A. Trento (€ 1.858), il Piemonte (€ 1.778), l'Emilia Romagna (€ 1.750). Dall'altra parte i minori costi si registrano in Calabria (€ 1.407), in Puglia (€ 1.445) e in Lombardia (€ 1.513). L'indicatore sul costo pro capite è ovviamente una misura sintetica che riflette al suo interno caratteristiche regionali di bisogno sanitario (demografiche, sociali) ma anche di efficienza e appropriatezza dei servizi erogati.

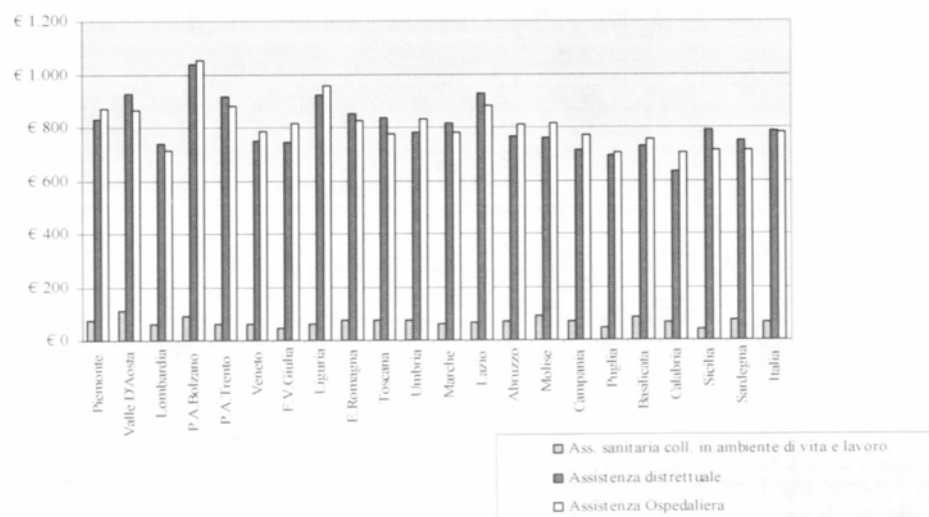
Grafico 2 Costo pro capite complessivo Anno 2004



Fonte Ministero della salute

A completamento dell'analisi si riportano nel grafico 3, gli indicatori di costo pro-capite separatamente per il livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro, per il livello di assistenza distrettuale e per il livello di assistenza ospedaliera per tutte le regioni.

Grafico 3 Costo pro capite per tipologia d'assistenza Anno 2004



Fonte Ministero della salute

Tra le componenti di costo che più incidono sul livello distrettuale riveste particolare attenzione l'assistenza farmaceutica che ha un incidenza, sul totale dei livelli di assistenza, pari a 14,36%. L'assistenza specialistica costituisce il 12,15%, la medicina generale e guardia medica il 5,78%, l'assistenza territoriale residenziale il 5,34%, l'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare il 4,97% e la territoriale semiresidenziale l' 1,68%.

La distribuzione regionale dei valori è descritta nella tabella 2 dove la voce "altro" comprende l'emergenza sanitaria territoriale, l'assistenza integrativa, l'assistenza protesica ed infine l'assistenza idrotermale.

Risultano particolarmente interessanti le differenze regionali: ciascuna dovrebbe essere analizzata separatamente ed integrata da informazioni quantitative sulle prestazioni erogate e sulle risorse strutturali (es. p.l. residenziali) ad esse dedicate.

Tabella 2 Incidenza percentuale (espressa sul totale dei 3 livelli di assistenza) dei costi sostenuti per l'assistenza distrettuale Anno 2004

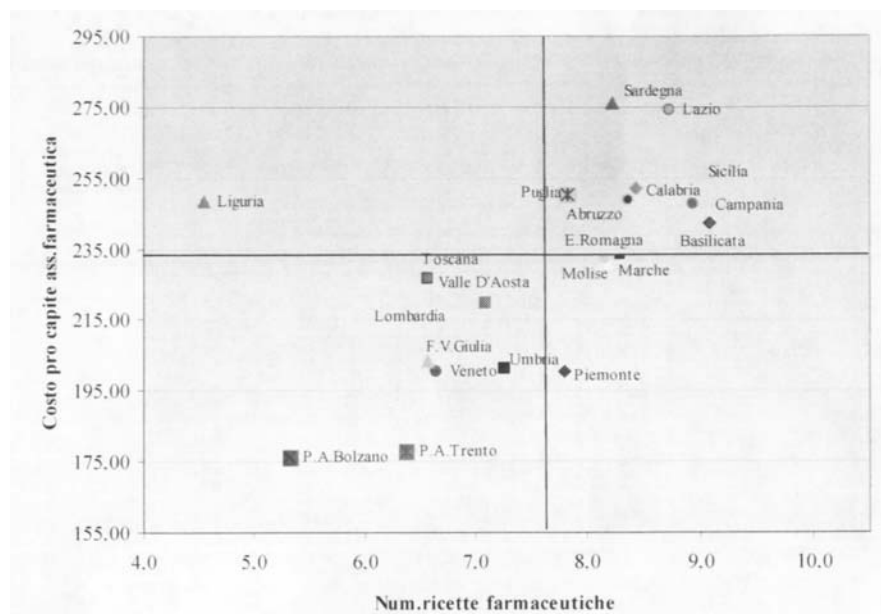
Regione di ricovero	Assistenza distrettuale							Totale
	Medicina generale e guardia medica	Assistenza farmaceutica	Assistenza specialistica	Assistenza territoriale			altro	
				ambulatoriale e domiciliare	semiresidenziale	residenziale		
Piemonte	4,34%	11,77%	17,07%	4,63%	1,18%	4,73%	3,07%	46,79%
Valle D'Aosta	4,36%	11,67%	17,94%	4,62%	0,26%	3,37%	6,57%	48,78%
Lombardia	5,00%	14,63%	13,14%	3,85%	1,12%	8,48%	2,63%	48,84%
P.A.Bolzano	3,94%	7,68%	15,22%	6,99%	1,85%	8,07%	3,82%	47,58%
P.A. Trento	8,67%	9,53%	10,42%	3,66%	0,18%	12,21%	4,58%	49,24%
Veneto	5,43%	12,54%	12,94%	4,60%	1,54%	7,44%	2,45%	46,93%
F.V.Giulia	5,09%	13,32%	10,02%	7,34%	2,74%	5,34%	2,41%	46,26%
Liguria	4,47%	14,31%	14,36%	6,17%	0,79%	5,04%	2,41%	47,55%
E.Romagna	4,90%	14,10%	13,63%	5,40%	1,25%	6,30%	3,05%	48,63%
Toscana	4,90%	14,30%	15,98%	5,07%	1,27%	4,92%	3,02%	49,45%
Umbria	4,98%	12,71%	13,72%	4,98%	2,16%	4,58%	3,02%	46,15%
Marche	5,87%	14,60%	16,14%	4,10%	1,09%	4,67%	2,80%	49,26%
Lazio	4,36%	14,47%	11,12%	5,40%	3,53%	3,69%	6,79%	49,38%
Abruzzo	7,27%	15,47%	7,53%	4,33%	3,29%	6,07%	2,41%	46,37%
Molise	8,11%	14,42%	10,49%	3,42%	1,04%	4,57%	3,58%	45,63%
Campania	7,48%	14,65%	9,02%	7,45%	1,91%	2,36%	3,00%	45,88%
Puglia	6,26%	16,54%	12,07%	5,04%	1,30%	4,12%	2,73%	48,05%
Basilicata	7,52%	15,26%	10,92%	3,31%	1,84%	3,89%	3,70%	46,44%
Calabria	8,13%	17,31%	7,03%	4,43%	0,54%	3,82%	3,82%	45,09%
Sicilia	8,43%	15,89%	7,05%	3,64%	1,91%	5,05%	9,19%	51,15%
Sardegna	7,33%	17,25%	10,54%	4,72%	2,20%	2,44%	4,27%	48,74%
ITALIA	5,78%	14,36%	12,15%	4,97%	1,68%	5,34%	3,85%	48,12%

Fonte Ministero della salute

Il costo pro capite mediamente sostenuto, nel 2004, per l'assistenza farmaceutica è stato pari a circa 234 euro. I valori minimi si registrano nelle Province autonome di Bolzano e Trento che si attestano rispettivamente sui 176,16 e 177,87, mentre nel Lazio e in Sardegna si registrano i valori massimi che superano i 270 euro. Collegando il costo con il numero di ricette pro capite si può osservare graficamente la relazione che lega le due entità ed esaminare alcune situazioni regionali (graf.4). La distribuzione, a livello regionale, del numero pro capite di ricette farmaceutiche, presenta una elevata variabilità ed il numero massimo di ricette a persona spetta alla Basilicata con 9,1 e alla Sicilia con 9,0. Il valore nazionale è pari a 7,7.

Come è noto in letteratura, il consumo e la spesa per farmaci cresce all'aumentare dell'età, oltre il 60% della spesa e delle dosi di farmaco prescritte sono assorbite dalla popolazione ultra 65enne. Le informazioni raccolte e rappresentate riescono a fornire valutazioni più appropriate una volta eliminato l'effetto della struttura demografica.

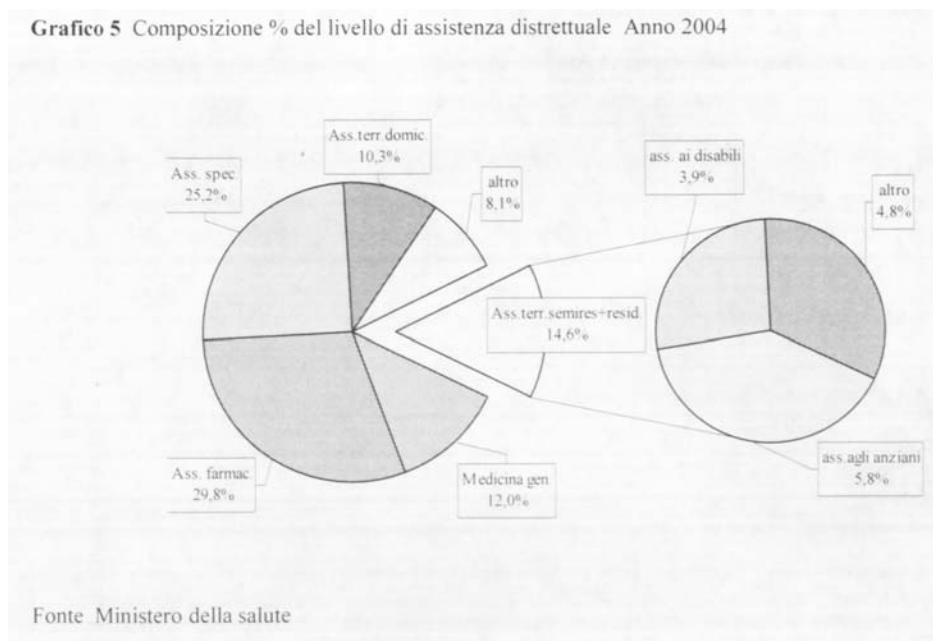
Grafico 4 Costo pro capite dell'assistenza farmaceutica e numero pro capite di ricette farmaceutiche Anno 2004



Fonte Ministero della salute

Una voce all'interno dell'assistenza distrettuale, che dovrebbe acquisire nel tempo maggiore rilievo, è quella rappresentata dall'assistenza ai disabili e agli anziani, categorie deboli in costante incremento a causa del processo di invecchiamento demografico ormai da tempo in atto nel nostro paese. L'incidenza dell'assistenza agli anziani rappresenta quasi il 5,82% del totale distrettuale mentre quella ai disabili ne rappresenta circa il 3,93%.

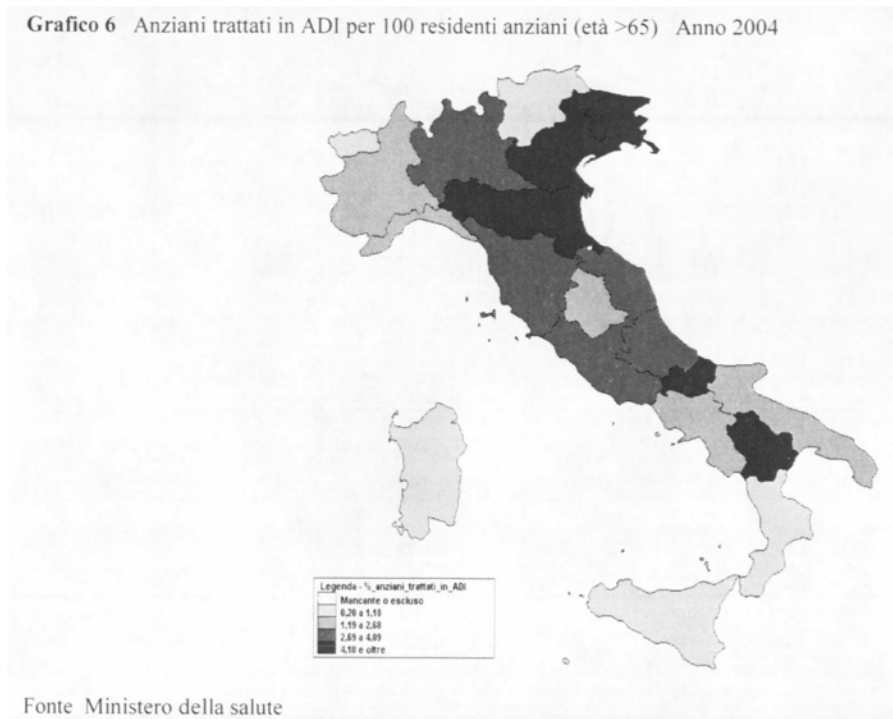
Grafico 5 Composizione % del livello di assistenza distrettuale Anno 2004



Fonte Ministero della salute

Ad integrazione della voce di costo relativa all'assistenza agli anziani, nel monitoraggio dei livelli di assistenza, assume particolare rilievo analizzare l'erogazione del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI). E' un servizio, organizzato dalle ASL con i Comuni, destinato a pazienti portatori di gravi patologie spesso in condizioni di notevole dipendenza sanitaria, ai quali sono erogate prestazioni di elevata intensità assistenziale da parte di più figure professionali. Tale tipo di assistenza risente dell'intervento integrato dei servizi necessari, sia sociali sia sanitari, ed è finalizzato ad evitare il ricorso alle strutture residenziali e a maggior ragione il ricovero inappropriato. A livello nazionale, solo 2,8 anziani ogni 100 residenti (età > 65) usufruisce dell'ADI. Il valore minimo si registra in Valle D'Aosta con 0,2 mentre il valore massimo si attesta al 7,8 del Friuli Venezia Giulia. Il grafico 6 evidenzia le variabilità regionali ed indica le aree nelle quali tale tipologia di assistenza è limitatamente erogata.

Grafico 6 Anziani trattati in ADI per 100 residenti anziani (età >65) Anno 2004



Fonte Ministero della salute

Quando l'attenzione si sposta sul livello di assistenza ospedaliera, disponendo di dati accurati e completi, il monitoraggio può essere condotto in maniera più precisa.

Nell'anno 2004 si sono registrati circa 8,7 milioni di ricoveri in modalità di degenza ordinaria, pari ad un tasso di ospedalizzazione di 145,78 per 1.000 abitanti, e oltre 3,8 milioni di ricoveri in modalità diurna, pari ad un tasso di ospedalizzazione del 65,86 per 1.000 abitanti. Si registra una importante variabilità a livello regionale sia per i ricoveri in regime ordinario che diurno.

I valori più elevati, riguardanti il tasso complessivo (ordinario e day hospital), si registrano nelle regioni Sicilia (270,26), Abruzzo (266,53), Campania (242,20) e Lazio (241,75). Nella tabella 3 è riportato sia il tasso grezzo che il tasso standardizzato che tiene conto della diversa composizione per età della popolazione residente.

Anche nella modalità assistenziale del ricovero diurno persiste una spiccata variabilità regionale. Il tasso di ospedalizzazione per day hospital è più elevato nelle regioni Liguria, Lazio e Sicilia, dove si registrano valori maggiori del 85 per 1.000 e più basso in Friuli Venezia Giulia, nelle Marche e in Puglia dove i valori non raggiungono il 46 per 1.000. Da alcuni anni, la tendenza ad un graduale e progressivo incremento dell'ospedalizzazione in regime diurno si evidenzia in tutte le regioni centrali e meridionali.

Tabella 3 Tassi di ospedalizzazione per regione di residenza (tasso grezzo e tasso std per età, calcolati per 1000 abitanti). Ricoveri per acuti, riabilitazione e lungodegenza. Anno 2004

Regione di residenza	Regime ordinario		Day Hospital		Totale	
	Tasso grezzo	Tasso*	Tasso grezzo	Tasso*	Tasso grezzo	Tasso*
Piemonte	119,77	113,25	63,59	60,61	183,36	173,86
Valle d'Aosta	132,34	128,89	56,06	54,41	188,40	183,30
Lombardia	146,12	144,63	61,68	60,75	207,80	205,38
P. A. di Bolzano	159,34	167,29	45,11	46,05	204,45	213,34
P. A. di Trento	131,36	130,87	55,57	55,38	186,93	186,25
Veneto	127,91	126,54	57,66	57,04	185,57	183,57
Friuli V. Giulia	124,97	114,42	38,83	37,38	163,80	151,80
Liguria	145,26	128,77	104,08	97,17	249,34	225,94
Emilia Romagna	143,18	131,57	53,36	50,48	196,54	182,05
Toscana	124,09	113,43	53,30	51,99	177,39	165,42
Umbria	134,05	124,73	68,25	65,15	202,30	189,88
Marche	143,03	134,40	47,72	45,54	190,75	179,94
Lazio	156,35	156,31	85,68	85,44	242,03	241,75
Abruzzo	202,96	196,60	70,69	69,93	273,65	266,53
Molise	185,49	179,89	56,32	56,15	241,81	236,04
Campania	154,91	167,32	71,71	74,88	226,62	242,20
Puglia	165,18	172,15	42,05	43,79	207,23	215,94
Basilicata	145,65	146,96	65,53	66,15	211,18	213,11
Calabria	166,76	172,75	61,91	63,41	228,67	236,17
Sicilia	160,08	164,66	103,26	105,60	263,34	270,26
Sardegna	160,44	166,42	67,27	68,19	227,71	234,61
Italia	147,32	145,78	66,37	65,86	213,69	211,64

* La standardizzazione è stata calcolata utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione residente al censimento 2001

Fonte: Ministero della salute

Il grafico 7 consente, con una efficace visione d'insieme, di separare nettamente la propensione al ricovero delle regioni meridionali da quelle settentrionali.

Grafico 7 Tassi di ospedalizzazione std per regione di residenza. Anno 2004



Nel monitoraggio dei livelli di assistenza, una componente non irrilevante è dedicata alla valutazione di "appropriatezza" dei servizi prestati dal SSN.

Il concetto di appropriatezza va collocato in uno scenario ideale nel quale i medici agiscono, nel rispetto dei bisogni individuali dei pazienti, secondo linee guida cliniche e clinico-organizzative con vantaggi certi in termini sia di esito clinico, sia di equità dell'assistenza prestata.

A seguito delle indicazioni contenute nel DPCM 29 novembre 2001 di definizione dei livelli essenziali di assistenza, nei quali sono individuati 43 DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di degenza ordinaria, riveste interesse monitorare i relativi dati.

A livello nazionale, emerge che il 50% dei ricoveri afferenti ai 43 DRG, sono effettuati in regime di ricovero ordinario mentre a livello regionale, risulta una evidente variabilità: il valore più basso si registra in Liguria con il 30,8% mentre il più elevato con il 67,8% si registra in Molise.

Tabella 4 Ricoveri afferenti ai 43 DRG ad alto rischio di inappropriata del DPCM 29 nov 2001, reg.ordinario e day hospital. Percentuale di ricoveri ordinari dei 43 DRG sul totale dei ricoveri afferenti ai 43 DRG. Anno 2004

Regione di ricovero	Num. ricoveri in RO afferenti ai 43 DRG	Num. ricoveri in DH afferenti ai 43 DRG	% ricoveri 43 DRG RO sul totale
Piemonte	68.455	112.794	37,77
Valle d'Aosta	1.203	2.237	34,97
Lombardia	262.417	226.673	53,65
P. A. di Bolzano	17.791	10.222	63,51
P. A. di Trento	7.992	11.007	42,07
Veneto	84.611	112.371	42,95
Friuli Venezia Giulia	21.170	18.446	53,44
Liguria	29.103	65.414	30,79
Emilia Romagna	88.103	81.491	51,95
Toscana	51.820	66.434	43,82
Umbria	18.664	27.348	40,56
Marche	33.797	32.116	51,28
Lazio	164.566	185.907	46,96
Abruzzo	63.773	34.799	64,70
Molise	14.451	6.853	67,83
Campania	178.281	140.636	55,90
Puglia	128.934	77.063	62,59
Basilicata	12.936	15.048	46,23
Calabria	65.600	40.886	61,60
Sicilia	143.215	205.442	41,08
Sardegna	64.108	36.525	63,70
Italia	1.520.990	1.509.712	50,19

Fonte Ministero della salute

INDICAZIONI PER LA PROGRAMMAZIONE

Il monitoraggio dei LEA rimane un elemento centrale della garanzia dell'uniforme erogazione sul territorio dell'assistenza sanitaria prestata. La valutazione dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni rese ai cittadini integrata da informazioni sull'efficacia nel raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal SSN rappresenta un obiettivo innegabile della programmazione nazionale e regionale ed una opportunità ineguagliabile per lo sviluppo ed il miglioramento globale del sistema.

Il monitoraggio dovrà superare l'attuale concezione di verifica dell'entità delle prestazioni erogate nei confronti dei cittadini e convergere verso valutazioni dell'integrazione tra i diversi livelli di assistenza, verifiche sulla qualità dell'assistenza, approfondimenti sull'appropriatezza e accessibilità dei cittadini ai servizi.

A tal fine, obiettivi futuri del monitoraggio, potranno essere quelli di implementare sistemi di indicatori più mirati, basati sui 4 elementi dell'integrazione, qualità, appropriatezza ed accessibilità, individuare forme più adeguate per la diffusione e la tempestività dei risultati del monitoraggio, costruire idonei sistemi informativi.

3.4.1.1 Monitoraggio costante dei LEA: un approfondimento

La legge n. 311 del 30 dicembre 2004, al fine di garantire che l'obiettivo di garanzia della tutela della salute sia conseguito nel rispetto del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle Regioni, ha previsto che siano fissati "gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza". A questo fine è stato istituito nell'ambito della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza un sottogruppo che si è occupato, a partire dal febbraio del 2003, di tale tema.

Al fine di impostare correttamente il percorso per la definizione di standard sono state condivise le seguenti considerazioni:

- l'analisi di variabilità della domanda di prestazioni sanitarie sul territorio è condizione necessaria per la definizione di standard, questo anche al fine di individuare le priorità di intervento: una bassa variabilità induce infatti minore necessità di monitoraggio rispetto ad una variabilità più elevata;
- è nota l'estrema difficoltà di stabilire a livello scientifico uno standard operativo con significato clinico certo, è infatti molto critico individuare un valore atteso per la frequenza di una determinata prestazione sanitaria per una popolazione dai rischi non noti;
- l'attenzione alla tutela della salute ha indotto a non concentrare le analisi sulle strutture erogatrici, ovvero sull'offerta, ma sul paziente, ovvero sulla domanda. La metodologia di seguito riportata si concentra, quindi, sulla misura della *domanda soddisfatta*, ovvero della domanda di prestazioni da parte dei cittadini a prescindere da dove queste siano state erogate.

A fronte di tali considerazioni l'obiettivo che si è posto il sottogruppo è stato pertanto analizzare ed approfondire la variabilità della domanda di prestazioni sul territorio al fine di aiutare i soggetti del sistema (Ministero della Salute/Regioni) a fissare target programmatori condivisi e concertati che corrispondano alle evidenze della situazione analizzata e permettano di realizzare le condizioni di compatibilità economica del sistema. Il lavoro quindi non "fissa" degli standard ma è essenziale perché la programmazione concertata possa elaborare target realistici appropriati. Pare evidente che la definizione dei LEA non possa prescindere da un loro attento monitoraggio di tipo quantitativo, sui contenuti di tale monitoraggio prevale la funzione di garanzia che si deve però affiancare a quella di valutazione dell'appropriatezza e della spesa.

Nella scelta delle prestazioni sanitarie da analizzare ci si è concentrati sui ricoveri ospedalieri per acuti, che si è deciso di caratterizzare come di seguito espresso:

- i ricoveri medici (dai quali al momento sono stati esclusi i ricoveri di *day hospital*) sono caratterizzati dalla diagnosi principale riportata nella Scheda di Dimissione Ospedaliera;
- i ricoveri chirurgici dalle procedure di sala operatoria riportati nella Scheda di Dimissione Ospedaliera.

Diagnosi principali e procedure chirurgiche sono state aggregate sulla base di un criterio di omogeneità clinica, ricorrendo agli Aggregati Clinici di Codici (in seguito ACC). La scelta di utilizzare gli ACC e non il sistema DRG è stata motivata essenzialmente dal fatto che gli ACC sono rappresentativi del contenuto clinico del ricovero e non dell'assorbimento di risorse dello stesso. Inoltre gli ACC sono utilizzati anche a livello internazionale e, pertanto, potranno facilitare nel tempo un utile confronto tra i paesi.

Poiché sono stati analizzati 131 codici ACC di procedura chirurgica e 259 ACC di diagnosi medica si è optato per selezionare un numero ridotto di ACC, sui quali concentrare in via prioritaria l'attenzione, secondo i seguenti criteri:

- elevato impatto economico;
- elevata variabilità della domanda soddisfatta.

Sono stati quindi selezionati 75 ACC di procedura chirurgica e 39 ACC di diagnosi mediche ed è stata individuata una metodologia statistica che consente di distinguere la variabilità compatibile, ovvero quella connessa alla misura del fenomeno, dalla variabilità ulteriore che necessita di approfondimento a livello locale/regionale. Come mostrato in Figura 1, al fine di fornire una rappresentazione sintetica della variabilità esistente tra le diverse AT per ciascun ACC di procedura chirurgica e diagnosi si è utilizzato un grafico che riporta per ciascuna AT:

- in ordinata la domanda soddisfatta per 1.000 abitanti standardizzata per età. È noto infatti che l'età è una variabile fondamentale per spiegare il consumo di prestazioni, pertanto i consumi sono stati standardizzati per età al fine di poter confrontare tra loro ambiti territoriali caratterizzati da una differente struttura della popolazione.
- in ascissa la popolazione residente in un A.T.

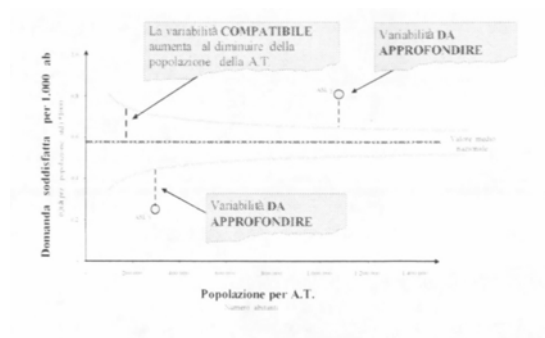
La determinazione del livello di variabilità compatibile ha permesso di collocare ciascuna Aggregazione Territoriale, a seconda dell'ACC di diagnosi o procedura chirurgica considerato, in una delle seguenti tre aree:

- un'area centrale o area di indifferenza, per la quale non emerge rischio né di inadeguatezza né di inappropriatezza;
- un'area superiore, o area di inappropriatezza, per le AT che ricadono in tale area esiste quindi il rischio di potenziale inappropriatezza;
- un'area inferiore, o area di inadeguatezza, per la quale esiste un potenziale ambito di inadeguatezza.

Tale grafico riporta inoltre il valore medio nazionale, rispetto al quale è stato calcolato il livello superiore ed inferiore per la determinazione dell'area di inappropriata ed inadeguatezza.

A seconda dell'ACC di diagnosi o di procedura chirurgica in esame le diverse AT che ricadono nelle 3 aree sono ovviamente diverse, ovvero un AT può presentare potenziale rischio di inappropriata per un ACC e di inadeguatezza per un altro, e così via.

Figura 1: Variabilità compatibile e variabilità da approfondire



In seguito si è tentato di aggregare i 48 ACC di procedura chirurgica ed i 37 ACC di diagnosi in tre macro tipologie di procedure/diagnosi, in particolare:

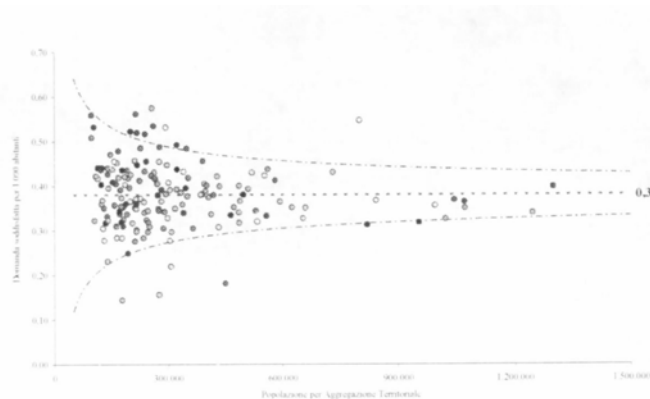
1. la **prima tipologia** di diagnosi/procedure è caratterizzata da un valore medio nazionale che si può ragionevolmente assumere come valore medio di riferimento.

Un esempio di tale *cluster* è l'ACC di procedura chirurgica *“Incisioni e asportazioni riguardanti il sistema nervoso centrale”* per il quale si registra nel 2005 un valore medio nazionale pari 0,38 procedure per 1.000 abitanti ed un coefficiente di variabilità dei valori delle singole AT pari a 0,19 (vedi Figura 3). Considerando quell'ampiezza dell'intervallo per la quale risulta spiegata il 99% della variabilità casuale, ovvero che non necessita di ulteriori approfondimenti, risulta che:

- 152 AT, corrispondenti al 85% della popolazione nazionale, appartengono all'area di indifferenza;
- 6 AT, corrispondenti al 5% della popolazione italiana, appartengono all'area di potenziale inadeguatezza;
- 11 AT, corrispondenti al 10% della popolazione italiana, appartengono all'area di potenziale inappropriatezza.

Da ciò segue che la variabilità residua che necessiterebbe di ulteriore approfondimento è limitata e pertanto il valore medio nazionale si può considerare come valore di riferimento.

Figura 3: ACC di procedura chirurgica “Incisioni e asportazioni riguardanti il sistema nervoso centrale” - Dati SDO 2005



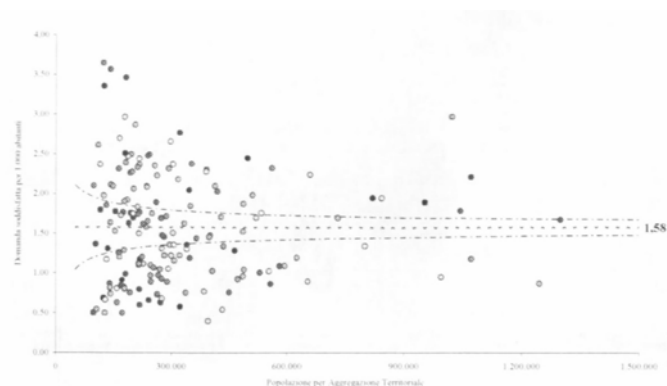
2. la **seconda tipologia** di diagnosi/procedure è caratterizzata da una variabilità tra le diverse AT decisamente elevata e quindi è difficile assumere il valore medio nazionale come valore medio di riferimento. Data l'elevata variabilità infatti il valore nazionale potrebbe essere frutto di sacche di inappropriatezza o inadeguatezza generalizzata, ed eventuali valori locali distanti da questo potrebbero essere più in linea rispetto ad un valore obiettivo al momento non definito.

Esempi di tale cluster possono essere gli ACC di procedura chirurgica *“Stripping di vene varicose dell'arto inferiore”*.

Per quanto riguarda lo *“Stripping di vene varicose”* nel 2005 si registra un valore medio nazionale pari a 1,58 procedure per 1.000 abitanti ed un coefficiente di variabilità dei valori delle singole AT pari a 0,43 (vedi Figura 4). Considerando quell'ampiezza dell'intervallo per la quale risulta spiegata il 99% della variabilità casuale, ovvero che non necessita di ulteriori approfondimenti, risulta che:

- 35 AT, corrispondenti al 18% della popolazione nazionale, appartengono all'area di indifferenza;
- 75 AT, corrispondenti al 46% della popolazione italiana, appartengono all'area di potenziale inadeguatezza;
- 59 AT, corrispondenti al 36% della popolazione italiana, appartengono all'area di potenziale inappropriatezza.

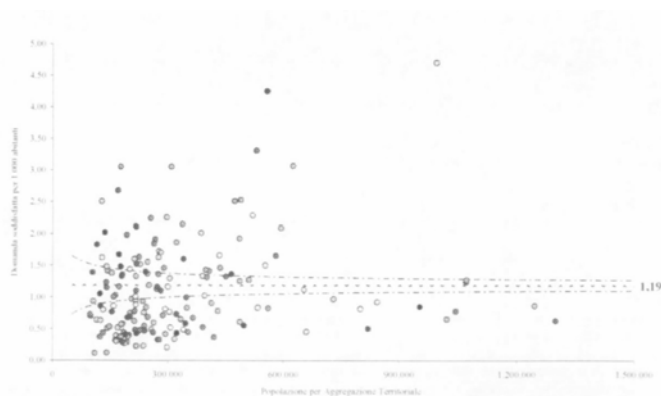
Da ciò segue che la variabilità residua che necessiterebbe di ulteriore approfondimento è decisamente rilevante, solo il 18% della popolazione italiana è all'interno dell'area di indifferenza e pertanto il valore medio nazionale non si può considerare come valore di riferimento.

Figura 4: ACC di procedura chirurgica “Stripping di vene varicose” – Dati SDO 2005

3. la **terza tipologia** di diagnosi/procedure è caratterizzata da una variabilità decisamente elevata e da un significato clinico non ben definito, da ciò segue la difficoltà di riconoscere l'effettiva necessità del ricovero ad essi corrispondenti. Esempio di tale cluster può essere l'ACC di diagnosi “*Dolore addominale*”, per il quale si registra un valore medio nazionale pari a 1,19 ricoveri per 1.000 abitanti ed un coefficiente di variabilità dei valori delle singole AT pari a 0,63 (Vedi Figura 5). Considerando quell'ampiezza dell'intervallo per la quale risulta spiegata il 99% della variabilità casuale, ovvero che non necessita di ulteriori approfondimenti, risulta che:

- 32 AT, corrispondenti al 17% della popolazione nazionale, appartengono all'area di indifferenza;
- 89 AT, corrispondenti al 52% della popolazione italiana, appartengono all'area di potenziale inadeguatezza;
- 48 AT, corrispondenti al 31% della popolazione italiana, appartengono all'area di potenziale inappropriatezza.

Da ciò segue che oltre a non essere trascurabile la variabilità residua che necessiterebbe di ulteriore approfondimento il valore medio nazionale non si può considerare come valore di riferimento in quanto si hanno delle perplessità in merito alla validità dell'esigenza di un ricovero con diagnosi principale “*Dolore addominale*”.

Figura 5: ACC di diagnosi Dolore addominale – Dati SDO 2005

Inoltre al fine di valutare la variabilità inter AT di un stessa Regione per capire quanto la situazione all'interno della Regione è diversificata si è considerata la rappresentazione Box Plot, un grafico che riporta:

- sull'asse delle ascisse tutte le Regioni Italiane,
- sull'asse delle ordinate la domanda soddisfatta per ASL per Regione per mille abitanti standardizzata per età.

Per ogni Regione sono inoltre riportati i seguenti valori:

- valore minimo della domanda soddisfatta tra quelli delle A.T. della Regione;
- valore corrispondente al primo quartile della domanda soddisfatta tra quelli delle A.T. della Regione;
- valore mediano della domanda soddisfatta tra quelli delle A.T. della Regione;
- valore corrispondente al terzo quartile della domanda soddisfatta tra quelli delle A.T. della Regione;
- valore massimo della domanda soddisfatta tra quelli delle A.T. della Regione.

Tale modalità di rappresentazione consente di individuare:

- quali Regioni al proprio interno presentano situazioni maggiormente diversificate;
- quali Regioni, considerando le ASL al loro interno, sono costantemente al di sotto del livello medio nazionale di domanda soddisfatta e quali sempre al di sopra.

In seguito si riporta in Figura 6, 7 ed 8 il Grafico Box Plot per gli ACC "Incisioni e asportazioni riguardanti il sistema nervoso centrale", "Stripping di vene varicose", "Dolore addominale".

Figura 6: Grafico a Box Plot ACC di procedura chirurgica "Incisioni e asportazioni riguardanti il sistema nervoso centrale" - Dati SDO 2005

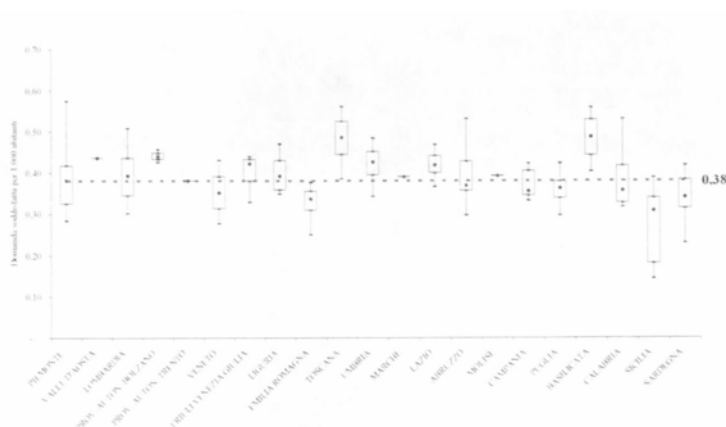


Figura 7: Grafico a Box Plot ACC di procedura chirurgica "Stripping di vene varicose" - Dati SDO 2005

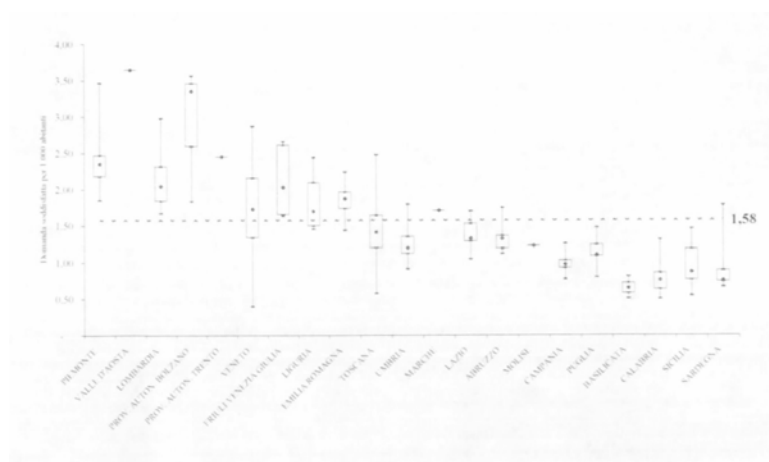
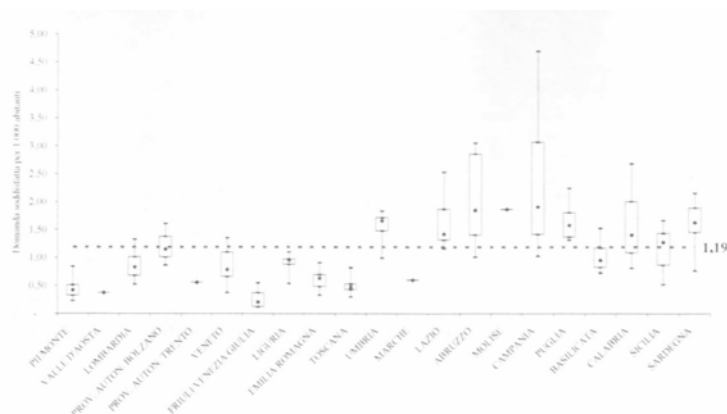


Figura 8: Grafico a Box Plot ACC di procedura chirurgica "Stripping di vene varicose" - Dati SDO 2005



3.4.2 Potenziare i fattori di sviluppo della sanità: la pratica del governo clinico e degli outcome

In tutti i paesi sviluppati gli ultimi anni hanno visto una continua crescita della domanda di prestazioni sanitarie e quindi lo svilupparsi di politiche tese a razionalizzare al massimo le strategie di offerta. Ma anche queste iniziative si mostrano insufficienti nel lungo periodo se non affiancate da una corretta politica di governo della domanda che trovi il suo fulcro nella appropriatezza delle prestazioni erogate.

La traduzione operativa di questi concetti si colloca sostanzialmente nello sviluppo di politiche di governo clinico che veda i professionisti direttamente coinvolti e responsabilizzati.

Il Governo clinico (o governo della qualità clinica) è il "cuore" delle organizzazioni sanitarie: il controllo dei costi e degli aspetti finanziari dovrebbe essere, almeno per larga parte, conseguenza del suo esercizio, giacché non è sensato porsi un obiettivo di efficienza se non vi è innanzitutto garanzia di qualità.

Il Governo clinico è uno strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti e per lo sviluppo delle capacità complessive e dei capitali del SSN, che ha lo scopo di mantenere standard elevati e migliorare le performance professionali, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza clinica. Esso rappresenta lo sviluppo di riflessioni sul tema della qualità sul quale, da anni, molte organizzazioni stanno lavorando e tra queste l'Organizzazione Mondiale della Sanità (The principles of quality assurance, 1983).

L'obiettivo fondamentale dei programmi di miglioramento della qualità è che ogni paziente riceva quella prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento con il minor consumo di risorse e con la massima soddisfazione per il paziente. Da ciò deriva la definizione delle caratteristiche di un sistema sanitario ideale a cui tendere: sicurezza, efficacia, centralità del paziente, tempestività delle prestazioni, efficienza ed equità. Pertanto, il miglioramento della qualità richiede un approccio di sistema in un modello di sviluppo complessivo che comprenda i pazienti, i professionisti e l'organizzazione; la logica sottostante a tale nuovo concetto è quella della programmazione, gestione e valutazione del "sistema" in forma mirata all'erogazione di prestazioni cliniche per la tutela della salute della popolazione.

La politica di attuazione del governo clinico richiede quindi un approccio di "sistema" e va realizzata tramite l'integrazione di numerosi determinanti tra di loro interconnessi e complementari, tra i quali vi sono la formazione continua, la gestione del rischio clinico, l'audit, la medicina basata sull'Evidenza (EBM ed EBHC), le linee guida cliniche e i percorsi assistenziali, la gestione dei reclami e dei contenziosi, la comunicazione e gestione della documentazione clinica, la ricerca e lo sviluppo, la valutazione degli esiti, la collaborazione multidisciplinare, il coinvolgimento dei pazienti, l'informazione corretta e trasparente e la gestione del personale. È in questa sistematica attenzione alla qualità dell'assistenza che il Governo clinico offre la possibilità di valutare l'efficacia e l'appropriatezza clinica delle prestazioni richieste nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e poggiando sull'integrazione dei 3 pilastri del sistema: i pazienti, gli operatori e l'organizzazione.

Per quanto riguarda i pazienti, un elemento determinante per il successo del Governo clinico è la modalità con cui viene esercitato il diritto di conoscenza ed accesso. In relazione ai sistemi di partecipazione e alla diversità dei modelli organizzativi regionali e delle aziende sanitarie, deve intervenire un modello di comunicazione multiculturale specialmente nei settori di prevenzione o là dove è necessario che il messaggio di salute sia pienamente e immediatamente compreso (ad es. nel campo dell'emergenza)

A questo si legano anche le opportune indagini su percezione, priorità, gradimento e soddisfazione di pazienti e cittadini. Le azioni previste devono promuovere il coinvolgimento dei cittadini e dei pazienti nel processo terapeutico e nei progetti di miglioramento delle cure e la loro partecipazione attiva nelle modalità di informazione e di raccolta del consenso informato.

Altro aspetto fondamentale è quello della gestione del rischio clinico a salvaguardia e tutela della sicurezza dei pazienti e del personale. In stretta relazione a ciò è necessario che le attività di audit clinico siano effettivamente integrate nella missione aziendale, abbandonando la logica elitaria che li ha finora accompagnati. Un ulteriore elemento che deve caratterizzare l'innovazione legata al governo clinico è la partecipazione a progetti di ricerca e l'introduzione sperimentale ed a regime delle innovazioni derivate dalle ricerche.

Il personale deve essere direttamente ed effettivamente coinvolto nelle scelte cliniche ed organizzative e deve ricevere informazione e comunicazione sistematiche. E' anche necessario prevedere la progettazione dei percorsi di carriera, per favorire la reale integrazione degli operatori, che deve comprendere una necessaria attività di valutazione e feedback delle performance, anche individuale. L'elemento fondamentale è rappresentato dalla formazione continua mirata (interna ed esterna): specialistica, organizzativa, per lo sviluppo della qualità. Va individuata una esplicita finalità valutativa per il professionista che può diventare un attore utile per reale implementazione del Governo clinico nel sistema delle aziende. Oggi è messa particolare attenzione ai meccanismi di selezione e di scelta dei ruoli dirigenziali e di responsabilità dei professionisti, molta meno attenzione è invece affidata alla valutazione dell'operato degli stessi. I risultati di salute conseguiti possono rappresentare una delle linee del profilo di valutazione del professionista.

In sostanza, il perseguimento della efficacia clinica richiede forme di valutazione e controllo delle prestazioni erogate, oltre il mero aspetto quantitativo nel rispetto, tra l'altro, di un nuovo paradigma della medicina per il quale il ragionamento fisiopatologico non è più sufficiente per garantire un risultato positivo di salute. Il processo valutativo, per essere sensibile e specifico nella misura del fenomeno osservato, deve rimodularsi in funzione della dimensione organizzativa che l'azienda tenderà ad assumere.

Un altro elemento portante è la gestione e lo sviluppo della organizzazione, che svolga attività di programmazione e budgeting, la diffusione di un sistema informativo che consenta la valutazione dei processi e dei prodotti, la gestione clinica del paziente (patient file) e la valutazione degli esiti (outcome), sulla base di standard nazionali ed internazionali. Infine devono essere promosse azioni di ricerca organizzativa. Un elemento trasversale rispetto agli elementi portanti del governo clinico è la comunicazione, che deve prevedere idonei strumenti quali bollettini, informazioni e rapporti con i mass media, pubblicazioni, forum e convegni.

In ultima analisi appare evidente che lo strumento del Governo clinico non può essere finalizzato solo a dare risposta ad una emergenza finanziaria e, quindi, essere ristretto ad una programmazione di budgeting, ma deve essere esteso al governo di tutte quelle attività che ci permettono di raggiungere obiettivi di qualità delle prestazioni e di appropriatezza.

PRESENTAZIONE DEI RISULTATI

Il Ministero ha inteso, nel corso dell'anno 2005, dare impulso all'attuazione delle politiche di governo clinico individuando 5 linee prioritarie: l'organizzazione dipartimentale, la sicurezza dei pazienti, l'implementazione di linee guida ed il coinvolgimento e l'empowerment dei pazienti e la misurazione degli outcome.

L'organizzazione dipartimentale nel sistema sanitario nazionale

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività a cui fare riferimento in ogni ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa e finanziaria ed il governo clinico.

Il dipartimento, favorendo il coordinamento dell'atto medico teso a gestire l'intero percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, costituisce l'ambito privilegiato nel quale poter contestualizzare le attività di Governo clinico nelle sue principali estensioni ovvero la misurazione degli esiti, la gestione del rischio clinico, l'adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento del paziente e l'informazione corretta e trasparente.

E' in tal senso necessario considerare che l'adozione del modello dipartimentale trova motivazione non soltanto nell'ottica di un vantaggio organizzativo e di conseguenza economico, ma, soprattutto, in quella di una complessiva elevazione della qualità del sistema di cui gli elementi fondamentali sono rappresentati dal recupero della centralità del paziente all'interno dell'organizzazione e dalla valorizzazione di tutte le categorie professionali.

Per conoscere il grado di attuazione e di diffusione dell'organizzazione dipartimentale nell'ambito del SSN, il Ministero della Salute ha avviato un'indagine conoscitiva attraverso la predisposizione e l'invio di un questionario a tutti i responsabili delle aziende sanitarie ed ospedaliere con l'obiettivo principale di costruire una mappa delle strutture sanitarie nazionali che hanno realizzato o intrapreso l'istituzione dei dipartimenti sul territorio nazionale. I risultati di tale indagine hanno evidenziato che, nel complesso, la proporzione tra dipartimenti strutturali (1.189) e funzionali (639) è di due terzi ed un terzo, evidenziando un impegno verso la integrazione funzionale, ma ancora qualche resistenza ad un impegno più sostanziale: uno su tre in Piemonte, uno su due in Lombardia, ma 3 su 1 in Trentino, 1 a 1 in Liguria. L'esigenza di razionalizzazione ed efficienza nell'uso delle risorse denota un impegno anche a livello dipartimentale,

laddove ben 107 dipartimenti (1/18) è interaziendale, con prevalenza nelle regioni Piemonte (26), Lombardia (17), Veneto (25) e Toscana (11).

Per quanto riguarda la gestione “partecipata” del dipartimento sembra denotare un percorso avviato ma ancora in fieri, infatti il Comitato di dipartimento è attivo nella quasi totalità dei dipartimenti (soltanto 150 non lo hanno ancora nominato), mentre l’assemblea non viene ad oggi convocata in un dipartimento su 2. Se l’asse del dipartimento è costituito dagli operatori, affinché possano realmente sviluppare l’appartenenza a questa nuova entità è necessario incrementare le opportunità di condivisione e l’assemblea è certamente un primo strumento.

La gestione dipartimentale è in generale avviata, seppure vi sia ancora circa un terzo di dipartimenti che non gestiscono in forma integrata le risorse, infatti il sistema di budget unico è portato avanti da 1.393 dipartimenti su un totale di 1858, mentre è ancora separato per 413 e non presente in 52. Analogamente, le risorse strutturali sono gestite in forma unitaria da 1.180 dipartimenti, a fronte di 633 che provvedono ancora a livello di unità operativa, mentre mancano di sistema in 45. Parallelamente per le risorse tecnologiche vi è una gestione condivisa in 1.236 dipartimenti, differenziata in 574 ed assente in 48.

Particolarmente difficile e critica ma estremamente importante per la reale implementazione del dipartimento è la gestione della risorsa umana, che risulta essere unitaria in 1.161 dipartimenti e divisa in 650, mentre un notevole passo in avanti è stato fatto per la formazione, che risulta essere integrata in ben 1.522 dipartimenti a fronte di soli 287 che ancora non hanno un piano comune. Si tratta certamente di uno strumento importante, che tuttavia deve essere accompagnato da tutti gli altri meccanismi operativi.

Per quanto riguarda il cuore del sistema dipartimentale, ossia l’attività assistenziale e la sua valutazione, 1.170 dipartimenti condividono le linee guida, 1.027 hanno messo a punto percorsi assistenziali dipartimentali, 974 effettuano attività di valutazione degli esiti clinici e 1.267 hanno elaborato piani di verifica delle attività cliniche e della qualità delle prestazioni. Vi è un inizio anche delle attività di telemedicina, infatti 357 dipartimenti hanno implementato tale strumento.

Il sistema informativo costituisce uno strumento essenziale per la gestione e lo sviluppo, sia in termini di esercizio che di governo, ma anche una base essenziale per condividere traguardi, impegni, utilizzo di risorse, basti pensare ai possibili usi della relazione dipartimentale. Pertanto, visto che soltanto 885 dipartimenti dispongono al momento attuale di un sistema integrato, esso dovrà certamente costituire un impegno dei direttori di dipartimento nel prossimo futuro.

La promozione di linee guida: il Sistema nazionale Linee Guida

Con il decreto del Ministro della Salute 30 giugno 2004 è stato istituito il Sistema nazionale linee guida (SNLG) a cui partecipano le istituzioni centrali, le regioni e le società scientifiche. Il SNLG definisce priorità condivise privilegiando le tematiche associate in primo luogo a variabilità nella pratica clinica, liste d’attesa significative, appropriatezza diagnostico-terapeutica, obiettivi individuati dal Piano sanitario nazionale. Il Sistema nazionale linee guida riconosce il ruolo delle linee guida nell’aggiornamento professionale e nella formazione continua e promuove un sito web di aggiornamento professionale dedicato che possa consentire l’acquisizione di crediti ECM.

La necessità di istituire il SNLG è nata dalla consapevolezza, sempre più presente, della necessità di erogare cure di buona qualità ed evidence based in un contesto di risorse limitato. In questo contesto assumono particolare rilevanza le Linee Guida (LG), i Protocolli Diagnostico Terapeutici ed i Percorsi di Cura, strumenti che, nel loro insieme, rappresentano l’elaborazione sistematica di indicazioni basate sulle evidenze disponibili, secondo standard raccomandati, nel rispetto del principio di appropriatezza, con l’obiettivo di assistere i clinici ed i pazienti nel prendere decisioni, migliorare la qualità delle cure sanitarie e ridurre la variabilità nella pratica clinica e negli outcome.

Una delle vie per incoraggiare l’aderenza alle LG è quello di inserire le raccomandazioni e gli standard nella cartella clinica: il sistema delle “care pathways” prevede di incorporare le LG nelle cartelle cliniche in maniera che agiscano come suggerimento immediato per il clinico.

La verifica del grado di adesione alle LG ritenute importanti per raggiungere i migliori esiti è un processo di valutazione di qualità che lega la pratica clinica agli outcome, anche tramite l’adeguamento dei sistemi informativi ed il raggiungimento di consenso su come misurare la qualità delle cure.

Nell’ambito del Sistema nazionale Linee Guida viene prevista l’elaborazione di nuove linee guida e l’aggiornamento delle LG già prodotte ed in fase di scadenza, privilegiando le aree in cui si prevede l’utilizzo più efficiente delle risorse e maggiore evidenza di costo-efficacia.

Nel prospetto sottostante vengono riportate le linee guida già elaborate nel corso dell’anno 2005.

Il rischio clinico e la sicurezza dei pazienti

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate, che causa un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.

Una gestione efficace del rischio clinico presuppone che tutto il personale sia consapevole del problema, che sia incoraggiata la segnalazione degli eventi e che si presti attenzione ai reclami e al punto di vista dei pazienti. Le strategie di gestione del rischio clinico devono utilizzare un approccio pro-attivo, multi-disciplinare, di sistema, e devono prevedere attività di formazione e monitoraggio degli eventi avversi.

Negli ospedali italiani si cominciano a sperimentare e a diffondere Unità o funzioni per la gestione del rischio.

L'indagine nazionale sulle iniziative per la sicurezza dei pazienti nelle strutture del SSN, elaborata nel 2005, e riferita al 2002, riporta che il 17% delle strutture rispondenti ha istituito una Unità per la gestione del rischio clinico. L'indagine successiva, condotta nel 2005 rilevava che tale unità era presente nel 28% delle strutture sanitarie, evidenziando, quindi, una crescente sensibilità al tema.

La sicurezza dei pazienti è un ambito molto complesso che si compone di una gamma di attività logicamente interconnesse che possono essere raggruppate in 5 grandi categorie:

1. Monitoraggio ed analisi degli eventi avversi
2. Stesura ed implementazione di raccomandazioni
3. Formazione
4. Coinvolgimento degli stakeholder
5. Aspetti medico legali ed assicurativi

Alla luce di ciò, il programma del Ministero in tema di sicurezza dei pazienti ha attuato le seguenti iniziative:

1. Istituzione di un gruppo di lavoro sulla sicurezza dei pazienti che ha operato nell'anno 2005 presso la Direzione Generale della Programmazione sanitaria.
2. Formazione degli operatori sanitari.

Sono state individuate le linee del programma formativo nazionale in tema di rischio clinico. Pertanto è stato elaborato un documento di inquadramento generale che definisce obiettivi, contesto, destinatari e percorsi formativi, a differente livello di complessità, disegnati per gli operatori che, nell'ambito del SSN, hanno distinte competenze e responsabilità nella gestione del rischio clinico. Le linee indicate nel documento sottolineano l'importanza strategica della formazione nelle politiche volte a migliorare la sicurezza dei pazienti e prevedono la partecipazione di tutte le istituzioni del SSN (Ministero della Salute, regioni e aziende sanitarie) e delle Università. In parallelo è stato elaborato un documento tecnico che fornisce i contenuti ed indica il livello essenziale di conoscenze che devono essere trasmesse a tutti gli operatori sanitari attraverso corsi FAD e frontali, accreditati secondo la normativa ECM.

3. Monitoraggio degli eventi sentinella.

È stato predisposto un protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella, ovvero di eventi di particolare gravità seppure molto rari il cui accadimento deve dar seguito ad una accurata indagine che rilevi le cause determinanti e contribuenti all'evento individuando, al di là delle responsabilità professionali, i fattori di vulnerabilità insiti nel sistema ed attuare un piano correttivo per la prevenzione di ulteriori eventi. Il protocollo è stato implementato in via sperimentale nel 2005 ed è oggetto di una discussione e consultazione aperta fra tutti gli operatori affinché venga condiviso e ampiamente accolto. È infatti fondamentale che vi sia un terminale nazionale per tali eventi affinché non vadano disperse informazioni preziose per la sicurezza dei pazienti che, in un ottica di sinergia e solidarietà, devono diventare patrimonio comune di tutte le strutture del Paese.

4. Raccomandazioni.

Dall'analisi degli eventi avversi derivano le necessarie conoscenze in base alle quali devono essere prodotte specifiche raccomandazioni. Nell'anno 2005 è stata redatta e diffusa a tutte le strutture sanitarie del Paese la "Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di KCl" nella cui stesura ci si è avvalsi delle esperienze nazionali ed internazionali e a cui ha fatto seguito la determinazione dell'AIFA rivolte alle aziende produttrici sulle modalità di confezionamento e di labeling delle soluzioni concentrate di KCl al fine di renderle più agevolmente riconoscibili. E' stata, inoltre, avviata la stesura delle seguenti raccomandazioni:

- Raccomandazione per la prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
- Raccomandazione per la corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura
- Raccomandazione per la Prevenzione del Suicidio in ambito ospedaliero
- Raccomandazione per la prevenzione del decesso in seguito a reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
- Raccomandazione per la Comunicazione dell'errore
- Raccomandazione per la prevenzione del decesso materno durante il parto
- Raccomandazione per la prevenzione della morte o gravi disabilità del neonato
- Monitoraggio dell'implementazione delle Raccomandazioni a livello aziendale

5. Report dell'indagine nazionale sulle iniziative per la sicurezza dei pazienti nelle strutture del SSN.

Alla luce dei risultati emersi si possono evidenziare alcuni elementi di riflessione:

- la necessità di individuare nell'ambito del rischio clinico una comune tassonomia sul territorio nazionale;
- l'attivazione di sistemi di gestione del rischio clinico nelle strutture del SSN;
- lo sviluppo della cultura della sicurezza "imparare dall'errore", che si basa anche sul principio dell'imparare dall'errore per mettere in atto misure efficaci di prevenzione degli errori;
- il rafforzamento dei meccanismi di tutela dei cittadini sul territorio nazionale;
- il miglioramento della formazione continua in tema di rischio clinico;
- la razionalizzazione dei diversi provvedimenti normativi per delineare un quadro d'insieme più omogeneo.

6. Rilevazione nazionale relativa agli "aspetti assicurativi in ambito di gestione aziendale del rischio clinico".

Il Ministero della Salute ha condotto un'indagine, tramite questionario, rivolto alle strutture sanitarie del SSN, per conoscere il quadro generale delle diverse modalità di gestione del rischio clinico relativamente agli aspetti assicurativi. L'indagine ha ottenuto una percentuale di rispondenza pari all'82% ed ha mostrato che il 28% delle strutture sanitarie (91 strutture su 323) dichiarano di aver attivato una Unità di Gestione del Rischio Clinico, con un incremento rispetto ai dati del 2003 (17%) ed in prevalenza in staff alla Direzione Sanitaria; inoltre il 90.1% delle strutture (291) dichiara di avere istituito un'unità operativa di gestione delle polizze assicurative. L'ammontare totale dei premi versati dalle strutture sanitarie alle compagnie assicurative, nel 2004, è stato di € 412.464.690 per le strutture rispondenti, mentre il totale dei premi viene stimato intorno a € 538.076.789. La maggior parte delle polizze assicurative prevede l'estensione di garanzie aggiuntive, in particolare per attività intramoenia ed, in misura minore, per tutela legale e colpa grave. Una percentuale non trascurabile di strutture (35,4%) dichiara l'assenza di franchigia, suggerendo un trasferimento totale dei rischi nei confronti delle assicurazioni ed un approccio non proattivo. L'indagine rivela la presenza di sistemi di elaborazione dei sinistri e di un consulente assicurativo in un'elevata percentuale delle strutture.

Il coinvolgimento e l'empowerment dei pazienti

Come ricordato all'introduzione del Capitolo 3.1, i pazienti ed i cittadini devono essere al centro di tutte le azioni e le finalità del SSN. La ricerca della qualità dell'assistenza comporta una maggiore attenzione verso l'esperienza ed il punto di vista dei pazienti. In alcune organizzazioni sanitarie i pazienti vengono coinvolti nelle decisioni che riguardano l'organizzazione dei servizi e la valutazione delle priorità. I pazienti devono essere posti nelle condizioni di avere la completa consapevolezza del proprio programma di cure ed avere la capacità di controllarlo.

Il coinvolgimento dei cittadini è un percorso iniziato diversi anni fa attraverso lo strumento della carta dei servizi. Tale strumento necessita di essere aggiornato e potenziato. In questa ottica è stata fatta una rilevazione nazionale circa lo stato di implementazione e le relative criticità della carta dei servizi a 10 anni dalla sua introduzione i cui risultati sono stati riportati nel report pubblicato nel corso del 2005.

L'indagine ha evidenziato gli interventi da effettuare ai fini del miglioramento della Carta dei Servizi e del suo impiego:

- potenziare le attività di comunicazione da parte delle Aziende Sanitarie nei confronti del personale e dei cittadini;
- effettuare il periodico aggiornamento delle informazioni contenute nella Carta dei Servizi;
- rendere disponibili tempestivamente i risultati conseguiti rispetto agli standard di qualità stabiliti nella Carta;
- promuovere l'implementazione dei sistemi di verifica sul raggiungimento degli obiettivi previsti;
- incrementare la partnership con personale e cittadini, anche con adeguati interventi di formazione, per favorire una gestione della Carta dei Servizi condivisa e partecipata;
- coinvolgere maggiormente le associazioni dei pazienti nei processi di miglioramento di questo strumento;
- ottimizzare l'uso delle risorse destinate alla Carta dei Servizi per un utilizzo più efficiente della stessa (maggior integrazione con la formazione e i sistemi informativi);

La misurazione degli outcome

La valutazione della performance del servizio sanitario e la comparazione sul territorio nazionale è una delle dimensioni principali del governo clinico. Tale valutazione richiede la definizione di indicatori correntemente misurati a livello nazionale, che riflettano in modo attendibile la qualità dell'assistenza. A seconda dell'obiettivo, gli indicatori possono riferirsi al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione, all'accessibilità ai servizi, all'erogazione di prestazioni efficaci ed appropriate, all'efficienza ed infine agli esiti sanitari. Gli indicatori di esito misurano l'impatto degli interventi sanitari sulle condizioni di salute dei pazienti.

La selezione degli indicatori clinici, soprattutto se considerati come strumenti per il miglioramento delle prestazioni e strumenti di comparazione tra strutture sanitarie, deve tener conto dei seguenti aspetti:

- correlazione con il miglioramento delle prestazioni
- qualità dei dati
- variazione casuale
- case mix
- sensibilità dell'outcome
- impatto sull'opinione pubblica

Nell'ambito del progetto mattoni del SSN è stato contemplato lo specifico progetto "Misura dell'Outcome" con l'obiettivo di individuare ed applicare sistematicamente metodologie appropriate, valide e riproducibili per la definizione, la misura e la valutazione di:

1. Outcome osservabili nell'ambito dello specifico episodio di cura (entro la dimissione nel caso dei ricoveri ospedalieri)
2. Outcome osservabili dopo la conclusione dello specifico episodio di cura (recidive, sequele, mortalità extraospedaliera)

E' stata selezionata una lista comprendente 43 indicatori relativi a Malattie Cerebro-Cardiovascolari, Tumori, Malattie infettive, Altre malattie croniche, Ortopedia, Emergenze che rispondono alla finalità di consentire valutazioni

comparative degli esiti a livello di soggetti erogatori e a livello di popolazione. Tali valutazioni sono rilevanti sia ai fini di fornire al cittadino una visione trasparente dell'offerta dei servizi e di prestazioni monitorando eventuali differenze tra gli erogatori, per area geografica e modificazioni temporali sia ai fini di fornire ai decisori istituzionali strumenti validi per operare scelte di programmazione, accreditamento, autorizzazioni, impiego delle risorse disponibili.

Indicazioni per la programmazione

La politica per la qualità è parte integrante della programmazione sanitaria nazionale. I documenti di programmazione sanitaria contengono l'impegno di promuovere lo sviluppo di forme integrate di miglioramento della qualità attraverso l'attuazione di prassi di governo clinico non solo a livello ospedaliero, ma anche a livello territoriale. In questo senso le istituzioni si sono impegnate a promuovere le opportune iniziative per favorire la piena applicazione di quanto previsto nel decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni nonché dal Piano sanitario nazionale 2006-2008: il Patto della salute del 5 ottobre 2006 ha previsto di pervenire entro il 31 dicembre 2006 all'approvazione, mediante Intesa sottoscritta ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, di un Programma nazionale per la promozione permanente della qualità nel Servizio sanitario nazionale, che dovrà tra l'altro, prevede l'attuazione di forme costanti e strutturate del gradimento dei servizi da parte dei cittadini/utenti/pazienti.

L'obiettivo è di orientare il sistema affinché il contenimento dei costi e la gestione efficiente dei servizi non sia disgiunto dal perseguimento della qualità ed efficacia delle prestazioni. Ciò richiede l'implementazione di un modello organizzativo che offra la garanzia al paziente di ricevere la prestazione che produca il miglior esito in base all'evidenze disponibili, che comporti il minor rischio di danni, con il minor consumo di risorse e con la massima soddisfazione per il paziente.

Poiché le politiche di Governo clinico trovano la migliore realizzazione in un contesto dipartimentale, occorre sollecitare la completa ed estesa attuazione della organizzazione dipartimentale del SSN ed osservare in modo costante l'andamento dell'implementazione.

La qualità delle cure non può prescindere dalla sistematica adozione di strategie per la sicurezza dei pazienti. Diviene quindi prioritario considerare, come già avviene in altri paesi, alcuni cambiamenti organizzativi che coinvolgano tutti i livelli del SSN, nazionale, regionale e aziendale e prevedere un modello istituzionale nazionale che garantisca la interrelazione e il coordinamento di tutte le componenti. Tale modello dovrebbe consentire di affrontare e governare in maniera integrata i diversi aspetti della sicurezza dei pazienti, dal monitoraggio degli eventi avversi, l'emanazione di raccomandazioni, le strategie di formazione ed il supporto per la gestione degli aspetti assicurativi e medico legali.

Il miglioramento della qualità richiede un approccio di sistema che si concretizza con l'adozione di comportamenti ed azioni estese ai tre principali pilastri del sistema: i pazienti, i professionisti e l'organizzazione e che si fonda sulla logica della programmazione, della gestione e della valutazione.

3.4.3 Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere. L'offerta ospedaliera

I profondi cambiamenti demografici intervenuti negli ultimi venti anni nel nostro Paese e il notevole progresso e sviluppo delle tecnologie sanitarie hanno contribuito in modo sostanziale a modificare lo stato di salute della popolazione italiana. Ciò ha determinato un cambiamento nella domanda di servizi assistenziali e il conseguente continuo adeguamento della rete di offerta di servizi sanitari.

Si assiste, da un lato, ad una progressiva trasformazione del modello assistenziale centrato sull'ospedale e su una prospettiva di ricovero e cura in regime ordinario, a un modello di *rete* caratterizzato dalla forte integrazione fra ospedale e territorio, attraverso il continuo trasferimento sul territorio di alcuni servizi e competenze, in particolare la presa in carico dei soggetti affetti da patologie cronico-degenerative, che necessitano anche di prestazioni assistenziali di tipo domiciliare, riabilitativo, o palliativo, per esempio nelle fasi terminali della vita.

Contemporaneamente, si rileva la tendenza a concentrare negli ospedali, e nelle discipline per acuti, la casistica più complessa, anche a seguito della notevole spinta all'aziendalizzazione e al processo di accreditamento fornita dal decreto legislativo n. 229/99 integrativo della seconda riforma del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Inoltre, un impulso ulteriore alla maggiore definizione del ruolo dell'ospedale è scaturito dalle politiche sanitarie in materia di appropriatezza, clinica e organizzativa, delle prestazioni erogate, conseguente alla definizione dei livelli di assistenza da erogare in modo uniforme su tutto il territorio nazionale a garanzia e tutela della salute della popolazione (DPCM del 29/11/2001).

In questo scenario si sono sviluppati i recenti Piani sanitari nazionali, tra i cui obiettivi risalta la necessità di realizzare una ristrutturazione, con riorganizzazione e riqualificazione, della rete ospedaliera, e di sviluppare, nell'ambito di questa rete di offerta, centri di eccellenza clinica, sede delle best practices cliniche basate sulle evidenze scientifiche disponibili.

Nel piano sanitario 2003-2005 si prevede una rimodulazione della rete ospedaliera con la creazione di centri di eccellenza collegati tra loro e la trasformazione dei piccoli ospedali in centri distrettuali, da raggiungere attraverso una graduale riduzione che conduca allo standard di 4 posti letto per pazienti acuti ogni mille abitanti e di 1 posto letto ogni mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza.

Naturalmente i centri di eccellenza dovrebbero essere integrati in modo da realizzare un proficuo scambio di conoscenze e di professionalità atte a garantire la continuità e la qualità dei percorsi diagnostico-terapeutici, anche nei casi in cui siano coinvolti più livelli di assistenza. Il Governo clinico attualmente costituisce uno dei principali strumenti per il miglioramento della qualità delle cure erogate e per lo sviluppo delle capacità complessive e dei capitali del SSN, con lo scopo primario di mantenere standard elevati e migliorare le performance professionali del personale, favorendo in tal modo lo sviluppo dell'eccellenza clinica.

Successivamente, sia l'Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 24/07/2003, sia l'Accordo di Cernobbio dell'aprile 2004, hanno sancito la necessità, fra le azioni prioritarie, di sviluppare una rete di centri di eccellenza e di promuovere il governo clinico quale strumento di sostegno delle politiche di miglioramento della qualità.

PRESENTAZIONE E DISCUSSIONE DEI DATI

Il SSN si avvale per l'assistenza ospedaliera di 1.214 istituti di cura di cui 672, pari al 55%, appartenenti al settore pubblico e 542 (45%) appartenenti al settore privato accreditato. Il 68% delle strutture è costituito da istituti a gestione diretta della ASL, il 14% da Aziende Ospedaliere e il rimanente 18% da altre tipologie di istituti di ricovero e cura quali Policlinici, IRCCS e Ospedali Classificati.

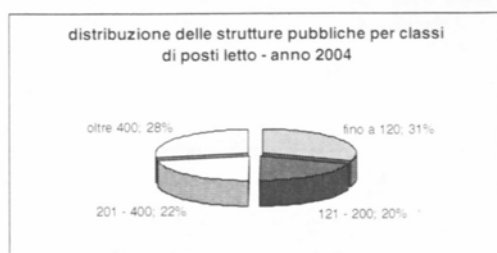
Distribuzione regionale degli istituti di ricovero pubblici per classi di posti letto e dimensione media delle strutture – Anno 2004

Regione	Numero istituti pubblici per classi di posti letto			Dimensione media (posti letto)
	≤ 120	121-400	> 400	
Piemonte	8	12	22	341
Valle d'Aosta		0	1	448
Lombardia	4	18	33	580
P.A. Bolzano	2	3	2	275
P.A. Trento	8	4	1	145
Veneto	7	10	21	443
Friuli V.G.	4	11	3	246
Liguria	5	4	9	341
Emilia R.	2	10	16	515
Toscana	15	16	13	277
Umbria	2	6	3	260
Marche	20	12	2	158
Lazio	28	36	13	236
Abruzzo	6	12	4	220
Molise	1	6	1	181
Campania	24	37	8	191
Puglia	2	24	10	355
Basilicata	3	4	2	253
Calabria	23	10	4	140
Sicilia	27	31	14	204
Sardegna	15	14	4	180
Italia	206	280	186	285

Fonte: Ministero della Salute – Sistema informativo sanitario

La rete ospedaliera italiana appare ancora strutturata con istituti di dimensioni medio-piccole. A fronte di una dimensione media di 285 posti letto per ospedale, esistono ancora più di 200 strutture pubbliche (circa 1/3 del totale) con meno di 120 posti letto, concentrate nelle regioni del centro-sud del Paese. All'opposto, sono 186 gli istituti di ricovero con più di 400 posti letto, particolarmente rappresentati in Piemonte, Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna. In generale, quindi, le regioni settentrionali (ad eccezione della Provincia Autonoma di Trento) sono caratterizzate da strutture di dimensioni più ampie, mentre nelle regioni centrali e meridionali sono presenti istituti di cura con dimensioni decisamente più contenute.

Distribuzione delle strutture di ricovero per classi di posti letto – anno 2004



Nel 2004, la capacità di offerta complessiva del SSN, in termini di dotazione di posti letto, è costituita da oltre 237.000 posti letto per degenza ordinaria e di 28.793 posti per la degenza diurna (day hospital e day surgery). In riferimento alla popolazione, le strutture di ricovero sono dotate di 4,7 posti letto ogni 1.000 abitanti, di cui 4,1 dedicati all'attività per acuti. È invece inferiore allo standard normativo l'offerta di posti letto per l'assistenza riabilitativa e la lungodegenza, pari a 0,6 posti letto per 1.000 residenti.

L'analisi della distribuzione regionale delle risorse "posti letto" (pl) evidenzia una discreta disomogeneità territoriale nella dotazione dei posti, che varia complessivamente da oltre 5,5 pl per 1.000 ab. nel Lazio e in Molise a meno di 4,5 pl per 1.000 ab. in Valle d'Aosta, Liguria, Umbria e molte regioni meridionali (Campania, Puglia, Basilicata e Sicilia). Per quanto riguarda, in particolare, la disponibilità di posti letto di riabilitazione e lungodegenza, si rileva diffusamente una notevole carenza dell'offerta sanitaria territoriale, eccetto che in Piemonte, Lazio e Provincia di Trento.

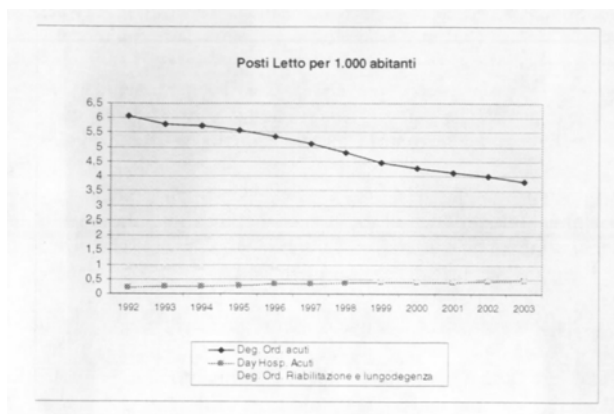
Distribuzione regionale dell'indicatore "posti letto per 1.000 abitanti" distinto per le discipline per acuti e per la riabilitazione e lungodegenza – Anno 2005

POSTI LETTO PER 1.000 ABITANTI - ANNO 2005

Regione	Posti Letto per 1.000 abitanti		
	per Acuti	per Riabilitazione e Lungodegenza	Totale
PIEMONTE	3,5	0,9	4,4
VALLE D'AOSTA	3,8	0,0	3,8
LOMBARDIA	4,0	0,7	4,7
PROV. AUTON. BOLZANO	4,2	0,6	4,8
PROV. AUTON. TRENTO	3,8	1,4	5,2
VENETO	3,7	0,6	4,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	4,4	0,2	4,6
LIGURIA	4,5	0,3	4,8
EMILIA ROMAGNA	4,0	0,9	4,9
TOSCANA	4,0	0,3	4,3
UMBRIA	3,8	0,2	4,0
MARCHE	3,8	0,5	4,3
LAZIO	4,6	1,2	5,8
ABRUZZO	4,6	0,6	5,2
MOLISE	4,9	0,7	5,6
CAMPANIA	3,3	0,3	3,6
PUGLIA	3,5	0,4	3,9
BASILICATA	4,0	0,2	4,2
CALABRIA	4,0	0,5	4,5
SICILIA	4,0	0,2	4,2
SARDEGNA	4,8	0,1	4,9
ITALIA	4,0	0,6	4,6

Fonte Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario

Le politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera e lo sviluppo dell'attività diurna, insieme alla promozione dell'appropriatezza hanno inciso nel tempo sulla diminuzione dei posti letto ordinari, in buona parte riconvertiti nella modalità di degenza diurna. Numerose disposizioni legislative, finalizzate al contenimento della spesa sanitaria anche attraverso politiche di decentramento sul territorio dell'offerta sanitaria, hanno determinato, nell'ultimo decennio, una rilevante diminuzione della dotazione di posti letto, da oltre il 7 per 1.000 abitanti del 1992 al 4,6 per 1.000 registrato nell'anno 2005, comprensivo dei posti letto per acuzie sia per la riabilitazione e la lungodegenza.



A livello regionale, tuttavia, la dotazione di posti letto è ancora molto variabile, dal 3,6 per 1.000 residenti della regione Campania al 5,7 della regione Molise.

In generale le regioni meridionali si presentano con un numero basso di posti letto, rispetto alla popolazione, mentre le regioni settentrionali con un numero più elevato.

INDICAZIONI PER LA PROGRAMMAZIONE

Nell'intesa del 23 marzo 2005, terreno costitutivo del nuovo PSN 2006-2008, le Regioni hanno sancito la necessità di ridurre il tasso di ospedalizzazione a 160 per mille abitanti, e il numero dei posti letto a 4,5 per mille, di cui almeno 1 posto letto per mille dedicato alla riabilitazione e lungodegenza.

Il raggiungimento di questi obiettivi determinerà la possibilità, attraverso la riconversione di posti letto e strutture, di riallocare in modo più efficiente ed equo le risorse investite, talora in modo improprio, nel comparto sanitario-ospedaliero.

Per quanto riguarda le esigenze di adeguamento strutturale e tecnologico del SSN. È da sottolineare l'importanza del programma di investimenti in sanità: infatti le politiche pubbliche di investimento del Servizio sanitario nazionale, finanziate con il programma straordinario di interventi in edilizia e tecnologie sanitarie, di cui all'art. 20 della Legge n. 67/1988, hanno il compito di rinnovare il patrimonio strutturale e tecnologico del SSN attualizzandolo rispetto ai nuovi principi di assistenza pubblica.

Il programma di investimenti, in tal modo, contribuisce al processo di razionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale, finanziando interventi volti al miglioramento dell'offerta dei servizi, e quindi della dotazione strutturale e tecnologica.

In tema di ammodernamento tecnologico, il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 sottolinea la necessità di sviluppare i sistemi informativi, con il duplice scopo di supportare i processi (amministrativi e sanitari) aumentandone il più possibile efficienza e qualità e di registrare i dati fondamentali relativi ai processi stessi per consentirne la valutazione.

3.4.4 Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari: Cure Primarie e Medicina Territoriale

Il PSN 2006-2008 considera un importante ambito di rinnovamento del S.S.N. la **riorganizzazione delle Cure Primarie** attraverso un "processo di riassetto organizzativo e funzionale che comporti un maggiore coinvolgimento dei MMG e dei PLS nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, sperimentando nuove modalità erogative favorevoli l'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio".

Le Cure Primarie rappresentano il primo livello di contatto delle persone, della famiglia e della comunità con il Servizio Sanitario Nazionale. Nell'ambito delle Cure Primarie, il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta rivestono un ruolo centrale: infatti, attraverso l'integrazione con le altre professionalità del territorio (MCA, Specialisti Ambulatoriali), determinano lo sviluppo di forme di assistenza primaria in grado di rispondere ai nuovi bisogni di salute dei cittadini per 24 ore e 7 giorni alla settimana. Il radicale cambiamento dello stato generale di salute, caratterizzato,

nell'attuale contesto sanitario, dall'incremento delle patologie croniche e della non autosufficienza, vede l'esigenza di nuovi percorsi assistenziali basati su un approccio multidisciplinare del paziente volto a promuovere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali al fine di garantire l'efficacia della continuità delle cure.

A tal fine, con l'intesa Stato-Regioni del 29 Luglio 2004 e del 9 febbraio 2006, lo Stato e le Regioni convergono sulla necessità della costituzione di una organizzazione distrettuale e territoriale integrata per l'assistenza primaria con lo sviluppo della medicina associativa prevedendo, in via sperimentale e con partecipazione volontaria dei medici e degli altri operatori sanitari, la costituzione delle Unità di Assistenza Primaria (UTAP), strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone e di perseguire il conseguimento degli obiettivi e dei programmi distrettuali.

Tale nuova articolazione delle cure primarie, peraltro già prevista dal precedente PSN, vede il superamento dello "studio individuale del medico" avviando, in quelle zone dove, per caratteristiche geografiche (aree non urbane, zone montane ed isole minori), non sia possibile l'uso di sedi uniche, con l'intervento della telemedicina, dell'informatica medica e del telesoccorso.

Lo sviluppo quindi della medicina associativa diviene lo strumento attuativo della programmazione sanitaria e momento organizzativo della medicina generale e delle altre discipline presenti nel Distretto per l'erogazione dei Livelli Essenziali ed appropriati di Assistenza. Da ciò ne scaturisce il cambiamento strategico del ruolo dell'ospedale che dovrà pertanto perdere le caratteristiche di *generalismo* per diventare sempre di più specializzato e tecnologicamente attrezzato per la cura delle malattie acute.

Il sistema delle cure ospedaliere si raccorda con il sistema delle cure primarie e là dove ne ricorrano le condizioni con il sistema delle cure domiciliari in ambiente protetto (ospedale di comunità).

I medici e i professionisti sanitari operanti sul territorio nelle Cure Primarie avranno, sulla base di quanto definiranno le Regioni, un ruolo di partecipazione diretta nella definizione dei modelli organizzativi; nell'individuazione dei meccanismi di programmazione e controllo; nella definizione degli obiettivi di budget con contemporaneo aumento di responsabilità nel governo clinico. Infine tale organizzazione avrà come proprio fondamento l'informatizzazione del

Il rapporto di lavoro autonomo convenzionato, per l'esercizio delle attività professionali, tra Medici di Medicina Generale e le Aziende Sanitarie Locali, è regolato dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i MMG ai sensi dell'art. 8 del D.lgs n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni sulla base delle determinazioni regionali in materia e relativamente ai settori di:

- assistenza primaria;
- continuità assistenziale;
- medicina dei servizi territoriali;
- emergenza sanitaria territoriale

L'**Assistenza Primaria** è organizzata per ambiti territoriali, prioritariamente comunali, basandosi su un processo di comunicazione tra medico e paziente attraverso un *rapporto fiduciario*. Le persone iscritte negli elenchi degli assistibili della ASL hanno diritto all'assistenza medica generale (MMG o PLS) esercitando il proprio diritto di scelta tra i medici di Medicina generale iscritti in un apposito elenco disponibile presso il Distretto di appartenenza.

La **Continuità assistenziale** è garantita per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana dalle ASL sulla base della organizzazione distrettuale dei servizi che assicura l'erogazione delle prestazioni assistenziali territoriali, non differibili, dalle ore 10 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo e dalle ore 20 alle ore 8 di tutti i giorni feriali.

La **Medicina dei servizi territoriali** disciplina i rapporti di lavoro instaurati tra il Servizio Sanitario Nazionale e i medici della medicina dei servizi in conformità con le indicazioni della programmazione regionale, aziendale e distrettuale per l'organizzazione delle attività sanitarie territoriali a rapporto orario per le quali non sia richiesto il titolo di specializzazione.

L'**Emergenza sanitaria territoriale** viene realizzata in osservanza della programmazione regionale esistente e in coerenza con le norme di cui al D.P.R. 27 marzo 1992 e con l'atto di intesa tra Stato e Regioni di applicazione delle linee guida sul Sistema di Emergenza Sanitaria. Le Regioni che per l'espletamento del servizio, si avvalgono di personale medico convenzionato, utilizzano medici incaricati sulla base di una graduatoria regionale di settore.

Lo stesso Accordo collettivo Nazionale prevede per pazienti impossibilitati, per ragioni cliniche, a recarsi nelle sedi ambulatoriali, l'attivazione, secondo gli indirizzi e le modalità operative definite a livello regionale, l'**Assistenza Domiciliare** assicurata dal medico di medicina generale (MMG) attraverso forme di assistenza domiciliare quali:

- *Assistenza Domiciliare Integrata* (ADI) è realizzata mediante l'intervento integrato dei servizi e professionisti necessari, in rapporto alle specifiche esigenze di soggetti che, in condizioni di non autosufficienza parziale o totale, necessitano di un'assistenza di natura complessa e continuativa di tipo socio-sanitario, al fine di evitarne il ricovero. Si tratta di un servizio, organizzato dalle Asl in collaborazione con i Comuni, la cui attivazione viene proposta da una delle figure professionali che assistono il paziente. Il MMG ha la responsabilità clinica del paziente e predispose il programma di assistenza che deve prevedere le scadenze degli accessi di ciascun operatore interessato, i farmaci da

erogare direttamente, i sussidi (pannoloni, cateteri vescicali, garze, sacche per incontinenti, etc.) ed i presidi (carrozzine, letto ortopedico, materasso antidecubito, etc.) di cui il paziente ha bisogno.

- *L'Assistenza Domiciliare Programmata nei confronti dei soggetti non ambulabili (ADP)* prevede che il MMG con cadenza programmata (settimanale, quindicinale o mensile) effettui visite ed altri eventuali interventi sanitari a domicilio di pazienti non ambulabili che necessitano di controlli periodici. La proposta, motivata, di attivazione viene formulata dal MMG (con precisazione del numero di accessi) e presentata al Distretto socio sanitario;
- *L'Assistenza Domiciliare Residenziale (ADR)* nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività si distingue in assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale ed è erogata a favore di disabili, persone con problemi psichiatrici, persone affette da HIV, anziani non autosufficienti. Essa è disciplinata nell'ambito degli accordi rimessi alla trattativa regionale.

Presentazione e discussione dei dati

A livello nazionale, nell'anno 2004, la medicina di base è stata garantita da 47.111 MMG e da 7.358 PLS con una media del numero di assistiti per medico pari a 1.107 che a livello regionale vede attenuarsi la differenza, rispetto all'anno 2003, evidenziata tra il numero minimo di assistiti per medico nel Lazio (che è passato da un indice di 994 ad uno di 1.015) ed un numero massimo nella Provincia autonoma di Bolzano (che è passata da un indice di 1.708 ad un indice di 1.686).

Relativamente alla Pediatria, ad ogni PLS sono state iscritti in media 805 assistiti con una differenza che va, a livello regionale da un minimo di 735 (733 nel 2003) della Sardegna ad un massimo di 942 assistiti (887 nel 2003) della Provincia autonoma di Bolzano (che, comunque, ha nell'Accordo di convenzione un massimale di 1000 scelte/PLS).

Riguardo la continuità assistenziale, infine, nell'anno 2004 è stata garantita da 13.876 medici titolari con una media di 23 per 100.000 abitanti (media che oscilla da un minimo di 6/100.000 ab. della Provincia autonoma di Bolzano ad un massimo di 73/100.000 ab. della Regione Basilicata).

La media delle visite effettuate dai MCA è stata di 15.649 per 100.000 abitanti (Tabella 1 - fonte SIS Ministero della Salute).

Dalla "Ricognizione ed analisi di modelli organizzativi innovativi per l'erogazione delle Cure Primarie" effettuata dall'ufficio V della Programmazione Sanitaria nell'anno 2004, attraverso un questionario somministrato a tutte le aziende sanitarie del territorio nazionale, cui hanno risposto nella misura di 181/195 (92,8 %), è emerso che, per quanto riguarda la Medicina in associazione, il numero dei MMG partecipanti è di 16.126 che attraverso 3.256 forme associative soddisfano i bisogni di salute di 19.543.101 assistiti (Tabella 2, Fonte: Ministero della Salute - Dipartimento della qualità) rispetto ai quali il confronto per macroaree evidenzia una certa difformità. Infatti nel nord Italia il numero degli assistiti dalle forme associative è di 10.562.704 utenti, nel centro di 3.759.050, nel sud di 3.792.109 mentre nelle isole soltanto 1.429.238 utenti usufruiscono di tali forme assistenziali (Tabella 3, Fonte: Ministero della Salute - Dipartimento della qualità). Gli studi a sede unica ancora presenti sul territorio nazionale sono 326.

Rispetto all'Assistenza domiciliare l'analisi effettuata evidenzia che il 91,7 % delle Aziende sanitarie locali hanno organizzato l'ADI nei confronti di pazienti che necessitano di intervento integrato di servizi Sanitari e Sociali e nell'86,7 % delle Aziende sanitarie locali il MMG è presente nell'Unità di Valutazione multidimensionale che valuta il bisogno del paziente e seleziona la risposta appropriata.

L'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) è stata organizzata nella quasi totalità delle ASL per pazienti con impossibilità permanente a raggiungere lo studio dei MMG.

Anche per quanto riguarda l'Assistenza domiciliare residenziale (ADR), nel Sud si riscontra il numero inferiore delle ASL (12,8%) che hanno organizzato l'ADR nei confronti degli ospiti in residenze protette, Nord (66,3%), Centro (83,8%), Isole (35,7%) .

DISTRIBUZIONE DEI MMG, PLS E MCA NELL'ANNO 2004							
REGIONE	Totale	Totale	per MMG	Totale	n. scelte per PLS	Totale	visite effettuate dai MCA per 100.000 abitanti
PIEMONTE	22	3.486	1.126	416	846	436	12.435
VALLE D'AOSTA	1	102	1.065	15	761	22	10.085
LOMBARDIA	15	7.034	1.202	1.012	820	1.090	8.996
prov. aut. di BOLZANO	4	245	1.686	50	942	22	2.803
prov. aut. di TRENTO	1	383	1.111	77	780	109	19.141
VENETO	21	3.541	1.165	534	882	797	9.492
FRIULI VENEZIA GIULIA	6	1.031	1.055	113	809	159	9.140
LIGURIA	5	1.406	1.020	171	772	154	5.538
EMILIA ROMAGNA	11	3.270	1.124	495	763	768	15.002
TOSCANA	12	3.087	1.045	412	775	788	13.194
UMBRIA	4	737	1.025	102	737	244	14.768
MARCHE	13	1.229	1.095	174	841	336	16.183
LAZIO	12	4.852	1.015	772	747	610	3.257
ABRUZZO	6	1.082	1.053	184	746	327	19.219
MOLISE	4	282	1.018	38	783	209	25.964
CAMPANIA	13	4.464	1.169	783	886	1.916	18.534
PUGLIA	12	3.310	1.076	584	823	1.051	14.132
BASILICATA	5	509	1.046	70	762	429	17.835
CALABRIA	11	1.703	1.061	293	750	1.308	40.173
SICILIA	9	4.071	1.071	843	774	2.258	40.122
SARDEGNA	8	1.287	1.043	220	735	1.043	25.962
ITALIA	195	47.111	1.107	7.358	805	13.876	15.649

Tab. 1 Fonte Ministero della Salute – Sistema Informativo Sanitario - Anno2003

<i>La medicina in associazione nell'anno 2004</i>				
Regione	<i>Numero Studi a sede unica</i>	<i>Numero Forme Associtative</i>	<i>Numero MMG partecipanti alla Medicina in Associazione</i>	<i>Numero utenti assistiti dalle Forme Associtative</i>
Piemonte	12	526	2.482	2.898.020
Valle D'Aosta	0	7	37	43.518
Lombardia	28	5556	2.952	3.796.496
Prov. Aut. di Bolzano	0	0	0	0
Prov. Aut. di Trento	2	21	74	96.10.00
Veneto	22	314	1.588	2.008.458
Friuli Venezia Giulia		69	313	367.316
Liguria	33	96	494	801.345
Emilia Romagna	3	81	454	551.431
Toscana	0	204	1.049	1.213.967
Umbria	0	70	267	298.963
Marche	1	108	515	604.549
Lazio	66	272	1.462	1.641.571
Abruzzo	4	151	536	626.379
Molise	1	33	131	145.145
Campania	89	112	1.108	1.245.071
Puglia	8	150	718	910.608
Basilicata	0	90	270	305.224
Calabria	6	108	488	559.682
Sicilia	37	187	820	984.521
Sardegna	14	101	368	444.417
Italia	326	3.256	16.126	19.543.101

Tabella 2 - Fonte: Ministero della Salute - Dipartimento della qualità

Numero di MMG partecipanti alla Medicina in associazione e di utenti assistiti dalle forme associative

Nord	25.136.190	10.562.704	8.394	19.410	43,24%	42,00%
Centro	10.485.099	3.759.050	3.293	9.249	35,60%	25,30%
Sud	12.864.469	3.792.109	3.251	10.574	30,70%	29,50%
Isole	5.736.614	1.429.238	1.188	4.666	25,50%	24,90%
Italia	54.222.372	19.543.101	16.126	43.899	36,70%	36,00%

Tabella 3 - Fonte: Ministero della Salute- Dipartimento della qualità. I dati si riferiscono al 92,8% della Aziende Sanitarie).

INDICAZIONI PER LA PROGRAMMAZIONE

La promozione del territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio sanitari avviata con il precedente Piano Sanitario Nazionale trova un nuovo importante impulso nel processo di **riorganizzazione delle Cure Primarie** che è alla base del rinnovamento del Servizio Sanitario Nazionale attualmente in atto nel nostro Paese.

Con una Direttiva generale del Ministro per l'attività amministrativa e la gestione per l'anno 2004, è stato assegnato alla Direzione Generale della programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema il compito di effettuare il "monitoraggio della progettualità regionale in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 29 luglio 2004 in

materia di cure primarie” al fine di raccogliere informazioni sulle attività in corso, nel sistema sanitario nazionale, in materia di cure primarie con particolare riguardo alle forme innovative di organizzazione dell’assistenza primaria quali, ad esempio, le *Unità territoriali di assistenza primaria (Utap)*. Ciò con l’obiettivo di fornire al livello centrale e alle regioni stesse elementi per valutare ed orientare la programmazione sanitaria che vede l’esigenza di riorganizzare il sistema riproponendo in modo nuovo il ruolo del territorio e recuperando una collocazione centrale dei sanitari convenzionati che garantiscono un approccio centrato sulla persona e non sulla patologia.

La realizzazione delle forme aggregative delle cure primarie, infatti, facilita la continuità assistenziale tra i diversi livelli (preventivo, ospedaliero, territoriale) consentendo di garantire, con il coinvolgimento dei MCA, la risposta assistenziale 7 giorni su 7 per 24 ore al giorno e di migliorare la qualità della risposta ai bisogni socio-sanitari. Pertanto, anche alla luce dei dati sopra riportati, diviene fondamentale implementare l’integrazione delle prestazioni socio-assistenziali, già realizzata compiutamente in varie aree del Paese e completare, nell’ambito dell’attuazione degli accordi convenzionali con i MMG e i PLS, il processo di riorganizzazione delle cure primarie.

In tale ottica diviene di primaria importanza la definizione e l’utilizzazione di strumenti operativi quali:

- definizione ed implementazione di protocolli di dimissione ospedaliera concordati con le strutture territoriali al fine di consentire la tempestiva presa in carico del paziente con la valutazione multidimensionale e l’elaborazione del piano personalizzato di assistenza da parte della rete territoriale;
- definizione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi tra territorio ed ospedale, in cui siano individuati i compiti e le responsabilità con particolare riferimento a particolari tipologie di pazienti per i quali è prevedibile l’adozione di una cartella clinica unica;
- attivazione di percorsi assistenziali che utilizzano funzioni di teleconsulto e di telemedicina;
- individuazione a livello regionale di procedure che consentano una fattiva e produttiva cooperazione interistituzionale a livello locale;
- implementare l’integrazione funzionale tra i servizi sanitari e sociali, con le modalità previste dall’attuale normativa (Piani attuativi locali, accordi di programma tra i Comuni e le ASL, Piani delle attività territoriali, etc.), per il raggiungimento di obiettivi comuni tramite la concertazione degli interventi e la condivisione delle risorse.

3.4.5 Potenziare i servizi di Urgenza ed Emergenza (DEA e 118)

Le situazioni di emergenza-urgenza sanitaria rappresentano un evento improvviso, spesso imprevedibile, che mette in pericolo la vita della persona interessata se non viene effettuato, entro pochi minuti, un intervento di soccorso in modo tempestivo e professionale.

Il Sistema di Emergenza Sanitaria italiano è articolato secondo un modello *ospedaliero* ed uno *extra ospedaliero*. Il modello *ospedaliero* svolge le funzioni di pronto soccorso, di accettazione, di diagnosi e cura; le funzioni di soccorso sul territorio sono a carico del modello *extra ospedaliero*.

L’*Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza*, descritti nel D.P.R. 27 Marzo 1992, attribuisce al Servizio sanitario Nazionale (SSN) competenza esclusiva dell’attività di soccorso sanitario ed individua le condizioni per assicurare tali attività su tutto il territorio nazionale. Le *Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 Marzo 1992*, emanate nel 1996, forniscono indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell’emergenza.

Il ruolo centrale del sistema di soccorso sanitario è svolto dal numero unico telefonico nazionale 118, tramite il quale tutte le richieste di intervento sanitario affluiscono alla Centrale Operativa che garantisce il coordinamento di tutti gli interventi nell’ambito territoriale di riferimento ed attiva sia i mezzi di soccorso distribuiti sul territorio (ambulanza, centri mobili di rianimazione, eliambulanze), sia la risposta ospedaliera 24 ore su 24.

La rete di servizi e presidi è rappresentata da:

- punti di primo intervento, dove il problema sanitario viene risolto o, nei casi dove questo non è possibile, il paziente è stabilizzato per il successivo invio all’ospedale più idoneo.
- Pronto Soccorso Ospedalieri, che assicurano gli accertamenti diagnostici e gli eventuali interventi necessari per la soluzione del problema clinico presentato, oppure, nei casi più complessi, garantiscono gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente e l’eventuale trasporto ad un ospedale in grado di fornire prestazioni specializzate, sotto il coordinamento della Centrale Operativa.
- Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA). Il DEA rappresenta un’aggregazione funzionale di unità operative che mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-assistenziale ma che riconoscono

la propria interdipendenza, adottando un comune codice di comportamento assistenziale, al fine di assicurare, in collegamento con le strutture operanti sul territorio, una risposta rapida e completa, sino alla definitiva collocazione del paziente. I DEA afferiscono a due livelli di complessità, in base alla tipologia delle unità operative che li compongono: DEA di I livello e DEA di II livello.

Allo stato attuale tutte le regioni hanno attivato le Centrali Operative "118", sul territorio di competenza di ciascuna Centrale sono presenti Ospedali sede di Pronto Soccorso o DEA di I e/o II livello. Tutte le Centrali Operative utilizzano "operatori" formati ed oltre l'80% provvedono alla attività formativa del volontariato e dei soggetti esterni.

Successivamente alle linee guida n. 1/1996 sono stati emanati numerosi documenti che precisano aspetti specialistici dell'emergenza urgenza sanitaria. In particolare nel periodo di vigenza del piano sanitario 2003-2005 sono state emanate le Linee guida per il rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori semiautomatici, le Linee guida per le unità spinali unipolari, per la gestione dello stroke, le Linee guida per la formazione, le Linee guida sull'organizzazione dei servizi sanitari con elicottero. Sono in via di definizione documenti su altri temi specialistici quali: l'emergenza pediatrica, i trauma center, i centri ustioni, che serviranno a definire chiari percorsi clinico-assistenziali promuovendo l'integrazione tra il sistema territoriale del soccorso e la rete dei servizi e presidi.

Nella Tabella. 1 vengono riportati i documenti legislativi che, a partire dal 1992, hanno contribuito a definire sempre più il campo d'azione e le caratteristiche del Sistema dell'emergenza sanitaria.

Tabella 1 – Leggi e provvedimenti sull'Emergenza Sanitaria

D.P.R. del 27/03/1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza"
D.M. del 15/05/1992 "Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi d'emergenza"
Comunicato n. 87 del 30/05/1992 "Comunicato del Presidente del Consiglio dei Ministri relativo al DPR 27 marzo 1992"
Atto di intesa Stato-Regioni del 17/05/1996 "Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992"
Legge n. 120 del 04/03/2001 "Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero"
Accordo Stato-Regioni del 25/10/2001 Linee guida su "Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria"
Legge n. 1 del 08/01/2002 Conversione con modificazioni del D.L. n. 402 del 12/11/2001, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario
Accordo Stato-Regioni del 4/04/2002 "Linee guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesi"
Accordo Stato-Regioni del 27/02/2003 "Linee guida per il rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori semiautomatici"
Accordo Stato-Regioni del 22/05/2003 "Linee guida su formazione, aggiornamento ed addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza."
Accordo Stato-Regioni del 3 /02/2005 "Linee guida per l'organizzazione dei servizi di soccorso sanitario con elicottero"

Presentazione e discussione dei dati

Relativamente all'anno 2005 presso i 673 presidi ospedalieri pubblici risultano 329 DEA pari al 49.2% del totale degli ospedali, 362 Centri di Rianimazione pari al 54.1% del totale delle strutture e 540 Pronto Soccorso pari all'80.7% (Tabella 2).

SERVIZI PER LE EMERGENZE - ANNO 2005

Regione	STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE					
	Dipartimento di Emergenza		Pronto Soccorso		Centro di Rianimazione	
	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture
PIEMONTE	28	71.8	30	76.9	27	69.2
VALLE D'AOSTA	1	100.0	1	100.0	1	100.0
LOMBARDIA	37	63.8	41	70.7	39	67.2
PROV. AUTON. BOLZANO	4	57.1	6	85.7	5	71.4
PROV. AUTON. TRENTO		0.0	7	58.3	2	16.7
VENETO	24	60.0	32	80.0	25	62.5
FRIULI VENEZIA GIULIA	13	72.2	15	83.3	12	66.7
LIGURIA	10	55.6	15	83.3	11	61.1
EMILIA ROMAGNA	19	65.5	27	93.1	21	72.4
TOSCANA	30	69.8	35	81.4	27	62.8
UMBRIA	6	54.5	9	81.8	6	54.5
MARCHE	15	45.5	28	84.8	13	39.4
LAZIO	25	32.1	45	57.7	26	33.3
ABRUZZO	15	68.2	21	95.5	13	59.1
MOLISE	5	62.5	6	75.0	5	62.5
CAMPANIA	31	46.3	60	89.6	43	64.2
PUGLIA	22	61.1	33	91.7	21	58.3
BASILICATA	4	44.4	8	88.9	6	66.7
CALABRIA	12	32.4	31	83.8	11	29.7
SICILIA	24	34.3	65	92.9	32	45.7
SARDEGNA	4	12.1	25	75.8	16	48.5
ITALIA	329	49.2	540	80.7	362	54.1

Presso le 543 Case di Cura accreditate risultano presenti 22 DEA pari al 4,0% del totale, 42 Centri di Rianimazione pari al 7,6% delle Case di cura accreditate e 47 Pronto Soccorso pari all' 8,5% (Tabella 3).

SERVIZI PER LE EMERGENZE - ANNO 2005

Regione	CASE DI CURA ACCREDITATE					
	Dipartimento di Emergenza		Pronto Soccorso		Centro di Rianimazione	
	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture
PIEMONTE	0	0.0	0	0.0	3	7.0
VALLE D'AOSTA						
LOMBARDIA	8	11.4	17	24.3	14	20.0
PROV. AUTON. BOLZANO	0	0.0	0	0.0	0	0.0
PROV. AUTON. TRENTO	0	0.0	0	0.0	0	0.0
VENETO	1	6.7	0	0.0	0	0.0
FRIULI VENEZIA GIULIA	0	0.0	1	20.0	1	20.0
LIGURIA	0	0.0	0	0.0	1	33.3
EMILIA ROMAGNA	0	0.0	1	2.2	3	6.5
TOSCANA	1	3.7	1	3.7	1	3.7
UMBRIA	0	0.0	0	0.0	0	0.0
MARCHE	0	0.0	1	7.7	1	7.7
LAZIO	2	2.4	4	4.8	2	2.4
ABRUZZO	0	0.0	0	0.0	3	23.1
MOLISE	1	33.3	0	0.0	1	33.3
CAMPANIA	7	9.9	18	25.4	8	11.3
PUGLIA	1	3.1	1	3.1	1	3.1
BASILICATA	0	0.0	0	0.0	0	0.0
CALABRIA	0	0.0	2	5.3	0	0.0
SICILIA	1	1.6	1	1.6	2	3.3
SARDEGNA	0	0.0	0	0.0	1	7.7
ITALIA	22	4.0	47	8.5	42	7.6

Il complesso delle strutture pubbliche e private accreditate, per quanto riguarda i reparti direttamente collegati all'area dell'emergenza, dispongono complessivamente di 4.142 posti letto di Terapia Intensiva pari a 6,8 ogni 100.000 abitanti, 2.627 posti letto di Unità Coronarica pari a 4,5 ogni 100.000 abitanti e 1.053 posti letto di Terapia Intensiva neonatale pari 2 posti letto ogni 1.000 nati vivi.

A livello nazionale il Servizio sanitario dispone presso le strutture pubbliche di 1153 Ambulanze di tipo A il 21,2% delle quali con medico a bordo, 1017 Ambulanze di tipo B e 293 Unità Mobili di Rianimazione; presso le Strutture Accreditate: 28 Ambulanze di tipo A delle quali il 39,3% con il medico a bordo, 21 di tipo B e 15 Centri Mobili di Rianimazione (Tabella 4). Le Ambulanze di "tipo A" sono destinate al servizio di urgenza ed emergenza ed al così detto trasporto attrezzato (ex DM 553/87). L'equipaggio minimo è costituito da un autista-soccorritore ed un infermiere professionale. La presenza del medico nelle ambulanze è stabilita dalla programmazione regionale. La Regione che dispone del maggior numero di ambulanze di tipo A è il Veneto con 139 unità, mentre l'Abruzzo è la Regione che rappresenta la percentuale più alta di presenza di medico bordo (61,3). Le ambulanze di "tipo B" (ex DM 553/87) sono principalmente destinate al trasporto sanitario non a carattere di urgenza. L'equipaggio minimo è costituito da un autista-soccorritore e da un infermiere (o soccorritore volontario) a bordo, con preparazione idonea ad operare nel sistema dell'emergenza; sono provviste, comunque, di un set minimo per l'emergenza, poiché si può presentare la necessità di utilizzarle in supporto alle ambulanze di Tipo A. Le Unità Mobili di Rianimazione sono mezzi che hanno stesse caratteristiche delle ambulanze di tipo A, con l'unica eccezione del medico rianimatore a bordo. La frequenza più elevata riguarda la regione Lombardia e Sicilia con 40 mezzi a disposizione.

AUTOMEZZI PER IL SOCCORSO DEL SSN - ANNO 2005

Regione	STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE				CASE DI CURA ACCREDITATE			
	Ambulanze di Tipo "A"		Ambulanze di Tipo "B"	Unità Mobili di Rianimazione	Ambulanze di Tipo "A"		Ambulanze di Tipo "B"	Unità Mobili di Rianimazione
	Totale	% con Medico			Totale	% con Medico		
PIEMONTE	25	60,0	55	10		0,0		
VALLE D'AOSTA		0,0						
LOMBARDIA	73	8,2	77	38	6	0,0	3	
PROV. AUTON. BOLZANO	16	25,0	51	2		0,0		
PROV. AUTON. TRENTO	112	4,5	79			0,0		
VENETO	136	22,4	88	27		0,0		
FRIULI VENEZIA GIULIA	33	9,1	9	3	2	0,0		
LIGURIA	90	0,0	22	9		0,0		
EMILIA ROMAGNA	151	9,9	47	34	2	0,0		
TOSCANA	124	22,6	51	4		0,0		
UMBRIA	39	59,0	37	4		0,0		
MARCHE	41	48,8	32	7		0,0		
LAZIO	35	28,6	62	7	3	66,7	4	1
ABRUZZO	34	61,8	30	14	1	0,0		5
MOLISE	3	0,0	9	5		0,0	1	
CAMPANIA	37	29,8	107	20	9	44,4	5	4
PUGLIA	64	37,5	90	26		0,0	4	
BASILICATA	4	0,0	14	7		0,0		
CALABRIA	20	35,0	14	11	5	100,0	2	5
SICILIA	49	18,4	110	51		0,0	2	
SARDEGNA	27	11,1	33	14		0,0		
ITALIA	1.153	21,2	1.017	293	28	39,3	21	15

Dai dati di attività delle strutture con Pronto Soccorso si evidenzia che nel 2004 sono stati registrati 389 accessi ogni 1.000 abitanti; il 18,4% degli stessi, ha originato in seguito il ricovero. L'indicatore concernente i ricoveri che seguono ad un accesso al Pronto Soccorso si presenta altamente variabile a livello territoriale: a fronte di una percentuale di ricoveri pari all' 11,3% della Provincia Autonoma di Trento esistono valori che superano il 30% nelle regioni Molise e Basilicata (Tabella 5).

Tab. 5

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO DELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE E DELLE CASE DI CURA PRIVATE ACCREDITATE
ANNO 2004

Regione	Numero pazienti			Totale	% di ricoverati	N° Accessi x 1.000 abitanti
	Ricoverati	Non ricoverati	Deceduti			
PIEMONTE	210.853	1.539.444	2.109	1.752.406	12,0	410
VALLE D'AOSTA	6.960	35.546	31	42.537	16,4	349
LOMBARDIA	534.649	2.972.471	3.713	3.510.833	15,2	380
PROV. AUTON. BOLZANO	34.317	201.736	60	236.113	14,5	501
PROV. AUTON. TRENTO	27.195	212.254	167	239.616	11,3	488
VENETO	341.034	1.713.949	2.259	2.057.242	16,6	443
FRIULI VENEZIA GIULIA	58.321	328.031	313	386.665	15,1	323
LIGURIA	118.353	461.593	551	580.497	20,4	368
EMILIA ROMAGNA	259.257	1.418.325	1.479	1.679.061	15,4	411
TOSCANA	112.284	686.328	880	799.492	14,0	224
UMBRIA	52.569	309.620	244	362.433	14,5	427
MARCHE	88.524	472.897	464	561.885	15,8	373
LAZIO	391.380	1.622.572	2.624	2.016.576	19,4	387
ABRUZZO	145.355	384.669	286	530.310	27,4	412
MOLISE	62.117	103.359	97	165.573	37,5	515
CAMPANIA	428.406	2.154.051	960	2.583.417	16,6	448
PUGLIA	424.355	993.933	979	1.419.267	29,9	351
BASILICATA	56.996	130.916	139	188.051	30,3	315
CALABRIA	199.088	341.771	342	741.201	26,9	369
SICILIA	488.545	1.706.274	995	2.195.814	22,2	439
SARDEGNA	96.321	345.874	173	442.368	21,8	269
ITALIA	4.136.879	18.335.613	18.865	22.491.357	18,4	389

Fonte: MINISTERO DELLA SALUTE - DIREZIONE GENERALE DEL SISTEMA INFORMATIVO

La Tabella successiva illustra la situazione aggiornata al 2005.

ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO DELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE E DELLE CASE DI CURA PRIVATE ACCREDITATE
ANNO 2005

Regione	Numero pazienti			Totale	% di ricoverati	N° Accessi x 1.000 abitanti
	Ricoverati	Non ricoverati	Deceduti			
PIEMONTE	216.932	1.629.147	2.221	1.848.300	11,7	427
VALLE D'AOSTA	6.610	39.040	24	45.674	14,5	372
LOMBARDIA	536.060	3.051.943	4.014	3.592.017	14,9	382
PROV. AUTON. BOLZANO	34.856	197.790	52	232.698	15,0	488
PROV. AUTON. TRENTO	25.791	214.160	149	240.100	10,7	483
VENETO	325.446	1.743.204	2.435	2.071.085	15,7	441
FRIULI VENEZIA GIULIA	76.193	352.889	322	429.404	17,7	356
LIGURIA	118.612	573.792	704	693.108	17,1	435
EMILIA ROMAGNA	259.875	1.473.474	1.501	1.734.850	15,0	418
TOSCANA	156.546	943.817	1.244	1.101.607	14,2	306
UMBRIA	63.796	314.425	224	378.445	16,9	441
MARCHE	87.997	433.860	436	522.293	16,8	344
LAZIO	326.973	1.395.945	1.965	1.724.881	19,0	327
ABRUZZO	154.147	484.775	344	639.266	24,1	492
MOLISE	59.053	97.623	63	156.739	37,7	487
CAMPANIA	448.066	2.184.370	1.075	2.633.511	17,0	455
PUGLIA	390.547	1.048.019	921	1.439.487	27,1	354
BASILICATA	43.376	103.451	83	146.910	29,5	246
CALABRIA	201.505	644.592	374	846.471	23,8	421
SICILIA	526.441	1.789.912	1.015	2.317.368	22,7	462
SARDEGNA	101.935	378.447	219	480.601	21,2	291
ITALIA	4.160.757	19.094.675	19.381	23.274.813	17,9	398

Indicazioni per la programmazione

Negli ultimi anni si continua ad assistere ad un progressivo incremento degli accessi al Pronto Soccorso (vedi Tabella 5) presso il quale viene indirizzata la richiesta di prestazioni sanitarie di base sia per comodità di accesso, sia per un sempre maggior bisogno del cittadino di ottenere dal servizio pubblico una risposta ad esigenze urgenti o comunque percepite come tali, sia per la convinzione di ottenere un inquadramento clinico-terapeutico migliore ed in tempi brevi, sia per il ruolo di rete di sicurezza rivestito dal Pronto Soccorso per categorie socialmente deboli. L'ultima convenzione della Medicina Generale introduce elementi di novità che dovrebbero indurre ad una maggiore presa in carico di problematiche ora affrontate in sede di Pronto Soccorso, ma esperienze pilota ci inducono a ritenere che i risultati attesi

avranno tempi lunghi. Si ritiene pertanto necessario: attivare, laddove non è stato fatto, nei Pronto Soccorso con più di 25.000 accessi annui un sistema di triage con applicazione uniforme dei codici colore già identificati dalla normativa vigente (bianco, verde, giallo, rosso) e con sistemi informativi all'utenza dei tempi di attesa stimati per i codici di minore urgenza (bianco e verde); allestire percorsi alternativi al Pronto Soccorso, con l'eventuale istituzione di ambulatori tenuti da Medici di Medicina Generale che garantiscono una risposta sanitaria per problematiche non di emergenza-urgenza, possibilmente 24 ore su 24, con possibilità di usufruire in tempo reale delle consulenze specialistiche; favorire l'accesso diretto (con richiesta motivata del medico di Medicina Generale) alle strutture ambulatoriali specialistiche dell'Ospedale, adeguatamente potenziate con l'eventuale partecipazione di specialisti esterni convenzionati.

E', inoltre, frequente l'accesso al Pronto Soccorso di pazienti con quadri clinici indefiniti, tali da non consentire l'invio a domicilio, ma che richiedono una chiarificazione diagnostica nelle ore o giorni successivi. L'avvio di tali pazienti ad un ricovero ordinario ospedaliero, senza un congruo periodo di osservazione, può incrementare significativamente la quota di ricoveri inappropriati non necessari o in sede non adeguata, con spesso dilatazione dei tempi alla diagnosi definitiva ed alla corretta terapia. Per ridurre ricoveri e dimissioni improprie, si ritiene necessario istituire l'Osservazione Breve ed una Unità di Medicina d'Urgenza. L'Osservazione Breve, che va differenziata dalla Medicina d'Urgenza, è un'area, possibilmente adiacente al Pronto Soccorso, ove i pazienti possano sostare in attesa della definizione diagnostica e per ulteriore osservazione clinica intensiva, di norma non più di 24 ore. Di norma è necessario 1 posto letto di Osservazione Breve ogni 4.000 – 8.000 accessi al Pronto Soccorso. La Medicina d'Urgenza è un'attività di ricovero che deve possedere letti di degenza ordinaria e subintensiva a cui possono accedere pazienti a valenza internistica o con patologia traumatico-chirurgica non suscettibile nell'immediato di un intervento, che richiedano: monitoraggio e stabilizzazione in fase acuta, approfondimento e definizione diagnostica; attività diagnostico-terapeutica in casi compatibili con una durata prevedibile della degenza non superiore alle 72 ore.

3.4.6 Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario: Sistema per il Monitoraggio delle Prescrizioni

La graduale evoluzione della normativa sanitaria in senso federativo, ha portato il Ministero della Salute a ridefinire il ruolo del Sistema Informativo (SIS) come strumento strategico per il cambiamento. Il Sistema Informativo si pone, infatti, quale elemento chiave di supporto al processo di decentralizzazione, che vede un aumento del livello di responsabilizzazione delle Regioni relativamente al governo del SSN, a fronte della necessità del Ministero di garantire e controllare i livelli essenziali d'assistenza sul territorio nazionale.

La regolamentazione istituzionale del nuovo rapporto tra Stato, Regioni ed Aziende Sanitarie, per lo sviluppo di un Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a supporto della devolution sanitaria, è stata attuata attraverso un Accordo quadro tra Ministero e Regioni, stipulato in data 22 Febbraio 2001, con il quale il Ministero e le Regioni concordano sull'opportunità di operare congiuntamente e di avviare un piano d'azione coordinato per lo sviluppo del nuovo sistema informativo inteso, nella sua accezione più generale, quale strumento essenziale per il governo della sanità a livello nazionale, regionale, locale. In questo ambito si inserisce la creazione di un "Sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali", che trae origine dalla constatazione che qualità, appropriatezza ed economicità nella gestione del SSN si originano dall'interazione medico-paziente. Conseguentemente, un sistema informativo che si colloca ad un livello superiore a tale interazione non è in grado di cogliere le cause che condizionano i diversi livelli di performance del SSN. A tendere obiettivi del sistema di integrazione delle informazioni sanitarie individuali saranno:

- disporre di informazioni omogenee rispetto ai singoli eventi (ricoveri, specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare etc);
- ricondurre ciascun evento al cittadino che ha interagito con il SSN;
- disporre di ulteriori informazioni per l'individuazione dei percorsi diagnostico terapeutici seguiti.

Tali informazioni potranno essere utilizzate sia per funzioni di governo del SSN, sia, in stadi evoluti del sistema, per funzioni di diagnosi, cura e riabilitazione sul singolo paziente.

Nell'ambito del NSIS è stata dunque avviata una sperimentazione per la rilevazione dei flussi informativi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza farmaceutica con contenuti privi, per le finalità di questa prima fase di sperimentazione, delle informazioni di identificazione anagrafica degli assistiti e dei prescrittori. Il nucleo minimo di informazioni è stato approvato dalla Cabina di Regia in data 18 marzo 2004.

Dati relativi alla specialistica ambulatoriale

Le prime analisi condotte sui dati condivisi relativi alla specialistica ambulatoriale hanno avuto l'obiettivo di verificare la qualità e la completezza degli stessi e di effettuare le prime comparazioni tra le diverse Regioni.

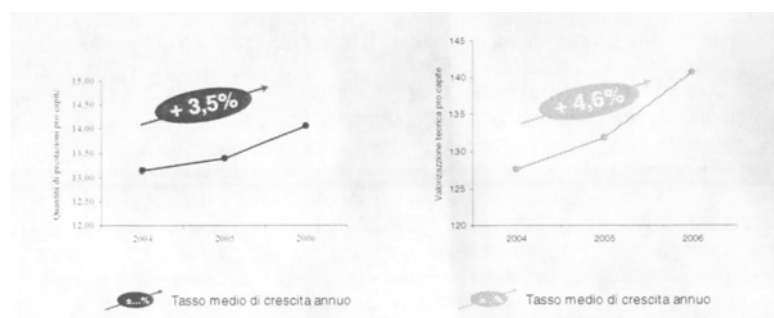
Purtroppo non tutte le Regioni hanno condiviso nell'ambito del NSIS i propri dati e, in particolare, si registra una scarsa presenza delle Regioni del Sud. Nel 2006 hanno partecipato alla sperimentazione 16 Regioni, che però registrano un livello di completezza/qualità del dato molto eterogeneo. Le analisi condotte hanno tuttavia già mostrato evidenze molto interessanti, tra le altre si sono selezionate le seguenti analisi.

Analisi dei consumi a quantità e valore per fascia d'età e sesso

Come si nota in Figura 1, complessivamente dal 2004 al 2006 si è registrato un incremento a quantità e a valorizzazione teorica delle prestazioni pro capite, ove con valorizzazione teorica è da intendersi la valorizzazione a tariffa nazionale,

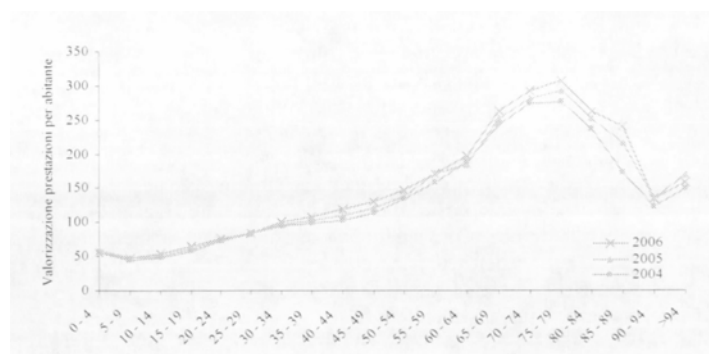
restano dunque per il momento escluse dall'analisi le prestazioni di nuova introduzione regionale. L'incremento a quantità è maggiore di quello a valorizzazione teorica, essendo la valorizzazione a tariffe fisse, se ne deduce una variazione del case mix di consumo medio verso un case mix a maggiore assorbimento di risorse.

Figura 1: Trend complessivo del fenomeno: andamento a quantità e a valorizzazione teorica delle prestazioni pro capite anni 2004 – 2006



Per quanto riguarda i consumi per fascia d'età, come mostrato in Figura 2, considerando il consumo pro capite a valorizzazione teorica si nota che il profilo di consumo negli anni 2004-2006 risulta stabile per quanto riguarda le fasce d'età più giovani. Si registra invece un incremento del consumo pro capite relativamente alle classi di età più anziane in particolare over 74 anni, sia dal 2004 al 2005 che dal 2005 al 2006.

Figura 2: Analisi dei consumi a valore prestazioni di specialistica ambulatoriale anni 2002-2004 per fascia d'età



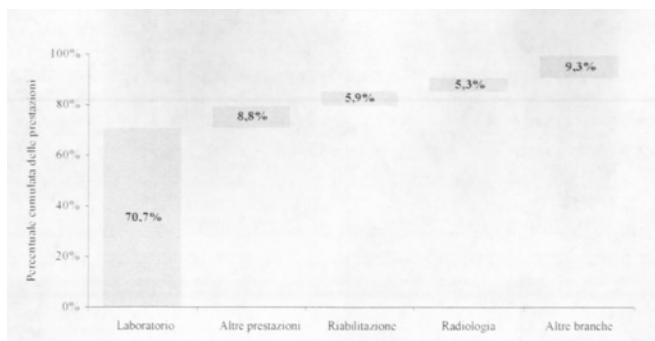
Poiché l'andamento a quantità per fascia d'età è molto simile a quanto visto considerando la valorizzazione teorica pro capite, si potrebbe evincere una considerazione molto interessante, ovvero che al variare delle classi di età il mix di prestazioni erogate pro capite non si diversifica molto, oppure nel caso in cui si diversifichi si ha uno spostamento tra prestazioni con valorizzazione molto simile.

Individuazione delle branche preponderanti a valore e quantità

Per quanto riguarda l'analisi dell'incidenza delle branche a quantità e valore emerge che:

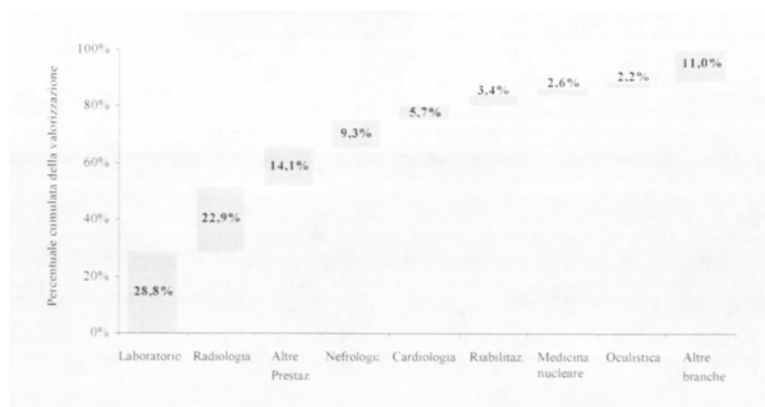
- come mostrato in Figura 4, considerando la distribuzione a quantità delle branche si ha un'incidenza elevata della branca di laboratorio che incide per il 71% sulla quantità totale, seguita dalle Altre prestazioni (che includono le visite) che pesano circa il 9%, dalla radiologia diagnostica (6%) e dal totale delle Altre branche che pesano per il 9%. La distribuzione cumulata per branca a quantità risulta dunque molto concentrata, solo 4 branche spiegano più del 90% del consumo totale a quantità.

Figura 3: Incidenza a quantità prestazioni di specialistica ambulatoriale anno 2006 per branca



- come mostrato in Figura 4, considerando la distribuzione a valorizzazione teorica delle branche si ha una distribuzione molto diversa rispetto a quanto riportato in Figura 3, in quanto la valorizzazione unitaria media delle prestazioni di laboratorio è relativamente più bassa di quella delle altre branche, pertanto l'incidenza a valore delle prestazioni di laboratorio è limitata. In particolare si nota che la branca di laboratorio a valore pesa per il 28,8%, seguita dalla radiologia (23% circa), dalle Altre prestazioni (14%), dalla Nefrologia (9%), dalla Cardiologia (5,7%), dalla Medicina fisica e riabilitazione (3,4%), Medicina nucleare ed Oculistica (entrambe circa 2%): La distribuzione cumulata per branca a valorizzazione teorica risulta dunque molto meno concentrata rispetto a quanto visto a quantità, 8 branche rappresentano quasi il 90% del totale a valorizzazione teorica, delle quali la prima conta meno del 30%.

Figura 4: Analisi dei consumi a valorizzazione teorica prestazioni di specialistica ambulatoriale anno 2006 per branca



Essendo la branca di laboratorio quella che incide maggiormente a valore e quantità merita un approfondimento. Si sono considerati gli 8 settori di laboratorio che riconducibili alla branca e si è valutato quali incidono maggiormente a quantità e valore. È emerso che:

- considerando le quantità il settore che incide maggiormente è la Biochimica clinica e tossicologia, che rappresenta il circa 70% del totale, con un'incidenza leggermente in aumento dal 2004, seguono l'ematologia (circa 13%) ed i prelievi (circa 10%), la microbiologia (circa 10%), a quantità gli altri settori risultano trascurabili;
- anche a valore si registra distribuzione abbastanza concentrata, seppur meno rispetto a quanto visto a quantità: la Biochimica clinica e tossicologia pesa per il 60%, l'ematologia il 12% ed i prelievi il 10%.

Analisi della rete d'offerta

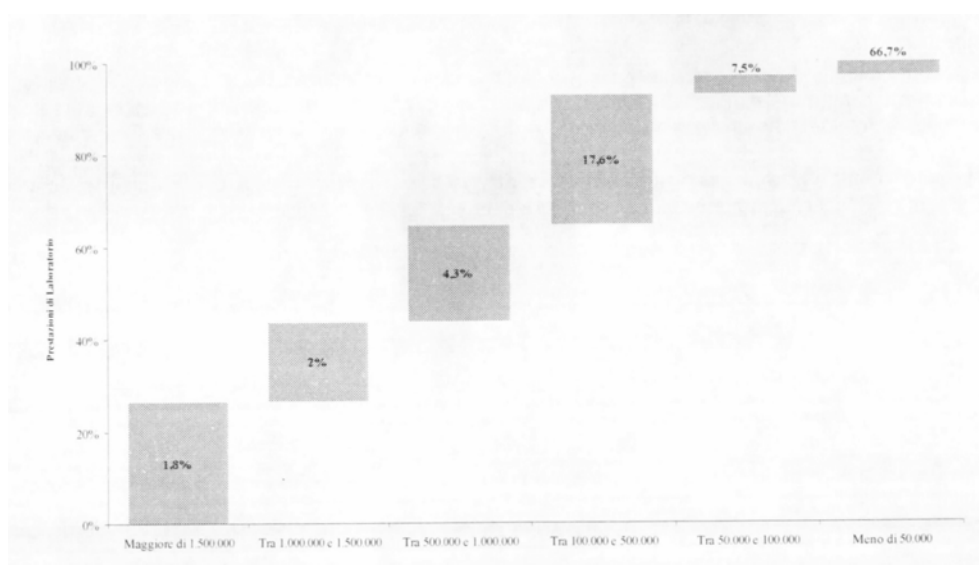
Una degli aspetti di maggiore interesse che è possibile analizzare tramite i dati raccolti con il Sistema di Monitoraggio delle Prescrizioni è la distribuzione della rete d'offerta.

Poiché i volumi di attività variano molto al variare della tipologia di prestazione, le prestazioni di laboratorio sono quantitativamente molto più rilevanti di tutte le altre tipologie di prestazioni, è opportuno prevedere una analisi di dettaglio della distribuzione delle strutture per volumi di offerta diversa per tipologia di prestazione.

In particolare si riporta un'analisi di dettaglio con riferimento alle strutture che erogano prestazioni di laboratorio e di radiologia diagnostica.

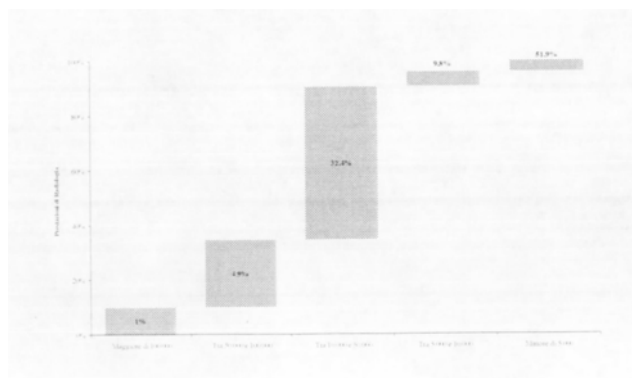
Come riportato in Figura 5, la rete della struttura d'offerta per le prestazioni di laboratorio risulta molto frammentata nonostante gli elevati volumi: solo il 3,8% delle strutture che erogano prestazioni di laboratorio infatti eroga più di un milione di prestazioni, mentre ben il 67% circa eroga meno di 50.000 prestazioni all'anno. complessivamente questa tipologia di strutture eroga circa il 5% del totale delle prestazioni. Si può dunque concludere che per quanto riguarda le prestazioni di laboratorio la maggior parte delle strutture che le erogano presentano bassi volumi di attività annui.

Figura 5: Distribuzione delle strutture che erogano prestazioni di laboratorio per volume di offerta anno 2006



Effettuando la medesima analisi per la radiologia diagnostica, come riportato in Figura 6, si nota che trattandosi di tipologie di prestazioni molto diverse, la distribuzione delle strutture è molto differente, in particolare si nota che circa il 6% eroga più di 50.000 prestazioni all'anno e che la maggior parte delle strutture in questo caso si colloca nella fascia media di volume di attività annuo, ovvero il 32,4% delle strutture ha un volume di attività medio, tra 10.000 e 50.000 prestazioni annue.

Figura 6: Distribuzione delle strutture che erogano prestazioni di radiologia diagnostica per volume di offerta anno 2006



Dati relativi alla specialistica farmaceutica

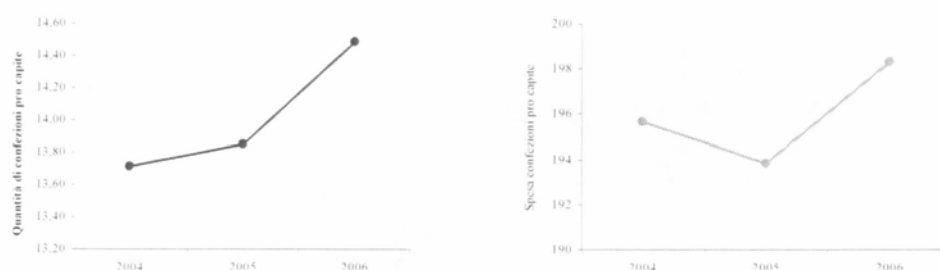
Le prime analisi condotte sui dati condivisi relativi alla specialistica farmaceutica hanno avuto l'obiettivo di verificare la qualità e la completezza degli stessi e di effettuare le prime comparazioni tra le diverse Regioni.

Come per la specialistica ambulatoriale, purtroppo non tutte le Regioni hanno condiviso nell'ambito del NSIS i propri dati e, in particolare, si registra una scarsa presenza delle Regioni del Sud. Nel 2006 hanno partecipato alla sperimentazione 14 Regioni, che però registrano un livello di completezza/qualità del dato molto eterogeneo. Le analisi condotte hanno tuttavia già mostrato evidenze molto interessanti, tra le altre si sono selezionate le seguenti analisi.

Analisi dei consumi a quantità e valore per fascia d'età e sesso

Come si nota in Figura 1, i consumi di farmaci considerando il canale di distribuzione della farmaceutica convenzionata è aumentato sia considerando il consumo pro capite a quantità che a valore.

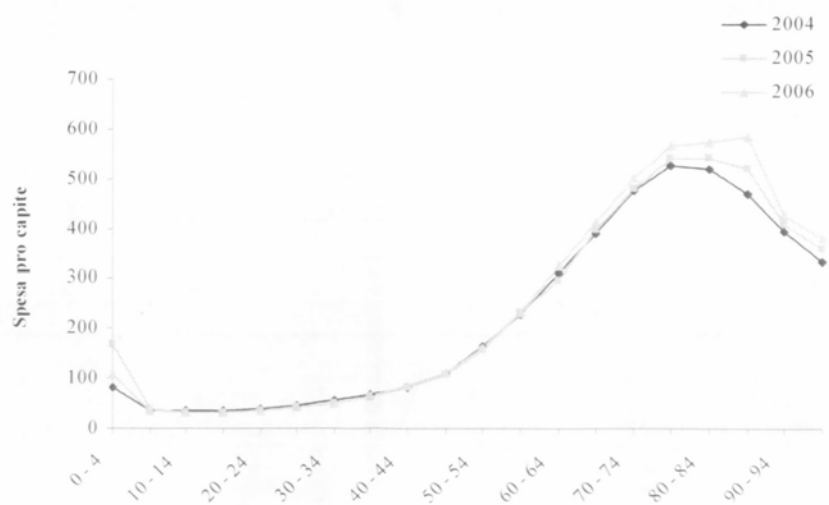
Figura 1: Trend complessivo del fenomeno: andamento a quantità e valore del consumo pro capite anni 2004-2006



Considerando invece il consumo pro capite per fascia d'età, valutato a valore, in Figura 2 si nota:

- un andamento complessivo abbastanza stabile nel triennio 2004-2006, eccetto per quanto riguarda le classi di età molto anziane, di età superiore a 74 anni, per le quali si registra un incremento del consumo pro capite a partire dal 2005 e maggiormente nel 2006. Tale evidenza si ricorda era emersa anche dall'analisi dei dati di specialistica ambulatoriale.
- un picco della spesa farmaceutica per la classi di età molto anziane, età superiore agli 80 anni;
- un andamento molto simile dei consumi di confezioni e della spesa pro capite nelle diverse classe di età: in presenza di un'evoluzione del MIX dei consumi in funzione dell'età il prezzo medio delle terapie farmacologiche rimane simile nelle diverse classi di età;

Figura 2: Andamento spesa pro capite anni 2004-2006



Individuazione degli ATC che pesano maggiormente a valore e a quantità

I gruppi ATC di 1° livello¹ che incidono maggiormente sulla spesa totale risultano: l'ATC C (Sistema cardiovascolare – circa 38% in crescita nel triennio considerato), l'ATC (Apparato gastrointestinale e metabolico – circa 13% anch'esso in crescita nel triennio), ed il J (Antimicrob. per uso sistematico – poco meno del 10% nel 2006, in decrescita nel triennio). Inoltre si rivela che l'ATC che ha registrato la maggiore crescita è l'ATC R (Sistema respiratorio – circa il 7%) mentre gli ATC di terzo livello assolutamente trascurabili sono gli ATC D, V, P (rispettivamente Dermatologici, Vari ed Antiparassitari).

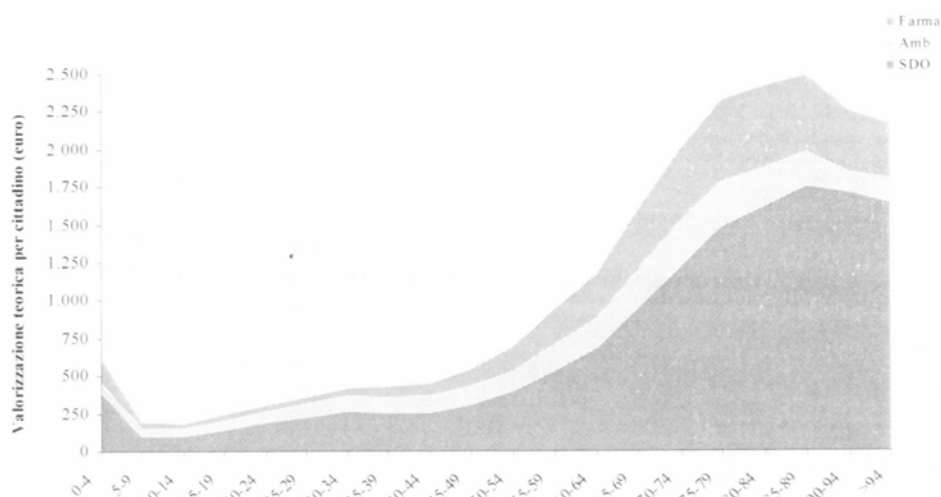
Lettura congiunta dei 3 tipologie di assistenza: ospedaliera, farmaceutica ed ambulatoriale

La sperimentazione relativa alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutica ha consentito di effettuare una lettura trasversale della spesa pro capite su 3 tipologie di assistenza diverse: ospedaliera, farmaceutica ed ambulatoriale.

Dalla Figura 1 si evidenzia:

- un picco di valorizzazione dei consumi, considerando le tre tipologie di assistenza, per la classe 85-89 anni che presenta valorizzazione media totale pari a quasi 2.500 euro;
- un'incidenza delle 3 tipologie di assistenza variabile con la classe di età, in particolare i ricoveri ospedalieri pesano maggiormente sulle classi di età molto anziane (età superiore ai 90 anni), la specialistica ambulatoriale per le classi più giovani (età comprese tra 5 e 14 anni), la specialistica farmaceutica per i bambini tra 0 e 4 anni.

Figura 1: Spesa media per cittadino, per classe di età e per livello assistenziale – anno 2006

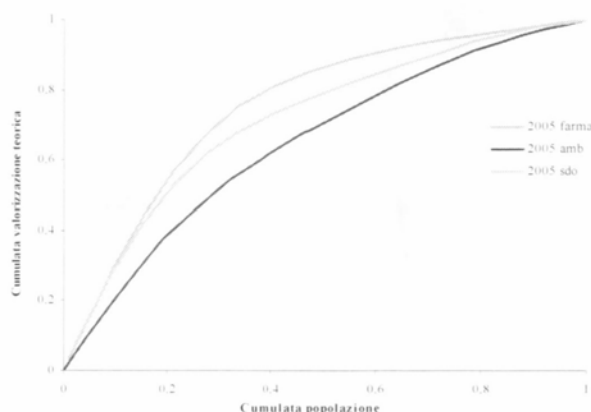


Infine si è studiato il livello di concentrazione della spesa per livello assistenziale (Figura 2) ed è emerso che:

- la farmaceutica è la tipologia di assistenza a maggior concentrazione di consumo: il 45 % della popolazione assorbe circa l'80% della spesa. Per questa tipologia di assistenza dunque la standardizzazione dei consumi per fasce di età risulta particolarmente impattante e imprescindibile per un corretto confronto tra le regioni.
- segue l'assistenza ospedaliera (il 58% della popolazione assorbe l'80% della spesa) e l'assistenza ambulatoriale (il 62% della popolazione assorbe l'80% della spesa).

¹ NOTA: ATC 1° livello: la Classificazione A.T.C. permette di identificare, con livelli di dettaglio progressivamente maggiori, tutti i farmaci e le sostanze ad uso terapeutico. La classificazione è su cinque livelli; il primo identifica il principale organo bersaglio dei farmaci

Figura 2: Cumulata delle prestazioni farmaceutiche, ambulatoriali e di ricovero per popolazione residente – anno 2005
– Valorizzazione teorica



3.4.7 Progetto “Mattoni del NSIS”

Genesi e obiettivi del programma

Il Programma “MATTONI del Servizio Sanitario Nazionale” è stato approvato in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 10 Dicembre 2003 con l'obiettivo di definire e creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Il programma, in quanto iniziativa congiunta Stato-Regioni, rappresenta il primo grande progetto di effettiva collaborazione tra livello centrale e livello locale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) istituito con l'obiettivo di gettare le solide basi per la costruzione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

Il rinnovamento del Sistema Informativo Sanitario è finalizzato a realizzare lo strumento essenziale per il governo della sanità a livello locale, regionale e nazionale, mettendo a disposizione informazioni che, per quantità, qualità e tempestività, possano supportare adeguatamente sia le Regioni, nell'attività di programmazione, organizzazione e controllo sul funzionamento delle strutture sanitarie, sia gli organi centrali nella loro funzione di garanzia dell'applicazione uniforme dei LEA sul territorio nazionale.

La corretta progettazione e sviluppo del NSIS richiedono tuttavia la disponibilità di un linguaggio comune per consentire l'interscambio informativo con i sistemi sanitari regionali. Risulta, inoltre, necessario assicurare che laddove le informazioni vengono create (a livello aziendale), esse siano già strutturate e complete di tutti i dati necessari ai successivi livelli di governo, ovvero alla programmazione interna delle aziende sanitarie, alla politica sanitaria delle Regioni ed al monitoraggio nazionale dei Livelli Essenziali di Assistenza effettivamente erogati da parte del Ministero della Salute.

In particolare si rende necessario disporre di:

- dati classificati e codificati in modo omogeneo;
- approcci omogenei per la creazione, a livello locale, dei dati che vengono successivamente resi disponibili al livello regionale e nazionale del SSN;
- metodologie condivise per la costruzione delle misure per il bilanciamento tra qualità e costi nel sistema sanitario.

A questi elementi comuni è stato dato il nome di “mattoni” del SSN, proprio perché tali elementi rappresentano le fondamenta del sistema informativo sanitario che si sta sviluppando nella sua nuova forma.

Organizzazione e gestione del progetto

Il Programma “Mattoni” è articolato in 15 linee progettuali sviluppate da altrettanti gruppi di lavoro (i 15 Mattoni del SSN). Ogni gruppo di lavoro è costituito da una Regione o Istituzione *Capogruppo*, incaricata di definire contenuti, budget, e di coordinare il comune lavoro insieme ad una Regione *Associata* e a cinque Regioni portatrici di knowhow e di esperienze operative, che costituiscono il *Gruppo di Lavoro Ristretto*, assieme ad esperti e tecnici. In ogni Mattone è stato poi costituito un *Gruppo di Lavoro Allargato*, composto dai rappresentanti regionali delle Regioni che non fanno parte del Gruppo di Lavoro Ristretto, con l'obiettivo di contribuire a definire gli output del Mattone e approvarli.

La Governance del Progetto è stata attribuita alla Cabina di Regia (istituita nel giugno 2002, che rappresenta l'organismo paritetico Stato - Regioni con funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo delle fasi di attuazione del

Nuovo Sistema Informativo Sanitario) e al Ministero della Salute, con il supporto operativo del Raggruppamento di Imprese NSIS (Kpmg Advisory - Capofila, Price WaterhouseCoopers, Sin&retica e Nolan Norton Italia).

I 15 Mattoni del SSN		Capogruppo	Associata
1	Classificazione delle strutture	Veneto	Calabria
2	Classificazione delle prestazioni ambulatoriali	Lombardia	Molise
3	Evoluzione del sistema DRG nazionale	Emilia-Romagna	Basilicata
4	Ospedali di riferimento	Ministero della salute	
5	Standard minimi di quantità di prestazioni	Piemonte	Sardegna
6	Tempi di attesa	ASSR	
7	Misura dell'appropriatezza	Umbria	Trento
8	Misura dell'outcome	Istituto Superiore di Sanità	
9	Realizzazione del patient file	Toscana	Sicilia
10	Prestazioni farmaceutiche	Friuli Venezia Giulia	Valle d'Aosta
11	Pronto Soccorso e Sistema 118	Lazio	Liguria
12	Prestazioni residenziali e semiresidenziali	Marche	Bolzano
13	Assistenza primaria e prestazioni domiciliari	Puglia	Lombardia
14	Misura dei costi SSN	ASSR	Abruzzo
15	Assistenza sanitaria collettiva	Campania	Emilia-Romagna

Il processo approvativo dei risultati elaborati da ciascun mattone è stato articolato secondo diversi livelli (operativi, di condivisione tecnica e di condivisione strategico-politica), che in parte replicano i livelli organizzativi del progetto del Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Questa organizzazione ha garantito diverse forme di controllo e integrazione: sia sui tempi che sulla coerenza dei due progetti in termini di contenuti, in modo tale che entrambe le funzioni venissero garantite in modo differente sui diversi livelli organizzativi.

Le proposte elaborate dal livello operativo, rappresentato dal Gruppo di Lavoro Ristretto, sono state sottoposte all'approvazione del Gruppo di Lavoro Allargato, e solo dopo la validazione di quest'ultimo, venivano sottoposte all'analisi della Cabina di Regia.

In questo modo, con il primo passaggio veniva garantita una condivisione tecnica dei risultati allargata a tutte le regioni, mentre l'approvazione della Cabina di Regia ne garantiva una condivisione strategico-politica.

Ulteriore aspetto rilevante nella gestione del progetto è stata la funzione di coordinamento delle attività, svolta dal Ministero della salute con il supporto del RTI di consulenza, di cui KPMG Advisory è capofila. Tale funzione aveva da un lato l'obiettivo di assicurare il coordinamento delle regioni del GdL ristretto e monitorare lo stato di avanzamento delle attività ed il rispetto dei tempi previsti, da un altro lato aveva lo scopo di garantire la coerenza delle proposte elaborate da ciascun mattone rispetto ai risultati degli altri mattoni, agli obiettivi del NSIS e ad altre attività progettuali correlate (es. applicazione dell'art. 50 da parte del MEF, lavori dei sottogruppi CLEA, ecc.).

Risultati raggiunti

Le attività dell'intero Programma si sono concluse con la Cabina di Regia dell'11 luglio 2007.

Dopo circa tre anni e mezzo di lavoro i 15 Mattoni del SSN (che hanno visto il coinvolgimento di oltre 300 referenti regionali e delle istituzioni centrali, insieme ad esperti del mondo sanitario) hanno raggiunto significativi risultati nelle seguenti aree, che confluiscono tutte nella base dati del NSIS:

- 1) metodologie di misura e analisi dei fenomeni (come Appropriatezza, Tempi di attesa, Outcome, Standard, Costi, ecc);
- 2) classificazione e codifiche di strutture e prestazioni (come Strutture, Prestazioni ambulatoriali, Residenziali, Farmaceutiche, di Ricovero ecc);
- 3) sistemi di anagrafe per la definizione di requisiti per la costruzione di anagrafiche di cittadini, prescrittori, operatori (come Patient File);
- 4) linee guida e raccomandazioni per la raccolta dati e la realizzazione dei sistemi informativi e degli altri strumenti necessari per l'effettuazione delle misurazioni (come le linee guida per la realizzazione del Centro Unico di Prenotazione);

- 5) contenuti informativi propedeutici alla definizione dei tracciati per alimentare il NSIS di tutti i prodotti descritti.

Inoltre, si devono aggiungere anche i risultati in termini di ricerche, attività di ricognizione e approfondimento che ciascun Mattone ha predisposto e che rappresentano un patrimonio di “conoscenza” che è indispensabile valorizzare e diffondere tra gli operatori del Sistema Sanitario Nazionale.

Un altro aspetto da considerare tra i risultati del Programma è rappresentato dalla sperimentazione di un metodo di lavoro comune e innovativo, basato sulla condivisione, coordinamento, trasparenza e comunicazione, che ha favorito il dialogo e il confronto e valorizzato le competenze di tutti gli attori coinvolti.

Si può senz'altro affermare che tutti coloro che hanno partecipato al Programma hanno condiviso un metodo di lavoro e, di conseguenza, hanno imparato a “lavorare insieme”, realizzando un clima di fiducia e di collaborazione tra tutti i protagonisti, un clima misurabile di disponibilità al dialogo e al confronto.

Il Programma, infatti, oltre ad aver prodotto quei risultati frutto del lavoro delle diverse linee progettuali, ha prodotto un importante risultato di sistema, consentendo di definire un comune metodo di lavoro che dapprima ha investito i singoli professionisti che hanno partecipato, poi le regioni e infine un Paese intero.

I Mattoni sono, certamente, uno dei più lunghi, intensi e significativi “progetti e processi” mai svolti all'interno del SSN, non solo perché vedono la partecipazione e cooperazione di tutte le istituzioni e gli “attori” del sistema ma, soprattutto, perché ne stanno dimostrando, con i risultati raggiunti, il senso di responsabilità.

La conclusione del Programma Mattoni rappresenta solo l'inizio di un cammino Stato-Regioni da percorrere insieme verso la realizzazione di un sistema condiviso che garantisca l'equità del diritto alla salute per tutti i cittadini e il miglioramento del Sistema Sanitario Nazionale. Tale orientamento è stato sottolineato dal Ministro della Salute Livia Turco all'Evento conclusivo del Programma che si è svolto il 3 Ottobre 2007 a Roma presso l'Auditorium del Ministero della Salute a Lungotevere Ripa.

3.4.8 Il progetto “Tracciabilità del farmaco” in Italia

Il progetto di “Tracciabilità del Farmaco” ha previsto l'istituzione di una banca dati centrale per la raccolta e la registrazione dei movimenti di ogni prodotto farmaceutico commercializzato in Italia.

Il progetto è nato dall'obbligo comunitario derivante dalla Direttiva 2001/83 /CE rispetto al quale l'Italia è stata uno dei primi paesi ad avviare questa attività.

L'obiettivo del progetto è di monitorare il percorso di ogni singola confezione fra i vari soggetti della filiera, dal produttore fino al singolo utilizzatore, e conoscere in ogni stadio del ciclo di vita del farmaco partendo dai dati di produzione e fornitura dei bollini numerati dei medicinali.

Gli scopi e le finalità derivanti dalla realizzazione del progetto della Tracciabilità sono:

- prevenire e reprimere eventuali attività illegali (contraffazione) a danno della salute pubblica;
- monitorare le confezioni per permettere di contrastare le possibili frodi a danno del Servizio Sanitario Nazionale;
- contribuire alla verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- rendere più efficace l'attività di Farmacovigilanza;
- contribuire alla riduzione degli eventi avversi in ambito ospedaliero dove la tracciabilità è uno strumento utile per garantire il ciclo di approvvigionamento ed assicurare che al paziente venga somministrato il medicinale giusto nella dose corretta.

La realizzazione del progetto offre, tra l'altro numerosi vantaggi, quali:

- possibilità di tradurre il monitoraggio in informazioni di tipo epidemiologico sull'utilizzo dei farmaci in ambito territoriale ed ospedaliero e del loro impatto sulla salute;
- analisi dell'appropriatezza delle prescrizioni e dei consumi mediante dati di elevata qualità;
- monitoraggio puntuale e stima preventiva della spesa farmaceutica a livello nazionale e regionale in relazione al tetto di spesa programmato;
- disponibilità di informazioni più precise a sostegno delle decisioni d'investimento.

Il Decreto del Ministro della salute del 15 luglio 2004 è stata, dunque, data attuazione al progetto di istituzione della banca dati finalizzata al monitoraggio delle confezioni dei medicinali all'interno del sistema distributivo.

Il progetto è stato strutturato per fasi successive: nella Fase 1, iniziata nel 2005 sono registrati i dati relativi ai movimenti in uscita dei produttori, distributori e grossisti; la Fase 2, che prevede invece la registrazione di tutti i movimenti in entrata e in uscita fra i vari attori della filiera, compresi ospedali e farmacie e, successivamente alla Legge 248 del 2006 (Conversione del Decreto Bersani), anche gli esercizi commerciali, è oggetto di studio da parte del Gruppo di lavoro previsto dallo stesso decreto del 15 luglio 2004.

I vari soggetti coinvolti ad oggi sono tenuti alla trasmissione, per ogni movimentazione delle confezioni di medicinale, di tutte le informazioni necessarie ad identificarne la provenienza e la destinazione, in particolare:

- il codice di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC);
- l'identificativo del mittente e del destinatario;
- il lotto di produzione e la data di scadenza;
- il prezzo di aggiudicazione delle forniture dei medicinali alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale o private accreditate;

Nella Banca Dati Centrale sulla tracciabilità confluiscono, pertanto, i dati relativi a:

- fornitura dei bollini autoadesivi numerati che dovranno essere presenti sulle confezioni di medicinali;
- movimenti delle singole confezioni;
- dati relativi al valore economico delle forniture dei medicinali direttamente acquistati dalle strutture del Servizio sanitario nazionale;

Il decreto prevede anche l'integrazione dei dati relativi alle prescrizioni farmaceutiche effettuate per conto delle aziende sanitarie. In particolare, a breve verrà attivato il flusso informativo per la raccolta dei dati relativi alle prestazioni farmaceutiche effettuate in:

- *distribuzione diretta* dei farmaci ovvero la dispensazione di medicinali agli assistiti per la somministrazione al proprio domicilio, per il tramite delle strutture ospedaliere e dei presidi delle aziende sanitarie locali,
- *distribuzione per conto*, cioè la distribuzione ai cittadini di farmaci acquistati dal SSN tramite le farmacie territoriali, pubbliche e private.

3.4.9 Farmacovigilanza più efficiente per una maggiore sicurezza nell'assunzione di medicinali

L'attività di Farmacovigilanza è mirata all'individuazione, valutazione e prevenzione degli effetti indesiderati o di qualsiasi altro problema relativo ai farmaci in modo da assicurare, anche tramite l'adozione di specifiche misure regolatorie, che i medicinali disponibili sul mercato presentino nelle condizioni di utilizzo autorizzate, un rapporto beneficio/rischio favorevole per la popolazione.

La Farmacovigilanza intesa come prevenzione delle reazioni avverse da farmaci non può prescindere da un uso razionale ed appropriato dei farmaci stessi. Per questo accanto all'attività di sorveglianza delle reazioni avverse, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha promosso iniziative di formazione per migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei medici.

Tra gli obiettivi di un Servizio Sanitario Nazionale vi è quello di massimizzare la probabilità di ottenere con gli interventi medico-sanitari gli effetti desiderati e ridurre gli sprechi, facendo in modo che i benefici attesi in termini di salute-benessere eccedano le conseguenze negative dell'intervento stesso. L'appropriatezza è, in questa accezione, un aspetto fondamentale della qualità assistenziale, in una relazione fortemente dinamica con le altre componenti della qualità: sicurezza, efficacia, equità, continuità assistenziale, coinvolgimento del cittadino, efficienza.

Nel caso dei farmaci, una prescrizione può essere considerata appropriata se effettuata all'interno delle indicazioni cliniche e, in generale, all'interno delle indicazioni d'uso (dose, durata, via di somministrazione, interazioni, ecc.) per le quali è stata dimostrata l'efficacia.

Vi sono due modalità principali per valutare l'appropriatezza della prescrizione. La prima è quella di confrontare le modalità di prescrizione con standard predefiniti, costruiti sulla base della migliore evidenza scientifica disponibile; la seconda consiste nell'analisi della variabilità prescrittiva, con l'intento di mettere in evidenza aree sulle quali concentrare l'attenzione e che richiedono approfondimenti successivi. Come per tutti gli altri interventi medico-sanitari, l'interesse al tema della variabilità nella prescrizione di farmaci non è fine a se stesso, ma riguarda la qualità dell'assistenza e i costi, soprattutto in riferimento a quella parte di variabilità non spiegata dalle differenti condizioni di salute. Tuttavia, si deve ricordare che se la variabilità non spiegata indica potenziali problemi di appropriatezza, una maggiore omogeneità, di per sé, non è un sinonimo di qualità prescrittiva.

Pertanto si pone con forza l'esigenza di attivare iniziative che non siano orientate solo sulla, peraltro legittima, operazione di contenimento dei prezzi, ma mirino efficacemente, soprattutto a livello locale, ad operare strategicamente per promuovere l'uso appropriato dei farmaci e ciò nell'interesse collettivo, e soprattutto individuale, dei pazienti che ricorrono a questo importante strumento terapeutico.

L'attività di monitoraggio delle prescrizioni e quella di farmacovigilanza interagiscono tra di loro, infatti l'informazione sui consumi dei farmaci è fondamentale per la farmacovigilanza in quanto consente di quantificare i livelli di esposizione ai diversi farmaci nella popolazione generale.

Al fine di promuovere un impiego del farmaco sempre più appropriato e sicuro, appaiono inoltre necessarie una serie di iniziative di tipo culturale rivolte agli operatori sanitari. L'AIFA assolve a questo compito con diverse iniziative editoriali destinate a medici e farmacisti, quali Newsletter, bollettini, pubblicazioni rivolte alla formazione e

all'aggiornamento professionale, nonché iniziative di formazione a distanza che coinvolgono gli utenti (medici, farmacisti, infermieri) in modo interattivo.

La razionalizzazione dell'uso dei farmaci, quindi, passa attraverso un approccio globale in cui le attività legate all'analisi delle prescrizioni, al monitoraggio delle reazioni avverse e all'informazione scientifica per gli operatori sanitari si muovono sinergicamente nell'ottica di promuovere un uso del farmaco appropriato, sicuro e rispondente alle necessità terapeutiche della popolazione.

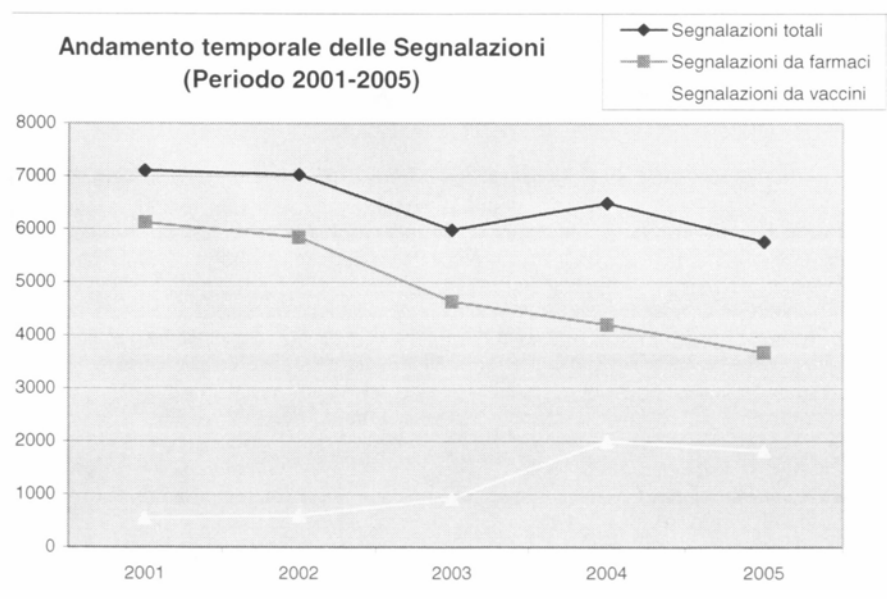
Segnalazioni di reazioni avverse

Tutte le segnalazioni di sospette reazioni avverse (ADRs – *adverse drug reactions*) a farmaci e vaccini verificatesi in Italia, sono registrate nella Rete Nazionale di Farmacovigilanza (RNF) che permette di raccogliere, gestire e analizzare le informazioni in esse contenute. L'inserimento di questi dati all'interno della RNF viene effettuato dai Responsabili di farmacovigilanza delle strutture sanitarie periferiche (A.S.L., A.O., IRCCS) che ricevono le schede di segnalazione di sospette ADRs direttamente dai segnalatori (operatori sanitari e cittadini). La RNF, istituita il 5 novembre del 2001, rappresenta anche uno strumento interattivo che permette la condivisione simultanea e tempestiva di tutte le informazioni correlate alla sicurezza dei farmaci da parte di tutti gli utenti della Rete.

L'analisi dei dati contenuti nella RNF evidenzia che, nel 2005, il numero delle segnalazioni di sospette ADRs è stato pari a 5.770 corrispondente a un tasso di segnalazione di 9,8 per 100.000 abitanti. Confrontando questo dato con quello degli anni precedenti si osserva una diminuzione del numero delle segnalazioni e precisamente rispetto al 2004, nel 2005 il calo delle segnalazioni è pari all'11%, mentre rispetto al 2001 (anno caratterizzato dal caso cerivastatina) il calo è pari al 19%.

Escludendo le segnalazioni di sospette ADRs da vaccini, si osserva che, dal 2001 al 2005, il calo delle segnalazioni relative ai farmaci è pari al 40% e il trend negativo si mantiene costante negli anni. Situazione opposta si registra per le segnalazioni da vaccini per i quali l'incremento è del 225% (Figura 1).

Figura 1



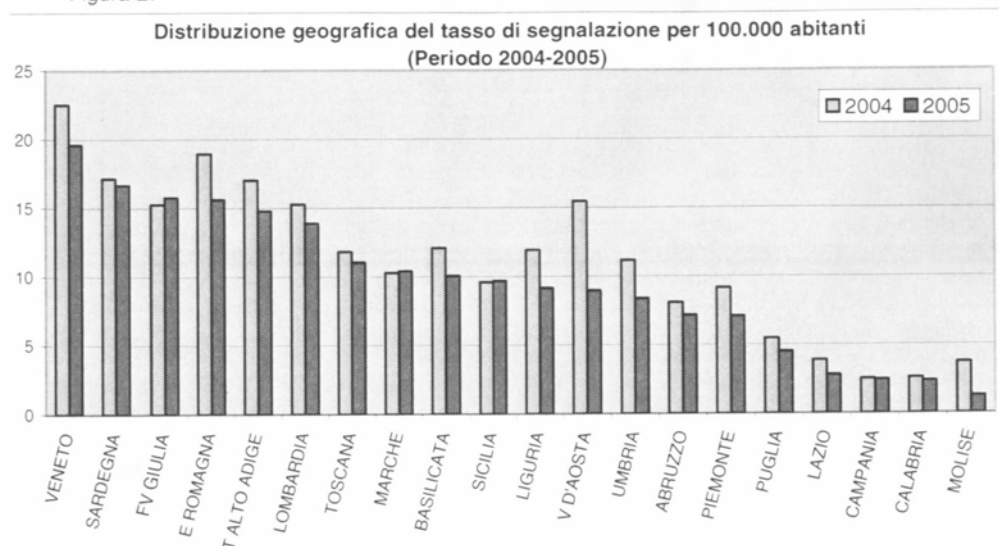
Fonte: Rete Nazionale di farmacovigilanza

L'aumento del numero delle segnalazioni nel 2004 rispetto al 2003 è stato fortemente influenzato dalla segnalazione dei vaccini e in particolare dall'introduzione della nuova scheda di segnalazione unica per farmaci e vaccini, completa di guida alla compilazione. Queste novità hanno portato a una maggiore attenzione al problema delle reazioni avverse da vaccino, dimostrando come sia fondamentale stimolare in modo continuo e costante la segnalazione spontanea.

Come nel 2004 anche nel 2005 le segnalazioni da vaccino costituiscono circa il 30% di tutte le segnalazioni, e la diminuzione delle segnalazioni si registra in entrambe le categorie, farmaci e vaccini.

Il tasso di segnalazione per 100.000 abitanti rimane, per tutte le regioni, ancora al di sotto del gold standard di 30 segnalazioni/100.000 abitanti raccomandato dall'OMS. Il calo delle segnalazioni interessa quasi tutte le regioni ad eccezione della Sicilia. Friuli Venezia Giulia e Marche che registrano un trend leggermente in aumento (Figura 2).

Figura 2.



Fonte: Rete Nazionale di farmacovigilanza

Il trend negativo, iniziato nel 2002, si è accentuato dal 2003 dopo l'entrata in vigore del DL n. 95/2003, con il quale è venuto a mancare l'obbligo della segnalazione delle reazioni non gravi e attese e dopo l'unificazione del flusso e del modello della scheda di segnalazione per farmaci e vaccini, ma probabilmente è anche da collegare ad altri fattori come per esempio l'effetto della depenalizzazione all'obbligatorietà della segnalazione o la scarsa sensibilità degli operatori nei confronti del sistema della segnalazione spontanea in assenza di piani di formazione nazionali.

Nel 2005, le segnalazioni di reazioni "non gravi" sono state 3678 (pari al 64% delle segnalazioni), le "gravi" 1743 (30%) e le "non definite" 349 (6%). La percentuale di ADRs gravi rimane pressoché costante rispetto agli anni precedenti mentre per le ADRs non gravi si registra un trend in aumento. Probabilmente l'aumento delle ADRs non gravi è da attribuire alla netta riduzione delle segnalazioni con gravità non definita la cui percentuale nel 2003 era pari al 39%.

In relazione all'esito delle reazioni avverse, nel 2005 per il 57% dei casi si è avuta una risoluzione completa. Sono inoltre da evidenziare 88 ADRs con esito fatale (1.6% del totale), di cui 30 considerate dai segnalatori come decessi in cui il farmaco può avere contribuito, 15 dovute alla reazione avversa, 10 non dovuti al farmaco, 7 con cause sconosciute e 26 con nessuna altra informazione aggiuntiva. Altri 7 decessi sono stati comunicati in fase di follow-up.

Il maggior numero di segnalazioni proviene dai medici ospedalieri, seguiti dai medici di medicina generale e specialisti. Rimangono numericamente basse le segnalazioni provenienti da altre fonti quali farmacista, dentista, paziente ed aziende farmaceutiche. La maggior parte delle segnalazioni provenienti da fonte ospedaliera risulta grave, a differenza di quelle provenienti da altre fonti, in cui prevale la quota di segnalazioni di ADRs non gravi.

Nel 2005, così come negli anni precedenti, il maggior numero di segnalazioni sono state effettuate per soggetti di sesso femminile (55%). In valore assoluto il più alto numero di segnalazioni si è concentrato nella fascia di età tra 41-60 (21%), mentre in valore percentuale la distribuzione delle segnalazioni per fascia di età è rimasta pressoché uguale a quella dell'anno precedente.

Confrontando i dati del 2005 con quelli del 2001 si osserva un notevole incremento del numero delle segnalazioni nelle prime fasce di età da attribuire all'aumento delle segnalazioni da vaccino (+ 225%).

Per quanto riguarda la gravità, la percentuale più alta di segnalazioni con ADRs gravi rispetto al totale è negli anziani in cui le reazioni gravi superano il 50% a fronte di un valore medio per la popolazione in generale pari al 30%.

Solo il 12 % delle segnalazioni di reazioni avverse del 2005 ha riguardato principi attivi inclusi nell'elenco dei farmaci sottoposti a monitoraggio.

I farmaci maggiormente segnalati ad esclusione dei vaccini (che incidono per il 30% sul totale delle segnalazioni) sono stati gli antimicrobici (J = 46,3%), quelli del sistema nervoso (N = 9,3%), quelli del sistema muscolo scheletrico (M = 8,6%) e del sistema cardiovascolare (C = 8%).

Rispetto all'anno precedente e a fronte di un valore medio di riduzione delle segnalazioni pari a -11%, si osserva una elevata percentuale di riduzione soprattutto per i farmaci del sistema muscolo scheletrico (M) che si riducono del 31,6%, del cardiovascolare (C = -20,5%) e del sistema genito-urinario ed ormoni sessuali (G = -20,4%). In aumento sono invece le segnalazioni per i farmaci del sistema respiratorio (R = +14,4%), di quelli appartenenti alla categoria ATC V (+10,6%) e degli antineoplastici e immunomodulatori (L = +14,4%) (Tabella 4).

Tabella 4. Segnalazioni di ADRs distribuite per categoria ATC (Confronto 2004 e 2005)

Categoria ATC	2004	2005	Variaz % 2005-04	Diff assoluta 2005-2004
J - Antimicrobici	3267	3151	-3,6%	-116
N - Sistema Nervoso Centrale	691	633	-8,4%	-58
M - Muscolo-scheletrico	854	584	-31,6%	-270
C - Cardiovascolare	688	547	-20,5%	-141
B - Ematologici	367	331	-9,8%	-36
L - Antineoplastici	274	300	9,5%	26
A - Gastrointestinale e metabolismo	277	246	-11,2%	-31
V - Vari	217	240	10,6%	23
R - Respiratorio	139	159	14,4%	20
G - Genito-urinario e ormoni sessuali	137	109	-20,4%	-28
H - Ormoni sistemici	56	60	7,1%	4
D - Dermatologici	52	50	-3,8%	-2
S - Organi di senso	56	45	-19,6%	-11
P - Antiparassitari	27	25	-7,4%	-2

Fonte: Rete Nazionale di farmacovigilanza

Altre iniziative di Farmacovigilanza

Parallelamente al meccanismo delle segnalazioni di sospette reazioni avverse da farmaci sono stati attivati dall'AIFA altre iniziative come quelle di Farmacovigilanza attiva per farmaci di particolare importanza clinica. Lo scopo di queste iniziative è stato quello di migliorare la conoscenza delle caratteristiche della popolazione trattata, di valutare la appropriatezza prescrittiva, di migliorare la definizione dei profili di tollerabilità e di identificare variabili predittive per la ottimizzazione del profilo di efficacia. Gli studi di farmacovigilanza attiva attualmente in corso sono numerosi e i trattamenti farmacologici in esame riguardano più patologie come per esempio il trattamento del diabete con i glitazoni, o il trattamento delle sepsi in pazienti con insufficienza d'organo con drotrecogin, o il trattamento della psoriasi grave con i farmaci anti-TNF alfa, i nuovi farmaci antineoplastici, etc.

Inoltre alla farmacovigilanza è stata anche dedicata una intera area di interesse dei bandi della ricerca indipendente sui farmaci promossi e finanziati dall'AIFA. I motivi principali che hanno portato a tale scelta sono stati soprattutto il fatto che alcune popolazioni (donne, anziani, bambini) sono abitualmente poco coinvolte nelle sperimentazioni, come anche la carenza di interesse di mercato a studiare farmaci già in commercio e/o problemi che interessano piccoli gruppi di pazienti e la necessità di migliorare le conoscenze sui farmaci in commercio per identificare le strategie più sicure e più vantaggiose per il Servizio Sanitario Nazionale.

Questi studi sono mirati sia ad approfondire le conoscenze sulla sicurezza dei farmaci e rivalutarne il profilo beneficio-rischio di farmaci in commercio di uso diffuso e/o crescente che a valutare l'impatto di strategie atte a promuovere l'appropriatezza nell'uso dei farmaci. Particolare attenzione è stata posta nel favorire studi rivolti a pazienti complessi e/o fragili (ad es. bambini ed anziani) anche a causa della numerosità ed eterogeneità dei trattamenti che ricevono.

Informazione indipendente per gli operatori sanitari

La razionalizzazione dell'uso dei farmaci passa inevitabilmente attraverso investimenti «culturali» rivolti ai prescrittori e ai distributori del farmaco. In questo senso l'AIFA ha fatto degli investimenti concreti realizzando una serie di

iniziative editoriali destinate all'aggiornamento degli operatori sanitari: *Clinical Evidence* (giunta alla 3ª edizione), la "Guida all'Uso dei Farmaci" (3ª edizione), la "Guida all'Uso dei Farmaci nei Bambini". lo stesso PFN (2003-2005). A queste iniziative editoriali si aggiungono la pubblicazione bimestrale del "Bollettino di Informazione sui Farmaci" indirizzato a tutti i medici e farmacisti e la newsletter "Farmacovigilanza News" specifica per gli operatori del settore della farmacovigilanza. L'impegno editoriale riveste un ruolo molto importante nella strategia fin qui sostenuta volta a far coincidere quanto più possibile la cultura della medicina basata sulle evidenze (EBM) con la politica regolatoria. Innanzitutto i bollettini assolvono alla missione di rendere trasparenti agli utenti le logiche tecnico-scientifiche che sostengono le diverse scelte normative. A ciò si accompagna l'obiettivo di un aggiornamento indipendente. Per quanto riguarda invece i testi di farmacoterapia, l'AIFA ha cercato di produrre degli standard autorevoli di riferimento delle fonti di informazioni utili per un uso appropriato dei farmaci. Nell'ottica di un sempre maggiore coinvolgimento degli operatori sanitari, è stato inoltre realizzato un progetto interattivo di formazione a distanza, denominato Progetto ECCE (Educazione Continua Centrata sull'Evidenza). Si tratta di percorsi formativi basati su casi clinici e che fanno riferimento prevalentemente a revisioni sistematiche. Inizialmente il progetto ECCE è stato disponibile soltanto per i medici; solo nel primo anno (periodo marzo-dicembre 2005) sono stati coinvolti oltre 17.000 utenti (Figura 3). Con la successiva apertura del progetto ECCE anche agli infermieri il numero degli utenti è destinato ad aumentare notevolmente.

Figura 3. Progetto ECCE - Distribuzione regionale delle iscrizioni nel periodo marzo-dicembre 2005



Conclusioni

L'attenzione che i medici rivolgono al problema delle reazioni avverse ai farmaci è inadeguata, mentre invece essa dovrebbe essere una parte importante del lavoro di diagnosi e cura del medico, le cui prescrizioni devono essere effettuate valutando attentamente i benefici e i rischi di ogni farmaco per ogni singolo paziente. In tutti i Paesi europei vi è un calo delle segnalazioni di reazioni avverse da parte dei medici, in parte compensata dalle segnalazioni di altre figure (infermieri, cittadini).

La normativa sulla Farmacovigilanza, che recepisce la Direttiva Europea, sottolinea l'importanza della segnalazione spontanea delle reazioni avverse da farmaci, rafforzando la valenza culturale e scientifica di tale strumento come principale risorsa per l'identificazione dei rischi connessi al trattamento farmacologico.

La struttura operativa e la logica del sistema nazionale di farmacovigilanza mirano, infatti, ad una più completa valutazione del profilo di sicurezza dei farmaci di uso consolidato e all'identificazione precoce dei segnali di rischio per i farmaci di nuova introduzione.

Uno dei principali obiettivi dell'AIFA è quello di promuovere l'impiego sicuro ed appropriato dei medicinali attraverso tutti quegli approcci che possano favorire un uso razionale del farmaco. Con questa logica sono state quindi sviluppate

quelle nuove aree di intervento nell'ambito della ricerca, del monitoraggio e vigilanza e dell'informazione sopradescritte.

3.4.10 Sicurezza alimentare: più tutela per ciò che portiamo in tavola.

L'evoluzione dell'interesse dei consumatori verso la salubrità degli alimenti ha indotto la Commissione Europea e, sul piano nazionale, il Ministero della Salute a considerare come priorità strategica il raggiungimento degli standard più elevati possibili di sicurezza alimentare.

La strada da percorrere a tale scopo si snoda attraverso varie tappe:

1. l'applicazione del nuovo quadro giuridico del settore alimentare che riflette la politica "dai campi alla tavola" andando a coprire l'intera catena alimentare;
2. l'attribuzione al mondo della produzione della responsabilità primaria di una produzione alimentare sicura;
3. l'esecuzione di appropriati controlli ufficiali;
4. la capacità di attuare rapide ed efficaci misure di salvaguardia di fronte ad emergenze sanitarie che si manifestino in qualsiasi punto della catena alimentare;
5. l'attenzione verso nuove problematiche emergenti.

Altrettanto strategico, così come previsto dal Regolamento europeo sulla sicurezza alimentare, è il dovere di comunicazione ai consumatori, i quali devono essere tenuti adeguatamente informati sull'attività degli organismi istituzionalmente preposti ad assicurare la salubrità degli alimenti, sulle nuove preoccupazioni in materia di sicurezza alimentare, sui rischi che certi alimenti possono presentare per determinati gruppi di persone, sulle ripercussioni a livello sanitario di un regime alimentare inappropriato.

La normativa globale sulla sicurezza alimentare è stata racchiusa nel cosiddetto "pacchetto igiene" comprendente quattro Regolamenti Comunitari del Parlamento e del Consiglio fondamentali più alcuni Regolamenti di modifica ed integrazione della Commissione U.E.

La filosofia alla base della normativa sulla Sicurezza Alimentare poggia su alcuni concetti basilari riportati nel Regolamento CE n. 178/2002 il quale stabilisce i principi fondamentali e le procedure della legislazione sulla Sicurezza alimentare ed istituisce l'Agenzia Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA). Tali principi possono essere riassunti con alcuni enunciati:

- Semplificazione della normativa mediante abrogazione di numerose norme verticali dettagliate e contraddittorie.
- Individuazione precisa e puntuale degli attori principali della filiera alimentare e delle loro responsabilità. L'operatore del settore alimentare diventa il responsabile assoluto dell'alimento e della sua sicurezza.
- Attraverso un adeguato sistema di rintracciabilità adotta l'obbligo della trasparenza nei confronti del consumatore ed assicura, qualora venissero meno i requisiti di sicurezza dell'alimento immesso sul mercato, per un rischio o pericolo per il consumatore stesso, il ritiro dal mercato.
- L'Autorità Competente è deputata a verificare i processi di produzione e non, come avveniva precedentemente, dei singoli prodotti.
- L'Autorità Competente, inoltre, svolge attività di controllo ufficiale sviluppata su base di una programmazione integrata tra diverse Autorità che effettuano i controlli (Piani di Controllo Pluriennali Integrati).

I succitati Regolamenti sono entrati in vigore nel 2004 e in piena applicazione dal 1° gennaio 2006, ad eccezione del Regolamento CE n. 178/2002, entrato in vigore nel 2002 ed in applicazione nel 2005.

Per quest'ultimo sono state elaborate Linee guida in accordo con la Conferenza Stato-Regioni relative alla Rintracciabilità dei prodotti alimentari da applicarsi nel corso del 2005.

Nel corso del 2005 sono stati affrontati diversi aspetti applicativi dei Regolamenti d'Igiene (n. 852-853-854 e 882 e successive modifiche ed integrazioni) in collaborazione con le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano. Vengono di seguito riportati i contributi relativi ad alcuni degli aspetti più rilevanti e significativi nel settore della sicurezza alimentare per l'anno 2005:

- Risultati del controllo ufficiale sui residui dei prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale
- Risultati del Piano Nazionale Residui
- Risultati delle notifiche comunitarie attivate dal sistema di allerta
- Attività svolte nell'ambito della promozione di una corretta alimentazione per la prevenzione di patologie correlate a carenze nutrizionali.

Settore controllo ufficiale residui antiparassitari

Il controllo ufficiale sui residui di prodotti fitosanitari (anche denominati antiparassitari o pesticidi) nei prodotti alimentari rappresenta una delle priorità sanitarie più rilevanti nell'ambito della sicurezza alimentare, per garantire un livello elevato di protezione del consumatore.

Il Ministero della Salute – Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti – coordina e definisce in Italia i programmi di controllo ufficiale sui prodotti alimentari, comprendenti anche i piani annuali in materia di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti. Questi ultimi sono parte integrante di un programma coordinato di controllo ufficiale previsto dall'Unione Europea su alimenti di produzione interna e di importazione, volto a conoscere l'effettiva presenza dei livelli massimi consentiti di residui nelle derrate alimentari.

Per l'attuazione di tale programma si fa riferimento al *Decreto Ministeriale del 23 dicembre 1992*, che definisce i piani annuali di controllo sui residui dei prodotti fitosanitari.

Tale Decreto prevede un programma dettagliato di attuazione dei controlli in ambito regionale e delle Province autonome, con l'indicazione tra l'altro del numero minimo e del tipo di campioni da analizzare. La ripartizione dei campioni per ogni Regione e Provincia autonoma è calcolata in base ai dati sul consumo e sulla produzione degli alimenti interessati.

Le analisi per la ricerca di residui di antiparassitari vengono effettuate dai Laboratori pubblici (Agenzie Regionali per la Protezione dell'Ambiente/Presidi Multizonali di Prevenzione e Istituti Zooprofilattici Sperimentali), con il supporto tecnico-scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità. I Laboratori provvedono a trasmettere i risultati delle analisi per via telematica al Ministero della Salute.

I dati del controllo ufficiale sono utilizzati anche dall'Istituto Superiore di Sanità per ricavare una stima dell'assunzione giornaliera dei residui di antiparassitari con la dieta in Italia.

Il presente contributo, riferito all'anno 2005, tredicesimo anno di attuazione del programma di cui al D.M. 23 dicembre 1992, è predisposto ai fini di una puntuale conoscenza dell'andamento dei controlli sui residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale svolti in Italia da tutte le amministrazioni centrali e territoriali.

La natura di questo rapporto riepilogativo fornisce un quadro sia generale che dettagliato sui risultati conseguiti, e inoltre fornisce indicazioni sulle azioni future da intraprendere ad ogni livello istituzionale per migliorare e rafforzare il sistema di controllo ufficiale nazionale sui residui dei prodotti fitosanitari.

Come per il precedente anno, vengono diffuse anche le elaborazioni relative ai risultati sui residui dei prodotti fitosanitari nei cereali e in alcuni prodotti trasformati, quali olio e vino, costituenti importanti della dieta italiana e mediterranea.

Il controllo ufficiale è relativo sia ai prodotti italiani o di altra provenienza destinati ad essere commercializzati nel territorio nazionale che a quelli destinati ad essere spediti in un altro Stato dell'Unione Europea oppure esportati in uno Stato terzo.

I risultati delle analisi effettuate dai Laboratori del S.S.N., riguardanti i programmi nazionali di controllo ufficiale sui residui di prodotti fitosanitari negli ortofrutticoli (ortaggi e frutta), nei cereali, vini ed oli, vengono trasmessi al Centro di raccolta informatizzata del S.I.S. (Servizio Informativo Sanitario) del Ministero della Salute, il quale poi, attraverso il Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti, li raccoglie, li controlla e li elabora.

Di seguito viene riportata una sintesi dei risultati di tale attività nel corso del 2005.

Per una più completa e approfondita conoscenza dei dati riportati, si rinvia alla consultazione del rapporto "Controllo ufficiale sui residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale – Risultati in Italia per l'anno 2005", pubblicato sul sito Internet del Ministero della Salute (www.ministerosalute.it), utilizzando il seguente percorso: *Alimenti e sanità animale/Sicurezza Alimentare/Approfondimenti/Controllo ufficiale alimenti*

Risultati residui di antiparassitari negli ortofrutticoli

Il numero totale di campioni di prodotti ortofrutticoli analizzati nel corso dell'anno 2005 e trasmessi al S.I.S. è stato pari a 6.330 (Tabella 1), valore notevolmente superiore (circa il 44,9%) al numero minimo di campioni indicato nel D.M. 23/12/92, pari a 4.370, come illustrato Tabella 2.

I campioni risultati non regolamentari sono stati 60 su 3.443 (1,7%) per la frutta, e 32 su 2.887 (1,1%) per gli ortaggi.

L'incidenza percentuale dei residui sull'esito del campionamento è riportata nella Tabella 1 e relativo Grafico 1.

**RISULTATI DEL CONTROLLO UFFICIALE SUGLI ORTOFRUTTICOLI
RIEPILOGO DEI RISULTATI ANALITICI - ANNO 2005**
Incidenza dei residui di pesticidi sull'esito del campionamento

	Totale campioni	Campioni regolari				Campioni con residui superiori al limite di legge	campioni con residui superiori al limite di legge (%)
		Campioni privi di residui rilevabili	Campioni privi di residui rilevabili (%)	Campioni con residui inferiori al limite di legge	Campioni con residui inferiori al limite di legge (%)		
Frutta	3.443	1.754	50,9	1.629	47,3	60	1,7
Ortaggi	2.887	2.411	83,5	444	15,4	32	1,1
Totale	6.330	4.165	65,8	2.073	32,7	92	1,5

Tab. 1



Graf. 1

Fonte: Ministero della salute - Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti. Direzione Generale della sicurezza degli alimenti e della nutrizione.

Con riguardo alle attività di campionamento, gli alimenti maggiormente campionati sono stati:

- **per gli ortaggi** – pomodori, patate, lattughe, carote, zucchine, peperoni, cipolle, finocchi, fagioli, cetrioli;
- **per la frutta** – mele, pesche-pesche noci, pere, arance, fragole, uve, limoni, clementine albicocche, ciliegie.

Fra le sostanze attive maggiormente contaminanti, troviamo:

- **nei campioni di ortaggi**: carbofuran, clorfenvinfos, clorothalonil, clorpirifos, clorprofam, cyprodinil, difeconazolo, dimethoate, endosulfan;
- **nei campioni di frutta**: acefate, azinfos-metile, bitertanolo, cipermetrina, clorfenson, clormequat, clorotalonil, clorpirifos.

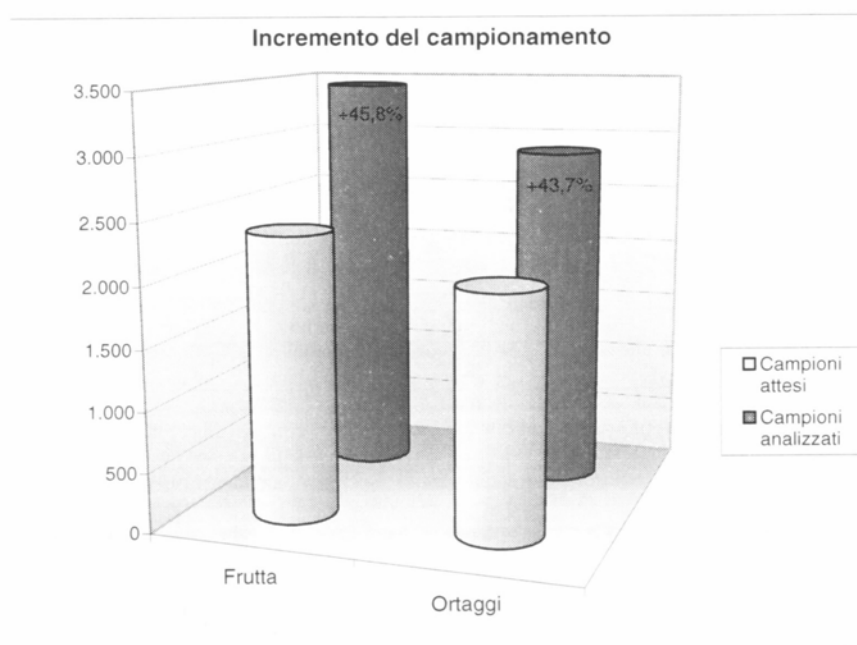
Dall'esame dei dati risulta, infine, che i prodotti che hanno presentato irregolarità sono stati, in ordine decrescente:

- **per gli ortaggi**: prezzemolo (16,7%), sedani (6,1%), finocchi (4,3%), fagiolini (3,3%), bietole da costa (3,2%), lattuga (2,6%), carote (1,5%), carciofi (1,4%), patate (1,4%).
- **per la frutta**: cachi (48,4%), ribes (20,0%), ciliege (2,8%), fragole (2,4%), mele (1,8%), banane (1,4%), kiwi (1,4%), limoni (1,4%), pesche-pesche noci (1,4%).

RISULTATI DEL CONTROLLO UFFICIALE SUGLI ORTOFRUTTICOLI RIEPILOGO DEL CAMPIONAMENTO - ANNO 2005

	Campioni attesi	Campioni analizzati	Differenza tra campioni attesi e campioni analizzati	% di incremento	Matrici alimentari analizzate
Frutta	2.361	3.443	1.082	45,8	55
Ortaggi	2.009	2.887	878	43,7	57
Totale	4.370	6.330	1.960	44,9	112

Tab. 2



Graf. 2

Fonte: Ministero della salute - Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti. Direzione Generale della sicurezza degli alimenti e della nutrizione.

Risultati residui di antiparassitari nei cereali, olio e vino

I risultati del monitoraggio dei residui di antiparassitari sui cereali, oli e vini, sono riportati nella Tabella 3. Complessivamente sono stati analizzati 802 campioni, di cui 2 sono risultati non regolamentari, con una percentuale di irregolarità pari a 0,2%.

I campioni di cereali (riso, frumento tenero e frumento duro) analizzati sono stati 254, e sono risultati tutti regolamentari.

I campioni di olio analizzati (olio di oliva extra vergine, olio di oliva e olio di semi) sono stati 110, di cui nessuno irregolare.

I campioni di vino analizzati sono stati 438, di cui 1 non regolamentare (0,2%).

**RISULTATI DEL CONTROLLO UFFICIALE SU CEREALI, OLIO E VINO
RIEPILOGO DEI RISULTATI ANALITICI - ANNO 2005**

Incidenza dei residui di pesticidi sull'esito del campionamento

	Totale campioni	Campioni regolari				Campioni con residui superiori al limite di legge	campioni con residui superiori al limite di legge (%)
		Campioni privi di residui rilevabili	Campioni privi di residui rilevabili (%)	Campioni con residui inferiori al limite di legge	Campioni con residui inferiori al limite di legge (%)		
Cereali	254	216	85,0	37	14,6	1	0,4
Olio	110	101	91,8	9	8,2	0	0,0
Vino	438	268	61,2	169	38,6	1	0,2
Totale	802	585	73,0	215	26,8	2	0,2

Tab. 3

Fonte: Ministero della salute - Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti. Direzione Generale della sicurezza degli alimenti e della nutrizione.

Conclusioni generali sul controllo ufficiale dei residui antiparassitari

La presente relazione descrive il sistema di controllo ufficiale dei prodotti alimentari attuato in Italia e presenta i relativi risultati del programma nazionale sui residui dei prodotti fitosanitari (antiparassitari) negli alimenti di origine vegetale per l'anno 2005.

L'anno 2005 rappresenta il tredicesimo anno di attuazione di tale programma.

In essa vengono illustrate le elaborazioni relative ai risultati sui residui dei prodotti fitosanitari nella frutta e negli ortaggi, nonché nei cereali ed in alcuni prodotti quali oli e vino, costituenti importanti della dieta italiana e mediterranea.

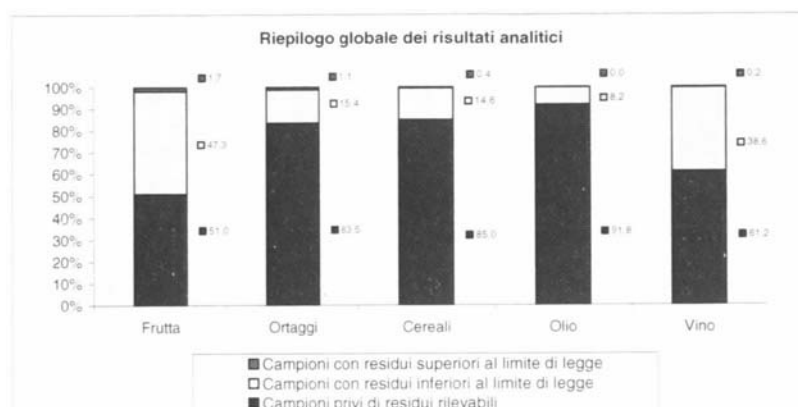
I dati del programma nazionale di controllo ufficiale sui residui di prodotti fitosanitari negli ortofrutticoli mostrano, per il 2005, che il numero dei campioni analizzati e trasmessi al Ministero della Salute dai Laboratori Pubblici, coordinati dalle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, è pari a 6330. Globalmente il numero di campioni è superiore di circa il 44,9% rispetto al numero minimale previsto dal Piano Nazionale Residui Antiparassitari, fissato dal D.M. 23.12.1992.

Il riepilogo globale (Tabella 4 e relativo Grafico 4) riguardante i risultati analitici su tutte le matrici alimentari presentate (frutta, ortaggi, cereali, olio e vino) mostra che sono stati analizzati 7.132 campioni, di cui 94 sono risultati non regolamentari (1,3%).

**RISULTATI DEL CONTROLLO UFFICIALE SUGLI ORTOFRUTTICOLI
RIEPILOGO GLOBALE DEI RISULTATI ANALITICI - ANNO 2005**

	Totale campioni	Campioni regolari				Campioni con residui superiori al limite di legge	campioni con residui superiori al limite di legge (%)
		Campioni privi di residui rilevabili	Campioni privi di residui rilevabili (%)	Campioni con residui inferiori al limite di legge	Campioni con residui inferiori al limite di legge (%)		
Frutta	3.443	1.754	51,0	1.629	47,3	60	1,7
Ortaggi	2.887	2.411	83,5	444	15,4	32	1,1
Cereali	254	216	85,0	37	14,6	1	0,4
Olio	110	101	91,8	9	8,2	0	0,0
Vino	438	268	61,2	169	38,6	1	0,2
Totale	7.132	4.750	66,6	2.288	32,1	94	1,3

Tab. 4



Graf. 4

Fonte: Ministero della salute - Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti. Direzione Generale della sicurezza degli alimenti e della nutrizione.

Per confronto, il rapporto dell'Unione Europea relativo al monitoraggio di residui di pesticidi in prodotti di origine vegetale (frutta, ortaggi, cereali) per l'anno 2004, indica che sono stati globalmente analizzati circa 55.395 campioni. Di questi il 53,0% non conteneva residui di antiparassitari rilevabili, nel 42,0% erano presenti residui al di sotto dei limiti massimi consentiti, ed il 5,0% erano irregolari.

In tutti i prodotti analizzati sono state effettuate complessivamente 686.326 determinazioni, di cui 106 (0,015%) sono risultati con residuo superiore al limite di legge.

Le analisi sono generalmente eseguite attraverso metodi multi-residuo capaci di determinare fino a 100 o più sostanze attive. I dati del controllo ufficiale per l'anno 2005 confermano la tendenza decrescente delle irregolarità registrate negli ultimi anni e configurano una situazione in progressivo miglioramento dal punto di vista della sicurezza dei prodotti alimentari, in linea con i risultati degli altri paesi dell'Unione Europea.

Settore Piano Nazionale Residui

Il Piano Nazionale Residui (PNR) è un programma di sorveglianza e di monitoraggio della presenza, negli animali e negli alimenti di origine animale, di residui di sostanze chimiche che potrebbero essere dannose per la salute pubblica. Esso viene elaborato annualmente dal Ministero della Salute, di concerto con le Regioni e Province Autonome, con il Laboratorio Nazionale di Riferimento per i residui e con gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali, ai sensi del DLgs 336/99 (oggi abrogato e sostituito dal DLgs 158/2006), norma di recepimento delle Direttive comunitarie 96/22/CE e 96/23/CE concernenti il divieto di utilizzazione di talune sostanze ad azione ormonica,

tireostatica e delle sostanze beta agoniste nelle produzioni animali e le misure di controllo su talune sostanze e sui loro residui negli animali vivi e nei loro prodotti.

Il PNR viene effettuato mediante l'analisi di campioni prelevati in fase di produzione primaria (allevamenti e stabilimenti di prima trasformazione) ed interessa diversi settori produttivi: bovini, suini, ovi-caprini, equini, volatili da cortile, conigli, acquacoltura, selvaggina, latte, uova e miele.

Le sostanze da cercare sono riportate nell'allegato I della Direttiva 96/23/CE e sono suddivise in due categorie principali: categoria A, sostanze ad effetto anabolizzante e sostanze non autorizzate, e categoria B, medicinali veterinari e agenti contaminanti.

Il PNR viene attuato sull'intero territorio nazionale nel corso di un anno solare. Pertanto, sulla base del Piano emanato dal Ministero della Salute, gli Assessorati regionali e delle Province Autonome provvedono ad elaborare i singoli Piani Regionali, suddividendo i campioni di propria competenza tra le diverse Aziende Sanitarie Locali del territorio i cui Servizi Veterinari effettuano i prelievi. I campioni vengono quindi conferiti agli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IIZZSS) che provvedono all'effettuazione delle analisi.

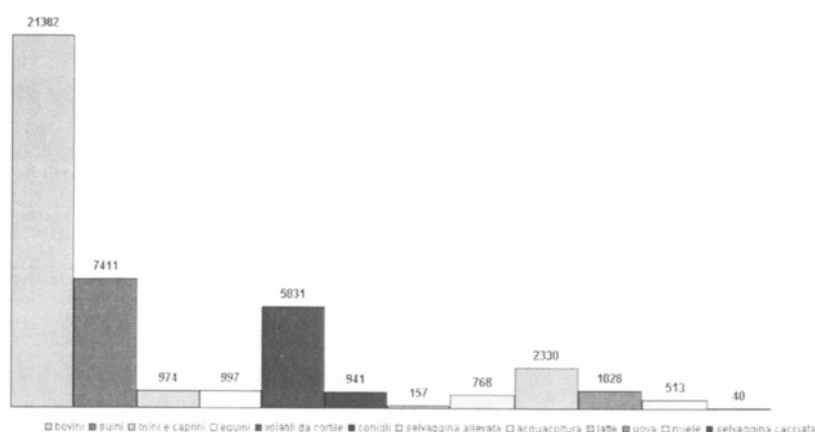
La programmazione annuale ed i risultati del PNR sono oggetto di valutazione da parte della Commissione Europea. A tal fine, il PNR ed i relativi dati di attività sono oggetto di un corposo flusso informativo che interessa il Ministero della Salute, gli Assessorati, gli IIZZSS e la Commissione Europea.

In applicazione del PNR 2005 sono stati analizzati complessivamente 42372 campioni di cui 267 (pari allo 0.63%) sono risultati non conformi.

In particolare, sono state riscontrate 69 non conformità per sostanze della categoria A e 198 per la categoria B. Va fatto notare che 165 delle 198 non conformità per la categoria B, cioè il 62% di esse, è legato al riscontro di sostanze contaminanti e non è imputabile, quindi a trattamenti illeciti con sostanze vietate o all'uso improprio di sostanze autorizzate.

Nel Grafico allegato è riportato il numero di campioni effettuato per ciascun settore produttivo.

PNR 2005
attività



Il sistema di allerta comunitario

Il sistema rapido di allerta comunitario notifica in tempo reale i rischi diretti o indiretti per la salute pubblica connessi al consumo di alimenti o mangimi in tutto il territorio della Comunità europea. In ambito nazionale, i controlli e le attività di vigilanza sono svolti dalle ASL e dagli uffici di ispezione frontiera (PIF), gli uffici veterinari per gli adempimenti Comunitari (UVAC) e gli uffici di sanità marittima ed aerea (USMAF). L'attività del sistema di allerta prevede il ritiro di prodotti pericolosi per la salute umana o animale in tutto il territorio della comunità. Nel caso di rischio grave ed immediato (esempio tossina botulinica), oltre a disporre immediatamente il sequestro dei prodotti tramite l'intervento del Comando Carabinieri per la tutela della salute, la procedura di emergenza può essere integrata con comunicati stampa. In questo caso vengono informati i cittadini sul rischio legato al consumo di un determinato prodotto e sulle modalità di riconsegna dell'alimento alla ASL territorialmente competente. Le notifiche sono utilizzate anche per una sorveglianza e uno studio statistico sull'incidenza di alcune contaminazioni. Lo scopo della sorveglianza è di rinforzare, a livello territoriale o degli uffici periferici del Ministero (porti, aeroporti), il livello di attenzione e di controllo.

Trimestralmente e annualmente vengono redatti appositi rapporti, pubblicati sul portale del Ministero della Salute (www.ministerosalute.it), per evidenziare il lavoro che le autorità competenti garantiscono ai fini della prevenzione dei rischi alimentari, attraverso la tempestività delle azioni e degli interventi adottati.

Di seguito è riportata una sintesi delle principali attività svolte nel corso dell'anno 2005.

Risultati delle notifiche comunitarie attivate dal sistema di allerta

Nel corso dell'anno 2005 vi è stato un notevole incremento delle allerta comunitarie correlabile anche all'aumento dei Paesi Membri. Complessivamente sono state trattate 3227 notifiche (90 delle quali riguardanti la sola alimentazione animale). Si precisa che varie notifiche inoltrate da questa Amministrazione, dopo una valutazione dei servizi della Commissione, non sono entrate nel sistema di allerta Comunitario. Questa differenza è riferibile, nella maggior parte dei casi, ad una non armonizzazione dei limiti e ad una diversa norma nazionale rispetto a quella di altri Paesi membri. Ciò ha comportato, in alcuni casi, una differenza nel numero di notifiche effettuate dall'Italia, soprattutto per alcuni respingimenti.

Per quel che concerne l'attività di vigilanza in ambito nazionale, sono giunte 181 segnalazioni dagli Assessorati alla Sanità, dalle ASL e dal Comando Carabinieri per la tutela della salute.

Gli Uffici periferici del Ministero della Salute hanno notificato, nell'anno 2005, 533 irregolarità (494 nel 2004). Tra queste, 126 notifiche sono giunte dai PIF (23.6 %), 203 dagli UVAC (38.1 %) e 204 notifiche dagli USMAF (38.3%).

Nel corso dell'anno, sono state diramate 190 segnalazioni di allerta agli Assessorati alla Sanità delle regioni e province autonome di Trento e Bolzano, per l'adozione dei provvedimenti di competenza, a seguito di allerta comunitarie che hanno interessato il territorio nazionale o prodotti alimentari italiani.

Nell'ambito delle classi di alimenti analizzati (di origine animale o vegetale), le irregolarità riscontrate sono sia di natura igienico sanitaria (contaminanti microbiologici, residui di antiparassitari, metalli pesanti, micotossine, stato di conservazione, additivi e coloranti) sia di natura formale-merceologica (etichettatura non conforme dal punto di vista sanitario, frodi).

I maggiori contaminanti microbiologici (con il numero di segnalazioni) riguardano la *Salmonella* (364), la *Listeria* (117), *E.Coli* e coliformi fecali (65) ed il *Vibrio Parahaemolyticus* - *Vibrio Cholerae* (21). Si segnala, inoltre, il riscontro di larve di *Anisakis* in prodotti della pesca (15) e di *Campylobacter* (10), per lo più in prodotti a base di carne.

I maggiori contaminanti chimici riguardano la presenza di micotossine (1007), metalli pesanti (195) e del colorante Sudan (237) riscontrato in peperoncino, spezie ed altri prodotti alimentari. Molte segnalazioni hanno riguardato anche altri coloranti non ammessi, tra questi Para Red (42), l'Eritrosina (4) e la Rodamina (4). Tra gli inibitori batterici sono stati riscontrati principalmente i nitrofurani e loro metaboliti, il cloramfenicolo ed altri derivati diazinici-sulfamidici o macrolidi. Alcune delle notifiche relative al cloramfenicolo si riferiscono a miele (16), mentre 42 notifiche hanno riguardato il riscontro di cloramfenicolo, macrolidi, nitrofurani e sulfamidici in pappa reale contaminati.

Tra i metalli pesanti, i maggiori contaminanti riscontrati sono stati il Mercurio, il Cadmio e il Piombo.

Tra le micotossine, oltre alle aflatossine, si segnala, in particolare, il riscontro di Ocratossina A (44 notifiche), Fumonisine (2 notifiche) e Patulina (7 notifiche).

La maggior parte delle notifiche per istamina (21) è correlata alla presenza di quest'ultima in tranci di tonno, che l'anno precedente aveva causato, in Italia, diversi casi di istaminosi. Questi episodi sono correlati al trattamento del tonno con il monossido di carbonio (60 segnalazioni). Vi sono state, inoltre, 5 segnalazioni sulla presenza di diossina, riscontrata in mangimi e pre-miscele, ed un incremento delle segnalazioni riguardanti la migrazione totale in prodotti destinati a venire a contatto con gli alimenti (complessivamente 30 segnalazioni), di origine prevalentemente cinese. Vi sono state anche 50 segnalazioni riguardanti il riscontro di malachite verde e leuco-malachite in prodotti della pesca.

Nel corso dell'ultimo trimestre 2005 sono state notificate alla Commissione europea 61 allerta che hanno coinvolto varie tipologie di alimenti imballati in Tetrapak, in cui è stato riscontrata la presenza di ITX. Nel corso delle indagini sull'origine e sulla natura del contaminante si è appreso che si tratta di un colorante chimico (isopropyltioxantone) impiegato nell'etichettatura dell'imballaggio ("Tetrapak") di alcuni alimenti che viene prodotto principalmente in Olanda.

Tale riscontro ha comportato l'immediato sequestro sul territorio nazionale della merce contaminata da parte delle Autorità preposte. Tali misure, attivate già dal primo momento con la collaborazione del NAS e del Corpo Forestale dello Stato, avevano comportato il ritiro immediato dal commercio dei lotti del prodotto segnalato, non idoneo al consumo umano, l'estensione delle analisi di controllo ad altri lotti, nonché indagini sulla distribuzione nazionale e comunitaria della merce contaminata. Comunque nel mese di novembre anche l'EFSA (Autorità Europea sulla Sicurezza degli Alimenti) ha espresso un parere scientifico in merito alla non genotossicità acuta della sostanza contaminante. Ad oggi, su tutto il territorio nazionale continua la vigilanza e vengono effettuati specifici controlli al fine dell'individuazione e del sequestro di merce contaminata dall'ITX. Da parte sua, la Tetrapak si è impegnata a utilizzare entro la fine del 2005, una tecnologia di stampa alternativa. E' recentissima la comunicazione da parte della Commissione Europea che verrà notificato, in caso di riscontro di ITX, lo Stato che produce l'imballaggio.

Le irregolarità di altro tipo, riguardano in modo preponderante merce con etichettatura non regolamentare dal punto di vista sanitario, importazioni illegali di prodotti alimentari (28) ed anche presenza di corpi estranei (80). Varie notifiche

hanno riguardato anche merce in cattivo stato di conservazione attraverso i controlli all'importazione, ma anche attraverso indagini mirate svolte dal Comando Carabinieri per la tutela della salute.

Per quanto riguarda l'alimentazione animale si evidenzia, rispetto all'anno precedente, un incremento di segnalazioni (63 notifiche nel 2004 e 90 nel 2005). In particolare, si sono ricevute 49 segnalazioni per riscontro di salmonella, 5 di diossina in prodotti destinati all'alimentazione animale, mentre 23 segnalazioni riguardano la presenza di frammenti di ossa e/o proteine animali.

Si assiste, inoltre, ad un incremento dei controlli sul territorio nazionale, come si evidenzia dal numero di notifiche di allerta pervenute dalla vigilanza nazionale: passando da 1 sola segnalazione nel 2004 alle 11 del 2005.

Nell'ambito delle classi analizzate di contaminanti, emergono alcuni dati significativi, riassunti in Figura 1 (confrontabili con quanto riscontrato nell'anno 2003 e 2004).

Figura 1: incidenza di alcuni contaminanti anni 2003-2005

CONTAMINANTE	ANNO 2005 INCIDENZA TRA TUTTE LE SEGNALAZIONI	Confronto anno 2004 %	Confronto anno 2003 %
<i>Salmonelle</i>	11,3 ↑	8,5 ↓	10,2
<i>Listeria</i>	3,6 ↓	4,1 ↑	3,1
<i>Metalli pesanti</i>	6,0 ↑	3,6 ↓	9,6
<i>Colorante Sudan</i>	7,3 ↓	10,4 ↑	6,9
<i>Vibrio Parahaemolyticus -Vibrio Cholerae</i>	0,6 ↓	1,5 ↓	2,5
<i>Istamina</i>	0,6 ↓	1,6 ≈	1,1

Fonte: Ministero della salute-DSPVNSA

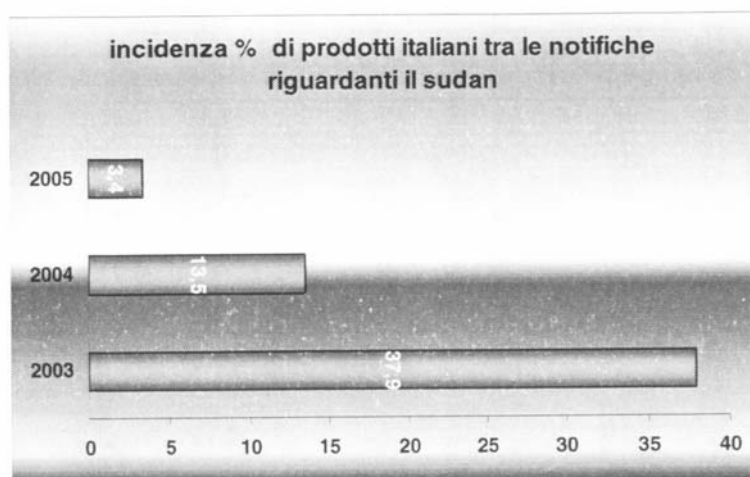
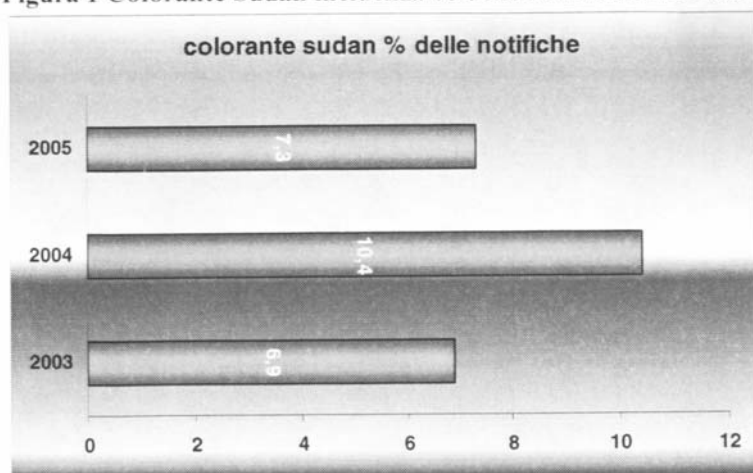
Si segnala in particolare la diminuzione di allerta relative al *Vibrio Parahaemolyticus -Vibrio Cholerae* nei prodotti della pesca, della *Listeria*, delle alte concentrazioni di istamina in tonno e del colorante Sudan se riferite all'anno 2004.

Risultati generali sulla sorveglianza, monitoraggio e gruppi di lavoro

I dati raccolti hanno permesso di monitorare alcune problematiche sanitarie significative, predisponendo sia delle comunicazioni rinforzate per alzare il livello dei controlli in ambito nazionale, sia l'istituzione di appositi gruppi di lavoro per un approfondimento tecnico-scientifico. Di seguito è riportata una sintesi dei principali monitoraggi svolti nel corso dell'anno 2005 a seguito dell'attività di sorveglianza.

Colorante Sudan: Sulla base dei dati si è evidenziato, nonostante la persistenza e incidenza della problematica relativa ai coloranti, un calo di segnalazioni sui prodotti di origine italiana ed un aumento del riscontro del colorante su altri prodotti alimentari. La sorveglianza ha portato ad una analisi più approfondita della problematica, in base alla quale è stato predisposto, nel corso dell'anno 2004, un piano di monitoraggio a livello nazionale, che sembra aver dato risultati. Infatti, nell'anno 2003 sono state ricevute, relativamente alla presenza di colorante Sudan riscontrato in spezie piccanti e peperoncino di origine Indiana, 122 notifiche attraverso il sistema di allerta. Alcune di queste notifiche hanno riguardato prioritariamente i prodotti di ditte italiane commercializzati all'estero, che sono risultati essere 49 (37.98%). Nel corso dell'anno 2004 sono state invece ricevute complessivamente 273 notifiche. Tra queste, 37 hanno riguardato i prodotti italiani commercializzati all'estero (13.5%). Nel corso dell'anno 2005 sono state ricevute complessivamente 237 notifiche. Tra queste, 8 notifiche hanno riguardato i prodotti italiani (3.4%), evidenziando un calo significativo, rispetto agli anni precedenti (Figura 1).

Figura 1 Colorante Sudan incidenza % delle notifiche anni 2003-2005

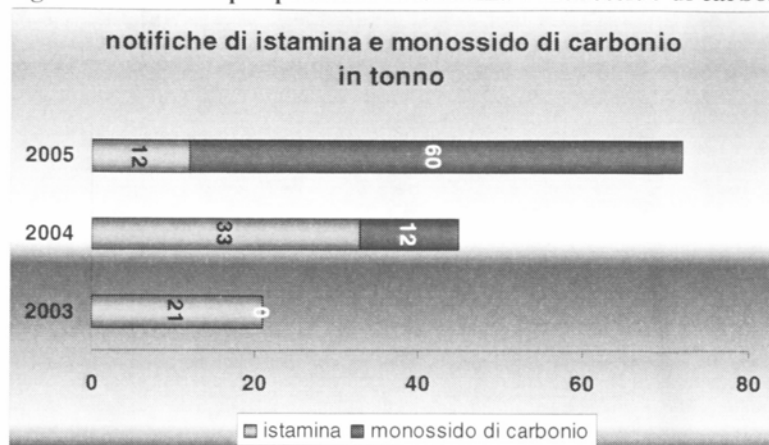


Monossido di Carbonio in tonno: Nell'anno 2004, sono state segnalate alla Commissione europea 39 notifiche riguardanti la presenza di istamina in pesce, di cui 31 riguardavano il tonno in molti casi refrigerato e confezionato sottovuoto dall'Olanda. In prevalenza, l'origine del prodotto era Indonesiana ed in 12 casi si è evidenziata una correlazione tra elevati livelli di istamina e trattamento con monossido di carbonio.

Il trattamento con monossido di carbonio viene effettuato per aumentare la conservazione dell'alimento, in quanto batteriostatico, e perciò inibente la moltiplicazione batterica, responsabile del deterioramento del prodotto e della elevata produzione di istamina. Il suo utilizzo è tuttavia vietato nella Unione europea. In Olanda la legislazione nazionale prevede che il tonno così trattato può essere commercializzato esclusivamente sul mercato olandese e non nei Paesi dell'Unione europea.

E' stato evidenziato che il tonno che subisce tale trattamento può risultare non conforme per l'inspiegabile alta presenza di istamina che si forma dopo l'apertura dell'involucro che confeziona il prodotto in questione. Tale trattamento produce un colore anomalo rosso vivo, permettendo anche ad un esame visivo il suo riconoscimento ed il blocco dell'importazione. Nell'anno 2003 si erano registrati in Italia numerosi casi di istaminosi correlati al consumo di tonno. Nel corso degli anni vi è stato un maggior controllo, come si evidenzia da un aumento delle allerte per il trattamento con monossido di carbonio di tonno (60 segnalazioni solo nel 2005) ed una diminuzione di riscontro di istamina, come riassunto in Figura 2.

Figura 2: notifiche per presenza di istamina e monossido di carbonio in tonno

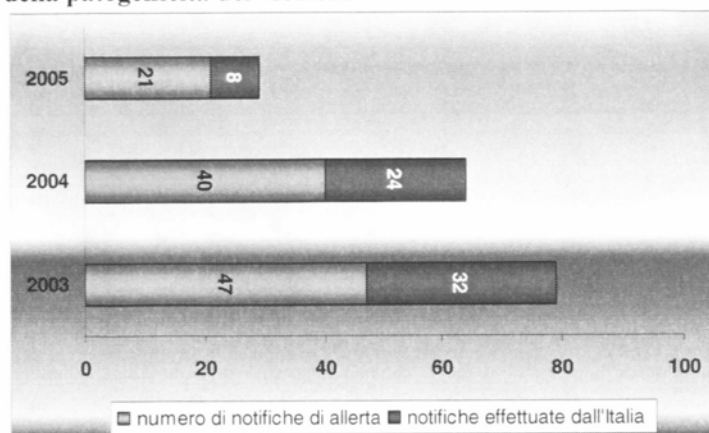


Gruppo di lavoro sul *Vibrio Parahaemolyticus*: Per valutare l'elevato numero di allerta effettuate dall'Italia negli anni precedenti per la presenza di *Vibrio Parahaemolyticus*, è stato deciso di istituire un piano di monitoraggio, con uno studio mirato svolto in collaborazione con l'ISS. Parallelamente alle comuni analisi di routine, svolte dai laboratori per l'identificazione del vibrione, dovevano essere individuati i ceppi tossigeni, distinguendoli da quelli ambientali.

Il piano di monitoraggio si è formalmente concluso il 26 maggio 2005. Sulla base dei dati pervenuti, si è evidenziato che su 93 campioni in cui era stata identificata la presenza del *Vibrio Parahaemolyticus*, soltanto 5 sono stati identificati come ceppi tossigeni. Il gruppo di lavoro ha permesso di redigere apposite istruzioni operative, che sono state diffuse, successivamente, agli organi di controllo per la loro attività di vigilanza e per l'attivazione del sistema di allerta solo in caso di riscontro di ceppi tossigeni ovvero patogeni per l'uomo e non ambientali. Nell'anno 2005 sono state ricevute 21 segnalazioni relative al riscontro di Vibrioni in prodotti della pesca, mitili e molluschi (40 nel 2004 e 47 nel 2003).

Di queste notifiche, 9 hanno riguardato il riscontro di *Vibrio Parahaemolyticus* (30 nel 2004 e 36 nel 2003), 7 il riscontro di *Vibrio Cholerae* (6 nel 2004 e 8 nel 2003), mentre in 3 casi si è avuto il riscontro di *Vibrio Parahaemolyticus* con *Vibrio Cholerae*, ed in 2 casi l'identificazione della specie *Vibrio Alginolyticus* (Figura 3).

Figura 3: *Vibrio Parahaemolyticus*-*Vibrio Cholerae*, numero di allerta e ricerca dal 2005 della patogenicità del vibrione



Gruppo di lavoro sulla Rucola: Uno specifico piano di monitoraggio è stato predisposto a seguito del riscontro di *Salmonella* e *Campylobacter* in rucole di origine italiana che, in Norvegia, hanno provocato una tossinfezione che ha coinvolto numerosi consumatori. Questo monitoraggio è stato condotto per corrispondere alle richieste della Commissione europea e poter risalire alle cause della contaminazione. In particolare sono stati presi in esame:

- 1) le condizioni e sistemi di produzione dei prodotti immessi sul mercato;
- 2) la provenienza dei prodotti: coltivazione in serra o in campo;
- 3) i trattamenti operati dalle aziende agricole di produzione primaria fino agli stabilimenti di confezionamento (selezione, lavaggio, refrigerazione, altro);
- 4) la valutazione delle analisi eseguite sulle acque di lavorazione negli ultimi sei mesi presso le aziende agricole e negli stabilimenti di confezionamento;
- 5) l'uso di prodotti fitosanitari e fertilizzanti.

La stessa autorità sanitaria, sulla base del piano predisposto da questo Ministero, ha effettuato campionamenti di zolle, sementi, acque di irrigazione e di lavaggio ed ha condotto visite ispettive per accertare le condizioni igieniche delle attrezzature, lo stato di salute del personale e che lo stesso sia stato destinatario di idonea attività formativa per lo svolgimento del lavoro nelle aziende agricole. I risultati delle analisi hanno evidenziato l'assenza di inquinamento da *salmonella* e/o *campylobacter*. Inoltre non si sono verificate variazioni epidemiologiche significative di casi di *salmonella* non tifoidea nell'area interessata, comparati con quelli del medesimo periodo dell'anno precedente (2003 - 2004). Sulla base dei risultati emersi, l'accaduto sembra essere stato un evento del tutto occasionale. Si è, comunque, assicurato il prosieguo delle attività di vigilanza, in particolare presso le aziende segnalate.

Attività svolte nell'ambito della promozione di una corretta alimentazione per la prevenzione di patologie correlate a carenze nutrizionali

Una corretta alimentazione e un sufficiente livello di attività fisica rappresentano oggi obiettivi prioritari da perseguire a livello nazionale ai fini della tutela e della promozione della salute, anche alla luce della scarsa consapevolezza nella maggior parte dell'opinione pubblica dell'importanza di un'alimentazione equilibrata per evitare, in prospettiva, problemi seri. Molto carenti sono, poi, la cultura del movimento fisico e il concetto della vita attiva come complementi imprescindibili di una sana alimentazione.

Gli interventi che sono stati perseguiti riguardano:

- La promozione di una corretta alimentazione per la prevenzione delle patologie legate ad un inadeguato apporto di nutrienti (attività di iodoprofilassi e promozione della salute neonatale);
- La tutela della salute dei soggetti affetti da patologie quali celiachia o allergie alimentari;
- La sicurezza alimentare (valutazione della composizione degli integratori alimentari e le attività ispettive relative agli stabilimenti alimentari)
- L'informazione del cittadino in termini di:
 - una chiara etichettatura dei prodotti;
 - la comunicazione istituzionale, anche attraverso la definizione di linee guida;
- I programmi integrati di comunità contro l'obesità infantile.

Promozione di una corretta alimentazione: iodoprofilassi

Con il termine iodoprofilassi si intende la prevenzione delle possibili patologie correlate alla carenza alimentare di iodio. Il metodo più efficace ed economico per effettuarla consiste nella sostituzione del comune sale da cucina con il sale arricchito di iodio. Il Ministero della Salute si è attivamente impegnato per favorire l'uso del sale arricchito di iodio promuovendo la legge n. 55 del 21 Marzo 2005: **“Disposizioni finalizzate alla prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica”**. Tale legge ha reso obbligatoria la presenza del sale arricchito con iodio nei punti vendita e ne ha permesso l'uso come ingrediente per la preparazione e per la conservazione dei prodotti alimentari, abolendo il limite di peso per le confezioni, che rappresentava il principale ostacolo per l'impiego da parte dell'industria alimentare.

Promozione di una corretta alimentazione: prevenzione difetti del tubo neurale

L'anencefalia e la spina bifida sono due difetti a carico del sistema nervoso centrale che colpiscono circa 500mila bambini ogni anno in tutto il mondo. L'incidenza di queste malformazioni potrebbe essere efficacemente ridotta se le donne in età fertile assumessero giornalmente almeno 0,4 mg di acido folico, che è una vitamina del gruppo B, prima della gravidanza e nel primo trimestre gestazionale.

E' stato, infatti, dimostrato da numerosi studi scientifici, eseguiti in quei paesi nei quali è obbligatoria la fortificazione con acido folico di alcuni alimenti, che la supplementazione con tale vitamina per la profilassi dei disturbi del tubo neurale (NTD) è efficace nel ridurre del 70% l'insorgenza di tali difetti nei neonati.

In Italia è stato promosso il “Network Italiano Promozione Acido Folico per la Prevenzione Primaria dei Difetti Congeniti”, coordinato dal Centro Nazionale Malattie Rare (CNMR) dell'Istituto Superiore di Sanità-ISS e dall'International Centre on Birth Defects, in collaborazione con il Birth Defects and Developmental Disabilities Centers for Disease Control and Prevention of Atlanta.

La tutela della salute dei soggetti affetti da celiachia

La celiachia è una intolleranza permanente al glutine, proteina che si trova in alimenti quali il pane, la pasta, i biscotti, la pizza e in prodotti contenenti frumento, orzo o segale. L'ingestione di glutine, nei pazienti affetti da celiachia provoca un danneggiamento dei villi della parete intestinale, con conseguente inefficace assorbimento dei nutrienti. Il malassorbimento può portare a carenze nei diversi distretti dell'organismo, determinando, quindi, altre patologie, questa carenza nutrizionale può avere conseguenza particolarmente gravi nei bambini (difetti di crescita e/o apprendimento). La terapia più accreditata, ad oggi, consiste in una dieta rigorosamente priva di glutine da seguire per tutta la vita.

In Italia i soggetti diagnosticati sono circa 60.000, ma si stima che, in realtà il loro numero sia almeno dieci volte superiore perché un elevato numero di soggetti soffrirebbe della forma silente della patologia.

Sin dal 1982 il servizio sanitario nazionale eroga gratuitamente gli alimenti dietetici privi di glutine, e i tetti di spesa, suddivisi per fasce di età e sesso sono stati definiti dal decreto del Ministero della Salute dell'8 giugno 2001, che ha istituito anche il Registro Nazionale dei prodotti erogabili, aggiornato periodicamente e disponibile sul portale del Ministero della Salute. Inoltre, questi prodotti sono facilmente identificabili grazie ad un logo, individuato dal Ministero della Salute, che le aziende possono apporre sulle confezioni, così da permettere una più agevole individuazione da parte dei consumatori.

Visto l'elevato numero di pazienti che scopre di avere la celiachia solo tardivamente è necessario favorire la diagnosi precoce per assicurare un normale stile di vita alle persone affette. Questa esigenza è stata soddisfatta con la legge 4 luglio 2005, n. 123 “Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia”. Tale legge riconferma l'erogazione gratuita dei prodotti dietetici senza glutine ai celiaci e, riconoscendo la celiachia come “malattia sociale”, prevede una serie di nuove misure quali:

1. interventi di carattere sanitario, per la diagnosi precoce, per migliorare le modalità di cura, per prevenire le complicanze e le patologie correlate, e per promuovere la ricerca;
2. interventi di carattere educativo per la comunicazione del problema ai cittadini;
3. interventi di carattere formativo e aggiornamento professionale per il personale sanitario, i ristoratori e gli albergatori.
4. la possibilità per i soggetti affetti di ottenere la somministrazione di pasti idonei nelle mense pubbliche, questo per agevolare l'inserimento dei celiaci nelle attività scolastiche, sportive e lavorative attraverso un accesso equo e sicuro ai servizi di ristorazione collettiva;
5. infine, viene riconosciuto il diritto all'informazione sull'eventuale presenza di glutine nei farmaci attraverso il foglietto illustrativo.

Sono stati poi ridefiniti i tetti di spesa per l'erogazione dei prodotti dietetici senza glutine ed è stata definita l'intesa con la conferenza Stato-Regioni finalizzata alla ripartizione dei fondi assegnati ai due nuovi capitoli istituiti con la legge 123/2005 (erogazione dei pasti nelle mense e formazione del personale ristoratore-alberghiero).

E' stato costituito, nell'ambito della Consulta Nazionale per la Sicurezza Alimentare, un Gruppo di studio, a cui partecipano esperti degli Istituti nazionali di ricerca (Istituto Superiore di Sanità e Istituto nazionale per la Ricerca e la Nutrizione), di Istituti Universitari impegnati nella diagnosi e cura della celiachia e rappresentanti della Associazione

Italiana celiachia. Il Gruppo si occupa degli aspetti scientifici, quali le linee-guida per la diagnosi, i controlli e le cure dei celiaci; gli indirizzi per la prevenzione delle complicanze; i programmi di formazione della classe medica.

Sicurezza alimentare

I prodotti destinati ad una alimentazione particolare vengono commercializzati attraverso la procedura di notifica, che consiste nella trasmissione al Ministero della Salute di un modello di etichetta del prodotto che si intende mettere in commercio in Italia. Inoltre gli stabilimenti in cui vengono preparati e confezionati i prodotti destinati ad una alimentazione particolare sono sottoposti ad autorizzazione, previo esito favorevole di un sopralluogo ispettivo effettuato da esperti del Ministero, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e le Autorità locali territorialmente competenti.

Gli integratori alimentari rappresentano un settore che ha trovato una definizione normativa con la direttiva 46/2002/CE, recepita in Italia con il Decreto Legislativo 21 maggio 2004, n. 169.

Con tali disposizioni si è superata la tradizionale concezione "nutrizionale" degli integratori, cioè di *"prodotti che forniscono un apporto predefinito di vitamine, di minerali o di altri fattori aventi un ruolo nella nutrizione, in quantità di significato nutrizionale, compatibile con una collocazione nel settore alimentare"*. Sono inclusi infatti nello stesso campo di applicazione anche prodotti con contenuti diversi da quelli nutrizionali, composti da sostanze *"aventi un effetto fisiologico, sia monocomposti che pluricomposti"*; tale effetto "fisiologico" può essere ascrivibile anche ad ingredienti costituiti da piante e derivati.

La progressiva evoluzione del settore si è caratterizzata per uno spazio via via crescente sia degli integratori tradizionali con componente nutrizionale che di quelli con componente "erboristica" complementare. Quest'ultima, poi, sempre più spesso, ha finito per rappresentare la parte "attiva" o esclusiva.

Nell'anno 2005 sono pervenute 42 istanze di autorizzazione, sono stati effettuati 34 sopralluoghi ispettivi ed hanno concluso la procedura con la autorizzazione alla produzione 67 nuovi stabilimenti.

Nel 2005 è stata effettuata una ricognizione degli integratori alimentari notificati con la pubblicazione del Registro dei prodotti che hanno concluso favorevolmente la procedura di notifica, ai quali è stato assegnato un codice identificativo, al fine della trasparenza e sicurezza dei controlli.

Per quanto riguarda il settore più specificamente erboristico, i prodotti presenti sul mercato alla data della Circolare 18 luglio 2002, tre caratterizzati da ingredienti esclusivamente erboristici ed aventi finalità salutistiche sono riferibili a 1100 aziende, con un'attività produttiva riconducibile a 226 realtà produttive, per lo più piccole imprese. È stata fatta la ricognizione degli estratti vegetali presenti nei prodotti comunicati, pervenendo alla definizione di un primo elenco di piante o derivati il cui impiego non è consentito nel settore.

Relativamente agli integratori alimentari "tradizionali" nel corso dell'anno sono state effettuate 4871 nuove notifiche di etichette, ai sensi dell'art. 7 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 111.

Promozione di una corretta alimentazione: iodoprofilassi

La legge n. 55 del 21 Marzo 2005 all'art. 3 comma 3 riporta:

"Negli espositori... è apposta una locandina diretta ad informare la popolazione su... iodoprofilassi, individuata con decreto del Ministro della salute" e all'art. 5 comma 1: "...il Ministro della salute individua, con il decreto di cui all'articolo 3, comma 3, uno specifico logo da apporre nelle confezioni di vendita del sale arricchito con iodio...".

Con tali finalità nel settembre del 2005, con decreto dirigenziale, è stato istituito un gruppo di esperti. Le attività di tale commissione di esperti hanno portato alla definizione sia della locandina sia dei loghi con Decreto del Ministro della Salute del 29 Marzo 2006.

Il gruppo di esperti ha confermato la necessità di istituire presso l'Istituto Superiore di Sanità un Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi in Italia (OSNAMI), come già evidenziato dall'impegno del Governo espresso nella seduta parlamentare n. 599 del 9/3/2005. Tale Osservatorio opererà, con il coordinamento del Ministero della Salute, e in contatto con il Comitato Nazionale per la Prevenzione del Gozzo, che da anni si occupa delle conseguenze della carenza nutrizionale di iodio sulla popolazione.

Il documento per la definizione di tale organismo è ora al vaglio della Conferenza Stato-Regioni, una volta approvato il progetto, l'OSNAMI valuterà l'efficacia delle misure di iodoprofilassi adottate dall'analisi dei dati relativi all'incidenza delle patologie da carenza iodica.

Ad oggi è stata inoltre iniziata una indagine conoscitiva, tramite le associazioni di categoria, per raccogliere i dati relativi ai punti vendita che hanno già adempito a quanto indicato nella legge n. 55 del 21 marzo 2005.

Promozione di una corretta alimentazione: prevenzione difetti del tubo neurale

Tra gli obiettivi del Network si segnala la formulazione di una raccomandazione volta ad aumentare e sottolineare l'importanza dell'uso dell'acido folico prima e durante il trimestre iniziale di gravidanza.

Nel particolare il Network ha definito il seguente testo:

"Si raccomanda che le donne che programmano una gravidanza, o che non ne escludono attivamente la possibilità, assumano regolarmente almeno 0,4 mg al giorno di acido folico per ridurre il rischio di difetti congeniti. E"

fondamentale che l'assunzione inizi almeno un mese prima del concepimento e continui per tutto il primo trimestre di gravidanza."

Alcune strutture regionali che hanno aderito al Network hanno adottato proprie strategie di diffusione per favorire capillarmente, nel loro territorio, la conoscenza della raccomandazione.

3.4.11 La sanità veterinaria (benessere degli animali, sanità animale, zoonosi)

La sanità animale riveste un ruolo di primo piano all'interno del Dipartimento della sanità pubblica veterinaria.

La salute degli animali domestici, è ritenuta infatti un requisito essenziale all'interno della politica comunitaria in materia di sicurezza alimentare basata sul controllo "completo e integrato" della produzione degli alimenti nelle diverse fasi produttive che vanno "dal campo alla tavola".

La sanità degli animali domestici non è rilevante solo nel contribuire alla sicurezza degli alimenti destinati all'uomo ma assume oggi un significato molto più esteso che include anche le malattie infettive degli animali non trasmissibili alla specie umana.

Negli ultimi decenni infatti, l'insorgenza di epidemie in diversi Stati membri della Unione europea ha avuto impatti significativi sull'economia di intere filiere produttive con danni quantificabili in centinaia di milioni di euro.

Ciò è da ricondursi a fattori quali la mortalità o il calo delle produzioni degli animali colpiti, ma in particolare all'applicazione di misure restrittive previste dalle norme comunitarie e internazionali dirette al contenimento della malattia e al crollo di fiducia da parte dei consumatori con forte riduzione dei consumi di prodotti di origine animale.

In alcuni casi i fenomeni epidemici hanno avuto effetto negativo anche su attività non direttamente correlate all'industria zootecnica quali ad esempio il turismo.

Da qui risulta evidente come la prevenzione e la gestione delle emergenze epidemiche assuma oggi un ruolo prioritario nell'ambito dell'attività del Dipartimento di sanità pubblica veterinaria.

Oltre al controllo delle malattie epidemiche vi è da tenere in considerazione l'attività che riguarda il controllo delle malattie già esistenti sul territorio nazionale per le quali sono attivi dei piani di sorveglianza o eradicazione.

In generale in Italia lo stato sanitario generale degli animali è migliorato, tuttavia rimangono attive in alcuni territori problematiche che impediscono la completa eradicazione di malattie per le quali sono attivi piani finanziati dal Ministero della Salute con la compartecipazione Unione europea.

In particolare permane la presenza, in alcune Regioni del centro-sud di malattie zoonosiche quali la brucellosi e la tubercolosi.

Tale situazione è, come sopra accennato, dovuta al mancato raggiungimento dei livelli attesi di controllo previsti dai Piani Nazionali di eradicazione con riflessi sia sulla salute pubblica che animale nonché sullo sviluppo del libero mercato nazionale e comunitario di animali vivi e dei loro prodotti.

Non da ultimo, perdura ancora la presenza della Peste suina africana in alcuni territori della Regione Sardegna e della malattia Vescicolare del suino nel sud Italia anch'esse sottoposte a piani di sorveglianza ed eradicazione.

Di converso altre misure di lotta e controllo preposte per diverse malattie infettive degli animali domestici hanno dato buoni risultati.

Vanno menzionati ad esempio i risultati raggiunti nella lotta all'Encefalopatia Spongiforme Bovina (BSE) responsabile di una delle più gravi crisi che hanno investito il settore agricolo-alimentare in Europa e l'influenza aviaria che ha determinato nella seconda metà del 2005 un generale stato di allerta in tutto il Paese.

Per quanto concerne la BSE, l'attività di sorveglianza mette in evidenza un costante declino di questa malattia sull'intero territorio nazionale a riprova dell'efficacia delle misure di controllo applicate.

Anche la gestione dell'emergenza per l'influenza aviaria, ha visto la rapida costituzione di un sistema capillare di allerta rapido al quale hanno partecipato tutte le strutture sanitarie (Ministero, regioni, AA.SS.LL, rete di laboratori pubblici rappresentata dagli Istituti zooprofilattici sperimentali.) all'interno di un sistema condiviso.

Per fronteggiare una eventuale epidemia è stata inoltre istituita un apposita Unità di Crisi Centrale presso il Dipartimento della Sanità pubblica veterinaria.

A differenza di altri paesi europei nessun caso di malattia si è verificato negli allevamenti avicoli nazionali.

Oltre alle malattie citate, il Ministero della Salute ha continuato ad effettuare nel corso del 2005 piani di sorveglianza e monitoraggio di altre malattie infettive e di alcune zoonosi quali la salmonellosi, la West Nile disease, la Febbre Catarrale degli Ovini (Blue tongue), e la Scrapie.

Questa attività di sorveglianza ha permesso di valutare l'andamento epidemiologico delle singole malattie e, quindi, di analizzare e valutare il rischio sanitario sull'intero territorio nazionale soddisfacendo anche i crediti informativi nei confronti degli organismi internazionali (OIE, EU, EFSA).

Nell'ambito del processo di filiera integrato, l'identificazione e la registrazione degli animali rappresenta un altro fattore critico del controllo sanitario e del monitoraggio delle malattie, oltre che ovviamente in tutto il complesso dinamismo della tracciabilità dei prodotti alimentari di origine animale. Relativamente all'identificazione e registrazione degli animali e delle loro movimentazioni è stata resa operativa la Banca Dati Nazionale Bovina (BDN), mentre sono state predisposte le prime fasi per quanto riguarda i sistemi di identificazione e registrazione di altre specie di interesse zootecnico, come le specie ovicaprina e suina.

Diventa, pertanto, fondamentale proseguire nelle attività fino ad ora portate avanti migliorando tutto il sistema come previsto anche dalle norme comunitarie. Gli obiettivi futuri devono riguardare in particolare l'implementazione di un puntuale ed efficace flusso informativo dei dati epidemiologici provenienti dai territori delle singole Regioni attraverso la realizzazione di un nuovo sistema di "epidemiologia – sorveglianza" in grado di mettere a disposizione in tempo reale informazioni epidemiologiche secondo un formato unico.

Pertanto, risulta fondamentale lo sviluppo di siti WEB di informazione e notifica e di un sistema informativo per le malattie degli animali, in particolar modo per le zoonosi, che consenta di raggiungere gli obiettivi prima accennati.

A tal fine, diventa necessario prevedere le seguenti azioni:

1. razionalizzare le attività di monitoraggio esistenti e programmare piani di controllo ed eradicazione speciali per i territori nei quali la prevalenza delle malattie degli animali domestici risulta essere a livelli critici.
2. adeguare il sistema di raccolta delle informazioni attualmente in uso alla tecnologia basata sulle reti informatiche attraverso l'innovazione tecnologica del sistema (Web – based, information system).
3. razionalizzare le attività di monitoraggio dedicati (in allevamento o al macello) per ottenere informazioni su alcuni agenti di zoonosi (es. campilobacter) e per il monitoraggio dell'antibiotico resistenza.
4. implementare le anagrafi e l'identificazione delle specie di maggior interesse zootecnico.

Questo permetterà di conseguire i seguenti valori aggiunti:

- disponibilità rapida dell'informazione
- trasparenza dell'informazione con accesso graduale in rapporto ai diversi soggetti coinvolti: vari livelli e strutture del SSN (enti centrali, regioni, ASL, IZS) e vari livelli d'utenza (produttori, cittadini).
- Maggiore possibilità di eseguire a livello locale interventi relativi a particolari problematiche di sanità animale e sanità pubbliche.

ANDAMENTO DELLE PRINCIPALI MALATTIE DI INTERESSE ZOOTECHNICO

Per ogni singola malattia vengono riportate di seguito le principali attività svolte nell'ambito delle applicazione di misure di controllo sorveglianza ed eradicazione.

1) TUBERCOLOSI, BRUCELLOSI E LEUCOSI - L'Ufficio predispone, a livello centrale, la normativa e le linee guida da applicare a livello regionale e locale (ASL) relativamente ai piani di eradicazione ed al controllo della leucosi, della brucellosi e della tubercolosi negli animali domestici, in considerazione dell'impatto che queste malattie hanno sulla sanità pubblica (in particolare brucellosi e tubercolosi malattie trasmissibili anche all'uomo) ed in considerazione dei costi notevoli sostenuti ogni anno per l'effettuazione dei test diagnostici e per il rimborso degli animali positivi abbattuti a causa della persistenza delle suddette malattie in ambito nazionale.

Il Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria invia inoltre, alla Commissione Europea di Bruxelles l'attività svolta annualmente in ambito nazionale, raccogliendo le informazioni relative all'attività di controllo svolta dalle varie regioni italiane e compilando appositi format previsti dalla legislazione comunitaria.

Tali azioni sono finalizzate ad ottenere una quota comunitaria di co-finanziamento per la parziale copertura delle spese sostenute.

Personale del Dipartimento partecipa, inoltre, a tutti gli incontri organizzati dalla Commissione Europea, finalizzati ad uniformare e discutere i piani di eradicazione delle suddette malattie applicati dai vari Stati Membri.

Attualmente i piani di eradicazione prevedono almeno un controllo annuale su tutti i bovini di età superiore alle sei settimane per la tubercolosi, almeno un controllo annuale in tutti i bovini di età superiore ai 12 mesi per la brucellosi e la leucosi, almeno un controllo annuale per tutti gli ovi-caprini di età superiore ai 6 mesi per la brucellosi. Tutti i capi positivi devono essere macellati entro 30 giorni, con destinazione al consumo umano delle carni se la carcassa dell'animale abbattuto non presenti lesioni generalizzate in sede di macellazione. Un allevamento viene considerato ufficialmente indenne quando tutti gli animali presenti siano risultati negativi a due prove eseguite a distanza di 3 - 6 mesi l'una dall'altra.

Obiettivo principale del Dipartimento è la revisione della normativa nazionale, affinché venga aggiornata in funzione di eventuali modifiche della normativa comunitaria ed allo scopo di garantire una maggiore uniformità nell'attuazione dei piani di eradicazione a livello nazionale, in modo tale da permettere il raggiungimento di risultati migliori anche da parte delle regioni al momento più in difficoltà.

2) ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (EST) - Le encefalopatie spongiformi trasmissibili (EST) sono un gruppo di malattie di carattere neurodegenerativo che colpiscono diverse specie animali. In Italia sono attualmente presenti la BSE, che interessa i bovini, e la Scrapie che riguarda invece gli ovi-caprini. La prima sembra essere correlata ad un'altra encefalopatia spongiforme dell'uomo, mentre per la seconda non sussistono, al momento, prove scientifiche della sua trasmissibilità all'uomo. Verso tali malattie la Commissione europea ha intrapreso, a partire dal 2001, un insieme di misure finalizzate alla loro eradicazione e prevenzione della salute del consumatore.

Tali misure sono contenute nel Regolamento (CE) 999/2001 (norma direttamente applicativa in Italia) che ha subito nel tempo numerose modifiche per venire incontro all'evolversi della situazione epidemiologica.

Tale Regolamento è stato nel tempo integrato da misure individuate da questo Dipartimento per essere coerenti con la politica di indirizzo del Ministero della Salute, fortemente orientata alla protezione della salute del consumatore.

Il Regolamento 999/2001 individua per entrambe le malattie le seguenti misure di lotta:

- a) **attività di sorveglianza:** tale attività prevede controlli negli allevamenti per individuare bovini o ovicapri con sintomi sospetti di BSE o Scrapie e l'esecuzione di test diagnostici su tutti i bovini macellati di età superiore ai 24 o 30 mesi a seconda della loro categoria di rischio nonché su una quota di ovicapri di età superiore ai 18 mesi.
- b) **attività di eradicazione:** è costituita dall'insieme di misure che vengono applicate negli allevamenti bovini in cui viene individuato un caso di BSE o di Scrapie. Tra le più importanti vi è l'abbattimento e distruzione di tutti o parte dei capi presenti nella azienda.
- c) **attività di prevenzione**

Consiste nel divieto di utilizzo di proteine animali nella alimentazione degli animali domestici. E' il cosiddetto "bando alimentare" che ha avuto un ruolo determinante nella lotta alla BSE.

Oltre al bando alimentare è tutt'ora applicata l'eliminazione e distruzione al macello di alcuni organi di bovini e ovicapri ritenuti a rischio perché contenenti potenzialmente la maggiore quota di materiale infettivo (materiale specifico a rischio).

Per quanto concerne la BSE l'obiettivo è quello di arrivare ad una completa eradicazione della malattia sull'intero territorio nazionale, intesa come totale assenza di casi.

Situazione nel 2005.

A fronte dei 700.000 test eseguiti sui bovini macellati sono stati individuati 8 casi di malattia.

Confrontando le prevalenze età specifiche nei differenti anni (2001-2005) si nota una riduzione tendenziale delle dimensioni dell'epidemia con curve progressivamente più basse.

I bovini positivi che vengono individuati anno per anno risultano in media più anziani rispetto a quelli individuati negli anni precedenti.

Rileggendo gli stessi dati in termini diversi si nota come la prevalenza di malattia presenti un picco per il rischio di infezione in particolare per gli animali nati nel 1996, seguito da una riduzione nelle coorti di nascita più recenti.

Questi dati stanno a dimostrare che il periodo di massima esposizione sia stato con ogni probabilità il 1996, dopo il quale l'applicazione di misure di controllo sui mangimi e l'eliminazione del materiale a rischio ha ridotto i rischi di contrarre la malattia.

Considerato il lungo periodo di incubazione della malattia (in media 4-5 anni) la valutazione dell'effettiva e completa efficacia delle misure adottate è sempre posticipata di un certo lasso di tempo. I dati del 2005 confermano comunque un progressivo chiaro miglioramento che se mantenuto potrebbe portare alla completa eradicazione della malattia nel volgere di pochi anni.

3) BLUE TONGUE

Nell'agosto del 2000 l'Italia si è trovata ad affrontare il più intenso focolaio di bluetongue (BT) o febbre catarrale degli ovini che abbia mai colpito l'Europa, malattia della Lista A dell'O.I.E., nell'ambito del quale più di 500.000 ovini sono morti o sono stati abbattuti. Nell'estate del 2001, allo scopo di riuscire ad individuare o escludere la presenza di BT, è stato istituito un sistema di sorveglianza sierologica basato su animali sentinella presenti nelle zone di protezione e sorveglianza e nelle aree a rischio infezione. Nell'ottobre del 2001, il sistema è stato esteso all'intero territorio nazionale. Durante il 2005, è stato confermato un unico focolaio in Sardegna, dove il sistema di animali sentinella rivelava la circolazione del virus della bluetongue (BTV). Il piano di eradicazione messo in atto dall'Italia è stato approvato dalla Commissione Europea e cofinanziato dalla stessa a riprova del riconoscimento comunitario nei confronti di un sistema di sorveglianza che non ha avuto precedenti in Europa.

4) INFLUENZA AVIARIA

A seguito delle segnalazioni provenienti dagli Organismi internazionali in merito ad una possibile diffusione dell'Influenza aviaria, con possibili riflessi sulla salute dei cittadini italiani il Dipartimento ha adottato una serie di misure a carattere preventivo nel settore degli allevamenti sulla base delle linee guida comunitarie.

Nello specifico ha intensificato la **sorveglianza regolare** su tutto il territorio nazionale, soprattutto sull'avifauna selvatica viva e morta. Il sistema di controllo è stato strutturato in modo da garantire l'attivazione di un *sistema di allerta rapido* per la individuazione precoce della circolazione virale, sulla base del continuo scambio di informazioni tra Organo centrale (Ministero Salute) e Organi locali (Regioni – ASL) mediante l'utilizzazione di una fitta rete di laboratori nazionali (I.I.ZZ.SS); Sono stati esaminati nell'ambito dell'attività di sorveglianza 2567 campioni provenienti da animali selvatici dal 1° ottobre 2005 al 31 dicembre 2005 nelle aree individuate dagli esperti dell'Istituto Nazionale per la Fauna Selvatica come possibili territori a rischio. I risultati dell'attività di sorveglianza sia negli allevamenti domestici che selvatici svolta nell'anno 2005 sono stati inviati alla Commissione Europea insieme ai costi sostenuti ai fini del co-finanziamento.

Per fronteggiare l'emergenza IA il Dipartimento ha disposto inoltre l'obbligo di registrazione delle aziende di volatili commerciali presso le A.S.L. e delle misure di biosicurezza negli allevamenti avicoli nonché ha rafforzato la rintracciabilità di tutte le partite di volatili vivi compresi i volatili sensibili custoditi nei giardini zoologici.

Il Dipartimento ha inoltre istituito l'Unità Centrale di Crisi (U.C.C.), per far fronte all'eventuale insorgenza nel territorio nazionale di focolai di influenza aviaria ad alta patogenicità incaricata, per l'intero territorio nazionale, della pianificazione degli interventi e del coordinamento delle misure di controllo ed eradicazione della malattia.

5) SISTEMA DI ANAGRAFE ZOOTECNICA

L'anagrafe zootecnica è uno strumento di fondamentale importanza per la sorveglianza epidemiologica, la sicurezza alimentare e, nel suo complesso, la stessa sanità pubblica. Per tali motivi il sistema di gestione dell'anagrafe zootecnica, in via prioritaria quella bovina, data la rilevanza della crisi BSE, ha previsto un considerevole investimento in termini di risorse umane, tecnologiche e finanziarie per dare adeguate risposte sia a tutti gli operatori della filiera zootecnica che al mondo dei consumatori.

Anagrafe bovina - In merito all'anagrafe bovina si rappresenta che a seguito delle molteplici attività promosse dall'Ufficio congiuntamente al Comitato tecnico di coordinamento, il Centro Servizi Nazionale presso l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Teramo (di seguito CSN) e la Struttura commissariale, il livello di efficienza raggiunto dal sistema ha consentito di ottenere dalla Commissione Europea il riconoscimento del carattere di piena operatività della Banca Dati Nazionale dell'anagrafe bovina a partire dal 1 aprile 2006 (Decisione della Commissione 2006/132/CE del 13 febbraio 2006). Accanto a quanto sopra rappresentato il settore ha continuato a verificare le richieste di accesso/consultazione alla BDN, nonché di fornitura di dati e a concedere i relativi nulla osta, ad esaminare richieste di chiarimenti e pareri da parte delle Regioni, ASL e Associazioni di categoria, a coordinare i controlli richiesti da altri stati membri in merito agli animali di provenienza comunitaria ma macellati in Italia, a "supportare" l'attività del Comitato tecnico di coordinamento per l'anagrafe bovina.

Anagrafe avicoli - Per quanto riguarda la necessità di implementazione dell'anagrafe avicola, c'è da sottolineare che l'urgenza con la quale si è proceduto è stata commisurata alla necessità di emanare dei provvedimenti necessari a fronteggiare l'emergenza Influenza Aviaria. Il CSN di Teramo dal 23 novembre 2005 ha messo in produzione sul sito <https://avicoli.izs.it> gli strumenti informatici per la gestione della BDN delle aziende avicole. In data 11 gennaio 2006 è stata richiamata la necessità di completare le operazioni di registrazione entro un termine massimo di 60 giorni. Alla data odierna risultano registrate in BDN 14.435 strutture avicole. Il raffronto con il dato ISTAT del 2003 relativo alle aziende avicole con più di 250 capi (5451) dimostra che la percentuale di registrazione in BDN ha evidentemente coperto la quasi totalità delle aziende con obbligo di registrazione più strutture di diversa tipologia che non rientrano nel dato dell'Istituto di Statistica (incubatoi, commercianti, ecc.) nonché un numero consistente di allevamenti rurali.

Anagrafe ovina e caprina - La pubblicazione della Nota Circolare del 28 luglio 2005 recante indicazioni per l'applicazione del Regolamento CE 21/2004 ha consentito di avviare il sistema I&R degli ovicaprini inclusa tutta la struttura informatica al fine di consentire l'accesso ai diversi utenti alla BDN del settore ovino e caprino.

E' stata stabilita, inoltre, la struttura del codice identificativo degli animali nonché è stata ribadita l'identità del codice tra identificativo convenzionale e identificativo elettronico.

Anagrafe suina - A seguito di diversi incontri sia con le Regioni che con le Associazioni di categoria è stata approntata una bozza di provvedimento allo scopo di stabilire i criteri per l'anagrafe di tale specie.

Anagrafe equidi - Lo schema di decreto concernente Linee guida e principi per l'organizzazione e gestione dell'anagrafe equina da parte dell'UNIRE, è in corso di discussione.

4. GLI OPERATORI SANITARI E LA FORMAZIONE CONTINUA

4.1 Le professioni sanitarie

Il Ministero della Salute interviene nella programmazione dei fabbisogni quali-quantitativi del Servizio sanitario nazionale per il personale sanitario con diploma di laurea e con lauree specialistiche e nei programmi di formazione in medicina generale. In tale settore è necessario potenziare l'azione di impulso e coordinamento dello Stato per una omogeneizzazione delle politiche concernenti la stima del fabbisogno del personale sanitario che origina dalle Regioni e dalle Province autonome. L'obiettivo per il Ministero e le Regioni è di pervenire a stime corrette in funzione delle esigenze delle strutture sanitarie e in funzione di una concreta corrispondenza dei laureati nel mondo del lavoro anche con particolare riguardo a quelle professionalità delle quali si avverte una particolare carenza.

In tema di professioni sanitarie un aspetto di peculiare evidenza è rappresentato dalla distribuzione del numero dei medici e degli infermieri operanti nel nostro Paese, come illustrato nei seguenti grafici:

GRAFICO n.1

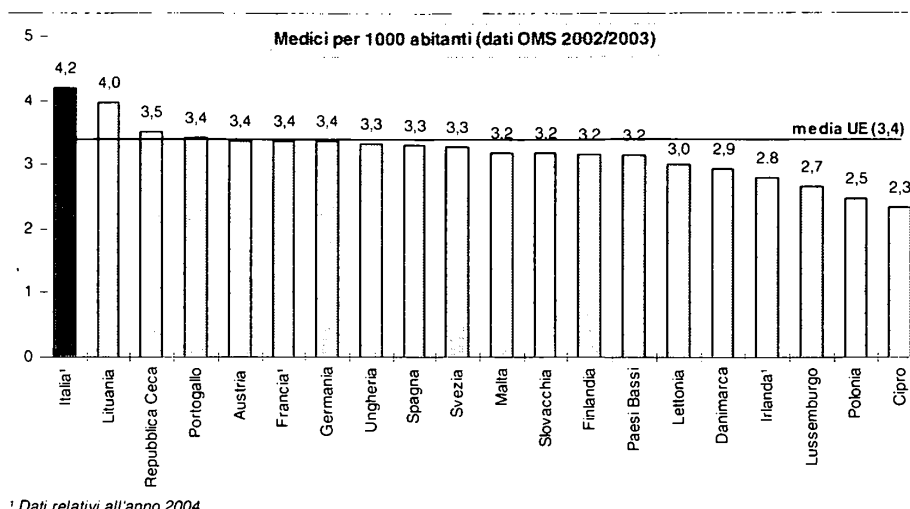


GRAFICO n. 2

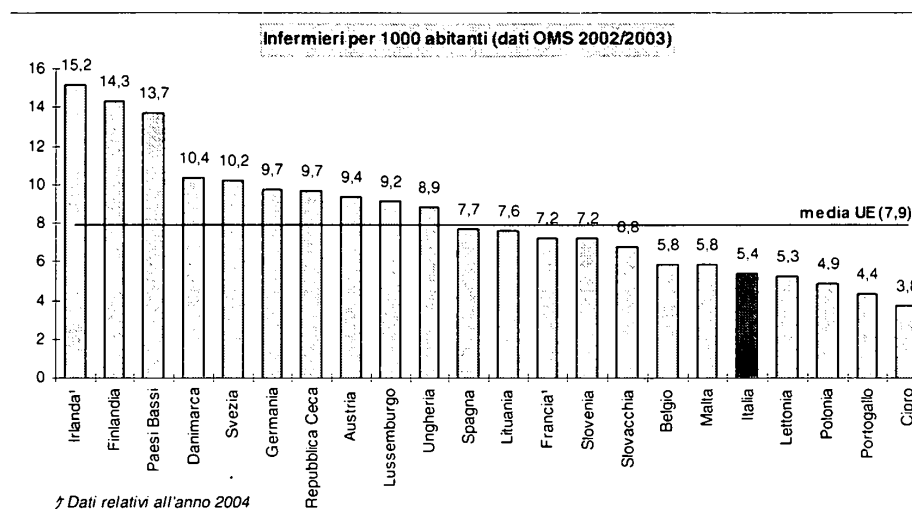
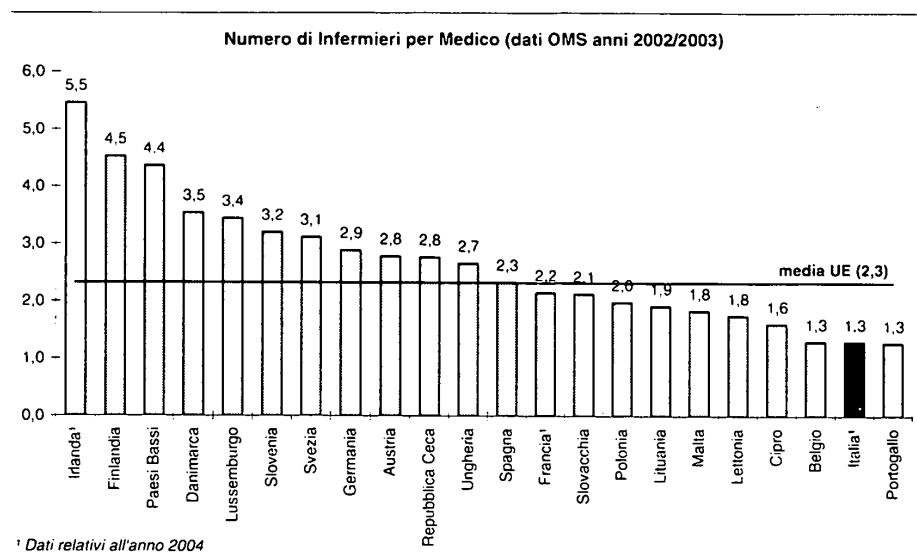


GRAFICO n.3

**Nota metodologica relativa ai Grafici**

I dati riportati nei grafici sono stati estratti dal Database on line della World Health Organization e sono relativi agli anni 2002 e 2003. Solo per le informazioni riferite a Irlanda e Francia (e per il numero dei medici italiani) l'anno riportato è il 2004. Inoltre, i dati relativi a Regno Unito, Estonia e Grecia non sono stati considerati perché aggiornati ad anni antecedenti il 2001.

Gli indicatori considerati sono basati sul numero di professionisti (infermieri e medici) "attivi", ossia esercitanti la professione nel settore pubblico o privato.

I grafici pertanto, vanno interpretati in modo relativo e non assoluto, focalizzando l'attenzione sulla posizione del nostro Paese rispetto alla media europea.

Dalla lettura contestuale dei grafici si evince che:

- il numero di medici per 1000 abitanti in Italia (4,2) non solo è superiore alla media europea (3,4) ma è anche maggiore del dato riferito a ciascuno dei Paesi considerati;
- la densità di infermieri italiani per abitante (5,4) è di gran lunga inferiore alla media UE (7,9), in particolare l'Italia si colloca agli ultimi posti di tale graduatoria precedendo solo Lettonia, Polonia, Portogallo e Cipro;
- di conseguenza il rapporto Infermieri su Medici nel nostro Paese (1,3) insieme al dato riferito al Portogallo rappresenta il minimo registrato in tutta l'UE.

Per quanto concerne più in generale l'esercizio delle professioni sanitarie occorre ricordare che accanto alle professioni già costituite in Ordini (medici-chirurghi ed odontoiatri, medici-veterinari, farmacisti) e Collegi (ostetriche, tecnici sanitari di radiologia medica, infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia), le più recenti disposizioni in materia di professioni sanitarie prevedono la trasformazione in Ordini dei Collegi professionali esistenti, nonché la creazione degli Ordini per le professioni attualmente non costituite in Ordini.

Attualmente le 22 professioni sanitarie riconosciute sono esercitate da circa 500.000 professionisti che operano nelle aree infermieristiche, ostetrica, riabilitativa, tecnico-sanitaria e della prevenzione.

In tale settore occorre evidenziare l'opportunità, da un lato, di razionalizzare le competenze delle professioni esistenti (che a volte si sovrappongono, dando origine a *zone grigie* fra una professione e l'altra), e dall'altro, di individuare nuove professioni sanitarie, di cui il sistema necessita (a titolo esemplificativo, si segnalano gli Ottici, gli Odontotecnici che attualmente sono arti ausiliarie delle professioni sanitarie, e altri operatori quali ad esempio i Chiropratici).

Mobilità europea delle professioni dell'area sanitaria

Con uno sguardo, invece, rivolto alla mobilità europea delle professioni dell'area sanitaria si deve fare riferimento alle misure destinate ad agevolare la libera circolazione delle stesse (Direttiva 2005/36/CE del 7 settembre 2005) che vede la Direzione impegnata nel recepimento nell'ordinamento nazionale, ai sensi della legge comunitaria 25 gennaio 2006, n. 29 e della Direttiva 2005/36/CE del 7 settembre 2005, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali. La direttiva in questione fissa le regole con cui uno Stato membro - che sul proprio territorio subordina l'accesso ad una professione regolamentata o il suo esercizio al possesso di determinate qualifiche - riconosce le qualifiche professionali acquisite in un altro Stato membro.

In termini generali la predetta direttiva, volta a garantire la libera circolazione dei cittadini comunitari e ad agevolare sia il diritto di stabilimento sia l'esercizio delle libere prestazioni di servizi, indica, tra l'altro, i principi cui devono conformarsi gli Stati membri in materia di formazione, di riconoscimento dei titoli professionali, di riconoscimento di esperienza professionale, di cooperazione amministrativa tra autorità competenti.

In questo ambito, occorre evidenziare l'attività di riconoscimento dei titoli abilitanti all'esercizio delle professioni sanitarie conseguiti in paesi all'estero. Tali titoli sono riconosciuti sulla base dell'esame della documentazione prodotta dagli interessati. Le procedure sono piuttosto complesse sia per la grande diversità dei percorsi formativi seguiti in tutti i Paesi del mondo, sia perché la legge prevede il coinvolgimento nelle procedure di riconoscimento, mediante una Conferenza di servizi, di una pluralità di Amministrazioni, ivi compresa la rappresentanza della categoria professionale cui si riferisce il riconoscimento.

Particolarmente complesso è il riconoscimento dei titoli conseguiti in paesi extracomunitari, poiché, mentre per i paesi della Unione Europea sono individuati i titoli automaticamente riconoscibili negli allegati alle direttive comunitarie, per i paesi non UE è necessario valutare i percorsi formativi seguiti dai richiedenti, entrando nel merito delle materie e delle ore di studio seguite, previa acquisizione dei programmi di studio dettagliati.

Le normative prevedono inoltre che i percorsi formativi in parte carenti dei sanitari, sia comunitari che non comunitari, possano essere compensati con una prova attitudinale, consistente in un esame sulle materie carenti, o con un tirocinio sotto la responsabilità di un tutor.

L'organizzazione di tali misure compensative, cui si fa assai frequentemente ricorso, essendo i percorsi seguiti in Italia tra i più qualificati del mondo, sia per scolarità di base che per anni di corso professionalizzante, rappresenta certamente una forte criticità dell'attività degli uffici.

Infine, per quanto riguarda il riconoscimento del titolo d'infermiere, per far fronte alla grave carenza esistente nel nostro Paese, sono stati attivati alcuni percorsi in campo europeo ed extra per agevolare, nel rispetto di tutte le dovute garanzie circa la qualificazione dei sanitari, l'ingresso degli stessi nel servizio sanitario italiano.

4.2 Realizzare una formazione permanente di alto livello in Medicina e Sanità, ECM (dall'impianto metodologico all'impianto programmatico)

Il programma nazionale di Educazione continua in medicina (ECM) è stato avviato in via sperimentale il 1° gennaio 2002.

La Commissione nazionale per la formazione continua - che ha varato il Programma - ha posto in essere il progetto per verificare l'effettiva idoneità di un Programma nazionale, e successivamente regionale, della formazione continua al fine di consentire agli operatori sanitari italiani di partecipare ai corsi accreditati al Programma.

La partecipazione di ogni operatore sanitario è stata impostata prevedendo due gruppi di obiettivi formativi:

- il primo con obiettivi applicabili in via generale a tutte le professioni interessate al Programma (sono state individuate 32 professioni sanitarie) con programmi di dettaglio ripartiti a seconda della professione interessata;
- il secondo con obiettivi applicabili alle distinte professioni con programmi di dettaglio mirati alla specifica professione.

Come noto, l'articolo 16 *bis* del decreto legislativo n. 502/1992 (come modificato e integrato dal decreto legislativo n. 229/1999) e gli articoli successivi introducono la formazione continua, mirata al costante aggiornamento professionale per garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale.

L'articolo 16 *bis* sancisce principi quali: obbligatorietà della formazione permanente per tutti gli operatori sanitari, anche presso strutture private; obiettivi formativi nazionali e regionali; accreditamento delle strutture, pubbliche e private, che siano in possesso dei requisiti per erogare formazione di adeguato livello tecnico scientifico.

Allo stato, la Commissione nazionale per la formazione continua ha approvato il Piano nazionale per l'aggiornamento, documento contenente: i nuovi obiettivi formativi di interesse nazionale; la definizione degli istituti che operano in materia di formazione continua; i ruoli che i predetti istituti devono svolgere; i criteri per l'accreditamento dei provider. Il documento, in sostanza, ha carattere programmatico avendo definito il Piano sanitario per l'aggiornamento deputato all'avvio del prossimo triennio 2006-2008, formulando i nuovi criteri e linee guida per il futuro accreditamento dei soggetti formatori, pubblici e privati.

La Commissione ha operato costantemente, nel corso del progetto nazionale di ECM, per favorire e incentivare una formazione di alto livello: in tale direzione, ha proposto e attuato progetti sperimentali, sia sul piano delle metodologie che dei contenuti scientifici, tramite soggetti di alto livello scientifico e di centri di eccellenza.

Ha attivato nel quinquennio 2002-2006 convenzioni con soggetti di particolare rilievo nazionale (Istituto superiore di sanità, Istituto Spallanzani, Ospedale Bambino Gesù, FISM, FIASO). Le attività comprese negli accordi sono state realizzate per lo sviluppo di complesse problematiche sui contenuti (portali informatici: es. pediatria di base), di procedure (valutazione degli eventi formativi) e di metodologie didattiche e tecnologiche (formazione a distanza, e-learning).

Attualmente il sistema informativo ECM registra un numero di soggetti formatori, tra pubblici e privati, che supera il numero delle 8000 unità. Il numero di singole attività formative, ovvero progetti formativi aziendali e eventi formativi residenziali, comprensivo delle edizioni, supera il milione di unità (oltre 300.000 tra eventi e progetti formativi e relative edizioni).

Le professioni sanitarie interessate al progetto sono 32, compresi gli ottici e gli odontotecnici. Nel programma sono coinvolti sia i dipendenti e convenzionati di strutture pubbliche e private sia i liberi professionisti. I crediti formativi stabiliti dalla Commissione per il quinquennio 2002-2006 è di 120 per ciascun operatore sanitario.

In ogni caso, va sottolineato che, nonostante non siano state definite le misure penalizzanti a carico degli operatori sanitari neanche in sede di contrattazione collettiva di lavoro, l'adesione degli operatori medesimi è stata complessivamente molto positiva (12 milioni di partecipanti).

Posta l'importante premessa dell'approvazione del piano nazionale per l'aggiornamento, l'orientamento delle istituzioni, nei prossimi mesi, sarà verso l'avvio a regime della procedura di accreditamento dei provider (formatori). I requisiti per l'accREDITAMENTO riguardano le caratteristiche dei soggetti, il rigore qualitativo nella offerta formativa e l'indipendenza da interessi commerciali (cosiddetto conflitto di interessi). Dovranno necessariamente essere attivate procedure di controllo sulla attività dei provider, finalizzate alla verifica, oltre che della sussistenza dei requisiti minimi, anche della corretta applicazione delle norme generali e particolari che regolano la formazione continua.

Ciò in quanto il processo di condizionamento della formazione continua che grava come obbligo sugli operatori sanitari si fonda nel raggiungimento di obiettivi formativi connessi al Piano Sanitario Nazionale e ai Piani Sanitari Regionali.

È evidente che l'implicazione strategica dell'assolvimento dell'obbligo formativo consente di esprimere al meglio le capacità di realizzazione dei progetti sanitari che possono vantare una adeguata preparazione degli operatori sanitari coinvolti.

La necessità di individuare – condizionati dagli obiettivi strategici individuati nel Piano nazionale della formazione – gli indicatori di attività e i valori degli indicatori attesi di risultato comprova la significativa portata del Programma di Educazione Continua in Medicina.

CRITERI PER L'ASSEGNAZIONE DEI CREDITI IN ECM

a) progettazione didattica

b) obiettivi formativi

c) metodologia didattica

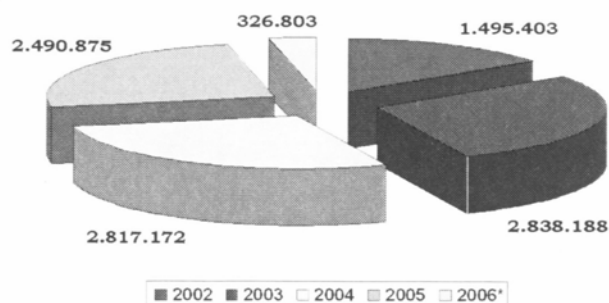
modalità di formazione/apprendimento utilizzabili in 8 tipologie:

1. la formazione residenziale
2. la formazione residenziale interattiva
3. gli stage
4. i gruppi di miglioramento
5. l'attività di ricerca
6. l'autoapprendimento senza Tutor
7. l'autoapprendimento con Tutor
8. la docenza, il tutoring, le presentazioni a convegni e le pubblicazioni

Ad ognuna delle tipologie identificate corrispondono specifiche indicazioni per il calcolo dei crediti.

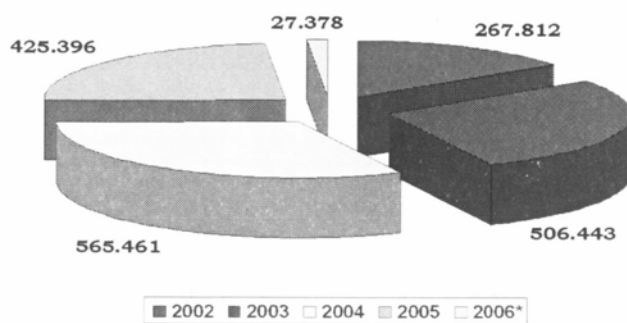
d) valutazione e assegnazione crediti all'evento

PARTECIPANTI EFFETTIVI EVENTI
(risultato dei rapporti)

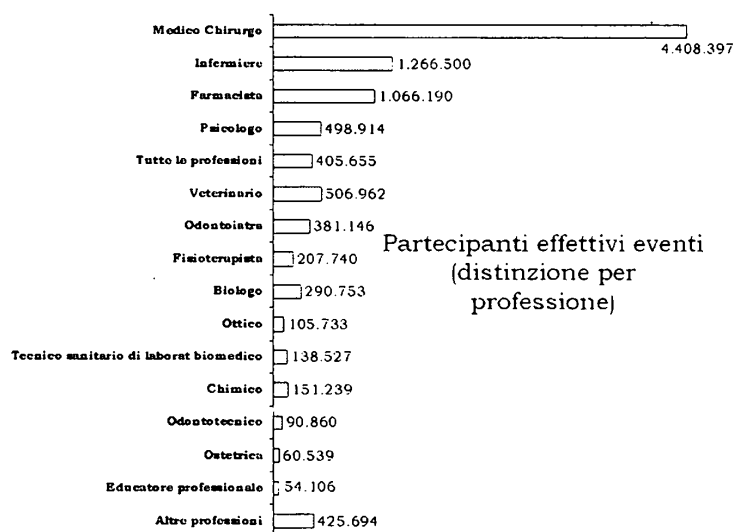
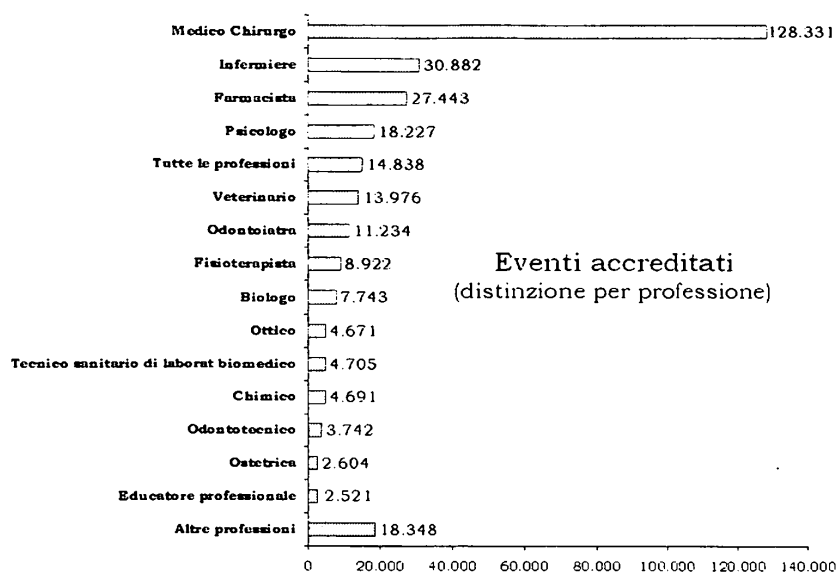


* Dati al 19 maggio 2006

PARTECIPANTI EFFETTIVI PFA
(risultato tratto dai rapporti)



* Dati al 19 maggio 2006



5. GLI SVILUPPI DELLA RICERCA E GLI ACCORDI INTERNAZIONALI

5.1 Sviluppo di reti di eccellenza nell'ambito del S.S.N. - Promuovere collaborazioni pubbliche e private nel campo della Ricerca

La strategia del Ministero della Salute per quanto riguarda gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico è quella di favorire l'aggregazione degli Istituti appartenenti alla propria rete istituzionale, IRCCS, ISS, ISPELS, con le Università e gli altri Istituti pubblici e privati di ricerca.

Il Ministero ha promosso le reti strutturali affidando ad esse progetti coordinati con le diverse istituzioni (ISS, IRCCS, IZS, ISPESL, Regioni, Università, CNR) ciò anche al fine di facilitare l'accesso ai fondi europei del VI e VII Programma Quadro, ai fondi del PNR 2006-2008 e ai fondi per i progetti di ricerca industriale ex L. 297/99.

Altro obiettivo è stato quello di far crescere la consapevolezza che la ricerca è finalizzata al miglioramento delle prestazioni fornite al cittadino che le potrà osservare sia sotto forma di un nuovo farmaco più efficace o di un nuovo modelli di organizzativo con riduzione dei tempi di attesa.

Il Ministero della Salute ha finanziato progetti per sperimentare modelli per il problema delle malattie rare, per quelle a maggior impatto sociale (oncologica, cardiologia, diabetologica, terapia del dolore) e progetti per i soggetti più fragili come gli anziani. Per far ciò ha coinvolto le organizzazioni del volontariato.

Le linee portanti sono state:

Contribuire alla formazione del personale nelle nuove specialità – medicina molecolare

- Promotore fondazione SEMM, Scuola Europea di Medicina Molecolare per la preparazione dei giovani ricercatori

Contribuire alla introduzione di nuove tecnologie per la lotta la cancro

- Fondazione CNAO: ha promosso e finanziato la Fondazione CNAO (centro di adroterapia oncologia); il centro è in costruzione a Pavia e tratterà il primo paziente alla fine del 2007.
- Tomoterapia: apparecchiatura sperimentale che combina l'IMRT, la PET e la Tac. E' in fase di acquisizione da parte di nuovi IRCCS.

Impegno diretto per le nuove terapie

- Programma nazionale delle cellule staminali
- Programma nazionale AIDS
- Vaccino sperimentale ISS – AIDS – rapporto pubblico privato.

Contribuire alla internazionalizzazione della ricerca

- Accordo Italia-USA che coinvolge la proteomica (diagnosi precoce in oncologia con metodi non invasivi), malattie rare e innovazione terapeutiche (µRNA non-sense)

Favorire l'integrazione delle risorse

- Alleanza Contro il Cancro, associazione che coinvolge tutti gli IRCCS oncologici per la messa in comune di risorse ed esperienze. Molto significativo è il progetto TESEO di telepatologia che permette la diagnosi a distanza.

Sperimentare nuovi modelli gestionali con la partecipazione delle associazioni di volontariato come la FAVO e la Fondazione Floriani.

- Persone fragili - Istituto Superiore di Sanità - Pfizer Italia S.p.A.: Osservatorio Anziano Fragile

Il problema della carenza di fondi è stato attutito dal coinvolgimento di risorse private attraverso procedure trasparenti (bando pubblico).

In effetti vi è una disponibilità finanziaria consistente da parte di fondazioni, anche bancarie, che solo in minima parte viene messa a disposizione delle Imprese o Istituzioni che vogliono sviluppare o impegnarsi nella ricerca e, in particolare, in quella industriale. L'utilizzazione di questo capitale potrebbe rilanciare il sistema Italia convertendo la ricerca biomedica di base in prodotti a vantaggio della popolazione.

Tutti gli Istituti (ISS, IRCCS, IZS, ecc.) hanno collaborato con l'industria privata perché questa rappresenta una opportunità di finanziamento aggiuntivo.

Inoltre si sta passando dai bandi tradizionali di chiamata, dove i progetti vengono esaminati, a bandi mirati dove si indica specificamente ciò di cui si ha bisogno e si finanzia chi dimostra di avere la capacità di proporre e realizzare con una forte probabilità di riuscita. Questo per evitare che ci sia una polverizzazione dei finanziamenti.

In altre parole è necessario mirare a finanziamenti su poche iniziative con forte probabilità di ricaduta, sulle quali investire molto sia in termini umani che finanziari.

Le competenze della Direzione Generale della Ricerca scientifica e tecnologica riguardano il perseguimento della politica della ricerca del Ministero della Salute, attraverso la promozione ed il finanziamento di una ricerca scientifica in campo biomedico e sanitario di elevata qualità, una base scientifica per la programmazione degli interventi mirati al miglioramento dello stato di salute della popolazione.

La Fondazione **IME, Istituto Mediterraneo di Ematologia**, costituita nel 2003 per volontà del Ministero della Salute, del Ministero degli Affari Esteri, del Ministero dell'Economia e Finanze e della Regione Lazio, persegue le seguenti finalità: a) attivare un centro di eccellenza e di alta specializzazione per il trattamento e lo studio sulla talassemia e sulle malattie ematiche; b) realizzare, in un contesto di cooperazione e interscambio, una "rete" per l'integrazione di strutture italiane ed estere, in particolare del bacino del Mediterraneo, specializzate nella ricerca e trattamento della talassemia e delle malattie ematiche; c) richiedere il riconoscimento del Centro quale IRCCS.

Particolarmente sviluppato il settore dei rapporti internazionali collegati allo sviluppo del "progetto internazionale Talassemia", con relazioni istituzionali ed interventi internazionali nei *Progetti Paese* con Egitto, Libano, Palestina,

Iraq, e contatti con Siria, Giordania, Maldive, Albania ed altri Paesi del bacino del Mediterraneo nonché Medio ed Estremo Oriente.

Lo sviluppo della **collaborazione in rete** tra gli Istituti ed Enti di ricerca biomedici italiani è stato implementato anche con la costituzione del servizio **Bibliosan**, promosso dal Ministero della Salute. A Bibliosan aderiscono le biblioteche degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS), dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dell'Istituto Superiore per la prevenzione e la Sicurezza sul lavoro (ISPESL), dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR).

Lo scopo del servizio Bibliosan è creare e coordinare un efficace ed efficiente servizio d'informazione scientifica in rete sfruttando le opportunità offerte dalle reti informatiche (internet ed intranet). I mezzi per raggiungere questi obiettivi sono la condivisione ed il potenziamento delle risorse documentarie esistenti e l'acquisto collettivo di risorse in formato elettronico (e-journals e banche dati biomediche).

Il servizio Bibliosan, rendendo disponibili in rete le risorse informative di ciascun Ente, aumenterà la collaborazione tra gli aderenti e nel contempo la disponibilità di risorse documentarie consentendo così di svolgere un ruolo significativo nel perseguimento degli obiettivi di qualità, tempestività ed esaustività come necessario supporto alle attività di ricerca e diffusione dell'informazione scientifica.

Sono stati sciolti i precedenti Comitati Paritetici di Vigilanza, a seguito dell'emanazione della sentenza della Corte Costituzionale n. 270 del 2005, che affida sostanzialmente alle Regioni territorialmente competenti la composizione degli organi dei citati Istituti.

La Direzione Generale della Ricerca svolge essenzialmente compiti di vigilanza nei confronti degli Istituti riconosciuti ai sensi del decreto legislativo 288 del 2003; esamina, d'intesa con le Regioni, le richieste di nuovi riconoscimenti pervenute da parte di Enti pubblici e privati e quelle di conferma del carattere scientifico da parte degli IRCCS già riconosciuti, verificando la sussistenza dei requisiti richiesti dal citato decreto legislativo.

Sarà compito della Direzione Generale, inoltre, verificare, non appena saranno effettuate tutte le operazioni di installazione di appositi software (Business Object), i dati contabili degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, i quali sono tenuti ad inviare i conti economici trimestrali e i rendiconti annuali. La verifica di tali dati contabili sarà, pertanto, indispensabile per effettuare il monitoraggio di quegli Enti che hanno già ottenuto il riconoscimento del carattere scientifico.

E' da evidenziare, poi, tutta l'attività inerente l'esame delle leggi regionali che disciplinano in dettaglio l'attività assistenziale e la composizione degli organi degli IRCCS e la compatibilità delle stesse con la normativa nazionale (D.lgs. 288/2003).

Continueranno, comunque, le attività di carattere generale riguardanti le risposte ai quesiti formulati dagli IRCCS, l'esame dei verbali dei Collegi sindacali nonché le interrogazioni parlamentari inviate dall'Ufficio Legislativo.

Per quanto riguarda la **Commissione per la vigilanza ed il controllo sul doping**, istituita presso il Ministero della Salute, in attuazione della legge 376/2000, il funzionamento della Commissione stessa e delle sue attività è stato finanziato, a partire dall'anno 2004, con i fondi previsti nei capitoli di spesa 3170 e 3171. Ciò a seguito della modifica, introdotta dall'art. 3, comma 45 della Legge finanziaria 2004, all'art. 10 della legge 376/2000, che prevede che gli oneri per la realizzazione delle attività di cui all'art. 3 e 4 sono posti a carico del Bilancio dello Stato per un ammontare annuo nel limite di 3,5 milioni di euro e precisamente: cap. 3170 per una competenza pari ad Euro 2.325.000.00 e cap. 3171 per una competenza pari ad Euro 1.175.000.00.

Con i fondi previsti dalla Legge di Bilancio 2005 ed assegnati al Capitolo 3170 la Commissione, che nel corso del 2005 si è riunita 21 volte, ha provveduto a dare attuazione a quanto previsto dall'art. 3 della Legge 376 ed in particolare:

- ha dato avvio ad un programma di ricerca scientifica, destinando fondi pari a 1.500.000 euro, allo scopo di: approfondire la conoscenza degli effetti fisiologici, tossici e dei danni apportati all'organismo dall'uso di farmaci, sostanze e pratiche mediche vietate per doping; sviluppare metodi di indagine per evidenziare l'abuso di sostanze vietate per doping e di altre sostanze biologicamente attive in grado di influenzare la performance sportiva; effettuare studi farmacoepidemiologici sull'uso di farmaci vietati e non vietati per doping nei praticanti attività sportiva sia a livello agonistico che amatoriale. Il bando di ricerca era destinato alle Università, al Consiglio nazionale delle ricerche, alle Strutture del SSN o accreditate con lo stesso, all'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, alle Agenzie Regionali Prevenzione e Ambiente, all'Istituto Superiore di Sanità, agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati, al CONI ed alle Regioni e Province Autonome.
- ha dato avvio ad un programma di formazione, destinando fondi pari a 1.240.000 euro, con la collaborazione dell'Istituto superiore di sanità, per il raggiungimento dei seguenti obiettivi: prevenire il fenomeno del doping, tutelando la salute dei praticanti le attività sportive, mediante la promozione di campagne informative/formative ed organizzazione di convegni indirizzati principalmente agli operatori del settore: istituzioni universitarie, scolastiche, CONI, Enti del Servizio sanitario nazionale, Federazioni sportive nazionali, Leghe nazionali, Discipline associate ed Enti di Promozione sportiva; aggiornare i medici specialisti in medicina dello sport, i medici prelevatori, i medici specialisti pediatri di libera scelta ed i medici di medicina generale; informare i giovani, promuovendo stili di vita e valorizzando il ruolo sociale ed etico dello sport,

mediante la realizzazione di campagne attraverso i mass-media e con l'utilizzo di materiale informativo, cartaceo e multimediale.

La Commissione, al fine di dare attuazione alle competenze che l'art. 4 della legge le affida, con i fondi assegnati al cap. 3171 con la legge di bilancio 2005, ha provveduto a stipulare con la Federazione Medico Sportiva Italiana, titolare dell'unico Laboratorio antidoping accreditato a livello internazionale, una convenzione per l'effettuazione dei controlli antidoping. A tale attività sono stati destinati 900.000 euro per l'effettuazione sia dell'attività di analisi sia per l'attività di prelievo e trasporto dei campioni biologici. Nel corso del 2005 sono stati effettuati 1875 controlli antidoping a sorpresa, in gara e fuori gara. Sono risultate 37 positività ai test, segnalate alle Autorità Giudiziarie ordinarie e sportive. Ha provveduto altresì a finanziare una specifica ricerca con il Laboratorio antidoping, come previsto dal citato art. 4, avente ad oggetto la: *Definizione dei limiti di interpretabilità del dato di laboratorio nei controlli antidoping, markers di esposizione e markers di effetto.*

Gli altri Enti sui cui la Direzione Generale esercita un'attività di indirizzo, controllo e vigilanza sono: **Croce Rossa Italiana, Lega Italiana Lotta contro i Tumori, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Istituto Superiore di Sanità e Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro.**

L'Associazione italiana della Croce Rossa, con sede in Roma, è un ente di diritto pubblico ai sensi della legge 20 novembre 1995, n. 490. L'ente è posto sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica ed è assoggettato alla vigilanza del Ministero.

Recentemente è stato approvato con D.P.C.M. 6 maggio 2005, n. 97 il nuovo statuto dell'ente i cui compiti, di rilevanza nazionale ed internazionale, sono espressamente individuati dall'art. 2. Il nuovo statuto, inoltre, ha previsto una nuova struttura centrale e periferica dell'ente di che trattasi. Si segnala, altresì, che, a seguito delle elezioni svoltesi nell'anno 2005, sono stati ricostituiti gli organi ordinari dell'ente sia a livello centrale che dei comitati periferici.

La C.R.I. ha svolto nel corso dell'anno 2005, come negli anni precedenti e quello in corso, un ruolo chiave nell'ambito del S.S.N., così come gli altri sopracitati.

L'ente ha sviluppato una funzione sinergica e complementare al S.S.N. nei settori della formazione della persona, dei servizi sanitari di emergenza.

Nell'ambito dei servizi socio-sanitari la C.R.I. è stata impegnata in molteplici settori: centri di educazione motoria, centri di riabilitazione polifunzionale, ambulatori specialistici, assistenza sanitaria nei centri di permanenza temporanea, pronto soccorso aeroportuale, servizi di screening oncologico, attività trasfusionali.

La **Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori** è l'unico ente pubblico, in Italia, che svolge attività nei settori della prevenzione, diagnosi precoce, assistenza, riabilitazione, educazione sanitaria e ricerca.

E' presente, come la C.R.I., su tutto il territorio nazionale con i suoi organismi periferici e con circa 400 ambulatori che svolgono essenzialmente attività di prevenzione in proprio e / o in collaborazione con le ASL, gli IRCCS, le aziende ospedaliere e altri enti.

La prevenzione, primaria e secondaria, è da sempre uno dei compiti prioritari dell'ente e lo strumento di cui si avvale è rappresentato dall'informazione e dall'educazione sanitaria.

Le visite eseguite nei propri ambulatori, fissi e mobili, hanno lo scopo di diffondere nella popolazione la cultura della prevenzione e di ridurre i tempi di attesa per esami diagnostici da eseguire presso strutture ospedaliere con la conseguente riduzione delle liste di attesa.

L'ambiente privilegiato per l'espletamento delle attività è quello scolastico in quanto permette di coinvolgere un gran numero di soggetti (studenti, genitori, insegnanti) e quello dei luoghi di lavoro (mediante di stipula di convenzioni con aziende pubbliche e private).

La L.I.L.T. svolge un compito rilevante nel settore della formazione e dell'aggiornamento professionale tanto è vero che è stata accreditata quale ente accreditatore di crediti formativi e anche come provider di eventi formativi dalla Commissione nazionale per la formazione continua di questo Ministero.

Lo statuto approvato con Decreto del Ministro della Salute del 16 gennaio 2006 individua all'art.2 gli scopi e l'attività dell'Ente.

L'**Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali** è un ente pubblico istituito con il decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266. Essa svolge essenzialmente compiti di collaborazione nei confronti delle Regioni e Province Autonome in materia sanitaria, anche a supporto delle loro iniziative di autocordinamento, nonché compiti di rilevazione, analisi, valutazione, proposte in materia di organizzazione dei servizi, innovazione e sperimentazione di nuovi modelli gestionali, di qualità e costi dell'assistenza. I compiti ad essa assegnati sono stabiliti dall'art. 1 del decreto del Ministro della Sanità 22 febbraio 1994, n. 233 e dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

Particolare attenzione l'ente ha posto nella predisposizione di linee guida in materia sanitaria e socio-sanitaria.

Diversi compiti consultivi e di collaborazione con questo Ministero e con le regioni sono svolti dall'Agenzia nell'ambito del S.S.N. e della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, in virtù delle disposizioni contenute nel decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, di riorganizzazione del S.S.N..

L'Istituto Italiano di Medicina Sociale è un Ente pubblico di ricerca e formazione preposto allo studio degli aspetti medico-sociali del lavoro umano, individua idonei e innovativi strumenti di prevenzione, predispone modelli organizzativi dei servizi socio-sanitari, contribuendo ad elaborare le politiche sociali e sanitarie del Paese. È dotato di autonomia scientifica, organizzativa, amministrativa e contabile ed è vigilato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali d'intesa con il Ministero della Salute. Lo Statuto dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale, approvato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 31 maggio 2001 definisce all'art.1 la natura e le funzioni dell'ente. L'Istituto Superiore di Sanità e l'Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro sono enti pubblici non economici ai sensi rispettivamente del D.P.R. n. 70/2001 e del D.P.R. n. 203/2002 che operano nel campo della ricerca sanitaria.

La Direzione Generale della Ricerca esercita il potere di vigilanza ministeriale sulle molteplici attività e funzioni sia in materia di ricerca che in ordine ai numerosi compiti istituzionali di detti Istituti.

Per quanto concerne l'Istituto Superiore di Sanità, la legge n. 266/2005 (finanziaria 2006) ha previsto un finanziamento a carico del bilancio dello Stato pari a Euro 96.354.937,00.

La maggior parte di tale finanziamento verrà ripartito in quattro trimestri e, al momento, i primi due decreti di impegno di € 21.520.000,00 che gravano sul capitolo n. 3443 - art. 01 "Fondo occorrente per il funzionamento dell'Istituto Superiore di Sanità", sono in corso di erogazione da parte dell'Ufficio Centrale del Bilancio.

A favore dell'Istituto Superiore di Sanità, anche per gli anni 2006 e 2007, saranno erogate, altresì, la somma di Euro 154.937,00 in attuazione dell'art. 11 della Legge 40/2004, concernente la procreazione medicalmente assistita (cap. 3446) e la somma di Euro 8.000.000,00, relativa al cap. 3445-art.01 "Somme occorrenti all'Istituto Superiore di Sanità per fare fronte, con i propri dipendenti, ai compiti inerenti il coordinamento dell'attività di ricerca per la tutela della salute pubblica, la sorveglianza dei fattori critici che incidono sulla salute, nonché la gestione dei registri nazionali".

Per quanto attiene, poi, all'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro è stata intensificata l'attività ministeriale di vigilanza, tenuto conto dell'attuale situazione gestionale dell'Ente, determinatasi a seguito dell'entrata in vigore del D.P.R. n° 303/2002, che all'art. 13, comma 1°, prevede espressamente l'emanazione da parte di quest'ultimo di una serie di Regolamenti che disciplinano, in buona sostanza, tutte le attività istituzionali dell'Ente medesimo.

Il maggior numero di tali Regolamenti sono stati già adottati dall'Ente e stanno per essere approvati da parte dei Ministeri vigilanti con gli appositi previsti Decreti Interministeriali.

In questa fase di avvio della riorganizzazione strutturale e del decollo delle attività istituzionali dell'I.S.P.E.S.L. il finanziamento di queste ultime è puntuale e costante in stretta osservanza delle attuali disposizioni di legge, come, altrettanto puntuale e costante, è la vigilanza ministeriale, che si avvale del continuo controllo operato dal Collegio dei Revisori dei conti, attraverso la periodica redazione dei verbali, attinente alle problematiche connesse alla gestione dell'Istituto.

Come per l'I.S.S., anche il finanziamento dell'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro, disposto dalla legge n° 266/2005 (finanziaria 2006) pari a complessivi Euro 64.680.000,00, sia per l'anno 2006 che per l'anno 2007, a carico del bilancio dello Stato, verrà ripartito con cadenza trimestrale.

6. INDIRIZZI PER IL FUTURO E CONCLUSIONI

Lo stato sanitario dell'Italia, illustrato in questa Relazione, presenta molti aspetti soddisfacenti.

In particolare, se si considera la risposta del Paese ad iniziative di tipo preventivo, che cominciano a dare i loro frutti, si può ben sperare per l'andamento epidemiologico di alcune patologie. Ad esempio, si osserva una diminuzione costante del fumo di tabacco (noto fattore di rischio per molte patologie di tipo respiratorio, cardiovascolare e oncologico), una riduzione progressiva della mortalità per tumore (merito delle campagne di screening e delle diagnosi fatte più precocemente, che permettono interventi terapeutici più efficaci), una diminuzione dei casi notificati di AIDS e dei relativi decessi.

Tuttavia, vi sono ancora delle aree che possono essere migliorate: le malattie respiratorie croniche sono tuttora un problema diffuso, il consumo di alcol rimane piuttosto elevato, soprattutto nelle fasce di età più giovani, il diabete e l'obesità hanno una diffusione preoccupante, specialmente per le possibili complicazioni future.

Inoltre, vi sono fenomeni epidemiologici ai quali prestare grande attenzione, come la crescente presenza di anziani, che da un lato dimostra la qualità sostanzialmente buona del nostro sistema sanitario, ma che dall'altro può destare qualche preoccupazione per le patologie correlate all'età avanzata e per i relativi problemi di assistenza socio-sanitaria. Contemporaneamente, si osservano elementi di criticità per quanto riguarda i dati sull'immigrazione da Paesi extra-europei.

Un quadro complesso e articolato, dunque, che presenta molti motivi di ottimismo ma che indica anche la necessità di nuovi interventi di programmazione sanitaria.

In questa cornice, ben si inquadrano molte iniziative che il Ministero della Salute ha in parte già intrapreso ed altre che intende promuovere in futuro.

Il New Deal

Il Ministro Livia Turco, nella presentazione del New Deal per la sanità italiana, tenutasi in giugno 2006, ha proposto nove “parole chiave” che devono essere alla base di un piano d’azione interministeriale per la salute:

1. **La fiducia:** ricreare il rapporto di fiducia tra i cittadini ed il sistema sanitario.
2. **La qualità:** il principio trasversale che deve ispirare ogni atto sanitario ma anche ogni procedura gestionale ed amministrativa.
3. **L’umanizzazione:** rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali aperti, sicuri e senza dolore.
4. **L’unitarietà del sistema:** promuovere diritti esigibili su tutto il territorio nazionale, superando le attuali disuguaglianze.
5. **La responsabilità:** che riguarda tutti gli attori, a partire dal medico fino al cittadino e al soggetto pubblico e implica che occorre fare tutto il possibile perché la malattia sia evitata (“il dovere di non ammalarsi”).
6. **La legalità:** deve tornare ad essere un principio guida universale di tutto il sistema.
7. **La cultura dei risultati:** introdurre strumenti di valutazione e misurazione di ciò che si garantisce ai cittadini in termini di esiti e di risultati di salute.
8. **La politica delle alleanze:** coinvolgere, con le Istituzioni pubbliche, le professioni mediche e sanitarie, le associazioni ed il volontariato, i cittadini, gli attori economici e sociali.
9. **L’Europa e il Mondo:** costruire una politica di relazioni, costituendo una presenza costante e qualificata dell’Italia nelle sedi europee e nelle organizzazioni di cooperazione internazionale.

Il New Deal considera anche le grandi criticità, quali i tempi di attesa, l’autosufficienza del Mezzogiorno, le carenze e le disuguaglianze nell’oncologia, ma indica anche molte possibili soluzioni.

Il documento, infine, ribadisce con decisione la necessità di “quattro sicurezze” che devono essere garantite: la sicurezza delle cure; la sicurezza nei luoghi di lavoro e nell’ambiente domestico; la sicurezza ambientale; la sicurezza alimentare.

Il Patto per la Salute

In settembre 2006 è stato definito tra Governo e Regioni un nuovo Patto per la Salute, che si compone di un aspetto finanziario e di un accordo normativo e programmatico, e che prevede riforme e più efficienza per servizi migliori. L’obiettivo è quello di offrire più risorse, più servizi, più efficienza e insieme combattere gli sprechi.

Le iniziative che si intendono sviluppare comprendono più servizi per la salute della donna e del bambino; più fondi per sviluppare una rete di assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti e i malati cronici; più risorse e servizi per incrementare gli screening per le malattie più importanti, a partire dal cancro (soprattutto al Sud, dove la prevenzione è ancora un’eccezione); più risorse per la ricerca, per creare finalmente una “rete di cervelli italiani”; investimenti nelle regioni meridionali per aprire nuove radioterapie oncologiche pubbliche; più fondi per la ricerca di cure per le malattie rare e più risorse per l’assistenza ai malati e alle loro famiglie; una lotta decisa contro la malasana e chi danneggia il sistema sanitario e, di conseguenza, il cittadino; una forte promozione delle cure prestate dai medici di famiglia e dai pediatri, anche attraverso l’iniziativa della Casa della Salute; la responsabilizzazione del cittadino e la sua partecipazione alla spesa sanitaria, per migliorare l’efficienza dei servizi e per garantire il diritto alle cure per tutti.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007

La crescente incidenza delle patologie croniche e delle loro complicanze, in larga misura prevenibili, ha fatto nascere l’esigenza di definire un Piano Nazionale della Prevenzione, tenendo conto anche del peso finanziario di queste patologie, a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Gli interventi di prevenzione primaria e secondaria e gli interventi di educazione e promozione della salute sono effettuati in Italia con modalità diverse da regione a regione.

Si è reso, pertanto, necessario stabilire un coordinamento per conseguire obiettivi di salute uniformi in tutto il Paese, in modo che tutti i cittadini possano accedere ai servizi di diagnosi precoce e prevenzione.

Il coordinamento del Piano Nazionale della Prevenzione è affidato al Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) che ha, tra i compiti istitutivi, quello di coordinare con le regioni i piani di sorveglianza e la prevenzione attiva.

Gli ambiti del Piano Nazionale della Prevenzione, che avrà durata triennale per permettere la messa a regime degli interventi, sono:

- la prevenzione della patologia cardiovascolare, a sua volta suddivisa in:
 - diffusione della carta del rischio
 - prevenzione dell’obesità
 - prevenzione delle complicanze del diabete
 - prevenzione delle recidive
- lo screening dei tumori

- la prevenzione degli incidenti
- il piano delle vaccinazioni.

Sul Piano Nazionale della Prevenzione, che è partito nel 2005, si concentrano risorse pari a 240 milioni di euro, che le Regioni accettano di vincolare sulla quota del riparto CIPE destinata agli obiettivi specifici del Piano Sanitario Nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 34, della legge 27 dicembre 1992, n. 662. Tale quota corrisponde al 25% della quota delle risorse spettante a ciascuna Regione per il raggiungimento degli obiettivi del piano. Oltre a tali risorse le Regioni condividono di mettere a disposizione risorse ulteriori per un ammontare di 200 milioni di euro, attingendo alla quota indistinta della delibera CIPE per ciascuno degli anni 2005, 2006 e 2007.

Il Progetto nazionale per le cure sicure

Il numero di infezioni ospedaliere in Italia appare da anni in linea con i dati registrati negli altri Paesi europei con un'incidenza media tra il 4,5 e il 7% dei ricoveri (pari a circa 450.000/700.000 casi, con una mortalità dell'1%) a fronte del 3,6% della Germania e del 13% della Svizzera.

Il 30% delle infezioni ospedaliere è facilmente evitabile con l'adozione di semplici regole igieniche che vanno dal lavaggio delle mani al rispetto di norme per la cura delle ferite e la pulizia del paziente durante l'assistenza. Mentre il restante 70% delle infezioni è legato alle condizioni cliniche del paziente e alla sempre maggiore incidenza di batteri resistenti agli antibiotici, fattore per cui sono stati messi a punto dall'Istituto Superiore di Sanità appositi strumenti di controllo dell'antibiotico-resistenza, presente soprattutto in alcuni ceppi di batteri quali lo *Pseudomonas aeruginosa*, lo *Stafilococcus aureus*, l'*Enterobacter*, lo *Stenotrophomonas maltophilia* e l'*Acinetobacter*.

Al fine di ottimizzare gli interventi per contrastare in modo particolare le infezioni ospedaliere prevenibili, in ottobre 2006 è stato attivato dal CCM il "Progetto nazionale per le cure sicure", varato in accordo con le Regioni dal Ministero della Salute e attivo attualmente in 14 Regioni in attesa di estenderlo in tutta Italia.

Esso prevede:

- di sviluppare un sistema di segnalazione rapida di eventi sentinella ed epidemie;
- di sviluppare sistemi di monitoraggio delle infezioni associate alle diverse forme di assistenza sanitaria e socio-sanitaria residenziale e domiciliare e costruire un quadro epidemiologico delle infezioni associate all'assistenza sanitaria a livello nazionale;
- di definire requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, relativi alla prevenzione e controllo delle infezioni;
- di promuovere l'adesione di pratiche assistenziali basate su valide e convalidate conoscenze scientifiche ("evidence-based") attraverso:
 - a) la diffusione di Linee Guida;
 - b) la definizione di programmi formativi per il personale addetto al controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.
- di realizzare programmi di comunicazione e gestione del rischio relativamente alle infezioni in strutture sanitarie e socio-sanitarie e nei programmi di assistenza domiciliare.

Il progetto rientra nel programma dell'Organizzazione mondiale della sanità "Sfida alla salute globale del paziente" (GPSC - "Global Patient Safety Challenge"), che riguarda l'impegno a garantire la salute del paziente attraverso il controllo delle infezioni ospedaliere, a partire dalla semplice pratica del lavaggio delle mani.

Nell'ambito del progetto sono stati diffusi alcuni manifesti con le regole per il lavaggio delle mani, un semplice gesto che può salvare migliaia di vite.

Il Ministero della Salute e le Regioni, in conclusione, si stanno impegnando fortemente per la qualità del sistema, per l'appropriatezza delle prestazioni, per un controllo rigoroso dei costi, per il rilancio decisivo degli investimenti. In sostanza, per una Sanità che sia sempre dalla parte dei cittadini.

AUTORI**Comitato Editoriale**

Licia Bacciocchi (Dipartimento Prevenzione e Comunicazione)
Walter Bergamaschi (Direttore Generale, DG del Sistema Informativo)
Fiorella Carpinelli (DG della Comunicazione e Relazioni Istituzionali)
Antonella Clementi (Ufficio Stampa)
Alfredo D'Ari (DG della Comunicazione e Relazioni Istituzionali)
Cesare Fassari (Capo Ufficio Stampa e Portavoce del Ministro della Salute)
Annunziatella Gasparini (Ufficio Stampa)
Rodolfo Gianani (Dipartimento della Qualità)
Donato Greco (Capo Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione)
Marco Ianniello (Dipartimento per la sanità pubblica veterinaria, la nutrizione e la sicurezza degli alimenti)
Stefano Inglese (Consigliere del Ministro della Salute)
Lucia Lispi (DG della Programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema)
Claudio Mastrocola (Capo Dipartimento della Qualità)
Filippo Palumbo (Direttore Generale, DG della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema)
Vittorio Silano (Capo Dipartimento dell'Innovazione)
Luciano Vittozzi (Dipartimento dell'Innovazione)

Comitato di Redazione

Massimo Aquili (DG della Comunicazione e Relazioni Istituzionali)
Licia Bacciocchi (Dipartimento Prevenzione e Comunicazione)
Fiorella Carpinelli (DG della Comunicazione e Relazioni Istituzionali)
Antonella Clementi (Ufficio Stampa)
Annunziatella Gasparini (Ufficio Stampa)
Lucia Lispi (DG della Programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema)
Tiziana Serraino (Dipartimento per la sanità pubblica veterinaria, la nutrizione e la sicurezza degli alimenti)
Lorenzo Spizzichino (DG della Prevenzione Sanitaria)
Cristina Tamburini (DG del Sistema Informativo)

Autori dei contributi specifici

Antonio Addis	Valeria Di Giorgi Gerevini	Alessandro Nanni Costa
Silvia Arcà	Fiorenza D'Ippolito	Elisabetta Neri
Licia Bacciocchi	Guido Ditta	Alice Ottaviani
Rosaria Boldrini	Antonio Fasanella	Bastiana Pala
Paola Cacciatore	Paolo Failla Giacomobono	Francesco Pallone
Gerardo Califano	Valentina Fossa	Antonio Parisi
Bruno Campione	Daniela Galeone	Paola Picotto
Bianca Canesi	Alessandro Ghirardini	Ornella Pinto
Pietro Canuzzi	Mario Giaccio	Maria Grazia Privitera
Anna Caraglia	Simona Giampaoli	Roberto Raschetti
Rosetta Cardone	Massimo Giannone	Francesca Rocchi
Fiorella Carpinelli	Lucia Guidarelli	Giuseppe Rocco
Carla Ceccolini	Marija Korać	Donato Scolozzi
Susanna Ciampalini	Giuseppe La Torre	Claudio Seraschi
Massimiliano Claar	Gianni Leardini	Laura Sottosanti
Maria Elena Congiu	Daniela Lega	Lorenzo Spizzichino
Antonio Consolino	Raffaello Lena	Isabella Sturvi
Felice Cosentino	Giorgio Leomporra	Maria Rita Tamburini
Paola D'Alessandro	Maria Linetti	Domenica Taruscio
Stefania D'Amato	Lucia Lispi	Sara Terenzi
Loreta De Carolis	Marina Maggini	Roberta Tittarelli
Roberto D'Elia	Natalia Magliocchetti	Francesco Usai
Claudio De Giuli	Carlo Mamo	Rossana Valentini
Annamaria De Martino	Tonmasina Mancuso	Nicola Vanacore
Alberto De Negri	Andrea Maroni Ponti	Stefania Vasselli
Miriam Di Cesare	Federica Medici	Mauro Venegoni
Maria Paola Di Martino	Maria Teresa Menzano	Erica Villa
Cassiano De Salazar	Giorgio Minoli	Letizia Zanetti
Teresa Di Fiandra	Emanuele Marco Mongiovi	

**Ministero della Salute
Direzione Generale del Sistema Informativo
Via Giorgio Ribotta, 5
00144 Roma**

La presente Relazione è interamente riportata sul portale del Ministero della Salute
<http://www.ministerosalute.it/>

Versione finale: febbraio 2008