

occhi, disordini dell'apparato digerente sono sì reali ma non correlabili con l'esposizione a campi elettromagnetici.

Rumore

Dal punto di vista degli effetti sulla salute, purtroppo, il rumore negli ambienti di lavoro costituisce ancora oggi la causa di tecnopatia più denunciata all'INAIL (circa il 24% dei casi di malattie professionali denunciate). Negli ultimi anni statisticamente consolidati (2001-2006), all'INAIL sono pervenute circa 46.000 denunce di ipoacusia professionale, di cui circa il 12% sono state riconosciute e indennizzate. Complessivamente, in Italia nel 2002 erano presenti circa 134.000 titolari di rendita di inabilità permanente da ipoacusia e sordità da rumore, pari al 56% del totale delle rendite erogate dall'INAIL. L'eccessiva esposizione al rumore provoca numerosi effetti sulla salute, in particolare effetti psicofisiologici.

Rifiuti

I dati evidenziano una inequivocabile tendenza all'aumento della produzione dei rifiuti, sia urbani che speciali. La produzione di rifiuti solidi urbani ha, infatti, subito un incremento medio annuo del 2,3%, mostrando un aumento del 25% dal 1996 al 2006, mentre nel caso dei rifiuti speciali si è registrato, nel triennio 2003-2005, un incremento della loro produzione del 7%, con una tendenza all'aumento costante per i rifiuti speciali pericolosi nel periodo 2000-2005. Gli studi epidemiologici sinora condotti non consentono di stimare con sufficiente accuratezza i rischi per le popolazioni residenti in prossimità di impianti di trattamento e di smaltimento di rifiuti, inoltre, la potenziale tossicità di ogni agente può variare con il tempo e il mezzo di diffusione. D'altra parte, risulta pressoché impossibile quantificare il contributo delle attività di trattamento e smaltimento dei rifiuti alla contaminazione dei differenti compar-

ti ambientali e conseguentemente il relativo impatto sulla salute umana.

Clima

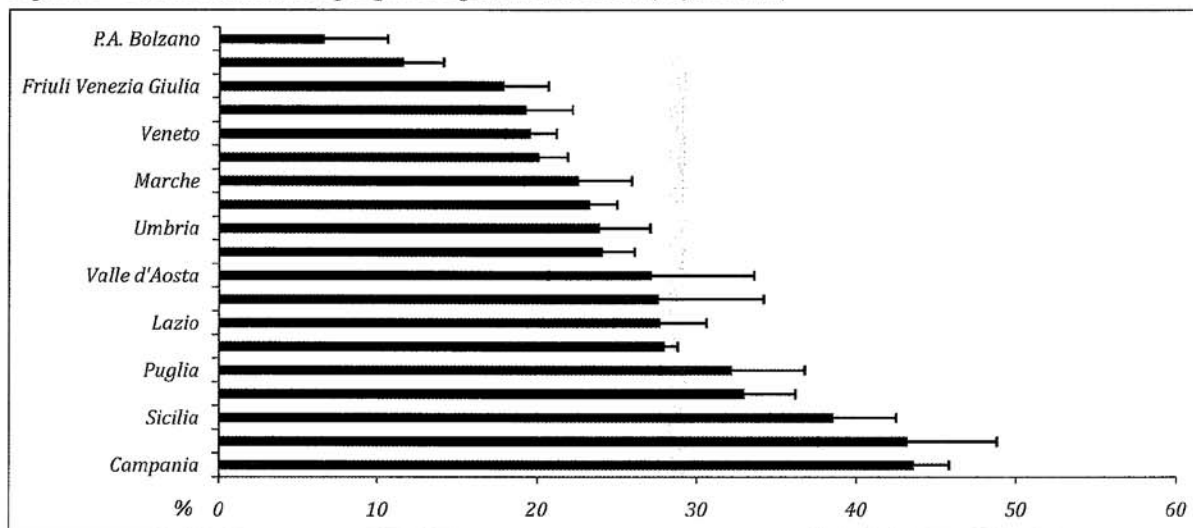
È ormai condiviso che le modificazioni dell'atmosfera indotte da attività antropiche, quali il rilascio di gas ad effetto serra e aerosol, hanno largamente contribuito al rapido cambiamento climatico in atto, cioè ad una rapida e significativa variazione della concentrazione delle costanti meteorologiche e climatiche attese, quali ad esempio temperature terrestri e del mare, precipitazioni, venti. Tale variazione si manifesta in modificazioni dei modelli globali di circolazione atmosferica e oceanica, influenzando anche su caratteristiche quali frequenza, tipo ed intensità di eventi meteorologici avversi (anomalie termiche, alluvioni e tempeste, siccità) delle regioni continentali e su scala nazionale, di cui sono ben noti a livello locale gli impatti ambientali e gli effetti sulla salute e sui sistemi socio-economici. Le evidenze epidemiologiche ad oggi disponibili suggeriscono che le ondate di calore e le elevate temperature hanno un effetto significativo sulla mortalità, con un tempo di latenza molto breve (da uno a tre giorni). Il rischio di mortalità durante le ondate di calore è risultato particolarmente elevato tra le persone anziane, tra i soggetti con patologie a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare e tra le fasce di popolazione di basso livello socioeconomico. Le evidenze epidemiologiche indicano, inoltre, che l'abitare in grandi aree urbane espone la popolazione a maggior rischio, rispetto a quella che vive in un ambiente suburbano o rurale, per alcune condizioni che possono potenziare l'effetto di condizioni climatiche oppressive.

Stili di vita

Attività fisica

Nel 2002, in Italia, le morti attribuibili all'inattività fisica sono state pari

Figura 1 – Persone sedentarie per pool Regioni PASSI 2007 (% , IC 95%)



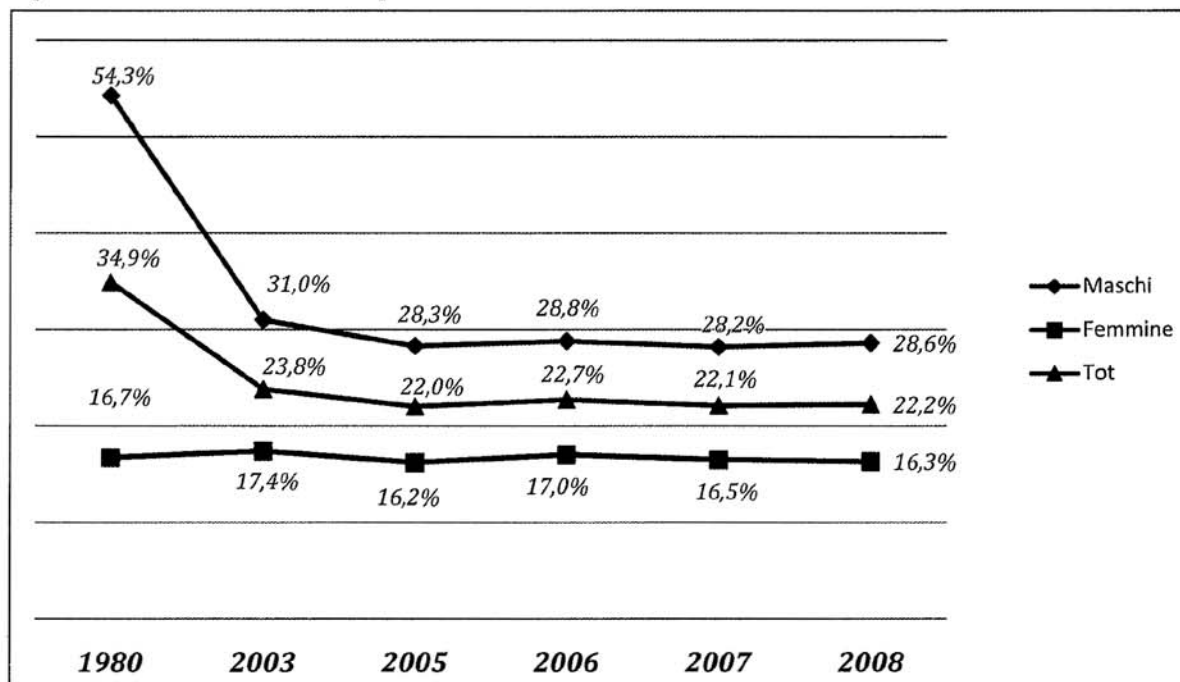
al 5% del totale (circa 28.000 persone per anno), mentre per la stessa causa ammontano al 3,1% gli anni di vita in buona salute persi per invalidità e morte prematura (DALY). L'esistenza di una relazione tra attività fisica/stato nutrizionale, stato di salute e alcune malattie cronico-degenerative è, peraltro, riconosciuta da sempre. La pratica dell'attività fisica tende inoltre ad essere associata ad altri tipi di comportamenti salutari come il mangiare sano e il non fumare e può essere adottata per indurre ulteriori cambiamenti nello stile di vita. Nel nostro Paese, secondo i dati ISTAT relativi al 2008, in Italia il 40,2% della popolazione di età uguale o superiore ai 3 anni dichiara di non praticare né attività sportiva né attività fisica nel tempo libero; la sedentarietà è più frequente tra le donne (45%, contro il 35,3% degli uomini) mentre lo sport sembra essere un'attività prettamente giovanile e maschile. I dati raccolti sul tempo trascorso davanti alla televisione o ai videogiochi e sull'attività fisica praticata dai bambini e adolescenti di età compresa fra i 6 e i 17 anni sono sconcertanti: 1 bambino su 4 pratica sport per non più di un'ora a settimana. Inoltre, la metà circa dei bambini ha la TV in camera e

la guarda per 3 o più ore al giorno (Figura 1).

Abitudine al fumo

Si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco in Italia dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età. Il tabacco è una causa nota o probabile di almeno 25 malattie, tra le quali bronco pneumopatie croniche ostruttive ed altre patologie polmonari croniche, cancro del polmone e altre forme di cancro, cardiopatie, vasculopatie. Gli ultimi dati confermano quanto osservato dall'analisi del trend storico degli anni precedenti, secondo cui negli ultimi 50 anni si assiste ad una graduale diminuzione dei fumatori. Secondo i dati ISTAT, dopo l'entrata in vigore, della Legge 3/03 (cosiddetta legge Sirchia) si è assistito ad una diminuzione della prevalenza di fumatori. Nel 2008, tuttavia, si è osservato un lieve incremento nei maschi, e una piccola diminuzione tra le femmine. La più alta percentuale di fumatori si osserva nell'Italia del Sud e nelle Isole (25,2%). Le differenze di genere nell'abitudine al fumo risultano molto marcate nell'Italia Meridionale dove, a fronte di una quota elevata di fumatori tra gli uomini

Figura 2 – Prevalenza dei fumatori per sesso – Anni 1980-2008



FONTE: Istat - Annuario Statistico Italiano, Anno 2008.

(28,9%), si osserva la più bassa percentuale di fumatrici tra le donne (12,7%). Il numero medio di sigarette fumate al giorno oscilla intorno alle 15 per quasi la metà dei fumatori. Gli ex fumatori, nel 2008 sono aumentati rispetto all'anno precedente, passando dal 17,5% al 18,4%. Nell'ultimo anno si stima che hanno smesso di fumare più di 560.000 fumatori (Figura 2).

Abitudini alimentari

Il legame esistente tra alimentazione e sviluppo di malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, sovrappeso e obesità è ben noto. Quest'ultima condizione, poi, oltre a essere causa diretta di riduzione della qualità della vita per le persone che ne sono affette, rappresenta essa stessa un fattore di rischio per lo sviluppo di malattie cardiovascolari, tumori e diabete. Riguardo alle abitudini alimentari, il 96% degli intervistati PASSI (Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia), sistema continuo di sorveglianza della popola-

zione italiana adulta sui principali fattori di rischio comportamentali, ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno ma solo il 10% mangia le 5 porzioni raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie. L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa tra le persone sopra ai 50 anni, tra le donne (12%), tra le persone con basso livello d'istruzione (10%) e tra le persone obese (12%).

Consumo di alcool

Una recente stima indica in 24.061 il numero delle morti in Italia per cause alcol correlate fra i soggetti di età superiore ai 20 anni, di cui 17.215 tra i maschi e 6.846 tra le femmine, che rappresentano, rispettivamente, il 6,23% di tutte le morti maschili e il 2,45% di quelle femminili. Il tasso di mortalità per cirrosi epatica e patologie croniche del fegato, uno dei più importanti indicatori di danno derivante dal consumo cronico ed eccedentario di alcool, risulta

in costante diminuzione da molti anni (dal 22,60 per 100.000 del 1990 al 10,73 del 2004), in concomitanza con la diminuzione del consumo medio pro capite di alcol puro nella popolazione. Le morti per cirrosi epatica sono diffuse soprattutto nella popolazione più anziana. Anche la mortalità per incidente stradale è considerata un indicatore di danno indiretto prodotto dall'alcol, e in Italia viene stimata come correlata all'uso di alcol per una quota compresa tra il 30% e il 50%. Nell'anno 2005 il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (valore per 100.000 abitanti) è stato pari a 159,0, in costante diminuzione dall'anno 2000. Dai dati sull'utenza dei servizi alcolologici risulta d'altra parte che i più elevati tassi di crescita tra i nuovi alcolodipendenti si registrano per le età più giovanili, al di sotto dei 19 anni e tra i 20-29 anni.

Abuso di sostanze stupefacenti o psicotrope

Dallo studio campionario IPSAD (Italian Population Survey on alcohol

and drugs) emerge che in Italia, nella popolazione di età compresa tra 15 e 54 anni, negli ultimi 4 anni il consumo di eroina è sostanzialmente stabile con un aumento del consumo di tale sostanza nei maschi in età compresa tra i 15 ed i 34 anni. Per la cocaina si è rilevato un arresto della crescita pluriennale del consumo riferito in tutte le classi di età e nei due generi. Nella classe d'età 25-34 anni, le donne e gli uomini che hanno riferito il consumo di cannabis sono rispettivamente il 40% ed il 50% in più rispetto al 2005-2006. Anche nella classe d'età successiva, 35-44 anni, i consumi delle donne sono aumentati del 70% rispetto agli anni precedenti e nel collettivo maschile si è evidenziato un 20% in più di consumatori. Rimane stabile la diffusione dell'uso nella popolazione generale di stimolanti e allucinogeni. Continua ad aumentare il numero di soggetti che fa contemporaneamente uso di più sostanze illegali, rilevandosi che ad adottare tale comportamento sono essenzialmente i soggetti che fanno uso di cocaina.

Le risposte attuali del Servizio Sanitario Nazionale

Gli interventi di protezione e promozione della salute e di prevenzione delle malattie

Sicurezza alimentare all'importazione

La sicurezza alimentare all'importazione è finalizzata a garantire un filtro protettivo contro il rischio di importazione di malattie infettive e diffuse, legato ai movimenti internazionali di persone e mezzi di trasporto, attraverso i controlli sulle merci destinate al consumo umano e sui materiali destinati a venire a contatto con alimenti, che possano rappresentare, anche solo potenzialmente, un rischio per la salute e la sicurezza delle persone.

Il sistema di controlli è realizzato, per gli alimenti di origine non animale e per i materiali destinati al contatto con alimenti, attraverso la rete degli Uffici di Sanità Marittima, Area, e di Frontiera (USMAF) dislocati presso porti ed aeroporti nazionali.

Per quanto attiene l'importazione di animali vivi e di alimenti di origine animale, i Posti di Ispezione Frontaliera (PIF) italiani svolgono, assieme ai P.I.F. localizzati negli altri Paesi membri dell'Unione Europea (UE), i controlli sulle partite di animali, prodotti di origine animale e mangimi importati dai Paesi terzi e destinati all'intero territorio dell'UE. Tali controlli sono finalizzati anche alla ricerca dei residui (ormoni, antibiotici, sostanze inibenti, contaminanti ambientali ecc.) negli alimenti di origine animale, nonché alla rilevazione della presenza di microrganismi e tossine per i quali esistono prove scientifiche di particolare patogenicità.

Il quadro dei controlli all'importazione è completato dall'applicazione delle disposizioni comunitarie sui prodotti di origine animale introdotti dai Paesi Terzi al seguito di viaggiatori per il loro consumo personale.

Sicurezza negli ambienti di vita

Gli infortuni, che costituiscono la principale causa di disabilità cronica nei giovani e determinano una grave perdita di anni di vita in buona salute, possono essere in larga misura evitati attraverso un approccio preventivo sistematico.

I bambini sono i più esposti ai rischi presenti negli ambienti di vita ed i più vulnerabili: a livello europeo, quasi una patologia su tre, tra la nascita e l'età di 19 anni, può essere attribuita a fattori ambientali e gli infortuni "accidentali" costituiscono la prima causa di morte per bambini e ragazzi fra 5 e 19 anni.

Sebbene in Italia la mortalità per incidenti stradali sia diminuita del 27% nel periodo 2000-2007, essa resta tuttavia ancora elevata rispetto ad altri paesi europei, mentre gli incidenti domestici causano ogni anno un milione e mezzo di accessi al pronto soccorso, di cui 130.000 esitano in ricoveri e 7.000 persone non sopravvivono.

La prevenzione degli infortuni ed incidenti necessita di una strategia multisetoriale in grado di associare a misure specifiche di prevenzione sanitaria anche misure di valutazione dell'impatto sulla salute, determinato dagli interventi in settori non sanitari (ambiente, urbanistica, trasporti, viabilità).

Per la prevenzione degli incidenti domestici è importante sostenere le azioni finalizzate alla creazione di un sistema di sorveglianza e notifica degli infortuni, definizione di buone prassi e valutazione finale degli interventi. Nel caso delle violenze sui minori le misure di prevenzione richiedono approcci sistematici, quali: formazione dei genitori, riduzione della disponibilità in casa di alcol e di accesso alle armi da fuoco, supporto agli adolescenti ad alto rischio, cambiamento delle norme culturali che giustificano le violenze.

Salute e sicurezza sul lavoro

Al fine di fronteggiare il grave problema delle morti e delle disabilità dovute ad incidenti nei luoghi di lavoro, il Ministero ha promosso l'iniziativa legislativa per la definizione di un Testo Unico – il Decreto Legislativo n.81/2008 – in grado di favorire una maggiore efficacia delle norme sul piano della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Particolarmente rilevante è stato inoltre l'impegno per la realizzazione del "Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" sottoscritto con le Regioni e le Province Autonome, che contiene le linee strategiche generali per le attività di prevenzione, da realizzare in ambiti prioritari per la tutela della salute nei luoghi di lavoro. Il Patto individua obiettivi strategici di primaria importanza, quali la realizzazione del Sistema Informativo Nazionale di prevenzione nei luoghi di lavoro e la proposta del Piano Nazionale di Prevenzione nei luoghi di Lavoro, prevedendo che le Regioni adottino specifiche azioni di prevenzione rispondenti a criteri di efficacia, nel ridurre l'impatto di fenomeni infortunistici e delle malattie professionali, e definendo obiettivi quantitativi per l'attività di vigilanza delle imprese.

In tale contesto è stato inoltre previsto il potenziamento operativo dei Servizi delle ASL, da realizzare in maniera coerente e funzionale rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza, in relazione alle esigenze territoriali riguardanti il rapporto tra strutture produttive e occupazionali, i rischi presenti, i dati epidemiologici riguardanti i danni della salute dei lavoratori.

Sicurezza dei farmaci

Al fine di garantire la qualità e la sicurezza dei farmaci registrati in Italia, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) svolge attività ispettiva sulle sperimentazioni cliniche e sulle officine di produzione dei medicinali, effet-

tua le valutazioni richieste per l'autorizzazione all'immissione in commercio, espleta attività di sorveglianza sui farmaci in commercio e, in caso di necessità, adotta i necessari provvedimenti cautelativi a tutela della salute pubblica.

In tema di ispezioni di Buona Pratica Clinica (GCP) sulle sperimentazioni, nel periodo gennaio 2007-dicembre 2008 sono state compiute 142 ispezioni nei centri clinici, nei laboratori, presso i Comitati etici, presso le sedi dei promotori delle sperimentazioni, da cui sono derivate più di 47 conseguenze negative permanenti o durevoli, quali rifiuti/sospensioni di autorizzazione al commercio o sospensioni delle sperimentazioni o, in alcuni casi, comunicazioni alla Procura della Repubblica per problemi di possibile rilevanza penale.

In merito alle ispezioni di Buona Pratica di Fabbricazione (GMP), nel biennio 2007-2008 sono state condotte 301 verifiche ispettive su officine di prodotti medicinali e 184 verifiche su officine di produzione di gas medicinali.

L'AIFA, inoltre, svolge attività di vigilanza sulla qualità dei medicinali in commercio, tramite duplice via: a seguito di segnalazioni di potenziali difetti e con programma di controllo annuale.

Allo scopo di proteggere la salute pubblica e in adempimento alle norme nazionali e comunitarie, vengono emanati, con la collaborazione del Comando Carabinieri per la Tutela della Salute (NAS) e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), provvedimenti con carattere di urgenza, quali il ritiro dei lotti, il divieto di utilizzo, il campionamento, il sequestro cautelativo dei prodotti medicinali difettosi.

Riduzione dei fattori di rischio connessi agli stili di vita

Il fattore principale di impatto sui costi dei sistemi sanitari è rappresentato dalle malattie non trasmissibili. L'attuazione di efficaci strategie di

contrasto di tali patologie richiede interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio correlati, in grado di modificare i comportamenti individuali non salutari. Tenuto conto che la prevenzione esclusivamente sanitaria non è efficace, è richiesta la realizzazione di interventi basati su politiche intersettoriali ed una strategia di partecipazione della comunità.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 aveva già ribadito che l'incidenza di molte patologie è legata agli stili di vita, sottolineando il ruolo fondamentale dell'attività fisica e di una corretta alimentazione per la protezione della salute. Con l'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005 è stato varato il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, che individua l'obesità e le malattie cardiovascolari tra i problemi di salute prioritari del Paese.

Nell'ottica delle politiche intersettoriali e seguendo le indicazioni dell'OMS è stato approvato, con DPCM del 4 maggio 2007, Il Programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari", che si propone di promuovere azioni efficaci per contrastare i quattro principali fattori di rischio delle malattie croniche (fumo, abuso di alcol, dieta scorretta e inattività fisica) attraverso una serie di alleanze con il mondo della scuola, dell'agricoltura, dei trasporti, dell'urbanizzazione e dello sport.

A supporto del Programma di Guadagnare Salute e del Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 sono stati promossi e finanziati, da parte del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), diversi progetti mirati alla promozione delle buone pratiche per l'alimentazione e l'attività fisica, in particolare nelle fasce di età prescolare e scolare, ed alla diffusione di strumenti per la progettazione di azioni intersettoriali. Una serie di attività intersettoriali sono state inoltre avviate grazie alle Intese istituzionali siglate con il Ministero delle Politiche Giovanili, il Ministero delle

Politiche Agricole Alimentari e Forestali, il Ministero dell'Istruzione.

È stata inoltre costituita presso il Ministero, la "Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica ed il tabagismo", tavolo tecnico composto da rappresentanti delle Amministrazioni Centrali interessate, delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, delle Associazioni di categoria della filiera alimentare, delle Associazioni dei consumatori e delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, con il compito di formulare proposte ed attuare iniziative in coerenza con gli obiettivi del Programma Guadagnare Salute.

Nel quadro delle iniziative di coordinamento della Piattaforma nazionale, finalizzate alla prevenzione dei problemi alcol correlati, è stata avviata una consultazione con le associazioni dei produttori ed i commercianti di bevande alcoliche, al fine di coinvolgere attivamente il mondo della produzione e della distribuzione, nella prevenzione dei danni provocati dall'uso inadeguato di alcol.

Per incoraggiare l'adozione di stili di vita liberi dal fumo, sono stati attuati interventi coordinati dalle Regioni e finanziati dal CCM per la realizzazione di programmi di formazione sul tabagismo rivolti a pianificatori regionali e ad operatori pubblici e del privato sociale, per la diffusione delle buone pratiche di prevenzione, in particolare finalizzate a ridurre la prevalenza dei giovani fumatori. Ulteriori interventi su scala nazionale hanno riguardato la formazione del personale ostetrico al counselling antitabagico, nell'ambito del programma nazionale "Mamme libere dal fumo" e le azioni di sensibilizzazione nei confronti dei genitori, realizzate nell'ambito della campagna di comunicazione "Genitori più".

Prevenzione delle malattie infettive

Le malattie infettive continuano a rappresentare una priorità in Sanità Pubblica per la loro diffusibilità e l'im-

pegno per il loro controllo rimane costante, poiché rappresentano ancora nel mondo la principale causa di morte e disabilità.

Le misure di profilassi, in primis quella vaccinale, il monitoraggio e la sorveglianza di tali malattie e gli interventi di formazione/informazione per gli operatori sanitari e di comunicazione indirizzata alla popolazione generale sono le fondamenta per una lotta efficace alle malattie infettive.

In Italia, grazie agli interventi vaccinali di massa, sono stati ottenuti ottimi risultati anche in termini di controllo di alcune malattie infettive: il tetano colpisce esclusivamente anziani non vaccinati, mentre non si registrano più casi di questa malattia in bambini e ragazzi; la morbosità per epatite virale B è in continuo declino; l'incidenza di tutte le malattie per le quali esistono vaccini sicuri ed efficaci, per i quali sia previsto l'obbligo per legge o la raccomandazione su base nazionale, mostrano un trend in continua discesa.

La più importante sfida di oggi è, pertanto, ancora, quella di garantire, ai massimi livelli possibili, equità nel diritto alla prevenzione vaccinale, che deve essere intesa come interesse tanto del singolo quanto della comunità. Per raggiungere obiettivi di successo nelle vaccinazioni è necessario l'apporto congiunto di diverse figure professionali quali pediatri, igienisti, operatori di Sanità Pubblica, medici di medicina generale, specialisti, etc..

In Italia, la sorveglianza delle malattie infettive è basata sul Sistema di notifica obbligatorio, che, in base al Decreto Ministeriale del 1990, prevede la segnalazione obbligatoria, da parte dei medici, dei casi di malattie elencate nel Decreto stesso.

Per la natura stessa della patologia infettiva, un'efficace sorveglianza deve consentire l'integrazione dei diversi livelli gestionali (ASL, Regione, Livello Nazionale). Il Ministero ha pertanto previsto che l'attuale sistema informativo per la notifica routinaria sia inte-

grato, all'interno di una piattaforma informativa web, con i sistemi cosiddetti speciali di sorveglianza (dedicati a specifiche patologie, emergenti e/o prevenibili con vaccino) ed il sistema di sorveglianza delle zoonosi. La finalità è quella di supportare il sistema di allarme rapido degli eventi che richiedono provvedimenti urgenti per la tutela della salute pubblica, ed al contempo recepire le direttive europee per la costruzione di una rete di sorveglianza comunitaria finalizzata al controllo epidemiologico delle malattie trasmissibili.

Prevenzione in oncologia

La prevenzione, assieme alla ricerca e al miglioramento delle cure e dell'assistenza, rappresenta una delle strategie per la lotta al cancro; essa si esplica attraverso interventi di prevenzione primaria e secondaria. Nel primo caso ci si riferisce ad interventi che hanno principalmente l'obiettivo di ridurre l'incidenza dei tumori attraverso la modifica di determinanti di salute che possono essere caratteristici della popolazione, di un suo sottogruppo o degli individui. Appare evidente come molti determinanti siano fuori dal controllo del Servizio Sanitario Nazionale, come l'abitudine al fumo e all'alcool, l'alimentazione non salutare, la scarsa attività fisica: tutti rischi molto rilevanti per l'insorgere del tumore. Pertanto una risposta cruciale consiste nell'attuazione di politiche intersettoriali per la salute, di collaborazione fra il settore salute e gli altri settori della società, sia pubblici sia privati, con l'intenzione di facilitare, direttamente o indirettamente, l'assunzione di corretti stili di vita da parte della popolazione. Tra i vari interventi di sanità pubblica volti a prevenire l'insorgenza di tumori da infezioni è stato definito un programma di vaccinazione contro il papilloma virus (HPV), causa del cervicocarcinoma, concordato con le Regioni e incentrato sull'offerta attiva della vaccinazione alle ragazze dodici-

cenni. Tutte le Regioni hanno attivato la vaccinazione mediante invito per la coorte delle nate nel 1997. La prevenzione secondaria dei tumori ha per obiettivo principale la riduzione della mortalità specifica per questa causa mediante interventi di sanità pubblica o mediante iniziative nell'ambito di erogazione della medicina specialistica come i programmi organizzati di screening. Tali interventi sono dal 2001 inclusi fra i Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dal Servizio sanitario Nazionale, per quanto attiene ai tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto. La programmazione nazionale ha agito su due piani: l'inserimento dell'erogazione dei programmi di screening nel Piano Nazionale della Prevenzione e il sostegno alle infrastrutture regionali attraverso i finanziamenti previsti dalle Leggi 138/04 e 286/06. I dati di attività relativi al 2007 mostrano che nel nostro Paese si sta verificando un'importante estensione dei programmi di screening: per la mammella, sono state invitate 2.209.900 donne di cui 1.225.000 hanno aderito allo screening; per la cervice uterina sono state invitate 3.055.353 donne di cui 1.217.000 hanno aderito allo screening; per il colon retto sono state invitate 2.581.833 persone di cui 1.131.900 hanno aderito allo screening.

Prevenzione cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari figurano tra le quattro cause principali di mortalità dovute alle malattie cronico-degenerative. In Italia, ad esempio, l'ictus causa il 10-12% di tutti i decessi e rappresenta la principale causa d'invalidità e la seconda causa di demenza. Circa l'80% di esse può essere prevenuta intervenendo sugli stili di vita: fumo, alimentazione scorretta, inattività fisica ed abuso di alcool. È ampiamente dimostrato che il rischio cardiovascolare è reversibile e la riduzione dei fattori di rischio porta ad una

riduzione degli eventi e al verificarsi di eventi meno gravi. In quest'ottica e basandosi su questi presupposti il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2005-2007 ha previsto due linee di intervento specifiche, nell'ambito della prevenzione cardiovascolare: la diffusione carta del rischio cardiovascolare e la prevenzione delle recidive in soggetti con precedenti eventi cardiovascolari.

La prevenzione individuale mira a migliorare l'insieme degli interventi che un operatore sanitario, primo fra tutti il medico di medicina generale (MMG), può effettuare nell'ambito del rapporto con i propri assistiti, mediante la diffusione della carta del rischio cardiovascolare e del punteggio individuale, come previsto dal piano operativo del PNP negli anni 2005-2007. La valutazione del rischio tramite questi strumenti permette di identificare soggetti a basso rischio, a rischio moderato e ad elevato rischio e attivare, a secondo della categoria, azioni finalizzate alla riduzione dei fattori di rischio modificabili e di monitoraggio del rischio nel tempo. 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. A dicembre 2008, erano state effettuate e inviate all'Osservatorio del Rischio Cardiovascolare da parte di 729 MMG 76.901 valutazioni sul rischio cardiovascolare globale assoluto, che avevano dati completi sui fattori di rischio utilizzati per la valutazione (32.932 uomini e 39.122 donne).

Negli assistiti valutati dai MMG il livello medio del rischio è stato di 3.1% nelle donne e 8.6% negli uomini: ciò indica che 3 uomini e 9 donne su 100, di età compresa fra 35 e 69 anni, avranno un evento acuto coronarico o cerebrovascolare nei prossimi 10 anni.

Il rischio è risultato basso nel 28.8% degli uomini, moderato da tenere sotto controllo con lo stile di vita nel 61.5% e alto nel 9.7%; le corrispondenti prevalenze per le donne sono state 63.7%, del 35.8% e dello 0.4%. Il 12% degli uomini e il 10% delle donne hanno ricevuto un consiglio su come migliorare le proprie abitudini alimentari; il 23% degli uomini e il 25% delle donne hanno ricevuto qualche suggerimento per aumentare il livello di attività fisica, il 26% degli uomini e il 19% delle donne ha ricevuto qualche suggerimento per smettere di fumare. Inoltre, il 37% degli uomini e il 31% delle donne sono attualmente in terapia antipertensiva, mentre il 14% degli uomini e l'8% delle donne sono in terapia ipocolesterolemizzante.

Prevenzione odontoiatrica

In Italia, nell'ambito delle cure odontoiatriche, l'offerta pubblica è carente specialmente per le fasce di età più vulnerabili rappresentate dalle persone in età evolutiva (0-14 anni) e dagli individui ultrasessantacinquenni. Una corretta prevenzione primaria e secondaria, oltre ad evitare sofferenze all'individuo, riduce l'impegno delle cospicue risorse finanziarie necessarie per la terapia e la riabilitazione e, dunque, costituisce un risparmio in termini economici per le famiglie e la comunità. Non si hanno dati relativi agli accessi a prestazioni a carattere preventivo, specie in individui in età evolutiva. Gli ultimi dati disponibili provenienti dall'ISTAT e relativi all'anno 2005 indicano che, in Italia, solo il 39,7% della popolazione ha fatto richiesta di prestazioni odontostomatologiche; lo 87,5% delle persone sottoposte a cure odontoiatriche si è rivolto prevalentemente a liberi professionisti mentre, solo il 12,5%, ha fruito di strutture pubbliche o private convenzionate deputate all'erogazione di prestazioni odontoiatriche. Il maggior utilizzo del servizio pubblico o convenzionato viene fatto da parte dei

soggetti molto anziani. A seguito della ridotta offerta pubblica, con gli anni si è assistito, quindi, al consolidamento dell'assistenza privata, diffusa capillarmente sull'intero territorio nazionale, ma, con onorari, determinati anche dagli alti costi, che precludono l'accesso ai trattamenti odontoiatrici alle fasce sociali più deboli e disagiate. Tenuto conto di quanto sopra, della sentita esigenza di promuovere programmi di prevenzione a livello nazionale ed in attesa di un "Piano nazionale per la salute orale", sono state gettate le basi per l'inserimento esplicito della salute orale nel Piano sanitario nazionale e nel Piano nazionale della prevenzione. In quest'ottica il Ministero ha avviato una serie di iniziative quali ad esempio la pubblicazione di "Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva".

Al fine di favorire ed incentivare la prevenzione è stata attivata un'iniziativa finanziata dal Ministero, di durata biennale, nell'ambito della quale sono stati contattati ed invitati a sottoporsi alla pratica della sigillatura dei solchi e delle fessure dei primi molari permanenti individui di circa sette anni di età, residenti in quattro ASL selezionate come centro operativo. I numeri del progetto mostrano un risultato di grande efficacia, anche sotto l'aspetto del risparmio economico: 8.377 bambini di sette anni di età coinvolti, circa 15.000 elementi dentari permanenti sigillati per una spesa media a prestazione (visita specialistica, seduta di igiene orale professionale, sigillatura) di poco inferiore ai 19 euro.

Prevenzione osteoporosi

Le fratture da fragilità, o fratture osteoporotiche, costituiscono una rilevante causa di morbilità per la popolazione anziana, determinando gravi conseguenze in termini di sofferenza e disabilità cronica, di impegno assistenziale per le famiglie e di costi

economici per il SSN. In particolare le fratture di femore prossimale causano oltre 1.250.000 giornate di degenza ospedaliera acuta ed oltre 1.500.000 giornate di degenza riabilitativa all'anno, per un costo ospedaliero diretto annuo di circa un miliardo di euro. Il sensibile aumento della sopravvivenza media della popolazione ha determinato una progressione continua del numero di fratture osteoporotiche, di cui è indice oggettivo il numero di ricoveri ospedalieri per fratture di femore prossimale, che viene rilevato in costante aumento negli ultimi anni, come si evince dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera. I casi nella popolazione di almeno 45 anni sono stati circa 94.000 nel 2005, di cui oltre 87500 in soggetti di 65 o più anni e circa un quinto nel sesso maschile (grafico 1), mostrando un ulteriore aumento del 4% circa rispetto all'anno precedente, a conferma di un trend in atto in tutti i paesi dell'Unione Europea. Oggi è divenuto possibile porre una diagnosi tempestiva ed iniziare un trattamento efficace ed economicamente efficiente prima che si verifichi la prima frattura da fragilità. Ciò è di estrema rilevanza perché è ben dimostrato il fenomeno della "cascata di fratture", cioè del moltiplicarsi del rischio di successive fratture (+86%) dopo la comparsa della prima frattura da fragilità, disponendo di farmaci in grado di ridurre del 40-70% il rischio di frattura.

La definizione e pubblicazione dei criteri omogenei nazionali per l'appropriatezza nell'accesso alla densitometria ossea nell'ambito dei LEA ha costituito un primo fondamentale passo nel garantire ai soggetti a rischio l'accesso alla più importante metodica diagnostica dell'osteoporosi, nel contempo riducendo gli sprechi di risorse derivanti da un suo impiego inappropriato.

Per tenere sotto controllo l'evoluzione del fenomeno dell'osteoporosi e

delle fratture ad essa correlate, nonché per valutare gli effetti delle strategie sanitarie che verranno messe in atto si rende necessaria l'istituzione di un registro nazionale delle fratture, in particolare di quelle di femore e delle altre principali fratture tipiche, in analogia con quanto già realizzato in alcuni altri paesi dell'Unione Europea. A tal fine è indispensabile programmare la prevenzione, prevedere la formazione e l'aggiornamento delle figure professionali coinvolte, istituire un Registro Nazionale delle fratture osteoporotiche e aggiornare le linee guida diagnostiche e terapeutiche.

I servizi di assistenza sanitaria

Cure primarie e continuità assistenziale

In questi ultimi anni si è assistito a una progressiva contrazione del peso dell'assistenza ospedaliera bilanciato da un costante aumento dell'incidenza dell'assistenza territoriale (assistenza primaria e domiciliare, medicina dei servizi territoriali, emergenza sanitaria territoriale) che assorbe ormai il 51% delle risorse generali destinate al SSN.

L'evoluzione in atto della dinamica demografica e la conseguente esigenza di promuovere il territorio quale sede primaria di assistenza e governo dei percorsi sanitari e socio sanitari ha reso difatti necessario un salto di paradigma per garantire la futura sostenibilità del sistema sanitario.

In tale contesto la riorganizzazione delle cure primarie, considerata un importante ambito di rinnovamento del S.S.N. dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ha consentito sia lo sviluppo e l'evoluzione delle varie tipologie di medicina associativa e di gruppo sia la sperimentazione da parte di molte regioni, di nuove modalità erogative delle cure primarie quali i Nuclei di Cure Primarie, le Unità Territoriali di Assistenza Primaria

(UTAP) e la Casa della Salute per la cui sperimentazione sul territorio nazionale sono stati previsti, dalle leggi finanziarie 2007 e 2008, dei fondi dedicati.

Lo sviluppo della medicina associativa è divenuto pertanto lo strumento attuativo della programmazione sanitaria favorendo il cambiamento strategico del ruolo dell'ospedale, sempre di più specializzato e orientato alla cura delle patologie acute e casistiche a maggiore complessità.

A livello nazionale nell'anno 2007, l'Assistenza Primaria è stata garantita da 46.799 Medici di Medicina Generale (MMG) e da 7.638 Pediatri di Libera Scelta (PLS). Il 58,4% dei MMG ed il 47,6% dei PLS hanno prestato la propria attività in forma associativa. Il numero totale di Medici di Medicina Generale presenti sul territorio nazionale risulta complessivamente diminuita rispetto ai dati dell'anno 2003, essendo passato da 47.111 a 46.799, mentre il numero di scelte per MMG ha subito un incremento di circa il 2%. Come per la medicina generale anche per la pediatria di libera scelta si nota un incremento del numero medio di assistiti per PLS di circa il 3%, accompagnato in questo caso da un complessivo aumento del numero totale di Pediatri di Libera Scelta che è passato da 7.358 del 2003 a 7.638.

La Continuità assistenziale, garantita per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana dalle ASL sulla base della organizzazione distrettuale, ha visto impegnati nell'anno 2007 13.109 medici titolari, con una media di 22 per 100.000 abitanti, che hanno effettuato complessivamente 16.754 visite per 100.000 abitanti per un totale di 20.746.487 ore di attività.

Per quanto attiene l'Assistenza Domiciliare, nell'anno 2007 sono stati 474.567 i pazienti che hanno usufruito dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) con una media nazionale di 803 casi trattati per 100.00 abitanti di cui 81,2% anziani e 8,8% pazienti in fase terminale della malattia.

Al fine di dare piena attuazione al percorso intrapreso, rimane l'esigenza di:

- potenziare lo sviluppo della rete dei servizi di cure primarie per assicurare la continuità dell'assistenza tutti i giorni della settimana, 24 ore al giorno anche attraverso la realizzazione di modalità organizzative che consentano di garantire una prima risposta sanitaria all'emergenza-urgenza in situazioni di minore gravità;
- rafforzare ulteriormente la realizzazione di forme associative per l'erogazione delle cure primarie, favorendo il coordinamento funzionale dell'attività di medicina generale e specialistica con le attività del distretto;
- potenziare l'integrazione ospedale-territorio al fine di consentire la tempestiva presa in carico del paziente e l'elaborazione del piano personalizzato di assistenza da parte della rete territoriale;
- incrementare la costituzione in ambito territoriale dei punti unici di accesso (PUA) per la presa in carico delle persone fragili attraverso la segnalazione dei diversi soggetti coinvolti nel processo di cura;
- potenziare l'adozione di specifici percorsi assistenziali che prevedano la presa in carico dei casi di non autosufficienza attraverso una valutazione multidimensionale e la formulazione di un progetto di cura individuale, includendo servizi innovativi di erogazione delle cure mediante telemedicina (Tabella 1).

Sistema di emergenza ed urgenza

L'area relativa all'emergenza-urgenza sanitaria rappresenta uno dei nodi più critici della programmazione sanitaria e si configura come una delle più importanti variabili sulle quali è misurata la qualità dell'intero Servizio Sanitario Nazionale. Il Sistema territoriale 118 e il PS/DEA (Pronto Soccorso/Dipartimento di Emergenza Accet-

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 1 – Attività Domiciliare Integrata (ADI) nell'anno 2007

Regione	Numero	x 100.000 abitanti	di cui anziani (%)	Pazienti per 1.000 residenti anziani (età >65)	di cui malati terminali (%)
Piemonte	24.300	558	71,8	17,7	16,9
Valle d'Aosta	147	118	53,1	3,1	27,2
Lombardia	81.174	850	84,8	36,6	9,2
P.A. Bolzano	683	140	66,2	5,5	
P.A. Trento	1.742	344	56,0	10,2	39,7
Veneto	73.431	1.538	81,0	64,2	6,4
Friuli Venezia Giulia	24.958	2.058	81,1	73,0	2,4
Liguria	14.829	922	93,5	32,3	3,6
Emilia Romagna	64.666	1.531	85,0	57,2	8,5
Toscana	22.122	608	81,4	21,2	13,0
Umbria	10.814	1.239	81,5	43,2	3,7
Marche	15.883	1.034	84,9	38,9	10,2
Lazio	51.877	944	79,7	38,8	5,3
Abruzzo	12.705	970	80,7	36,6	8,0
Molise	5.790	1.809	45,4	37,2	4,3
Campania	17.707	306	82,9	16,3	11,3
Puglia	13.882	341	83,3	16,2	7,1
Basilicata	6.774	1.146	75,6	43,2	18,6
Calabria	13.071	654	77,9	27,6	13,3
Sicilia	12.784	258	72,4	10,2	19,3
Sardegna	5.228	315	68,4	12,0	14,5
Italia	474.567	803	81,2	33,0	8,8

Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Direzione Generale del Sistema Informativo - Ufficio di Direzione Statistica - Settore Salute.

tazione) sono le componenti essenziali del complesso Sistema dell'emergenza sanitaria. Il Sistema territoriale 118 opera nella fase di "allarme" garantendo il coordinamento delle attività di soccorso per assicurare, 24 ore al giorno, l'intervento più appropriato nel più breve tempo possibile, in ogni punto del territorio, assicurando il tempestivo trasporto del paziente alla struttura più appropriata. Il PS/DEA opera nella fase di "risposta", per garantire l'assistenza necessaria attraverso l'inquadramento diagnostico del paziente, l'adozione di provvedimenti terapeutici adeguati, l'osservazione clinica, l'eventuale ricovero del paziente.

L'attuale impianto strutturale del sistema 118 è costituito dalle 103

Centrali Operative (CO) con il "Numero 118" attivo su tutto il territorio nazionale. A livello nazionale il 75% delle CO opera in aree provinciali, il 13% in aree sub provinciali ed il 12% in aree sovra provinciali.

Nell'ambito del sistema di emergenza particolare rilevanza assume l'informazione continua e condivisa tra Sistema 118 e Rete ospedaliera, relativamente ai pazienti soccorsi, al loro stato di gravità, alla conoscenza continua della disponibilità di posti letto in area critica, tutti elementi che permettono di realizzare al meglio l'attività di soccorso indirizzando i percorsi e diminuendo i tempi di percorrenza. Tuttavia, l'interconnessione informatica con i DEA di I e II livello è garantita

soltanto nel 22% delle Centrali mentre la metà delle centrali dispongono di un sistema per la conoscenza della disponibilità dei posti letto in area critica.

Nel 2005, a livello nazionale, sono state registrate 13.841.182 chiamate totali entranti alle CO. Le chiamate specifiche di soccorso sanitario sono state 8.474.040. Sul totale delle chiamate di soccorso, nel 47% dei casi (3.960.211) è stato inviato un mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che, nel 32% dei casi (2.680.646), ha avuto come esito l'accesso al Pronto Soccorso. In relazione soltanto alle richieste a cui è seguito l'invio del mezzo di soccorso, a livello nazionale, per l'anno 2005, emerge che nel 5% dei casi è stato assegnato il codice di gravità bianco, nel 30% il codice verde, nel 46% il codice giallo e nel 19% il codice rosso.

L'analisi per macroaree evidenzia che nel sud e nelle isole c'è una netta prevalenza dell'attribuzione dei codici gialli: 50% nel sud e 60% nelle isole. Relativamente alla disponibilità da parte delle Centrali Operative di mezzi di soccorso, per l'anno 2007, risultano in carico alle strutture sanitarie 1.232 ambulanze di tipo "A" (mezzo di soccorso avanzato con o senza medico), 1010 sono le ambulanze di tipo B (mezzo di soccorso di base o di trasporto), i centri mobili di rianimazione (con medico anestesista rianimatore a bordo) risultano 329.

Relativamente al pericolo di attacchi terroristici, quasi tutte le Centrali Operative (87%) hanno predisposto protocolli organizzativi interni per la gestione delle maxiemergenze mentre nel 77% delle Centrali Operative il personale ha seguito corsi di formazione per l'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale.

Con riferimento al sistema di Pronto Soccorso (PS), nell'anno 2007, risultano presenti sul territorio nazionale, 569 servizi di PS, di cui 530 presso strutture di ricovero pubbliche e 39 presso strutture private accreditate. I

Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) attivi sono complessivamente 348, di cui 333 collocati presso strutture di ricovero pubbliche e 15 presso strutture private accreditate. Sono stati rilevati, inoltre, 378 centri di rianimazione in strutture pubbliche e 45 in strutture accreditate. Riguardo ai servizi di emergenza pediatrici, si evidenzia che sul totale delle strutture sanitarie sono presenti 87 P.S. pediatrici, di cui soltanto uno in strutture private accreditate. Le Regioni dove tali servizi sono presenti in maggior numero sono la Lombardia con 24 e la Campania con 19.

Si evidenzia inoltre che nel 2007 sono stati registrati 364 accessi al PS ogni 1000 abitanti, dei quali il 17,3% ha originato il ricovero. Riguardo la percentuale di ricoveri, il valore più basso si riscontra nella Regione Piemonte, con l'11,9%, mentre quello più alto nella Regione Molise con il 34,9%. Inoltre, il maggior numero di accessi in rapporto alla popolazione residente (574 per 1000 abitanti) si riscontra nella Provincia autonoma di Bolzano, a fronte di una percentuale (14,9) di ricoveri inferiore alla media nazionale (17,3). Il minor numero di accessi (281 per 1000 abitanti) viene rilevato nella Regione Basilicata.

È necessario, pertanto:

allestire percorsi alternativi al P. S. con l'eventuale istituzione di ambulatori gestiti da Medici di Medicina Generale che garantiscono una risposta sanitaria a problematiche non di emergenza-urgenza possibilmente 24ore/24, con la possibilità di usufruire in tempo reale delle consulenze specialistiche

attivare nei P.S. con più di 25.000 accessi annui, laddove non è stato effettuato, un sistema di triade infermieristico (strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi non programmati), modello globale, con applicazione uniforme dei codici colore già identificati nella normativa vigente (bianco, verde, giallo, rosso) e

con sistemi di informazione all'utenza sui tempi di attesa stimati per i codici di minore urgenza (bianco e verde)

realizzare reti integrate per le patologie acute ad alta complessità assistenziale quale la rete per la patologia cardiovascolare, cerebro-vascolare, traumatologica, in armonia con la rete dei DEA e con l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini.

La priorità assoluta è sicuramente la completa integrazione tra DEA e Sistema territoriale 118 al fine di garantire la continuità dell'assistenza.

Assistenza ospedaliera

Sul versante dell'assistenza ospedaliera il processo intrapreso è teso a promuovere l'individuazione di centri di eccellenza in grado di riqualificare l'offerta del servizio reso ed un sempre più efficace collegamento con i presidi sanitari nei diversi nodi del processo assistenziale, mediante l'integrazione dei servizi a livello ospedaliero con quelli del livello di cure primarie e distrettuali.

La riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera prevede, come obiettivo da raggiungere gradualmente, la razionalizzazione della rete ospedaliera, fissando standard sui posti letto e sul tasso di ospedalizzazione. Si rileva a tal proposito una graduale riduzione del tasso di ospedalizzazione nel corso degli ultimi anni.

Nel 2007 è stato stimato un tasso di ospedalizzazione complessivo, pari a 199 per mille residenti, in diminuzione rispetto al biennio precedente, in cui il tasso raggiungeva il valore di 211 per mille nel 2006 e 213 per mille nel 2005. In particolare la riduzione del tasso di ospedalizzazione riguarda i ricoveri in regime ordinario, favorendo al contempo i ricoveri diurni, con conseguente incremento del relativo tasso di ospedalizzazione.

Per l'assistenza ospedaliera il SSN si avvale di 1.198 istituti di cura, di cui 656 pubblici ed equiparati, corrispon-

denti al 55%, e 542 case di cura private accreditate, che rappresentano il 45% del totale degli istituti. A livello nazionale circa il 41% delle strutture ospedaliere pubbliche ed equiparate presentano medie dimensioni, in termini di dotazione di posti letto per ricoveri in regime ordinario. Il 32% presenta una dotazione inferiore ai 120 posti letto. Complessivamente, a livello nazionale, la dotazione media è di 319 posti letto per struttura. Vi sono a livello nazionale 3,8 posti letto per mille abitanti nei reparti per acuti, considerando complessivamente tutte le strutture di cui si avvale il SSN. Si rileva una dotazione di posti letto per acuti superiori a 5 per mille abitanti in Molise, mentre in Piemonte e Campania la dotazione di posti letto è inferiore a 3,5 per mille, che costituiscono i valori minimi della distribuzione.

La dotazione di posti letto per reparti di riabilitazione e lungodegenza è, a livello nazionale, di 0,6 posti letto per mille abitanti. Per le discipline ospedaliere per non acuti si rileva una dotazione di posti letto quasi doppia rispetto a quanto rilevato a livello nazionale nella P.A. di Trento, nel Lazio e Molise.

La degenza media, quale indicatore sintetico dell'efficienza ospedaliera, si è stabilizzata, a livello nazionale, intorno a 6,7 giorni nei reparti per acuti con una considerevole variabilità a livello regionale.

Da un'analisi temporale delle dimissioni ospedaliere si rileva che il numero dei dimessi da regime di ricovero ordinario con DRG medico è in costante diminuzione, mentre i dimessi con DRG chirurgico è sostanzialmente stabile, rappresentando circa il 25% delle dimissioni in regime ordinario. Per quanto riguarda il Day Hospital aumentano le dimissioni con DRG medico e, in modo più consistente, le dimissioni con DRG chirurgico, pur in presenza di una riduzione complessiva dei ricoveri ospedalieri. L'esame dei dati pluriennali di attività

ospedaliera rileva in particolare l'incremento del numero delle dimissioni in Day Hospital per quelle prestazioni che hanno associato uno dei 43 DRG definiti ad alto rischio di inappropriatazza, se erogati in regime di degenza ordinaria.

Le indicazioni per la programmazione della rete ospedaliera sono quelle di favorire l'accessibilità, l'accoglienza e l'umanizzazione dell'assistenza, assicurando la continuità delle cure attraverso un più stretto rapporto con i medici del territorio, l'erogazione di prestazioni efficaci secondo i più moderni indirizzi della scienza e la formazione pratica e all'avanguardia del personale tecnico/sanitario ospedaliero. Con il decreto legge del 25 giugno 2008, n. 112, convertito in Legge dall'art. 1 comma 1 della Legge 6 agosto 2008 n. 133, sono stabiliti i criteri di programmazione delle risorse relative alla spesa sanitaria. In particolare all'art. 79 si stabilisce che l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato è subordinato alla stipula di una specifica intesa fra Stato e Regioni che, contempra:

- una riduzione dello standard dei posti letto, diretta a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e da questo ultimo all'assistenza in regime ambulatoriale;
- una riduzione delle spese di personale in connessione con il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera e con il perseguimento della maggiore efficienza in ambito ospedaliero;
- nel caso si profili uno squilibrio di bilancio del settore sanitario, un impegno delle Regioni ad attivare forme di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini.

Riabilitazione

A partire dall'art. 26 della Legge 833/1978, dalla Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge quadro per l'assi-

stenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), dalle Linee guida per l'attività di riabilitazione del 7 maggio 1998, e dalla Legge quadro 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, è andato sempre più diffondendosi il criterio di presa in carico globale della Persona come caratteristica centrale di ogni intervento di Riabilitazione.

In particolare, con la nuova classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF), il concetto di disabilità si è ampliato. La disabilità non si riferisce più alla sola limitazione funzionale della persona, ma si estende anche all'interazione persona-ambiente con il termine di funzionamento e partecipazione. Il processo di recupero, al centro dell'intervento della medicina riabilitativa, deve sfruttare tutte le tecniche sia umane, sia tecnologiche disponibili, per ridurre la menomazione, facilitare le attività della vita quotidiana delle persone e la migliore partecipazione familiare e sociale. Questo permette alla medicina riabilitativa di assolvere funzione fondamentale: portare la persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minore restrizione possibile delle sue possibilità di scelte di vita.

Relativamente all'attività ospedaliera nelle discipline di Recupero e Riabilitazione Funzionale, Neuroriabilitazione ed Unità Spinale, l'ammontare dei posti letti per Degenza Ordinaria e Day Hospital nel periodo in osservazione si è incrementato, arrivando alla quota del 10% nel 2007. Considerando le diverse tipologie cliniche di assistenza, il peso maggiore è rappresentato rispettivamente dalle malattie del sistema muscolo-scheletriche, del sistema nervoso, e dell'apparato cardiocircolatorio.

In sintesi per il complesso delle attività riabilitative ospedaliere ed extra-ospedaliere si riscontra: