

siva, in grado di apportare contributi di orientamento, di monitoraggio e di valutazione degli interventi di prevenzione messi in campo, al fine di migliorarli, per renderli più efficaci sul piano dell'abbattimento del numero e della gravità degli infortuni.

Particolarmente qualificante, nell'ambito degli interventi intrapresi per la protezione e la promozione della salute in ambito lavorativo, è stato l'impegno per la realizzazione del "Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" sottoscritto con tutte le Regioni e 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.

Nel Patto risultano individuati obiettivi strategici di primaria importanza, quali la realizzazione del Sistema Informativo Nazionale di prevenzione nei luoghi di lavoro, la proposta del Piano Nazionale di Prevenzione nei luoghi di Lavoro, con la fissazione di obiettivi specifici in ambito regionale da raggiungere per la sua realizzazione, l'indicazione ad intraprendere azioni di prevenzione rispondenti a criteri di efficacia nel ridurre l'impatto di fenomeni infortunistici e delle malattie professionali, la definizione di standard riguardanti l'attività di vigilanza, con previsione quantitativa dei risultati da raggiungere (fissazione a livello nazionale di 250.000 interventi ispettivi/anno), la fissazione di una proporzionalità, per ciascun ambito territoriale regionale,

delle ispezioni da effettuare rispetto alla consistenza numerica delle imprese attive presenti sul territorio (non meno del 5% di ispezioni all'anno rispetto alle attività presenti).

Come indicazioni per la programmazione è stato inoltre previsto il potenziamento operativo dei Servizi delle ASL, da realizzare in maniera coerente e funzionale rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), 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.

Per sottolineare la particolare importanza dell'elemento culturale e formativo, è stato ribadito che il potenziamento dei servizi non dovesse riguardare la sola consistenza numerica, ma anche ed in particolar modo il potenziamento culturale e professionale degli operatori, garantendo un aggiornamento continuo, al fine di adeguare l'attività di vigilanza rispetto alle nuove esigenze di tutela della salute, destinate sicuramente ad emergere all'interno di un mondo lavorativo in continua evoluzione e trasformazione.

Bibliografia essenziale

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 17 dicembre 2007. Esecuzione dell'accordo del 1 agosto 2007, recante: Patto per la tutela e la prevenzione nei luoghi di lavoro.

D. Lgs. 81/08, - Attuazione dell'articolo 1 della Legge 3/07, n.123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

1.5 Sicurezza dei farmaci

1.5.1 Introduzione

Al fine di garantire la qualità e la sicurezza dei farmaci registrati in Italia, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) effettua una intensa attività

ispettiva pre e post-marketing, una rigorosa valutazione dei dossier presentati dalle Aziende per ottenere la commercializzazione nel nostro Paese, una tempestiva attività di sorveglianza e, in caso di necessità, adotta pronta-

mente provvedimenti cautelativi a tutela della salute pubblica.

1.5.2 Le ispezioni di Buona Pratica Clinica (GCP) sulle sperimentazioni

La sperimentazione clinica dei medicinali ha la finalità di individuare dati di efficacia e di sicurezza sui farmaci non ancora in commercio e nuovi dati su quelli già in commercio. Tali dati debbono essere ottenuti nel rispetto dei diritti dei pazienti, debbono essere affidabili e corrispondere a ciò che effettivamente è avvenuto nei centri clinici. A tal fine obiettivo dell'Ispettorato dell'AIFA è quello di accertarsi, tramite una metodologia ispettiva armonizzata in ambito UE, che la sperimentazione sia stata condotta:

- a) conformemente ai principi etici sulle sperimentazioni: cioè che la sperimentazione non abbia leso i diritti dei soggetti partecipanti, il loro benessere, la loro sicurezza, la loro salute, che gli interessi dei singoli soggetti prevalga su quelli della scienza e società e che i rischi e gli inconvenienti derivanti dalla sperimentazione siano stati oggetto di una valutazione preliminare e giustificati rispetto ai benefici attesi per i pazienti;
- b) seguendo i necessari criteri scientifici: cioè che sia stata condotta secondo un protocollo scientificamente valido e favorevolmente valutato dal Comitato etico responsabile;
- c) con un valido approccio metodologico: cioè che la sperimentazione sia stata condotta con accuratezza, secondo criteri che garantiscano la qualità dei risultati e che consentano la tracciabilità, la riproducibilità e la verifica ispettiva di quanto effettivamente avvenuto.

A tal fine l'Ispettorato AIFA compie ispezioni nei centri clinici, nei laboratori, presso i Comitati etici, presso la

sede del promotore delle sperimentazioni ed anche su documentazione richiesta dall'Ufficio alle varie strutture; nonostante il numero esiguo dell'organico, negli anni 2007-2008, è stato possibile verificare la seguente tipologia di sperimentazioni:

- a) quelle per le quali in sede di valutazione da parte degli organismi regolatori nazionali (AIFA) o internazionali (EMA) o nell'ambito di una collaborazione con l'OMS per le sperimentazioni condotte nei Paesi in via di sviluppo, sorgano dei dubbi su alcuni aspetti (etici, scientifici, procedurali, ecc.) che debbono invece essere ineccepibili per la registrazione di un nuovo farmaco;
- b) quelle oggetto di richiesta di ispezione da parte dell'autorità giudiziaria, di pazienti sottoposti a sperimentazione e di strutture sanitarie, poiché si ipotizzano procedure non legittime o eticamente non adeguate;
- c) quelle condotte in Paesi extra UE per le quali l'Ufficio valuta la documentazione di affidabilità trasmessa dai richiedenti l'AIC.

Su 142 ispezioni/verifiche su queste tipologie di sperimentazioni, condotte dall'Ispettorato nel periodo gennaio 2007-dicembre 2008, 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.

Un auspicabile e necessario incremento delle risorse umane all'Ispettorato consentirà di ampliare il numero di ispezioni e poterle condurre, anche a random, su una percentuale significativa delle circa 750 nuove sperimentazioni che vengono avviate ogni anno in Italia.

L'Ispettorato dell'AIFA ritiene che una attività di controllo e monitoraggio delle sperimentazioni debba essere

completata da una attività di formazione mirata a diffondere le conoscenze, le norme e le metodologie necessarie per essere conformi a quanto sopra esposto, che in pratica costituiscono le norme di Buona Pratica Clinica sulle sperimentazioni (Good Clinical Practice – GCP). Tali norme debbono essere seguite anche nelle sperimentazioni cosiddette “non profit” cioè che non hanno finalità registrative.

A tal fine l’Ispettorato GCP nell’ultimo biennio ha avviato una attività di promozione delle GCP per il monitoraggio della qualità delle sperimentazioni non profit, sia mediante visite di consulenza a strutture pubbliche, sia mediante l’organizzazione di una serie di corsi, presso l’AIFA, per la qualità delle sperimentazioni, a cui hanno partecipato circa 150 rappresentanti di 80 strutture sanitarie pubbliche, tra responsabili della qualità delle sperimentazioni non profit, sperimentatori, farmacisti, infermieri di ricerca, membri di Comitati etici, ecc. Tale attività ha costituito la 1° fase del “Progetto AIFA per il monitoraggio della qualità nelle sperimentazioni non profit”, che prevede la collaborazione dei partecipanti ai corsi, nelle attività di specifici team per la qualità delle sperimentazioni non profit, la cui istituzione negli IRCCS ed Ospedali pubblici è stata promossa dall’AIFA nel corso dell’anno 2008, come specificatamente dettagliato nel sito dell’AIFA.

1.5.3 Le ispezioni di Buona Pratica di Fabbricazione (GMP)

Le Norme di Buona Fabbricazione (GMP - Good Manufacturing Practice) costituiscono un importante aspetto di salvaguardia della qualità chimico farmaceutica dei medicinali. Esse rappresentano quella parte dell’assicurazione di qualità che garantisce la consistenza tra i diversi lotti di produzione e, quindi, la rispondenza ai parametri autorizzati nel dossier di registrazione di cia-

scun medicinale. I controlli analitici che vengono condotti sul prodotto finito sono una conferma della corrispondenza alle specifiche del dossier, ma essi sono privi di senso in assenza di un processo produttivo riproducibile e convalidato in tutte le sue fasi.

Ogni officina di produzione di medicinali presente sul territorio italiano è ispezionata dall’AIFA sia prima dell’autorizzazione, sia periodicamente per confermarla. Le ispezioni possono rendersi necessarie anche a seguito di una variazione significativa dell’autorizzazione alla produzione, o se c’è una storia di non conformità.

A seguito dell’evoluzione dei processi produttivi e, quindi, del conseguente aumento della complessità, diventano sempre più frequenti le ispezioni mirate a un prodotto o relative a un processo o a specifiche procedure di fabbricazione di particolare criticità (es. prodotti biotecnologici, medicinali per terapia avanzata, radiofarmaci, ecc).

Oltre agli aspetti più propriamente tecnici e regolatori, il sistema ispettivo ha una sua importanza strategica se lo si inquadra nell’ambito comunitario, in quanto rappresenta uno degli elementi fondamentali per garantire il principio di libera circolazione delle merci nell’Unione Europea.

L’equivalenza dei sistemi ispettivi degli stati membri viene sistematicamente verificata con degli audit periodici condotti da team di valutazione internazionali, costituiti da esperti europei ed extraeuropei. In tal modo viene continuamente verificata l’equivalenza del sistema ispettivo italiano con quelli degli altri stati membri dell’UE e dei paesi con cui l’Unione Europea ha stipulato accordi di mutuo riconoscimento delle ispezioni (Canada, Svizzera, Giappone, Australia e Nuova Zelanda). Inoltre, attraverso tali verifiche l’Italia mantiene la sua adesione al Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme (PIC/S), un organismo internazionale che raggruppa i

principali ispettorati mondiali, tra cui la Food and Drug Administration statunitense. Inoltre, tramite la collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Ispettorato Italiano contribuisce alle verifiche sui vaccini utilizzati nelle campagne di immunizzazione condotte dall'OMS.

Per quanto detto sopra, è evidente l'impegno richiesto agli ispettorati per mantenere aggiornate le conoscenze tecniche, al fine di garantire sempre un livello che sia adatto alla crescente complessità della farmaceutica moderna.

Garantire l'efficienza del sistema ispettivo contribuisce ad incoraggiare gli investimenti nel settore industriale. Ispezioni puntuali, sia dal punto di vista del rispetto dei tempi delle richieste di autorizzazione da parte delle aziende, sia dal punto di vista del rigore metodologico, garantiscono la tutela degli investimenti degli operatori del settore, assicurano l'accesso in tempi rapidi alle terapie innovative e tutelano la qualità del prodotto e, quindi, la salute del cittadino.

Per comprendere la consistenza numerica delle ispezioni di verifica della conformità alla GMP, va considerato che 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. Si tratta, quindi, di un'attività che coinvolge la totalità delle officine site sul territorio nazionale, assicurando l'effettiva applicazione nella produzione farmaceutica degli standard di qualità richiesti a livello comunitario.

1.5.4 I controlli sulle materie prime farmaceutiche

Il nostro paese è all'avanguardia in Europa per quanto riguarda il controllo della produzione di materie prime farmacologicamente attive, tali ispezioni si effettuano a partire dal 1991 e vengono reiterate con frequenza triennale.

Le ispezioni si fanno su impianti,

macchine, processi, training del personale, rispetto delle Norme di Buona Fabbricazione, sistemi di qualità, metodiche e strumentazione analitica, batch records, etichettatura, magazzini, ecc.; sono quindi uno degli strumenti più efficaci della pubblica amministrazione per la tutela della salute pubblica. Le verifiche ispettive effettuate su impianti nazionali nel biennio 2007-2008 sono state 86, impegnano in genere 2 ispettori altamente specializzati ed hanno la durata di 4 giorni. Le circa 150 aziende italiane producono materie prime per sintesi chimica, per estrazione da piante e da organi animali, attraverso processi di fermentazione classica e con processi di produzione biotecnologici.

I controlli in fase di produzione sono stati implementati con il recepimento nel "Codice Comunitario" (D. Lgs. 219/06), che prevede anche la possibilità di effettuare ispezioni agli stabilimenti di produzione di materie prime situati in paesi extra UE e che importano in Italia; tra il 2007 ed il 2008 sono state fatte 13 ispezioni in India, Cina e Giappone.

Con le nuove competenze vi è stato un aumento dei carichi di lavoro per gli uffici coinvolti ed un incremento del numero di ispezioni da effettuare in stabilimento.

In AIFA si sta valutando come riorganizzare tali attività, come aumentare il numero di ispezioni e di formare nuovi ispettori.

1.5.5 Dall'autorizzazione all'immissione in commercio dei farmaci alle variazioni post-marketing

L'autorizzazione all'immissione in commercio di un medicinale viene rilasciata dopo aver esaminato le caratteristiche di qualità, sicurezza ed efficacia descritte e dimostrate nel dossier di registrazione che ogni ditta richiedente presenta all'autorità competente.

Questi tre requisiti sono fondamentali e strettamente correlati tra loro.

La qualità di un medicinale viene dimostrata sulla base della qualità dei suoi componenti (principio attivo ed eccipienti) e della qualità della sua produzione; in questo ambito si opera in stretto contatto con il sistema ispettivo, sia per quanto riguarda i produttori di principi attivi che per quanto riguarda le officine di prodotto finito, per il controllo delle relative GMP (pratiche di buona fabbricazione).

È importante valutare le caratteristiche di purezza e le caratteristiche chimico-fisiche del principio attivo; infatti il profilo delle impurezze influenza il relativo profilo di sicurezza e le caratteristiche chimico-fisiche (solubilità, chiralità, polimorfismo) possono influenzare le caratteristiche di assorbimento del principio attivo e, quindi, la sua efficacia.

È importante, inoltre, caratterizzare il prodotto finito (che è la forma con la quale il principio attivo viene somministrato al paziente) sulla base della riproducibilità del processo produttivo, delle sue specifiche (tra le quali, impurezze, contaminazione microbica, caratteristiche tecnologiche) che devono essere mantenute per tutto il periodo di validità del medicinale.

Per quanto riguarda, poi, la valutazione clinica della sicurezza del medicinale, oltre la caratterizzazione del principio attivo sulla base dei suoi potenziali effetti teratogeni, carcinogenici e mutageni (dati di sicurezza preclinici), viene posta particolare attenzione agli eventi avversi che si rilevano nel corso della conduzione dei trial clinici e di quelli di bioequivalenza richiesti per l'autorizzazione del medicinale.

Come è noto, è dal rapporto tra il numero e l'entità degli eventi avversi e le evidenze di efficacia che si costruisce il profilo rischio-beneficio di un medicinale.

Anche nel caso in cui vengano richieste nuove indicazioni terapeutiche o un diverso schema terapeutico di un medicinale (anche in relazione alla nuova indicazione) che richiede dosaggi più elevati del medicinale, è fon-

damentale riconsiderare anche i dati di sicurezza preclinici originati dalla sperimentazione animale.

Sulla base delle caratteristiche di qualità, sicurezza ed efficacia vengono approvati gli stampati del medicinale (riassunto delle caratteristiche del prodotto, foglietto illustrativo ed etichette).

Dopo il rilascio dell'autorizzazione, il titolare di AIC ha l'obbligo di mantenere il medicinale aggiornato sulla base delle nuove acquisizioni scientifiche e tecnologiche. All'AIFA spetta il compito di valutare ed approvare le modifiche che vengono richieste dal titolare, apportando variazioni al testo approvato in sede di autorizzazione con le nuove caratteristiche di sicurezza (esplicitazione di nuove avvertenze e precauzioni per l'uso, comparsa di nuovi effetti indesiderati, riconoscimento di nuove interazioni).

Queste modifiche sono richieste dal titolare o imposte dall'autorità, principalmente a seguito di decisioni europee in materia di farmacovigilanza.

1.5.6 I controlli di qualità dei medicinali e i provvedimenti a tutela della salute pubblica

Al fine di valutare il rischio correlato alla produzione, l'AIFA svolge attività di autorizzazione e controllo sulle officine di produzione e attività ispettive per la verifica della qualità presso i siti di produzione di materie prime farmaceutiche, di gas medicinali, di medicinali, di prodotti omeopatici, radiofarmaci, prodotti per terapie avanzate e presso i siti coinvolti nella produzione per sperimentazione clinica dei farmaci. Viene svolta, inoltre, attività di vigilanza post-marketing nel settore della qualità dei medicinali tramite duplice via: a seguito di segnalazioni di potenziali difetti e con programma di controllo annuale. Le segnalazioni relative alla presenza di difetti in uno o più lotti di medicinali o di materie prime sono effettuate, con le modalità descritte nel

DM 27-02-2001, da parte di ospedali, personale sanitario, aziende produttrici o titolari di autorizzazione all'immissione in commercio (AIC), a seguito di riscontro non favorevole di controlli effettuati sul mercato, dai privati cittadini, dall'ISS, dall'Ufficio Attività Ispettive di buona pratica di fabbricazione (GMP), a seguito di ispezione, dalla Farmacovigilanza per segnalazioni di reazioni avverse correlabili a difettosità di fabbricazione, nonché da altre Autorità nazionali dei Paesi UE o in cui vige un accordo di mutuo riconoscimento o dall'Agenzia europea dei medicinali (EMEA).

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 (tutto il lotto deve essere ritirato e restituito alla ditta), il divieto di utilizzo (il lotto rimane bloccato sul posto e deve essere posto in quarantena, separato dagli altri e non deve essere assolutamente utilizzato fino ad emissione di provvedimenti successivi che verranno intrapresi dopo il risultato delle analisi effettuate dall'ISS); il campionamento (in questo caso il lotto può essere utilizzato, sarà l'AIFA a comunicare eventuali altri provvedimenti, dopo l'esito dell'analisi effettuate dall'Istituto Superiore di Sanità), il sequestro cautelativo di uno o più lotti di prodotti medicinali difettosi (in questo caso i NAS sigilleranno le confezioni di medicinale sequestrato e le daranno in custodia al responsabile della struttura dove avviene il sequestro, i prodotti sequestrati non potranno essere utilizzati né distrutti senza l'autorizzazione dell'AIFA).

Al fine di emanare i provvedimenti di cui sopra si valuta, preventivamente, la tipologia del difetto secondo la classificazione dello stesso descritta nel documento EMEA (EMEA/INS/GMP/313483/2006 Rev. 9):

Classe 1

Difetti che costituiscono potenziale rischio per la vita o che potrebbero causare grave rischio per la salute. Da notificare mediante Sistema di Allerta Rapido.

Classe 2

Difetti che potrebbero causare malattia o cattivo trattamento ma che non appartengono alla Classe 1. Da notificare mediante Sistema di Allerta Rapido solo agli Stati Membri e agli Stati con cui vige un Accordo di Mutuo Riconoscimento in cui sia stato distribuito il lotto (incluso importazione/distribuzione parallela).

Classe 3

Difetti che possono non comportare un rischio significativo per la salute ma per i quali è stato predisposto un ritiro (anche non richiesto dall'autorità competente) per altre ragioni ma che non appartengono alle Classi 1 o 2.

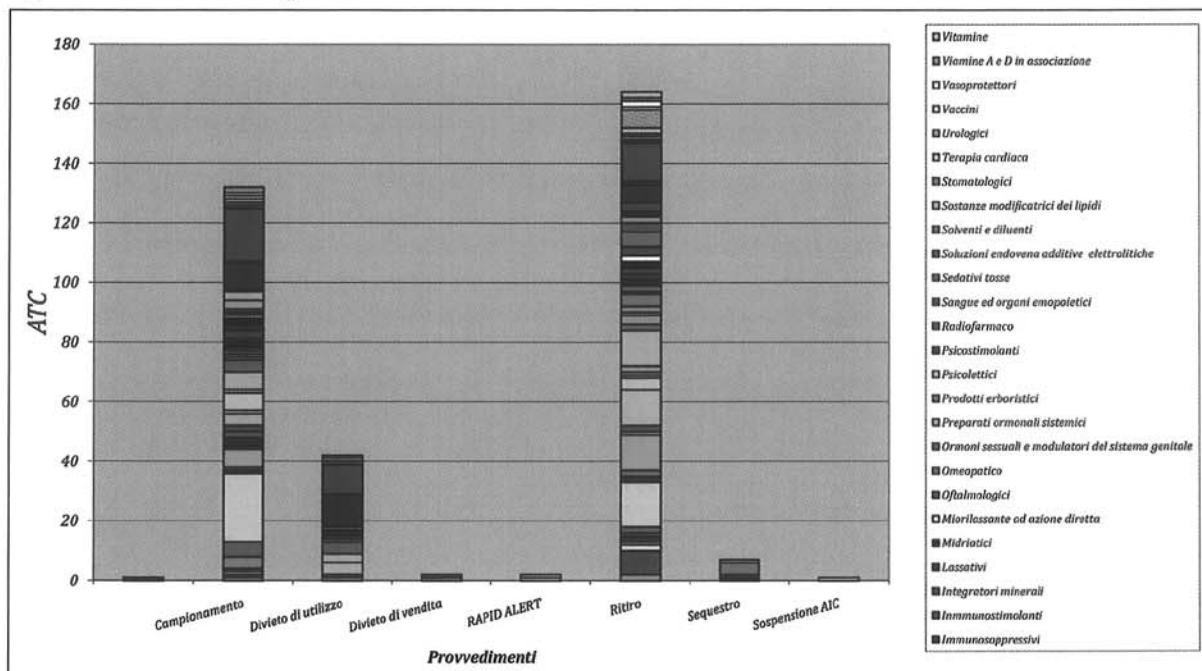
Il Programma Annuale di Controllo dei medicinali è effettuato su un elenco di medicinali selezionati dall'AIFA secondo criteri di criticità; i suddetti medicinali sono sottoposti ad analisi eseguite dall'ISS secondo quanto previsto dall'art. 53 del D. Lgs. 219/06.

Pertanto, il Programma Annuale di Controllo dei medicinali è uno strumento fondamentale per garantire che i farmaci commercializzati corrispondano esattamente alle specifiche di qualità delle procedure autorizzative ed è, dunque, un'ottima garanzia nell'ambito di un programma di sorveglianza post-marketing della qualità dei medicinali.

Il controllo consiste nella verifica della rispondenza alle specifiche riportate nella documentazione del produttore, del titolare dell'AIC e/o nelle monografie di Farmacopea Europea.

Nell'ambito del Programma di Controllo Annuale, per l'anno 2007 sono state campionate 64 confezioni di medicinali per un totale di 7 principi attivi, nell'anno 2008, 43 confezioni di medicinali, per 6 principi attivi diversi.

Figura 1 – Provvedimenti per ATC – Anni 2007/2008



Fonte: AIFA.

Bibliografia essenziale

Compilation of Community procedures on inspections and exchange of information.

D. Lgs. 219/06. Attuazione della Direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE. <http://www.emea.europa.eu/Inspections/GMPCompProc.html>.

D. Lgs. 274/07.

D. Lgs. 219/06.

Data Base Ufficio Autorizzazione Officine.

Direttiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 6 novembre 2001, recante un codice comunitario relativo ai medicinali per uso umano. G.U. delle Comunità Europee 28 novembre 2001, N. L. 311/67.

Direttiva 2003/94/CE della Commissione:

buone prassi di fabbricazione relative ai medicinali per uso umano e ai medicinali per uso umano in fase di sperimentazione G.U. delle Comunità Europee N. L. 262, 14/10/2003, p. 22-26.

Regolamento 1084/2003/CE.

Regolamento 2004/726/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 31 marzo 2004, che istituisce procedure comunitarie per l'autorizzazione e la sorveglianza dei medicinali per uso umano e veterinario, e che istituisce l'Agenzia Europea per i Medicinali. G. U. delle Comunità Europee. N. L. 136 del 30 aprile 2004, p. 1-33.

Volume 4 - Medicinal Products for Human and Veterinary Use: Good Manufacturing Practice.

<http://europa.eu.int/comm/enterprise/pharmaceuticals/eudralex/homev4.htm>.

1.6 Riduzione dei fattori di rischio (alcool - fumo - obesità)

1.6.1 Introduzione

Dal Rapporto 2005 sulla salute in Europa emerge che la causa principale dei costi sanitari nell'OMS Europa sono le malattie non trasmissibili.

Fattori di rischio come fumo, alcol, ipertensione, ipercolesterolemia, sovrappeso, scarsa assunzione di frutta e verdura e ridotto esercizio fisico, sono nell'insieme responsabili della gran parte dei costi sanitari. Elemento

comune a questi fattori di rischio è che essi sono in gran parte legati a comportamenti individuali, anche se fortemente condizionati dal contesto economico, sociale ed ambientale in cui si vive e si lavora. Attuare strategie efficaci per ridurre questi fattori potrà quindi prevenire gran parte delle malattie.

Tenuto conto che è ormai evidente che la prevenzione esclusivamente sanitaria non è efficace, è richiesta la realizzazione di interventi intersettoriali, che coinvolgano attivamente le diverse categorie sociali ed una strategia di partecipazione della comunità, al fine di costituire un sistema di rete che garantisca una maggiore efficacia. È necessario, quindi, costruire una cultura condivisa, in cui la “salute” diviene preoccupazione globale del Paese e non solo del sistema sanitario.

Nell’ottica delle politiche intersettoriali e seguendo le indicazioni dell’OMS, è stato approvato il Programma “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari” (DPCM 4 maggio 2007), 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, al fine di migliorare la salute dei cittadini.

In coerenza con il Programma “Guadagnare salute”, è stata costituita, presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, la “Piattaforma nazionale sull’alimentazione, l’attività fisica e il tabagismo”, un tavolo tecnico composto da rappresentanti delle Amministrazioni centrali interessate, delle Regioni e P.A. di Trento e di Bolzano, delle Associazioni di categoria della filiera alimentare, delle Associazioni dei consumatori e delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, che hanno firmato

protocolli d’intesa per il conseguimento di specifici obiettivi.

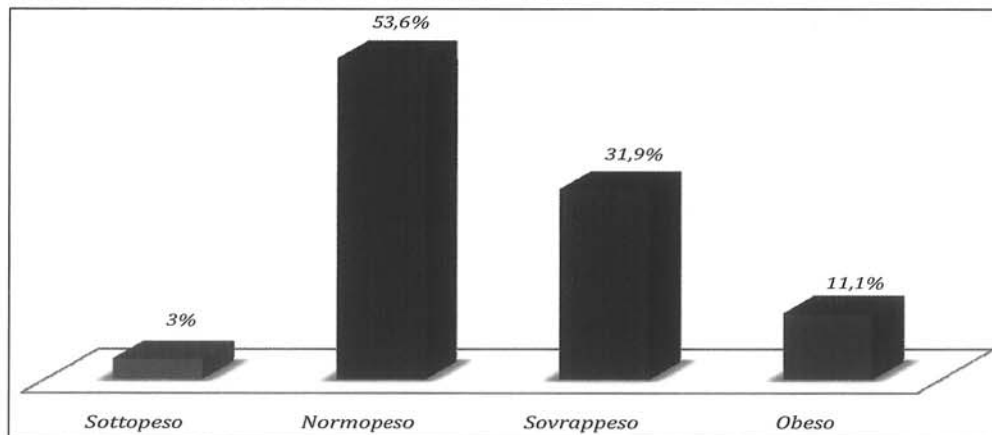
Per consentire una immediata identificazione delle iniziative coerenti con la strategia e gli obiettivi del programma è stato creato un “Logo Guadagnare salute”, il cui utilizzo contribuisce ad aumentare l’efficacia degli interventi e l’autorevolezza dei messaggi trasmessi. Sono state definite le regole che disciplinano i criteri per l’accesso al Programma e per l’utilizzo del logo al fine di evitarne un uso improprio. Il logo è attribuito alle iniziative/progetti e alle pubblicazioni promosse e/o finanziate dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e/o da altri Ministeri, e finalizzate al conseguimento di obiettivi previsti dal Programma, sviluppati in accordo con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Può essere concesso anche ad Enti Pubblici, Enti e soggetti privati, Associazioni o altre Istituzioni pubbliche e/o private, per progetti e/o iniziative e/o attività che, in coerenza agli obiettivi del Programma “Guadagnare salute”, presentino specifici requisiti.

1.6.2 Rappresentazioni dei dati

Sovrappeso

I dati ISTAT relativi all’anno 2007 rivelano che in Italia, nella popolazione adulta, la quota di coloro che sono in sovrappeso è aumentata, passando dal 33,9% nel 2001 al 35,6% nel 2007, così come la quota di soggetti obesi (dal 8,5% nel 2001 al 9,9% nel 2007). La condizione di sovrappeso o obesità risulta più diffusa tra gli uomini. Inoltre, la quota di popolazione in eccesso ponderale cresce al crescere dell’età. Nel Sud e nelle Isole si rileva la quota più elevata di persone obese e in sovrappeso. Tra gli adulti, inoltre, esiste una relazione inversa tra livello di istruzione ed obesità, che si mantiene anche per le persone in sovrappeso, seppure con differenze meno marcate. All’opposto, la quota di

Figura 1 – Stato Nutrizionale - Studio PASSI - 2007



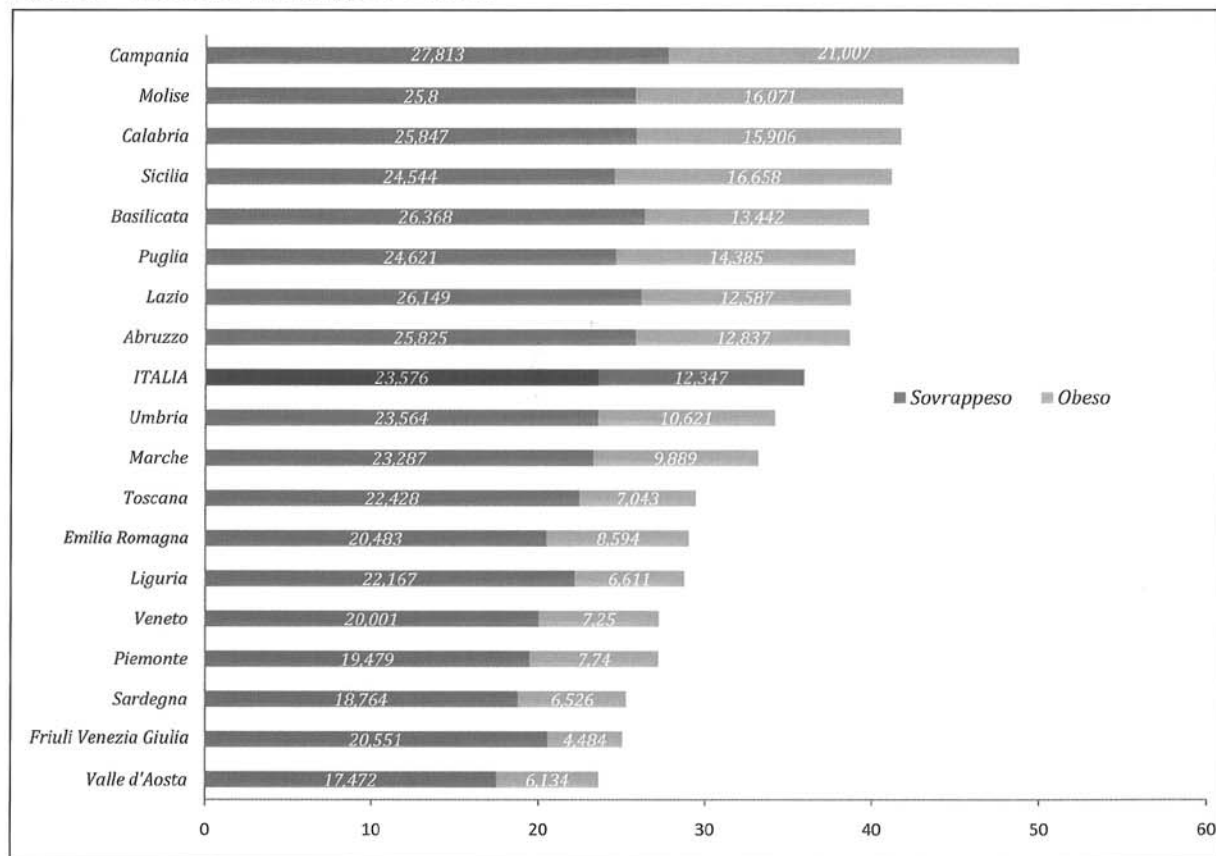
FONTE: PASSI 2007.

normopeso o sottopeso cresce all'aumentare del titolo di studio tra le persone di 18-44 anni. Tali dati sono sostanzialmente confermati da quelli rilevati dal programma "PASSI" (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) che, riguardo allo stato nutrizionale del campione di circa 20.000 intervistati per il 2007, ha confermato una percentuale di adulti in sovrappeso pari al 32% e di obesi pari all'11% (Figura 1). Per rispondere al bisogno informativo dell'OMS e, soprattutto, per avere un quadro aggiornato del fenomeno tra i bambini italiani, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali/CCM ha affidato all'ISS (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute-CNESPS) il coordinamento del progetto: "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni", attuato in stretta collaborazione con le Regioni, il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, le ASL, l'Istituto Nazionale della Nutrizione (INRAN) ed alcune Istituzioni Universitarie. Obiettivo del progetto è mettere a punto un sistema di sorveglianza a livello nazionale, che permetta la raccolta dei dati nelle scuole, che sia sostenibile nel tempo, per il sistema sanitario e per la Scuola, e che sia efficace nel guidare gli interventi di sanità pubblica. È stata realizzata una prima fase, denominata OKkio alla SALUTE, per l'avvio di

indagini per la sorveglianza nutrizionale e sui fattori di rischio comportamentali degli alunni delle scuole primarie. Il progetto ha reso possibile, per la prima volta in Italia con la stessa metodologia e su un campione rappresentativo di bambini frequentanti la terza classe della Scuola primaria, la raccolta di dati riguardanti peso e altezza (con calcolo dell'indice di massa corporea – IMC - e stime di prevalenza di sovrappeso e obesità, secondo standard internazionali), principali abitudini alimentari dei bambini, informazioni sull'attività fisica svolta e sui comportamenti sedentari, percezione del problema da parte dei genitori, dati sulle caratteristiche dell'ambiente scolastico. La prevalenza di sovrappeso ed obesità è risultata molto elevata: a livello nazionale il 23,6% dei bambini risulta sovrappeso e il 12,3% obeso, cioè più di 1 bambino su 3 ha un peso superiore a quello che dovrebbe avere per la sua età. Riportando questi valori a tutta la popolazione di bambini di età 6-11 anni si arriva a una stima di più di 1 milione di bambini sovrappeso o obesi in Italia. Si evidenzia, inoltre, una spiccata variabilità interregionale con percentuali tendenzialmente più basse nell'Italia settentrionale e più alte nel Sud (dal 17,5% di sovrappeso in Valle d'Aosta al 27,8% in Campania; dal 4,4% di obesità in Friuli Venezia Giulia al 21% in Campania) (Figura 2).

Nel corso del 2009 sarà avviata la

Figura 2 – Prevalenza di sovrappeso e obesità



FONTE: OKkio alla salute - 2008.

sorveglianza sugli stili di vita degli adolescenti attraverso l'Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), uno studio multicentrico svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'OMS, che consentirà di raccogliere dati con rappresentatività regionale. Questa seconda fase del progetto permetterà di acquisire informazioni sui comportamenti relativi alla salute in età pre-adolescenziale (11-15 anni), ossia in quella fascia d'età nella quale si instaurano o si rafforzano molti di quei comportamenti non salutari, quali alimentazione scorretta, ridotta attività fisica, iniziazione al fumo e consumo di alcol.

Fumo

Si veda il paragrafo 2.2 della Se-

zione "I determinanti della salute".

Alcol

Due sembrano nel nostro Paese le tipologie di rischio alcolcorrelato più diffuse: la prima, collegata al modello di consumo tradizionale (consumi quotidiani di vino in quantità tendenzialmente moderate), interessa prevalentemente la popolazione più adulta e anziana, nell'ambito della quale una percentuale significativa non rispetta i limiti di consumo compatibili con una buona protezione della salute (nel 2007 circa il 26% degli ultrasessantacinquenni e il 32% del soggetti tra 65 e 84 anni).

La seconda tipologia di rischio riguarda prevalentemente i più giovani e i giovanissimi, ma sempre di più anche gli adulti, con un crescente coinvolgimento della popolazione

femminile, e si collega alla diffusione delle nuove tendenze di consumo provenienti dai Paesi del Nord Europa, con comportamenti a rischio quali consumi fuori pasto, binge drinking, ubriacature, consumi occasionali eccessivi.

1.6.3 Valutazione critica

Sovrappeso

La prevenzione dell'obesità rappresenta un problema di sanità pubblica che necessita di interventi in grado di facilitare le scelte più salutari attraverso opportune modifiche ambientali, strutturali e socio-culturali. La strategia generale richiede, quindi, un cambiamento socio-culturale che implica profonde modificazioni dello stile di vita. 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.

A supporto del PNP e di Guadagnare salute, il CCM ha, infine, promosso e finanziato vari progetti mirati a sviluppare e condividere strumenti utili all'implementazione di azioni rivolte alla modifica degli stili di vita della popolazione, ed a diffondere la cultura della progettazione di azioni intersettoriali tra gli operatori sanitari. Tra questi vanno ricordati i progetti:

- “Programmi efficaci per la prevenzione dell'obesità: il contributo dei SIAN”, gestito dall'ARS Toscana;
- “Buone pratiche per l'alimentazione e l'attività fisica in età prescolare: promozione e sorveglianza”, gestito dalla Regione Friuli Venezia Giulia;
- “Azioni per una vita in Salute”, ge-

stato dalla Regione Emilia Romagna;

- “Esperienze intersettoriali delle comunità locali per Guadagnare Salute”, gestito dal Formez.

Una serie complessa di attività, finalizzate alla modifica di abitudini alimentari scorrette ed alla promozione di una vita attiva, sono state avviate anche grazie alle Intese siglate tra il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e altri Dicasteri:

Protocollo d'Intesa con il Ministero delle Politiche Giovanili: mira a sensibilizzare tutta la popolazione, e in particolare i giovani, sulla rilevanza di uno stile di vita attivo, quale efficace strumento per la prevenzione dei rischi per la salute. Si è focalizzata l'attenzione sulla necessità di sviluppare azioni per promuovere l'idea che per mantenersi in salute è necessario “muoversi” e non cercare “performance” agonistiche, riservate a pochi. Sport per tutti, invece, significa favorire il movimento a tutte le età, ma anche lavorare per ridurre le disuguaglianze e l'esclusione sociale per alcune fasce di cittadini.

Protocollo d'Intesa con il Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali: ha l'obiettivo di realizzare interventi intersettoriali per sensibilizzare i consumatori, fin dal momento dell'acquisto dei prodotti, sull'importanza di una alimentazione equilibrata, quale efficace strumento per la prevenzione dei rischi per la salute, nonché di valorizzare la dieta mediterranea, per i suoi effetti positivi sulla salute e quale stile di vita unico al mondo.

Protocollo d'Intesa con il Ministero dell'Istruzione: sono state realizzate diverse iniziative e promossi alcuni progetti congiunti:

- elaborazione del documento “L'educazione alla salute. Linee di indirizzo”, rivolto agli operatori della scuola e a quelli sanitari, e contenente indicazioni metodologiche, nei limiti delle rispettive competenze, per la promozione della salute, la prevenzione di alcune malattie croniche ed

- il contrasto dei comportamenti a rischio tipici dell'età giovanile;
- collaborazione alle manifestazioni “Giornate del Benessere dello Studente”, realizzate nelle diverse Regioni, in collegamento e in sinergia con altri dicasteri e con altre realtà istituzionali, con l'obiettivo di valorizzare le esperienze condotte dalle scuole per la diffusione della cultura della salute e del benessere;
 - progetto “Scuola e salute”, un programma di formazione congiunta, sia per operatori sanitari che per operatori scolastici. Obiettivo dell'iniziativa è, infatti, accrescere le rispettive competenze e conoscenze degli operatori, anche attraverso l'acquisizione di un linguaggio comune. L'attivazione di un percorso di formazione a cascata consentirà, a livello nazionale, la “formazione di formatori”, la realizzazione di pacchetti formativi da riproporre all'interno delle singole strutture scolastiche, fornendo anche strumenti e modelli d'intervento adeguati alle diverse fasce di età, a partire dalla Scuola Primaria fino alla Scuola Secondaria di II grado;
 - progetto pilota “Frutta Snack”, ha rappresentato un'esperienza di educazione alimentare, che ha coinvolto ragazzi, insegnanti e famiglie con l'obiettivo di “rendere gradito”, nelle fasce più giovani di età, il consumo di ortofrutta e derivati, per favorire scelte salutari.

Fumo

Nel 2005 il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali/CCM ha affidato alla Regione Emilia-Romagna la realizzazione di un piano di formazione sul tabagismo rivolto a pianificatori regionali e ad operatori pubblici e del privato sociale. Tale progetto ha consentito la formazione di 105 operatori su scala nazionale (rappresentativi di 19 Regioni e di 2 Province Autonome) sulle seguenti aree tematiche:

- progettazione e pianificazione degli interventi;
- prevenzione primaria e promozione della salute;
- counselling del Medico di Medicina Generale e di altri operatori della salute;
- attività dei Servizi per la cessazione (Centri antifumo);
- tutela dal fumo passivo nei luoghi pubblici e di lavoro.

La Regione Emilia Romagna coordina, inoltre, un progetto nazionale di interventi di prevenzione rivolti ai giovani, di azioni per la tutela dal fumo passivo e di promozione e sostegno alla disassuefazione, finalizzato a favorire il passaggio dalla programmazione regionale alla pianificazione e realizzazione a livello di Azienda Sanitaria.

Notevole attenzione è stata riservata alle iniziative per ridurre la prevalenza di giovani fumatori, ancora troppo alta in Italia. Nell'ambito di un progetto coordinato dalla Regione Veneto, sono state censite le attività di prevenzione attivate nel paese dal SSN e da Associazioni di volontariato, in ambito scolastico. Tra i 221 progetti raccolti, sono stati selezionati quattro esempi di “buone pratiche”, facilmente riproducibili sul territorio nazionale, nelle scuole di diverso ordine e grado. I materiali necessari alla realizzazione di tali progetti (kit didattici, manuali, guide per gli insegnanti) sono stati stampati e messi a disposizione delle Regioni.

Nel corso del 2008 si sono svolti alcuni incontri di presentazione e di formazione specifica degli operatori scolastici e sanitari, interessati a implementare e valutare tali progetti nell'anno scolastico 2008/2009, con l'auspicio di raggiungere un numero sempre crescente di ragazzi con cui costruire, per il prossimo futuro, una società libera dal fumo.

Il Programma “Mamme libere dal fumo” mira alla protezione dei bambini dal fumo passivo dei genitori e offre sostegno motivazionale per la disassuefazione alle donne fumatrici future

mamme. Si tratta di un programma nazionale di formazione del personale ostetrico al counselling antitabagico, coordinato a livello nazionale dalla Regione Veneto e con la collaborazione della FNCO-Federazione Nazionale Ostetriche e della LILT-Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Ha lo scopo di favorire l'intervento standardizzato del personale ostetrico, opportunamente formato per il sostegno motivazionale alla disassuefazione, ed il successivo follow-up delle donne fumatrici e delle loro famiglie, con particolare riferimento al periodo gestazionale e puerperale.

La campagna di comunicazione sociale "Genitori più", coordinata dalla Regione Veneto e realizzata in tutte le Regioni, punta sulla responsabilità dei genitori, quali veri protagonisti della salute dei propri figli, affinché mettano in pratica "sette semplici azioni", tra cui il non fumare, che aiutano a prevenire malattie, malformazioni, incidenti, obesità, infezioni e difficoltà cognitive e relazionali.

Alcol

La Legge 125/01 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati" ha rafforzato il ruolo di Regioni e Province Autonome nella programmazione degli interventi di prevenzione dei problemi alcolcorrelati da attivare con le risorse rese disponibili dal Fondo sanitario nazionale. Nel tempo le Regioni hanno notevolmente incrementato tali interventi, ed un notevole impulso è stato dato recentemente dalla costituzione di un sottogruppo tecnico di coordinamento interregionale per l'alcolologia nell'ambito della Commissione Salute delle Regioni.

Dalla rilevazione annuale del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, l'82,9% dei servizi alcolologici territoriali risulta aver effettuato attività di prevenzione nel 2006, con valori sostanzialmente simili nelle varie Regioni (Tabella 1).

Sempre più numerosi e diffusi risultano in particolare gli interventi di prevenzione attuati in ambito scolastico, rivolti sia agli studenti che agli insegnanti e genitori, nonché quelli destinati alla prevenzione degli incidenti stradali alcolcorrelati tra i giovani. Su questi temi la maggior parte delle Regioni ha promosso e realizzato specifici progetti nell'ambito dei propri servizi sanitari territoriali, spesso in collaborazione con le forze di Polizia Stradale, oltre che con la Scuola e talvolta anche con il mondo del divertimento giovanile.

Nell'ambito della "Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo", costituita in coerenza con il Programma "Guadagnare salute", è stato costituito un tavolo di consultazione con le associazioni dei produttori e commercianti di bevande alcoliche. Il tavolo è stato finalizzato ad esplorare la possibilità di coinvolgere il mondo della produzione e distribuzione nella prevenzione dei danni provocati dall'uso inadeguato di alcol. In particolare, si è avviata la discussione sulla possibilità di trovare modalità concordate per l'introduzione volontaria di avvisi nelle etichette delle bevande alcoliche, soprattutto in relazione ai rischi per la guida, nonché per un miglioramento della autoregolamentazione della pubblicità.

È stato, inoltre attribuito il logo di "Guadagnare Salute" ad alcune manifestazioni autonomamente organizzate da vari soggetti, enti e associazioni per la prevenzione dei danni alcolcorrelati. Fra queste, sono di interesse per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati:

- campagna informativa nell'ambito dell'*Alcohol Prevention Day*, evento organizzato annualmente dall'ISS con la collaborazione della Società Italiana di Alcolologia, l'AICAT (Associazione Italiana dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento) ed EURO CARE (*The European Alcohol Policy Alliance*);
- campagna di sensibilizzazione "Se

Tabella 1 – Percentuale di servizi alcolologici o gruppi di lavoro che hanno svolto funzioni di prevenzione - Anno 2006

Regioni	Attività di prevenzione (%)
Piemonte	89,3
Valle d'Aosta	100,0
Lombardia	87,3
P.A. Bolzano	100,0
P.A. Trento	100,0
Veneto	97,3
Friuli Venezia Giulia	100,0
Liguria	100,0
Emilia Romagna	11,6
Toscana	96,8
Umbria	100,0
Marche	86,7
Lazio	74,2
Abruzzo	66,7
Molise	100,0
Campania	95,5
Puglia	81,3
Basilicata	100,0
Calabria	<i>n.r.</i>
Sicilia	98,0
Sardegna	83,3
Italia	82,9

FONTE DATI: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Direzione generale della prevenzione sanitaria. Rilevazione attività nel settore dell'alcoldipendenza - Anno 2006.

aspetti un bambino l'alcol può attendere", organizzata congiuntamente da Assobirra e Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia per la prevenzione delle sindromi fetali alcolcorrelate.

1.6.4 Indicazioni per la programmazione

Sovrappeso

L'Italia deve continuare ad affrontare il tema del sovrappeso e dell'obesità attraverso la definizione di una strategia globale, tenendo conto di alcuni elementi fondamentali.

La prevenzione dell'obesità non può essere di competenza esclusiva del Sistema Sanitario, ma deve essere

espressione di uno specifico impegno di tutte le Istituzioni. Gli interventi da attuare devono essere finalizzati ad un cambiamento socio-culturale, perché l'obesità e le malattie ad essa correlate sono problemi di salute, ma gli interventi utili alla loro soluzione sono da attuarsi, nella larga maggioranza dei casi, al di fuori del mondo sanitario. Occorrono politiche che aiutino e rendano possibili le scelte personali più salutari. I soli interventi individuali, difatti, non producono effetti duraturi se non sono accompagnati da tutta una serie di modifiche ambientali, strutturali e socio-culturali che consentano il mantenimento dei comportamenti appena acquisiti.

È necessario che si continui a perseguire un approccio intersettoriale, al

fine di elaborare programmi di azione che impegnino gli stakeholders in interventi di documentata efficacia, coinvolgendo tutti i soggetti della Società civile (Istituzioni pubbliche, Associazioni di cittadini e consumatori, produttori, distributori e rivenditori di beni di consumo, mondo dello sport, pubblicitari, ecc.) in un processo di cambiamento.

I decisori istituzionali e gli operatori di sanità pubblica devono diventare promotori di un'azione di advocacy in favore della salute in tutti i settori della società civile.

È necessario definire, accanto agli interventi di prevenzione e promozione della salute, le linee di indirizzo per interventi a livello diagnostico e terapeutico, per i soggetti già in condizione di sovrappeso ed obesità, per orientare l'azione dei servizi che si occupano di nutrizione ed obesità. Pertanto, per le persone già in sovrappeso e obese andranno previste azioni specifiche che includano: l'identificazione tempestiva e la gestione del sovrappeso e dell'obesità in ambito di assistenza primaria; l'offerta di informazioni per i professionisti della salute nella prevenzione dell'obesità; l'elaborazione e la diffusione di raccomandazioni cliniche per lo screening ed il trattamento.

Fumo

Per favorire l'adozione di uno stile di vita libero dal fumo è necessario un approccio non solo sanitario, ma che tenga conto delle implicazioni sociali, culturali, ambientali del problema "fumo" e che richiede cooperazione e coordinamento con numerosi soggetti e diverse Istituzioni/Amministrazioni. La prevenzione del tabagismo rappresenta una delle aree di azione del Programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari", che punta sull'intersectorialità per modificare gli stili di vita, non solo con interventi sugli individui, ma con strategie coordinate tra responsabilità diverse che favoriscano nelle persone le scelte di vita salutari.

Alcol

Recentemente vi è stato un notevole impegno per il rafforzamento delle politiche alcoliche, con iniziative programmatiche quali il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) e il Programma "Guadagnare Salute", che promuovono un approccio interistituzionale alla prevenzione sanitaria in adesione ai principi sostenuti dai programmi europei di "Salute in tutte le politiche".

Il PNAS delinea otto aree strategiche prioritarie, indicando per ciascuna di esse le azioni da realizzare e i risultati attesi:

- informazione/educazione;
- bere e guida;
- ambienti e luoghi di lavoro;
- trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza;
- richiamo alla assunzione di responsabilità del mondo della produzione e distribuzione;
- capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol;
- potenziamento delle Organizzazioni di volontariato e di mutuo aiuto;
- monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto.

Le prime attività attuative del PNAS hanno riguardato la definizione di indicatori per un adeguato monitoraggio dei problemi alcolcorrelati in tutte le Regioni, nonché la progettazione di attività formative del personale operante nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base e del lavoro, per promuovere l'identificazione precoce dei soggetti a rischio e la pratica di brevi interventi di counselling in sostegno alla modifica dei comportamenti dannosi.

La programmazione di efficaci interventi di prevenzione richiede un'attenta analisi dei modelli di consumo prevalenti e dei rischi correlati, nell'ambito dei diversi contesti regionali e macroterritoriali del nostro Paese, che appaiono abbastanza differenziati.

In base a tale analisi, dovrebbero essere adottate le metodologie e gli

strumenti di intervento accreditati dalla letteratura internazionale di Evidence Based Prevention, per incidere efficacemente nella riduzione dei danni alcolcorrelati.

Gli approcci di prevenzione devono indirizzarsi sia alla popolazione generale che alle diverse fasce a rischio, tenendo conto dell'età, del genere e delle altre variabili sociodemografiche interessate.

Nel nostro Paese, data la grande diffusione del consumo alcolico "alimentare" e l'ampia accettazione sociale del bere moderato, un lavoro molto importante deve essere fatto sul piano culturale, per promuovere interventi mirati a rendere più espliciti gli aspetti pericolosi dell'alcol contenuto nelle diverse bevande, tenendo conto che i più alti livelli di scolarizzazione appaiono correlati a una maggiore propensione al consumo e al binge drinking sia nei singoli soggetti che nei loro figli.

Tutte le informazioni relative al CCM, a Guadagnare Salute e alle pro-

gettualità avviate sono reperibili sui siti www.ministerosalute.it e www.ccm-network.it.

Bibliografia essenziale

Istat. Indagine Multiscopo sulle Famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007. www.istat.it/dati/catalogo/20090312_00/.

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio VII - dell'ex Ministero della Salute. Rilevazione attività nel settore dell'alcoldipendenza.

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Relazione del Ministro del Lavoro, Salute e Politiche sociali al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 125/01 Anni 2006-2007.

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari. D.P.C.M. 4 maggio 2007.

Spinelli A, Baglio G, Cattaneo C, et al. OKkio alla salute: promozione della salute e crescita sana nei bambini della scuola primaria. *Ann. Ig.* 2008; 20:337-344.

The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations. Summary.

1.7 Prevenzione delle malattie infettive

Le malattie infettive continuano a rappresentare una priorità in Sanità Pubblica per la loro diffusibilità e, anche se molte di esse possono essere prevenute in modo efficace, l'impegno per il loro controllo e, quando possibile, per la loro eliminazione ed eradicazione, deve essere comunque costante, poichè rappresentano ancora nel mondo la principale causa di morte e disabilità e nessun Paese, seppure socialmente ed economicamente evoluto, si può considerare al sicuro dal rischio di introduzione e reintroduzione di malattie infettive, anche eliminate o sotto controllo.

A fronte, quindi, dell'emergenza e riemergenza di malattie infettive, condizionata dai comportamenti umani e dai

cambiamenti climatici, nonché dal potenziale uso intenzionale di agenti biologici per scopi terroristici, vi sono molte malattie trasmissibili, alcune endemiche nel nostro Paese, per le quali sono previsti programmi dedicati di prevenzione che vedono impegnate risorse umane e finanziarie, al fine di mantenere quei livelli sociali ed epidemiologici conquistati nel corso degli ultimi cinquanta anni a favore della collettività.

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.