

Dopo una prima fase di transizione, l'applicativo NSIS USMAF è ormai utilizzato in maniera omogenea, capillare e costante da parte di tutti gli USMAF e relative Unità territoriali.

Tale sistema consente agli uffici centrali di avere in tempo reale moltissimi dati relativi alle importazioni, utili anche ai fini della rintracciabilità stabilita dal Regolamento CE 178/2002 e permette di:

- verificare ed aggregare in tempo reale tutti i dati delle merci di interesse sanitario in entrata in Italia (produttore, importatore, destinatario, tipologia, origine, provenienza, controlli eseguiti);
- effettuare ricognizioni su periodi temporali, matrici di merci, produttori esteri, importatori, destinatari, punti di ingresso;
- effettuare statistiche e studi in risposta a richieste della Commissione europea;
- evidenziare criticità operative per una migliore organizzazione del servizio.

Il concorso delle tre iniziative sopra-

descritte ha comportato una progressiva e costante armonizzazione delle attività di controllo in frontiera, rilevata dai primi audit eseguiti, una più precisa rispondenza ai Regolamenti Comunitari ed alle raccomandazioni effettuate dalla Commissione Europea, una più accurata individuazione delle criticità in ambito procedurale, per innalzare il livello di efficacia dei controlli ai fini della tutela della salute dei cittadini.

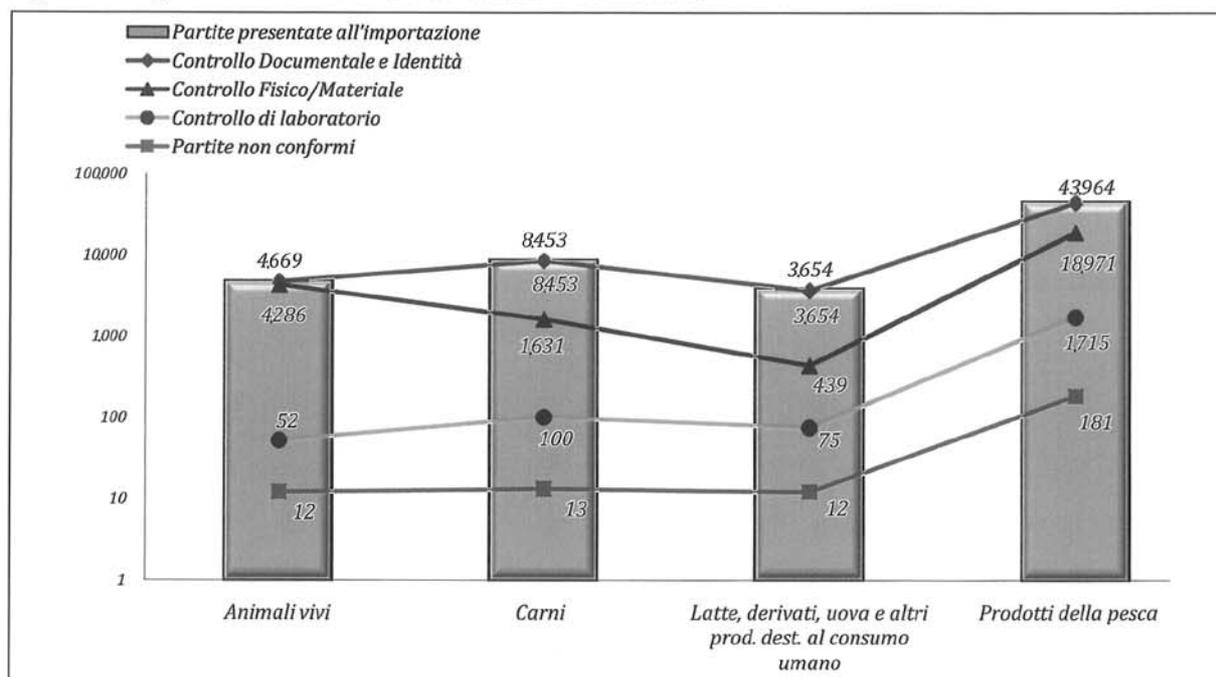
1.1.2 Controlli all'importazione di animali vivi e alimenti di origine animale

Attività dei Posti d'Ispezione Frontaliera (PIF)

I PIF italiani svolgono, assieme ai PIF 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.

Nel 2007 presso i PIF italiani sono state presentate per l'importazione

Figura 1 – Importazioni: distribuzione dei controlli – Anno 2007



FONTE DATI: Sistema Traces - D.G.S.A.F.V.

circa 69.000 partite di animali, prodotti di origine animale e mangimi provenienti da oltre 100 Paesi terzi con un incremento del 3,3% rispetto all'anno precedente. A queste partite bisogna aggiungerne 9.452 che sono state importate attraverso altri PIF dell'UE, portando il totale complessivo a circa 79.000 partite

Considerato che nel 2007 le partite di animali e prodotti di origine animale introdotte in Italia da altri Paesi dell'UE, in regime di scambi, sono in totale 1.041.862, quelle importate da Paesi terzi rappresentano solo il 7% del totale.

Il controllo su tali merci è stato di tipo sistematico, su ogni partita, al fine di verificare la correttezza della documentazione e l'identità del prodotto. L'ispezione veterinaria sui prodotti di origine animale è stata condotta invece con una frequenza di controllo diversa a seconda del tipo di prodotto e del Paese di provenienza, come previsto dalla normativa comunitaria (Figura 1).

Quando ritenuto opportuno dai veterinari ispettori, oppure in osservanza di specifiche disposizioni ministeriali o della Commissione Europea, il controllo fisico/materiale è stato integrato da un controllo di laboratorio.

Per quanto riguarda la ricerca dei residui negli alimenti di origine animale (ormoni, antibiotici, sostanze inibenti, contaminanti ambientali ecc.), nel 2007 sono stati effettuati in totale 2.866 controlli rispetto ai 2.744 controlli del 2006. L'aumento del numero dei controlli rispetto al precedente anno è legato, in parte, a misure di salvaguardia adottate dall'UE, che hanno imposto l'obbligo del controllo sistematico per alcune tipologie di prodotti, e alle raccomandazioni della Direzione Generale della Sanità Animale e del Farmaco Veterinario.

Sono state riscontrate complessivamente 10 positività con una riduzione rispetto alle 25 positività rilevate nel precedente anno.

Per quanto riguarda i controlli microbiologici, nel 2007 sono stati effettuati in totale 938 controlli e di questi 9 hanno dato esito sfavorevole. I controlli hanno riguardato la ricerca dei microrganismi patogeni indicati nel Regolamento (CE) n. 2073/2005 che stabilisce i criteri microbiologici applicabili ai prodotti alimentari ma anche altri controlli, non previsti dal citato Regolamento.

In particolare, i PIF hanno effettuato controlli supplementari volti alla rilevazione e alla misura della presenza di altri microrganismi/tossine/metaboliti per i quali esistono prove scientifiche di particolare patogenicità (es. *Escherichia Coli* O157 H7, *Salmonella Typhimurium* multiresistente DT 104 e U302, biotossine, stafilococchi patogeni ecc.). Al riguardo si è tenuto conto anche dei pareri espressi dall'Istituto Superiore di Sanità in merito all'identificazione, ad esempio, dei fattori di tossicità per il *Vibrio cholerae* non-O1 e non-O139, *Vibrio alginolyticus* e *Vibrio vulnificus* nei prodotti alimentari.

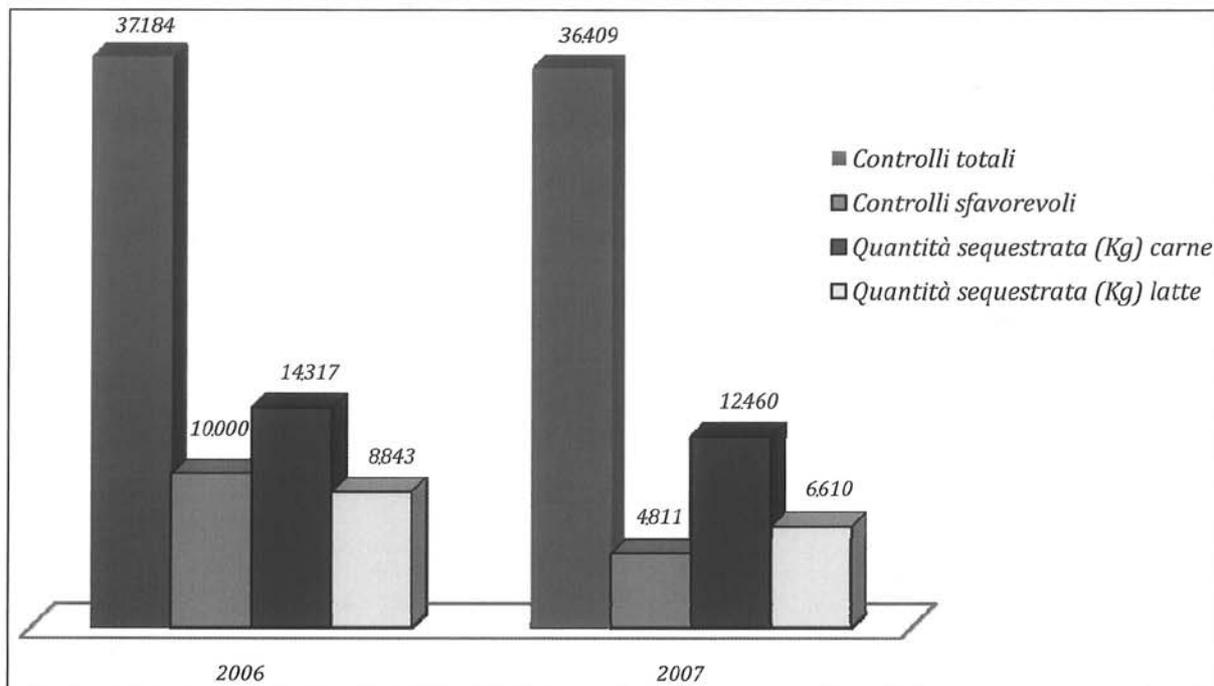
Infine, ulteriori analisi sono state eseguite per categorie alimentari non contemplate dal Regolamento 2073/2005 per la rilevazione e la misura della presenza di microrganismi/tossine/metaboliti.

I controlli supplementari hanno riguardato principalmente la ricerca della *Salmonella*, *E. coli*, *V. cholerae*, *V. parahaemolyticus* e biotossine nei prodotti della pesca.

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

L'introduzione clandestina di prodotti di origine animale può rappresentare un grosso rischio per la salute dell'uomo e degli animali. Malattie altamente contagiose per gli animali quali l'afta epizootica o l'Influenza Aviaria ad Alta Patogenicità (HPAI),

Figura 2 – Regolamento (CE) 745/2004: controlli sui bagagli al seguito dei passeggeri - Anni 2006-2007



FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Direzione Generale della Sanità animale e del farmaco veterinario.

altri agenti patogeni per l'uomo o per gli animali possono essere introdotti nel territorio dell'UE attraverso canali diversi dai canali commerciali legali.

Le particolari caratteristiche di tali importazioni hanno comportato la necessità di un più stretto raccordo operativo tra le autorità doganali e i PIF al fine di migliorare e renderne più incisiva l'azione. I PIF hanno svolto, pertanto, un importante e delicato compito di supporto tecnico ed operativo agli Uffici Doganali nell'esercizio dei controlli a loro affidati in materia di prodotti di origine animale introdotti dai Paesi Terzi al seguito di viaggiatori.

La Figura 2 illustra i dati relativi ai controlli effettuati nel 2006 e nel 2007 sui bagagli al seguito dei passeggeri con il numero delle irregolarità rilevate.

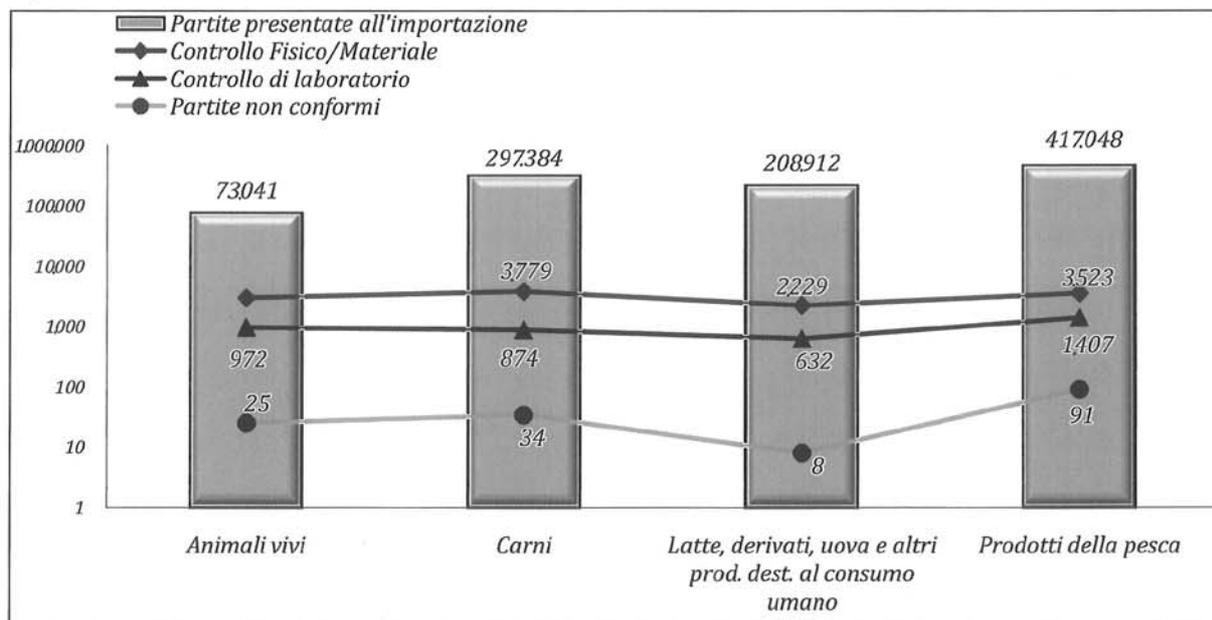
Nel 2007 sono stati effettuati in totale 36.409 controlli di cui 31.598 sono risultati favorevoli e 4.811 sfavorevoli determinando il sequestro di 19.069 Kg di prodotti di origine animale (carni, prodotti a base di carne, latte e prodotti lattiero caseari).

Come si evince dal grafico, il numero dei controlli sfavorevoli, a fronte di un numero quasi identico di controlli totali, risulta ridimensionato rispetto all'anno precedente e ciò può essere attribuito ad un effetto dissuasivo delle attività di controllo messe in atto.

1.1.3 Attività degli Uffici Veterinari per gli adempimenti comunitari

Gli Uffici Veterinari per gli Adempimenti degli obblighi Comunitari (UVAC) sono uffici periferici del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, istituiti con D. Lgs. 27/93, recante attuazione della direttiva 89/608/CEE relativa alla mutua assistenza tra autorità amministrative per assicurare la corretta applicazione della legislazione veterinaria e zootecnica. Nati a seguito dell'abolizione dei controlli alle frontiere fra i Paesi membri della Comunità Europea, conseguente all'attuazione del Mercato

Figura 3 – Scambi intracomunitari: distribuzione dei controlli – Anno 2007



FORNTE DATI: Sistema Sintesi-Scambi - D.G.S.A.F.V Uff. VIII.

Unico, essi mantengono al livello statale la responsabilità dei controlli a destino sulle merci di provenienza comunitaria.

Nel 2007 risultano prenotificate agli UVAC 1.041.862 partite di animali, alimenti di origine animale e altri prodotti di origine animale non destinati al consumo umano, spedite da altri Paesi dell'UE che rappresentano circa il 93% del totale di tali merci introdotte in Italia dall'estero.

Nella logica del Mercato Unico, le direttive di base (direttive del Consiglio n. 89/662/CEE e n. 90/425/CEE recepite nell'ordinamento nazionale con decreto legislativo 30 gennaio 1993, n. 28) prevedono che i controlli veterinari sugli animali e sui prodotti di origine animale siano effettuati nel luogo di origine. Anche se il sistema fonda sulla fiducia nelle garanzie fornite dal Paese speditore, le direttive consentono l'effettuazione di controlli, per sondaggio e con carattere non discriminatorio, nel Paese di destinazione. I controlli vengono effettuati dal personale veterinario delle AA.SS.LL. sulla base delle direttive degli UVAC A questi controlli di

routine si aggiungono inoltre quelli che possono derivare dall'applicazione di misure di salvaguardia a tutela della salute pubblica o della salute animale.

Il controllo veterinario, riferito agli animali vivi e agli alimenti di origine animale, ha portato al rilievo di 158 non conformità. Più in particolare si è trattato 91 partite di prodotti della pesca, 34 partite di carni, 25 partite di animali vivi e 8 partite di latte e derivati, uova ecc. (Figura 3).

Laddove i controlli documentali e fisici ne suggeriscono l'opportunità, oppure in applicazione di specifiche indicazioni di controllo, si provvede ad effettuare dei controlli di laboratorio che nel 2007, sempre per quanto riguarda gli animali vivi e gli alimenti di origine animale, sono stati 3.885.

I respingimenti conseguenti ad irregolarità riscontrate a livello di laboratorio hanno riguardato sia il riscontro di microrganismi patogeni che di residui di sostanze chimiche, con una netta prevalenza di questi ultimi.

Per quanto riguarda i residui, una parte rilevante dei riscontri sfavorevoli ha riguardato contaminanti ambienta-

li quali il mercurio (42 positività) e il cadmio (13 positività) nei prodotti della pesca, non imputabili, quindi, a trattamenti illeciti con sostanze vietate.

Per quanto riguarda i microrganismi patogeni, i riscontri sfavorevoli hanno riguardato in particolare *Campylobacter*, *Salmonella*, *Listeria monocytogenes* ed *E. coli* per un totale di 26 positività.

Bibliografia essenziale

Relazione su “L’attività degli Uffici Veterinari

per gli Adempimenti Comunitari 2007” - Pubblicata sul sito internet del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali. A cura di: Ufficio VIII coordinamento PIF e UVAC - Direzione Generale della Sanità Animale e del Farmaco Veterinario.

Relazione su “L’attività dei Posti d’Ispezione Frontaliera 2007” - Pubblicata sul sito internet del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali - A cura di: Ufficio VIII coordinamento PIF e UVAC - Direzione Generale della Sanità Animale e del Farmaco Veterinario.

1.2 Nutrizione ed alimentazione particolare

1.2.1 Nutrizione

La tutela del celiaco e la iodoprofilassi costituiscono per il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali due obiettivi importanti nell’ambito della politica di promozione e tutela della salute in considerazione del numero elevato di casi, dei costi notevoli sostenuti ogni anno per l’effettuazione dei test diagnostici, per il rimborso dei prodotti e dei pasti per i celiaci e per i costi sostenuti per la formazione e l’aggiornamento degli operatori.

1.2.2 La celiachia

Per favorire il normale inserimento nella vita sociale dei soggetti affetti da celiachia sono state intraprese numerose attività di informazione e promozione. Dagli interventi effettuati emerge quanto segue:

In Italia il numero dei soggetti affetti da celiachia censiti al 31.12.2007 è di circa 65.000, contro una stima del numero reale di 500.000: per ogni paziente celiaco diagnosticato ce ne sarebbero circa 7 non diagnosticati o diagnosticati erroneamente. I dati epidemiologici dimostrano una prevalenza della malattia sulla popolazione di 0,6-1% (soffrirebbe di celiachia un individuo ogni 100/150), dato forte-

mente in contrasto con il criterio di classificazione di malattia rara previsto dal D. Lgs. 124/98.

Dal censimento risulta che il numero di uomini affetti dalla patologia è circa la metà rispetto alle donne e che la maggior parte delle diagnosi, effettuate in età adulta, è tardiva (Tabella 1).

1.2.3 Strategie di intervento

Al fine di razionalizzare l’approccio diagnostico e favorire una diagnosi precoce ed accurata, in data 20/12/2007 è stato approvato, con un Accordo della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le P.A. di Trento e di Bolzano, un “documento di inquadramento per la diagnosi ed il monitoraggio della celiachia e delle relative patologie associate”. Tale documento ha lo scopo di armonizzare il percorso diagnostico della celiachia permettendo, con protocolli semplici e applicabili in tutti i Centri accreditati, la diagnosi dei casi che ancora sfuggono. L’utilizzo nella pratica clinica dei test sierologici e strumentali permette di individuare i soggetti a rischio prima di sottoporli all’esame gastroduodenoscopico con biopsia, esame più attendibile ma anche più invasivo. L’intento è quello di evitare le false diagnosi, le

XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 1 – Censimento celiaci per regione, sesso e classi di età - Anno 2007

Regione	Celiaci	M	F	6 mesi – 1 anno	Fino a 3,5 anni	Fino a 10 anni	Età Adulta
Piemonte	6.529	2.016	4.513	8	70	653	5.798
Valle d'Aosta	241	79	162	0	1	25	215
Lombardia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
P.A. Bolzano	744	207	537	0	10	88	646
P.A. Trento	N.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Veneto	1.549	452	1.097	1	0	212	1.336
Friuli Venezia Giulia	5.102	1.559	3.543	3	89	644	4.366
Liguria	2.584	746	1.838	0	0	298	2.286
Emilia Romagna	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Totale Nord	16.749	5.059	11.690	12	160	1.920	14.647
Toscana	7.043	1.477*	3.605*	0*	69*	505*	4.004*
Umbria	607	210	397	4	28	83	492
Marche	1.384	410	974	3	0	257	1.124
Lazio	8.012	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Totale Centro	17.046	2.097	4.976	7	97	845	5.620
Abruzzo	651	190	461	0	15	122	514
Molise	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Campania	9.473	2.967	6.506	42	342	1.744	7.345
Puglia	4.281	1.391	2.890	0	45	662	2.493*
Basilicata	648	201	447	0	0	119	529
Calabria	2.903	926	1.977	7	0	615	2.281
Sicilia	9.478	3.408	6.070	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Sardegna	3.169	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Totale Sud e Isole	30.603	9.083	18.351	49	402	3.262	13.162
Totale	64.398	16.239	35.017	68	669	6.027	33.429

n.d. dato non disponibile

* dato non completo

FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Relazione Annuale al Parlamento sulla celiachia – Anno 2007.

diagnosi mancate e prevenire le complicanze per le quali i soggetti celiaci hanno un maggior rischio.

Attualmente, l'unica terapia efficace disponibile per soggetti affetti da celiachia è la totale e permanente esclusione degli alimenti contenenti glutine dalla dieta. Questa terapia, infatti, permette sia la scomparsa dei sintomi e delle malattie associate sia la prevenzione dello sviluppo delle complicanze neoplastiche ed autoimmuni provocate dalla continua e prolungata esposizione al glutine. A tal riguardo, assume particolare importanza la problematica relativa ai pasti fuori casa; poiché mangiare in luoghi non appropriati può diventare un vero rischio per la salute, si ren-

dono necessarie iniziative o strategie che coinvolgono le mense e il settore della ristorazione e quello alberghiero.

Il numero totale delle mense (scolastiche, ospedaliere e pubbliche) censite sul territorio nazionale al 31.12.2007 è di circa 40.000 e tutte dovrebbero essere in grado di preparare e fornire pasti senza glutine a chi ne fa richiesta.

Per la difficoltà che richiede una dieta senza glutine e per i costi che deve sostenere il Servizio Sanitario Nazionale per la cura dei celiaci sono state messe in atto strategie di prevenzione della celiachia:

- iniziative di somministrazione gratuita di prodotti senza glutine nelle mense delle strutture scolastiche e

Tabella 2 – Disordini da carenza iodica - Anno 2007

Fasi della vita	Disordini
Adulto	Deficit intellettivo, gozzo e sue complicanze, ipertiroidismo iodio-indotto
Bambino	Deficit intellettivo, ritardo dell'accrescimento
Neonato	Cretinismo endemico, mortalità neonatale, ipotiroidismo neonatale
Feto	Aborto, natimortalità, anomalie congenite, mortalità perinatale, cretinismo neurologico, difetti psicomotori
Tutte le età	Gozzo, ipotiroidismo, alterata attività mentale

FONTE: Istituto Superiore di Sanità. Atti Convegno Iodoprofilassi in Italia (2007).

ospedaliere e nelle mense delle strutture pubbliche promosse nel corso del 2007 dalle Regioni/Province autonome e finanziate dallo Stato sul territorio nazionale per un totale di € 3.150.000,00 distribuiti alle Regioni/P.A. in base ai dati comunicati;

- iniziative di formazione e aggiornamento professionale promosse dalle Regioni/Province autonome e finanziate dallo Stato sul territorio nazionale nel corso del 2008 (circa 200), con un coinvolgimento di circa 6.500 operatori del settore della ristorazione e del settore alberghiero. La somma prevista per tali attività è di € 610.000,00 distribuita alle Regioni/P.A. in base ai dati comunicati.

1.2.4 La iodoprofilassi

La causa più comune delle patologie tiroidee è la carenza nutrizionale di iodio che rappresenta il costituente fondamentale degli ormoni tiroidei. La carenza iodica compromette la funzione tiroidea e si traduce in quadri morbosi le cui manifestazioni variano in funzione del periodo della vita interessato da questo deficit (Tabella 2).

Le patologie tiroidee sono ancora oggi molto frequenti nel nostro Paese. Circa il 20% della popolazione risulta infatti affetta da disordini tiroidei. Tra questi il gozzo da solo colpisce oltre il 10% della popolazione italiana. Dati ISTAT rilevano circa 30 mila ricoveri ordinari con diagnosi di gozzo (50 ricoveri ogni 100.000 abitanti) con un impatto economico di oltre 150 milioni di euro all'anno (Tabella 3).

In Italia l'incidenza dell'ipotiroidismo congenito è di 1 caso ogni 2.500 neonati nati vivi; nel nostro Paese dal 1987 è attivo un programma nazionale di screening neonatale tiroideo che consente di diagnosticare precocemente il deficit tiroideo, prevenendo i gravi disturbi neuropsichici conseguenti. Ciononostante, rimane il fatto che molti dei bambini affetti da questa patologia risentono di disordini neurointellettivi minori.

Per stabilire lo stato di nutrizione iodica della popolazione è stata effettuata una vasta indagine epidemiologica su bambini di età compresa tra gli 11 e i 14 anni che frequentavano la scuola primaria e che vivevano in aree urbane ed aree extraurbane del sud Italia. Durante questo studio sono

Tabella 3 – Carenza iodica in Italia misurata su una popolazione di età scolare (6-14 anni) residente in aree extra urbane - Anno 2007

Zona	Escrezione urinaria di iodio	Prevalenza Gozzo
Nord	90 mg/L	6-10%
Sud	78 mg/L	15-20%

FONTE: Istituto Superiore di Sanità. Atti Convegno Iodoprofilassi in Italia (2007).

stati raccolti e analizzati 22.619 campioni di urine. Dalla determinazione dell'escrezione urinaria di iodio (UIE espressa come mediana) effettuata su tali campioni e dalle comparazioni con studi nazionali è emerso che le regioni meridionali risultano quelle più colpite dal gozzo.

1.2.5 Iniziative di iodoprofilassi

Per fronteggiare la persistenza della carenza di iodio che risulta una problematica ancora di elevato impatto sanitario il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha finanziato un piano di monitoraggio eseguito dall'Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi (OSNAMI) istituito nel 2007 presso l'Istituto Superiore della Sanità in collaborazione con il Comitato Nazionale per la prevenzione del gozzo ed esperti del settore.

Lo studio prevede l'analisi di alcuni importanti indicatori di efficacia da applicare a campioni di popolazione appositamente scelti per l'indagine epidemiologica:

- a) escrezione urinaria di iodio;
- b) percentuale e frequenza di TSH >5 mU/L nei nuovi nati;
- c) consumo di sale iodato nella popolazione;
- d) contenuto di iodio nel sale iodato alla produzione e al commercio.

I dati sono raccolti dai centri Regionali di riferimento ed inviati all'Osservatorio Nazionale che provvede alla loro analisi e all'elaborazione statistica.

1.2.6 Alimenti particolari

In relazione alla alimentazione particolare, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali svolge attività diretta di verifica e di controllo per alcune specifiche categorie di alimenti, per quanto concerne sia la composizione sia la produzione.

L'immissione in commercio di specifiche categorie di prodotti alimentari è

subordinata alla procedura di notifica al Ministero stesso, in particolare:

- alimenti destinati ad una alimentazione particolare, quali i dietetici e gli alimenti per la prima infanzia, disciplinati dal D. Lgs. 111/91, che ha dato attuazione alla direttiva 89/398/CEE;
- integratori alimentari, disciplinati dal D. Lgs. 169/04, che ha dato attuazione alla direttiva 2002/46/CE;
- alimenti addizionati di vitamine, minerali e talune altre sostanze, disciplinati dal regolamento (CE) 1925/2006.

La procedura di notifica, che consiste nella trasmissione al Ministero di un modello di etichetta del prodotto contestualmente alla sua immissione sul mercato, consente di accertarne la rispondenza alla normativa specifica di settore, con particolare riferimento all'adeguatezza dei costituenti, dei loro apporti e delle proprietà rivendicate in etichetta.

Nel biennio 2007-2008 sono pervenute circa 9.000 nuove notifiche e 6.000 istanze di riesame solo nel settore degli integratori alimentari.

Inoltre, il Ministero provvede ad aggiornare un Registro Nazionale dei prodotti destinati ad un'alimentazione particolare erogabili ai sensi del decreto del Ministero della Sanità 8 giugno 2001. Anche nel campo degli integratori alimentari il Ministero aggiorna periodicamente e pubblica sul proprio portale, per consultazione libera da parte dei cittadini, l'elenco degli integratori alimentari che hanno concluso la procedura.

Il Ministero autorizza alla produzione e al confezionamento dei prodotti sopra indicati gli stabilimenti ubicati sul territorio nazionale, previo apposito accertamento ispettivo. Con cadenza annuale, il Ministero aggiorna e pubblica l'elenco degli stabilimenti autorizzati specificando le tipologie di produzione. Nel biennio 2007-2008 sono stati autorizzati circa 70 nuovi stabilimenti.

Il Ministero è anche l'autorità competente nel campo dei "novel food", cioè di quegli alimenti o ingredienti alimentari privi di consumo significativo in Europa, che sono disciplinati dal reg. CE 258/97. Infatti, nell'ottica di garantire la salute del consumatore, è stato emanato il reg. 258/97 che definisce sia quali alimenti sono novel food sia le procedure di autorizzazione per la commercializzazione. In particolare, per l'immissione in commercio ai sensi del reg. 258/97 citato è necessario inoltrare, attraverso uno Stato Membro, alla Commissione Europea una richiesta di autorizzazione. In questo caso, l'eventuale autorizzazione conseguita è limitata all'azienda che ne ha fatto richiesta.

Inoltre il citato regolamento prevede un'altra procedura denominata di "sostanziale equivalenza", che si applica a novel food già autorizzati ad un'altra azienda oppure a novel food, che in realtà sono prodotti simili ad alimenti già presenti sul mercato europeo.

Entrambe le procedure coinvolgono direttamente il Ministero che valuta inizialmente i dossier scientifici presentati, definendo, con il supporto scientifico di un organo consultivo competente, una relazione iniziale che accompagnerà il dossier nelle fasi successive di valutazione, che sono a carico della Commissione Europea e coinvolgono anche gli altri Stati membri. A tal riguardo si precisa che nel biennio 2007-2008 il Ministero ha valutato:

- a) due istanze complete di autorizzazione relative a novel food indirizzate all'Italia;
- b) circa 10 istanze di sostanziale equivalenza indirizzate all'Italia;
- c) 100 istanze totali, sia complete sia di sostanziale equivalenza, presentate attraverso altri Stati Membri.

Ad una norma di tutela sul versante della sicurezza come quella sui novel food, la legislazione alimentare comunitaria ha affiancato poi una specifica norma per assicurare che le proprietà attribuite agli alimenti risultino fondate, dopo apposito vaglio scientifico a

livello comunitario, e siano espresse in modo utile ad orientare i consumatori nelle scelte. Si tratta del regolamento (CE) 1924/2006 sulle "indicazioni nutrizionali e sulla salute fornite sui prodotti alimentari", i cosiddetti claims. Tale regolamento disciplina tutti i claims rivendicati per gli alimenti, mantenendo comunque costante il principio che una dieta variata e bilanciata costituisce un requisito fondamentale per una buona salute e che i singoli prodotti hanno una relativa importanza solo nel complesso della razione alimentare giornaliera. Ai sensi di tale regolamento ogni Stato Membro ha provveduto ad inviare alla Commissione Europea una lista di claims ammessi entro il Gennaio del 2008; tali liste sono state poi vagliate dalla Commissione e inoltrate per il parere scientifico all'EFSA, che provvederà a redigere una lista finale di tali dichiarazioni.

Nel 2008 il Ministero ha trasmesso alla Commissione la lista italiana dei claims.

È stato inoltre effettuato l'inventario completo delle piante ammesse negli integratori alimentari, che sarà pubblicato sul portale del Ministero ad aggiornamento della lista parziale di tali piante attualmente presente.

Il Ministero lavora attivamente presso la Commissione Europea alla definizione, all'interno del complesso quadro normativo vigente, dei livelli massimi di vitamine e minerali consentiti per gli integratori alimentari e per gli alimenti addizionati, infine è partecipe attivamente al processo di armonizzazione nel settore degli integratori per sostanze diverse da vitamine e minerali, come in particolare per gli estratti vegetali.

Bibliografia essenziale

- Aghini-Lombardi F. La iodoprofilassi: Principi generali e situazione italiana. Roma, 2007.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Relazione annuale al Parlamento sulla celiachia, Anno 2007. Roma, 2008.

1.3 Sicurezza negli ambienti di vita

1.3.1 Introduzione

L'OMS ritiene che i fattori ambientali, come la cattiva qualità e sicurezza dell'acqua, gli incidenti, la mancanza di sicurezza a casa e negli ambienti ricreativi, la mancanza di spazi finalizzati all'attività fisica, l'inquinamento dell'aria indoor/outdoor, i rischi chimici, i fattori socioeconomici, le discriminazioni sessuali ed i cambiamenti climatici siano tra le più gravi minacce per la salute della popolazione, specialmente dei gruppi più vulnerabili come i bambini.

È dimostrato che i fattori che determinano sicurezza influiscono sul benessere della popolazione: vivere in un ambiente sicuro e possedere un'abitazione adeguata costituiscono fattori importanti sia sul piano della salute fisica e dello sviluppo psicologico, che dell'integrazione sociale di ogni individuo.

Gli infortuni, volontari ed involontari, sono tra le principali cause di morte nella popolazione europea e sono stimati come la principale causa di disabilità cronica nei giovani, con grave perdita di anni di vita in buona salute. La maggior parte degli infortuni non sono del tutto casuali e inevitabili, ma possono essere evitati attraverso un approccio preventivo sistematico.

Nel 2004, il Piano di Azione europeo Ambiente e Salute dei bambini dell'OMS (CEHAPE) indica gli infortuni come una delle principali cause di morte da fattori ambientali prevenibili. L'OMS sostiene la necessità di un'azione urgente per assicurare lo stesso livello di sicurezza a tutti i cittadini, attraverso interventi di sanità pubblica, finalizzati a modificare i differenziali socioeconomici che modificano la suscettibilità individuale, l'esposizione e le conseguenze sulla salute e interventi sull'ambiente che ne

migliorino la qualità e le caratteristiche di sicurezza. Nel 2007, il Consiglio dell'Unione Europea adotta ufficialmente la raccomandazione sulla prevenzione degli infortuni e la promozione della sicurezza. La Commissione europea raccomanda agli Stati membri di sviluppare specifiche azioni per migliorare la sicurezza in Europa, incentrate nelle seguenti aree prioritarie: sicurezza dei bambini e adolescenti, sicurezza per i cittadini anziani, sicurezza per gli utenti stradali vulnerabili, prevenzione degli infortuni sportivi, prevenzione degli infortuni causati da prodotti e servizi e prevenzione di autolesioni e violenza interpersonale. Nel 2010, la quinta Conferenza ministeriale ambiente e salute dell'OMS, nel proporre la nuova agenda per l'Europa sul tema "proteggere i bambini in un ambiente che cambia", intende rafforzare gli impegni assunti dagli Stati membri nella quarta conferenza interministeriale di Budapest (2004) per garantire ai bambini di vivere, giocare e studiare in ambienti sani e sicuri.

1.3.2 Rappresentazione dei dati

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 oltre il 40% di tale morbilità riguarda bambini di età inferiore ai 5 anni; tra queste le principali patologie sono le malattie respiratorie, asma, allergie, i disturbi dello sviluppo neurologico, il cancro in età pediatrica, le alterazioni del sistema endocrino e gli incidenti. Alcune sostanze chimiche a cui i bambini possono essere esposti negli ambienti di vita, specialmente quelle di origine naturale e sintetica, sono sospettate di danneggiare i siste-

mi ormonali (“endocrine disruptors”). Inoltre, nei primi anni di vita il sistema nervoso in fase di sviluppo è particolarmente vulnerabile agli effetti dannosi dell’esposizione a contaminanti specifici come il piombo, il metilmercurio e i bifenili policlorurati (PCB). L’esposizione a queste sostanze presenti negli ambienti di vita è stata messa in relazione con disturbi dello sviluppo sotto forma di disturbi fisici, cognitivi, sensoriali e del linguaggio, comprese difficoltà di apprendimento e ritardo intellettuale. L’OMS stima che nella Regione Europea 10.000 bambini tra 0-4 anni muoiano ogni anno per l’uso domestico di combustibile solido, il 90% in paesi con reddito medio o basso. Soprattutto le famiglie a basso reddito, per contenere i consumi energetici e a causa delle ristrettezze economiche, sono costrette a utilizzare combustibile a basso costo per la cottura dei cibi o il riscaldamento, con gravi rischi di esposizione a ossido di carbonio ed altri inquinanti tossici e rischio di incidenti domestici. In Europa, gli infortuni sono la principale causa di morte per le persone con meno di 45 anni e la principale causa di disabilità cronica tra i giovani, correlata ad importante (ed evitabile) perdita di anni di vita in buona salute. Gli infortuni “accidentali” costituiscono la prima causa di morte per bambini e ragazzi fra 5 e 19 anni nella Regione Europea dell’OMS. Essi contribuiscono alle migliaia di morti di giovani vite per infortunio e a milioni di ricoveri e visite al pronto soccorso, con la necessità di ingenti risorse, non solo da parte dei sistemi sanitari, ma della società in senso più ampio. Quando gli effetti non sono letali, la sofferenza o la disabilità possono prolungarsi per tutta la vita. Le lesioni fisiche sono, dopo le malattie cardiovascolari, il cancro e le malattie respiratorie, la più comune causa di decesso in Europa. Le principali cause di mortalità sono gli incidenti stradali, gli annegamenti, le ustioni, le cadute e gli avvelenamenti.

L’Italia registra i tassi più bassi in Europa per annegamenti, avvelenamenti e ustioni nei bambini. Per quanto riguarda le cadute, si posiziona sedicesima nella classifica di sicurezza. Sebbene in Italia la mortalità per incidenti stradali sia diminuita del 27% nel periodo 2000-2007, essa resta tuttavia ancora elevata rispetto a paesi come Olanda, Regno Unito, Svezia e Francia. 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. Sono questi i dati relativi al biennio 2005-06 elaborati dal SINIACA, il Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambiente di Civile Abitazione dell’Istituto Superiore di Sanità. Gli incidenti domestici che giungono più spesso ad un pronto soccorso sono le cadute (40%), le ferite da taglio o punta (15%), gli urti o schiacciamenti (12%). Tra i soggetti che vengono ricoverati per l’incidente domestico, oltre il 70% si è infortunato in seguito ad una caduta, e si tratta soprattutto di ultrasessantacinquenni e di donne. Sulla base delle statistiche correnti, si può stimare che le cadute degli anziani con più di 65 anni siano responsabili dei due terzi di tutte le morti per incidente domestico.

Strettamente correlata agli infortuni domestici, ed in maniera rilevante, è la violenza domestica. Rientrano nella categoria “violenza domestica” tutte le forme di maltrattamento fisico e psicologico, gli abusi sessuali, i condizionamenti emotivi e tutta una serie di comportamenti coercitivi o di controllo esercitati su soggetti deboli, donne, bambini e anziani. Tale fenomeno, piuttosto esteso, ma ancora largamente sommerso, presenta aspetti variegati di diversa entità. I dati statistici disponibili dimostrano l’importanza del fenomeno in Italia, anche se non consentono di effettuare stime adeguate in termini qualitativi e quantitativi.

È in casa e all'interno del contesto familiare che le donne vengono più spesso maltrattate, principalmente dal marito o dal compagno. La recente indagine dell'Istat "Violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia"(2006), evidenzia che sono le giovani dai 16 ai 24 anni a presentare i tassi più alti di violenza. Nella quasi totalità dei casi le violenze non sono denunciate. Le vittime subiscono varie forme di violenza, fisica, sessuale e psicologica. La violenza si consuma prevalentemente a casa della vittima o in strada, nella casa del partner (o ex partner) o in automobile. Le conseguenze più frequenti di una violenza subita sono: depressione, perdita di fiducia e autostima, disturbi del sonno, ansia, idee di suicidio e autolesionismo.

La maggior parte degli abusi sui minori avvengono in casa e in famiglia, anche perché l'ambito della sfera privata è quello dove i bambini passano il 90% del loro tempo. Le statistiche ufficiali rivelano poco riguardo all'entità e alle modalità delle violenze, dal momento che sono soltanto i casi più gravi a essere dichiarati. In media, ogni giorno in Europa 4 bambini sotto i 15 anni muoiono a causa di omicidio colposo o aggressione: un numero probabilmente sottostimato, in quanto non tiene conto degli assassini veri e propri (che possono essere erroneamente classificati come suicidi oppure come omicidi preterintenzionali, per esempio cadute accidentali, avvelenamenti, affogamenti).

In Italia la violenza contro gli anziani è un problema in crescita proporzionale all'incremento della popolazione di anziani ed in particolare degli oldest-old (ultraottantenni). Gli abusi sono molto frequenti, hanno rilevanti costi finanziari ed umani. Il fenomeno è sottostimato e poco conosciuto, dall'ambiente medico e dalla società, sia perché solitamente gli abusi non sono denunciati e sia perché i segni di violenza non sono riconoscibili dagli operatori sanitari. Non si dispone nemme-

no di sufficienti informazioni sulla misura degli abusi (fisici, psichici, psicologici), ma i pochi studi disponibili suggeriscono che le tre categorie più comuni di abuso sulla persona anziana sono: domestico (nell'abitazione dell'anziano o del caregiver), istituzionale (in case di riposo o in RSA) e autoinflitto (comportamento autolesivo). I gruppi ad alto rischio di abuso sono le donne, i grandi vecchi, gli anziani fragili con fragilità mentale e/o fisica. I dati disponibili dimostrano un fenomeno in crescente aumento nel mondo. I parenti ed i coniugi delle vittime sono più frequentemente gli autori dell'abuso domestico. L'anziano vittima di abuso o autolesionismo ha un rischio più elevato di morte.

1.3.3 Esposizione e valutazione critica dei dati

In questi ultimi decenni lo sviluppo economico e demografico delle città è avvenuto a discapito della sicurezza e salubrità degli ambienti di vita, soprattutto per l'incapacità di prevedere le conseguenze sulla salute prodotte dai cambiamenti avvenuti nel contesto sociale e dalle nuove forme delle città. Le scelte di fondo operate in questi ultimi decenni hanno favorito le seguenti trasformazioni degli insediamenti umani: uno spopolamento dei centri storici di molte grandi città e la creazione di fasce di povertà ed emarginazione sociale, inclusi molti anziani che abitano in edifici vecchi, talvolta senza ascensore, con presenza di barriere architettoniche; progressiva scomparsa della rete di negozi di vicinato e distribuzione dei servizi e sistema commerciale in aree dislocate lontano dai quartieri di residenza; nascita attorno ai centri storici di quartieri periferici in crescente espansione, spesso degradati; presenza di elevata criminalità urbana, traffico elevato ed inquinamento atmosferico. Una recente Indagine Multiscopo dell'Istat sulle famiglie italiane

(anni 2000 e 2001) evidenzia che problemi come traffico, inquinamento, sporcizia nelle strade, rischio di criminalità, sono denunciati da almeno un terzo delle famiglie, senza particolari differenze tra le macroaree territoriali del Centro-Nord e Mezzogiorno. Anche indicatori di disagio più estremo (presenza di persone che assumono o spacciano droga, mendicanti, prostitute per strada) non sono fattori trascurabili. Più di un terzo degli italiani si sente insicuro camminando da solo di sera nella zona in cui vive, soprattutto le donne. Per quanto riguarda l'accesso ai servizi di pubblica utilità, più della metà delle famiglie dichiara difficoltà nel raggiungere un pronto-soccorso, i due quinti gli uffici del comune o quelli di pubblica sicurezza, un terzo i parchi pubblici. Nelle grandi aree urbane, molti immigrati non poveri sono male alloggiati e spesso quelli poveri sono senza casa, creando situazioni di estrema gravità per i gravi risvolti igienico sanitari e di sicurezza, come l'apartheid dei campi nomadi, le baraccopoli e altre forme di estrema inadeguatezza abitativa. Le trasformazioni dell'ambiente costruito hanno prodotto anche importanti cambiamenti nei comportamenti della popolazione residente, in particolare: 1) dipendenza dall'uso dell'automobile nella mobilità: gli spostamenti connessi alla vita quotidiana (percorsi casa-scuola-lavoro-spesa-svago) sono prevalentemente compiuti con l'autoveicolo privato; 2) disincentivazione dell'esercizio fisico, della mobilità a piedi ed in bicicletta (esercizio fisico): il camminare, conversare e giocare in strada sono stati scoraggiati dai pericoli presenti per strada, dall'angustia degli spazi, dal rumore e dall'assenza di fini per cui camminare.

Una mobilità basata sull'uso dell'automobile, oltre a determinare mancanza di esercizio fisico, ha ripercussioni importanti sulla sicurezza e salute della popolazione per aumento del rischio di incidenti stradali, per l'inquinamento

dell'aria ed acustico e a causa dell'esclusione sociale provocata ai privi di automobile (anziani, indigenti, svantaggiati). Esistono conoscenze ormai consolidate che mettono in rapporto la forma delle strade, la loro ubicazione e gerarchia con l'incidentalità, soprattutto a causa della difficoltà di consentire nello stesso tempo e nello stesso luogo diverse esigenze di circolazione: automobilistica e ciclabile/pedonale, traffico pesante e traffico leggero, traffico veloce ed utenze sensibili etc. Esistono, inoltre, importanti relazioni tra la forma e densità abitativa dell'insediamento urbano e l'entità dei trasferimenti che la interessano, così la distribuzione dei servizi all'interno di centri o quartieri urbani determina una minore o maggiore mobilità e quindi minori o maggiori incidenti stradali. Alcuni studi dimostrano che i Paesi che focalizzano le attività di prevenzione anche sulle condizioni ambientali di contesto sono quelli che hanno i tassi di mortalità più bassi.

Anche nel caso degli incidenti domestici, la maggior parte di essi sono attribuibili ad una concorrenza di fattori individuali-comportamentali ed ambientali. La curiosità e la scarsa percezione del rischio dei bambini o le performances in declino degli anziani, assieme a fattori propri dell'edificio come la scarsa illuminazione o la presenza o assenza di una tecnologia di sicurezza di un impianto, la forma e le caratteristiche strutturali dei locali o dell'edificio, costruiti in base alle esigenze dei soli giovani adulti e non dei bambini e degli anziani, influiscono sia sulla probabilità che accada un incidente, sia sulla sua gravità e le sue conseguenze. Studi recenti hanno ben individuato le forme dell'edificio o le caratteristiche degli impianti che contribuiscono a determinare un incidente. Modificando ed eliminando questi fattori di rischio è possibile evitare o ridurre le possibilità che l'evento accada. Gli infortuni sono la prima causa di diseguaglianza di salute, soprattutto dei bambini, tra paesi ed

al loro interno. Complessivamente, forti evidenze indicano che le persone con basso livello socioeconomico e le persone che vivono in aree con carenti condizioni socioeconomiche muoiono più spesso in seguito a ferite e violenza rispetto a coloro che vivono in altre zone. I bambini che vivono in ambienti insicuri e in povertà muoiono 5 volte di più dei loro coetanei più ricchi. I bambini poveri sono più esposti a traffico veloce, mancanza di aree da gioco sicure, vivono in case affollate con strutture e impianti non sicuri. Inoltre, le famiglie povere non possono permettersi i dispositivi di sicurezza, i bambini sono più frequentemente poco sorvegliati per la presenza in casa di un solo genitore, spesso con problemi di alcool e droga. Inoltre, quando le persone povere si feriscono come conseguenza di un incidente, hanno minori possibilità di accesso al pronto soccorso e cure mediche di qualità, compresa la riabilitazione. Per le persone anziane, con più di 65 anni, gli incidenti e gli infortuni sono tra le maggiori cause di morte e disabilità e sono spesso un fattore scatenante per un fatale deterioramento delle condizioni di salute; la povertà, l'abitare in edifici insicuri, in quartieri urbani degradati, ad alta densità abitativa e livelli di traffico e inquinamento elevati, costituiscono importanti fattori di malattia e morte evitabile.

1.3.4 Indicazioni per la programmazione

L'ambiente di vita sicuro (o insicuro) è il risultato delle decisioni di molti attori, spesso autonomi rispetto al Sistema Sanitario, che governano ognuno un differente aspetto della costruzione (e gestione) di case e città, attori che devono essere coinvolti, informati e responsabilizzati perché le loro scelte producano ambienti di vita sicuri e orientati alla salute. È necessario un approccio integrato che affronti insieme i problemi del vivere (abitare, muoversi, divertirsi,

viaggiare, fare sport etc.) e che promuova ambienti di vita che rispondano alle esigenze di tutte le età; che considerino i diversi bisogni, anche delle persone limitate nella propria autonomia, non più progettati facendo riferimento unicamente alle esigenze dell'uomo adulto ed in salute, ma che considerino anche le esigenze di bambini e anziani, per superare le discriminazioni fondate sull'età (*Design for all*).

Molti paesi ad alto reddito hanno ridotto la mortalità per infortunio nei bambini fino al 50% negli ultimi 30 anni. Questi paesi hanno fatto della sicurezza una responsabilità sociale, hanno creato ambienti sicuri in maniera sistematica e sviluppato programmi di prevenzione basati sulle evidenze scientifiche.

È dimostrato che per la prevenzione degli incidenti domestici è utile la rilevazione di aspetti strutturali/impiantistici delle abitazioni, attraverso l'effettuazione di visite domiciliari associate ad interventi informativo/educativi e fornitura di dispositivi a basso costo, specialmente per le famiglie più povere. Per prevenire gli incidenti negli anziani, sono necessari interventi informativi/educativi/strutturali. Quelli che vivono da soli dovrebbero essere considerati come target prioritari. L'OMS sottolinea l'importanza di dare sostegno alle azioni che hanno lo scopo di creare un sistema di sorveglianza e notifica degli infortuni, definizione di buone prassi e valutazione finale degli interventi. Inoltre occorre promuovere la diffusione di informazioni a tutte le parti interessate e la formazione professionale del personale sanitario. Nel caso delle violenze sui minori, numerose evidenze scientifiche mostrano come una percentuale sempre maggiore di morti e sofferenze correlate a tali eventi potrebbe essere evitata grazie ad approcci sistematici, quali: formazione dei genitori, visite nelle case, riduzione della disponibilità in casa di alcool e di accesso alle armi da fuoco, supporto agli adolescenti ad alto rischio per portare a termine

gli studi, cambiamento di quelle norme culturali che giustificano le violenze e la possibilità di garantire cure mediche adeguate. Secondo gli studi di costo-efficacia, la maggior parte di queste strategie sono meno costose da sviluppare rispetto alle spese necessarie per la risposta alle violenze.

Un aspetto di rilievo per la sanità pubblica riguarda la prevenzione dei rischi che interessano la parte di popolazione meno tutelata (classi sociali disagiate, immigrati etc.) che costituiscono probabilmente la parte di cui un sistema pubblico di prevenzione dovrebbe occuparsi prioritariamente. I programmi di prevenzione dovrebbero tener conto della vulnerabilità dei gruppi deboli, rafforzando i sistemi sanitari e mettendo al centro della strategia la lotta alle disuguaglianze. L'OMS (*Commission on Social determinants of health*) evidenzia come buona parte del lavoro di riduzione delle disuguaglianze è al di là delle possibilità del settore sanitario di conseguenza, il settore sanitario; deve focalizzare l'attenzione sulle cause alla radice delle disuguaglianze. «Un modo migliore per aumentare l'aspettativa di vita e migliorare la qualità della vita sarebbe l'adozione, da parte di ogni governo, di politiche e programmi per la salute e l'uguaglianza sanitaria». La Commissione sottolinea che un'importante sfida per la sanità pubblica è garantire specifici interventi intersettoriali di tutela a favore dei gruppi di popolazione svantaggiata, orientati alla promozione della salute nei contesti di vita, oltre che alla fruibilità dell'assistenza sanitaria.

In conclusione, la prevenzione degli infortuni ed incidenti necessita di una strategia multisettoriale per lavorare assieme ad altri settori della società civile e considerare la necessità di intervenire anche sul contesto sociale e ambientale, associando a misure specifiche di prevenzione sanitaria anche misure Health Impact Assessment (HIA). L'Health Impact Assessment, ossia la valutazione d'impatto sulla salute, è un insieme di procedure e metodiche che permettono di valutare gli effetti positivi e negativi prodotti sullo stato di salute della popolazione, da politiche, programmi, progetti, in settori anche non sanitari (ambiente, urbanistica, trasporti, viabilità). Essa pertanto è un processo multidisciplinare ed intersettoriale, caratterizzato dall'ampia partecipazione della comunità e dall'attenzione al fenomeno delle disuguaglianze socioeconomiche di salute.

Bibliografia essenziale

- Alaflamme L, Sethi D, Burrows S, et al. Addressing the socioeconomic safety divide: a policy briefing WHO Regional Office for Europe, 2009.
- Commission of the European Communities, Proposal for a Council recommendation on prevention of injury and promotion of safety, Brussels, 23.06. 2006 COM (2006) 329 final.
- European report on child injury prevention, WHO, 2008.
- National Elder Abuse Incidence Study <http://www.aoa.gov/abuse/report/>
- Report "Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health", WHO Commission on Social determinants of health, 28 agosto 2008.

1.4 Salute e sicurezza sul lavoro

1.4.1 Introduzione

La prevenzione degli infortuni lavorativi e delle malattie professionali può essere positivamente affrontata solo in una logica complessiva di sistema, nella

quale le risposte e le iniziative adottate dal Servizio Sanitario Nazionale costituiscono solo un segmento limitato, sia pure di elevata importanza, stante la specifica competenza, in tema di tutela della salute e della sicurezza in ambito

lavorativo, attribuita allo stesso dalla Legge 833/78.

Oltre alla necessaria condizione di un approccio multidisciplinare e su piani diversi di competenza, che non possono essere disgiunti da problematiche ambientali, i temi della salute occupazionale e della sicurezza in ambito lavorativo risultano imprescindibili dal pieno coinvolgimento del sistema di educazione e formazione scolastica, quale condizione per poter incidere efficacemente sui comportamenti, attraverso la diffusione della cultura della sicurezza, risultato altrimenti non concretamente raggiungibile con il solo ricorso a strumenti quali la intensificazione delle attività di vigilanza e, in chiave repressiva, dell'inasprimento delle sanzioni.

1.4.2 Rappresentazione dei dati

I dati riportati nelle specifiche trattazioni riguardanti gli infortuni lavorativi e le malattie professionali mostrano, in sintesi, che la distribuzione degli infortuni e delle malattie risulta essere fortemente influenzata dalle dimensioni demografiche e occupazionali delle diverse aree geografiche del Paese, con situazioni differenziate in settori lavorativi a più alto rischio rispetto ad altri.

Per gli infortuni mortali, il primo posto come causa di morte è rappresentato dagli infortuni in itinere e su strada, complessivamente il trend infortunistico appare essere costantemente in calo, pur a fronte di un aumento del numero degli occupati.

Per le malattie professionali, sebbene i dati dimostrino un incremento delle denunce delle malattie, in particolare per le malattie "non tabellate", le stesse appaiono nel complesso ancora fortemente sottostimate.

1.4.3 Esposizione e valutazione critica dei dati

Sebbene la sensibilità collettiva appaia essere accresciuta nei confronti

del fenomeno delle morti bianche, non risulta del pari cresciuta la sensibilità della collettività nazionale nei confronti del fenomeno, ben più consistente, delle morti dovute a malattie contratte per esposizioni lavorative, che, secondo le stime dell'ILO (International Labour Organization), nel totale dei decessi mondiali dovuti al lavoro, rappresentano oltre i tre quarti degli eventi mortali, quale infausto esito di malattie professionali.

1.4.4 Indicazioni per la programmazione

Per fronteggiare al meglio l'inaccettabile situazione rappresentata dalle morti e dalle disabilità dovute al lavoro, il Ministero, quale organo centrale del Servizio Sanitario Nazionale, si è fattivamente adoperato, nel biennio 2007/2008, per dotare il nostro Paese di un adeguato strumento legislativo, previsto, sin dal lontano 1978, dalla Legge n. 833, che prevedeva la realizzazione di un Testo Unico, in grado di poter favorire, attraverso la razionalizzazione e semplificazione normativa, una maggiore efficacia delle norme sul piano della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro; anche in virtù di tale fattivo impegno vi è stata l'emana-zione del D. Lgs. 81/08.

Il Ministero, avvalendosi delle sue prerogative e competenze di indirizzo e coordinamento in tema di tutela della salute, ha promosso numerose iniziative, finalizzate a rendere più efficace la prevenzione degli infortuni in aree con particolari alti livelli di rischio, favorendo la sottoscrizione di molteplici accordi, attraverso i quali si è puntato a costituire un coordinamento sinergico, basato sulla collaborazione tra tutte le Amministrazioni ed Enti interessati, al fine di pervenire ad una gestione integrata dei rischi lavorativi, con il supporto di azioni di vigilanza costante nel tempo, fortemente orientata in chiave preventiva e non repres-