

Le risposte del Servizio sanitario nazionale

1. Piani e programmi nazionali di tutela della salute

1.1. Attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione

Il PNP 2010-2013, adottato con Intesa Stato-Regioni 29 aprile 2010 e prorogato al 2013 dall'Accordo Stato-Regioni 7 febbraio 2013, ha individuato quattro macroaree di azione: medicina predittiva, prevenzione universale, prevenzione nella popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia. Per ogni macroarea sono state definite una o più linee di intervento generale, affidate alla programmazione regionale mediante i Piani Regionali della Prevenzione (PRP). Al Ministero, in linea con il modello di *governance* compartecipata assunto dal Piano, è stato affidato il compito di accompagnare il percorso regionale attraverso l'espressione di una serie di funzioni di supporto (Azioni centrali prioritarie adottate con DM 4 agosto 2011) e di certificare presso il Comitato LEA l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi previsti dai PRP, per le finalità di cui all'Intesa 23 marzo 2005 (accesso a un quota vincolata del Fondo Sanitario Nazionale).

Nel complesso la programmazione regionale si è maggiormente focalizzata sulla promozione e la sorveglianza di stili di vita salutari, secondo l'approccio multifattoriale, *life-course* e trasversale raccomandato per il contrasto delle malattie croniche, con la finalità di incidere sia sull'alto rischio (in modo da portarlo al livello più basso possibile), sia sul basso rischio (affinché lo si annulli, ovvero affinché permanga tale nel corso della vita).

Tra i punti di forza del Piano, la condivisione di una metodologia di pianificazione, basata sull'analisi dei profili di salute e quindi declinata nei contesti regionali e locali, è stata percepita come una buona pratica da mantenere nel futuro e migliorare attraverso una programmazione più integrata e più riconducibile al sistema. Tra le criticità, il monitoraggio degli interventi e la valutazione dei risultati rappresentano un ambito su cui concentrare gli sforzi futuri, attraverso un più sistematico

utilizzo di dati e flussi correnti e una maggiore sinergia tra il livello regionale e quello locale.

1.2. "Guadagnare Salute"

Un minore benessere della popolazione comporta ricadute economiche su individui e famiglie, costi sempre maggiori per il settore sanitario e perdita di produttività per la società. La promozione della salute e la prevenzione di patologie croniche non trasmissibili richiedono una strategia mirata sui determinanti che la influenzano positivamente o negativamente e che comprendono sia fattori non modificabili (sesso, età, genetica), sia fattori sociali, economici o legati allo stile di vita, influenzati da decisioni politiche di settori diversi.

In Italia, i fattori di rischio modificabili (fumo, abuso di alcol, sovrappeso/obesità, scorretta alimentazione, sedentarietà) si distribuiscono in maniera molto differente tra la popolazione; la sfida più impegnativa è assicurare le potenzialità e i requisiti della salute, non soltanto attraverso gli stili di vita e l'offerta di prestazioni sanitarie, ma soprattutto attraverso la qualità degli ambienti e delle condizioni di vita e di lavoro, per consentire il superamento delle disuguaglianze causate, in particolare, dai determinanti sociali, ovvero da condizioni socioeconomiche in cui vivono determinati strati della popolazione.

Con il programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" (DPCM 4 maggio 2007), l'Italia ha attivato una strategia globale che delinea la necessità di nuove alleanze per promuovere lo sviluppo umano, la sostenibilità e l'equità, nonché per migliorare la salute, secondo i principi della "Salute in tutte le politiche".

Il Ministero della salute svolge un ruolo di leadership per rafforzare l'ancora debole cultura dell'"intersettorialità" e dare supporto alle Regioni, anche in considerazione degli obiettivi del nuovo PNP, in corso di definizione. Uno degli elementi fondamentali per l'attuazione di politiche intersettoriali di promozione della salute è, infatti, l'attiva parteci-

pazione delle Regioni che, titolari istituzionali delle competenze in tema di salute, nei propri PRP sviluppano le linee strategiche nazionali attraverso il coinvolgimento delle comunità interessate. Il ruolo trainante e strategico (*advocacy*) rivestito dall'Istituzione sanitaria centrale nei confronti di altri interlocutori istituzionali e non, ha consentito di inaugurare e consolidare, attraverso la stipula di Protocolli d'Intesa, proficue collaborazioni con interlocutori istituzionali e non di diversi settori (Dipartimento per gli Affari Regionali, il Turismo e lo Sport, CONI, associazioni sportive, associazioni di produttori e distributori di alimenti ecc.), favorendone l'implementazione in alcuni contesti regionali.

Per indurre modifiche stabili ed evidenti dell'ambiente di vita dei cittadini e concorrere così a "facilitare le scelte salutari", in diverse Regioni sono stati sperimentati, attraverso progetti promossi CCM, interventi preventivi caratterizzati da un approccio trasversale ai fattori di rischio e dalla leadership delle Aziende sanitarie.

Al fine di raggiungere sia un obiettivo conoscitivo per la diffusione delle informazioni sui fattori di rischio per la salute, sia un obiettivo comportamentale per l'attivazione di processi di *empowerment* atti a favorire comportamenti salutari per l'individuo e la collettività, sono state sviluppate iniziative di comunicazione, basate su un approccio partecipativo, che hanno raggiunto in modo capillare popolazione generale e target specifici, ma anche operatori sanitari e non sanitari, utilizzando in modo integrato e sinergico strumenti di comunicazione differenziati per target.

Sulla scorta dell'esperienza e del percorso avviato dal programma "Guadagnare Salute" la sanità sta lentamente e gradualmente virando da un modello basato esclusivamente sull'erogazione della prestazione (anche a livello dei servizi di prevenzione) a quello capace di promuovere in maniera proattiva la salute sul territorio come "valore in tutte le politiche" e risorsa di vita quotidiana. È necessario proseguire in un'ottica di consolidamento dell'approccio *multi-stakeholder*, nell'ambito del quale le Regioni, in particolare, devono ulteriormente sviluppare l'opportunità di un'azione locale partecipata per "facilitare le

scelte salutari", quali istituzioni "prossime" ai cittadini, costruendo rapporti stabili e innovativi con la comunità locale.

Parole chiave *Advocacy*, CCM, fattori di rischio, intersettorialità, Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), promozione della salute

1.3. Promozione e tutela della salute orale

In Italia, l'offerta pubblica di prestazioni odontostomatologiche viene assicurata secondo quanto normato dal DPCM 29 novembre 2001, con intensità e livelli di copertura diversificati in relazione a quanto consentito dai bilanci locali e in base alle strategie e priorità identificate dalle diverse Regioni e Province Autonome.

Con il tempo, di pari passo a una non puntuale realizzazione di specifici programmi di tutela della salute odontoiatrica, si sono avuti un aumento della domanda di prestazioni non evasa dall'odontoiatria pubblica e un incremento delle prestazioni eseguite da odontoiatri esercenti la libera professione.

Il Ministero della salute, nell'ambito di specifiche iniziative di salute pubblica, ha promosso l'adozione di misure di prevenzione orale anche attraverso l'emanazione di raccomandazioni di comportamento clinico basate su una valutazione analitica delle evidenze scientifiche.

Nel formulare tali indicazioni, a supporto dell'attività di lavoro di quanti coinvolti nella gestione della salute orale, sono stati presi in considerazione specifici target di popolazione (individui in età evolutiva, anziani, popolazione tossicodipendente).

Parole chiave DPCM 29 novembre 2001, edentulia, malattia cariosa, traumi dentali, vulnerabilità sanitaria e/o sociale

1.4. Promozione e tutela della salute oftalmologica

La legge n. 284/1997 sulla riabilitazione visiva ha riconosciuto, nel nostro Paese, l'utilità della prevenzione in ambito oftalmologico, per garantire lo sviluppo di centri di riferimento regionali per le attività di prevenzione e per la riabilitazione visiva. I suddetti centri rappresentano un momento essenziale per la pro-

mozione e la tutela della salute oftalmologica come servizi multidisciplinari di riferimento per la valutazione diagnostico/funzionale e per la predisposizione del progetto riabilitativo individuale. L'intervento riabilitativo ha come obiettivo il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile sul piano fisico, personale e sociale mirando a sviluppare, in età evolutiva, potenzialità che altrimenti non avrebbero modo di esprimersi e ottimizzare l'uso delle capacità visive residue, in particolare nell'età adulta e senile. Ogni anno il Ministero della salute presenta al Parlamento una Relazione sulle politiche inerenti la riabilitazione visiva, in attuazione della legge n. 284/1997 (con descrizione di tutte le attività svolte, annualmente, dalle Regioni, da IAPB Italia Onlus e dal Ministero della salute). Uno strumento operativo nel campo della prevenzione della cecità e dell'ipovisione è anche la Commissione nazionale per la prevenzione dell'ipovisione e della cecità, presso la Direzione generale della prevenzione, che ha specifici obiettivi sia relativi all'epidemiologia sia relativi agli interventi di prevenzione, con la stesura di Linee di indirizzo nazionali. Infine, come strumento per la promozione della salute oftalmologica il PNP prevede una sezione completamente dedicata all'oftalmologia con lo screening oftalmologico alla nascita.

Le attività svolte nell'ambito della prevenzione oftalmologica sono pubblicate sul portale istituzionale all'indirizzo http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Prevenzione&area=prevenzioneIpovisione.

Parole chiave Centri di riferimento nazionali, Commissione nazionale prevenzione cecità, legge n. 284/1997, Linee di indirizzo oftalmologiche, Relazione al Parlamento, riabilitazione visiva, screening oftalmologico

1.5. Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro

Il 10 febbraio 2011 è stata sancita l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano riguardante il "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro", che fa riferimento a un atto di pianificazione in oncologia

comunemente definito Piano Oncologico Nazionale (PON).

Le ragioni del PON sono:

- *burden* del cancro: i tumori costituiscono una priorità sanitaria per il Paese;
- impegni internazionali del Consiglio dell'UE che invita gli Stati membri a dotarsi di un Piano;
- importanza per il sistema Paese per migliorare la risposta del SSN e contribuire a ridurre le disuguaglianze.

Le caratteristiche e i contenuti principali sono:

- dare forti indicazioni su dove Stato e Regioni debbano indirizzare gli sforzi comuni al fine di migliorare ulteriormente la "presa in carico totale" del malato da parte del SSN;
- la strutturazione dei contenuti suddivisa in cornice teorica di riferimento, priorità condivise e obiettivi comuni;
- i principi "chiave": equità, qualità, genesi della conoscenza, informazione e comunicazione;
- gli argomenti affrontati:
 - il cancro in Italia (i sistemi di sorveglianza, il quadro epidemiologico, i ricoveri),
 - la prevenzione,
 - il percorso del malato oncologico,
 - il paziente oncologico anziano,
 - i tumori pediatrici,
 - i tumori rari,
 - l'oncoematologia,
 - il rinnovo tecnologico delle attrezzature,
 - l'innovazione in oncologia,
 - la formazione,
 - la comunicazione.

Parole chiave *Burden of disease*, piano oncologico, tumori

1.6. Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita 2010-2015

L'eliminazione di morbillo, rosolia e rosolia congenita è una priorità di sanità pubblica per l'Europa e l'Italia. La Commissione Regionale Europea dell'OMS, nel 2010, ha posticipato al 2015 la data prevista per il raggiungimento dell'obiettivo di eliminazione. In Italia, il 23 marzo 2011 è stato approvato il "Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e

della Rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015”, che ha spostato gli obiettivi di eliminazione del morbillo e la prevenzione dei casi di rosolia congenita al 2015 e introdotto l’obiettivo di eliminazione della rosolia.

Nel corso del 2013 sono state condotte importanti attività correlate al PNEMoRc: l’Italia ha ospitato un incontro dei Paesi dell’area mediterranea, organizzato con OMS-Europa ed ECDC, per favorire il confronto sulle maggiori criticità incontrate nel percorso verso l’eliminazione e lo scambio di esperienze e possibili soluzioni; è stata avviata, a livello nazionale, una sorveglianza integrata di morbillo e rosolia; sono state aggiornate le indicazioni per la sorveglianza e il follow-up dei casi di rosolia in gravidanza e rosolia congenita; due indicatori, tra quelli monitorati a livello europeo nel processo di verifica dell’eliminazione, sono stati introdotti, quali indicatori di performance del PNEMoRc, nell’adempimento U) “prevenzione”, dei LEA.

I dati relativi al periodo considerato indicano che il morbillo ha ancora un impatto di salute elevato e continuano a verificarsi casi di rosolia congenita. Purtroppo, le coperture vaccinali per MPR non sono ottimali, pertanto sono presenti sacche di persone suscettibili al morbillo, soprattutto tra gli adolescenti e i giovani adulti. Per quanto riguarda la rosolia congenita, i dati indicano che sono molte le occasioni perse per lo screening pre-concezionale e per la vaccinazione delle donne in età fertile suscettibili. Pertanto, è prioritario mettere in atto, in maniera uniforme in tutte le Regioni, le strategie proposte nel Piano, per raggiungere gli obiettivi fissati.

Parole chiave Morbillo, PNEMoRc, rosolia

1.7. Piano Nazionale di Vaccinazione

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014 rappresenta il documento di riferimento che riconosce, come priorità di sanità pubblica, la riduzione o l’eliminazione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino, attraverso l’individuazione di strategie efficaci e omogenee da attuare sull’intero territorio nazionale.

L’obiettivo generale del nuovo Piano è, infatti, armonizzare le strategie vaccinali in atto

in Italia per poter superare le disuguaglianze nella prevenzione delle malattie prevenibili da vaccino e garantire parità di accesso alle prestazioni vaccinali da parte di tutti i cittadini, garantendo un’offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni prioritarie per la popolazione generale e per i gruppi a rischio. Il nuovo calendario prevede, infatti, l’offerta attiva e gratuita: delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate nell’infanzia e successivi richiami; della vaccinazione anti-HPV per le ragazze nel corso del 12° anno di vita; delle vaccinazioni antipneumococcica coniugata e antimeningococcica C; della vaccinazione antivaricella per tutti i nuovi nati, in 8 Regioni, posticipando l’introduzione in tutto il Paese al 2015; della vaccinazione antinfluenzale negli ultrasessantacinquenni. Inoltre, per garantire alla popolazione generale un buono stato di salute fino a età avanzate e consentire la protezione da gravi complicanze infettive per i malati cronici, il PNPV fornisce indicazioni in merito alle vaccinazioni indicate, a ogni età, per i soggetti appartenenti a gruppi a maggiore rischio di ammalare, di avere gravi conseguenze in caso di malattia o di trasmettere ad altri la malattia stessa.

Nel Piano sono declinati 8 obiettivi specifici, tra cui è possibile individuare alcune priorità, in relazione a impegni internazionali o ad aree di criticità rilevate in Italia, quali il completamento dell’informatizzazione delle anagrafi vaccinali e il Piano Nazionale per l’eliminazione del Morbillo e della Rosolia 2010-2015.

Parole chiave Malattie infettive, PNPV, vaccinazioni

1.8. Piani per la sicurezza sui luoghi di lavoro

I settori a maggiore rischio di infortuni sul lavoro gravi e mortali risultano essere quelli delle costruzioni e dell’agricoltura, in cui i fattori determinanti più frequenti sono costituiti dalle cadute dall’alto, dal rischio di seppellimento o di schiacciamento per ribaltamento delle trattrici, o dall’uso di macchine e attrezzature, o per mancato rispetto di procedure corrette di utilizzo. Il rapporto INAIL 2012 conferma la tendenza alla diminuzione degli infortuni già presente negli ultimi anni, influenzata positivamente dall’attuazione del

PNP che, per la parte riguardante la prevenzione infortuni sul lavoro, ha dato luogo all'adozione di due distinti piani nazionali specifici finalizzati alla prevenzione degli infortuni gravi e mortali nei settori dell'agricoltura e della silvicoltura e nel settore dell'edilizia.

L'attuazione del PNP in agricoltura e nella silvicoltura si è basata sulla realizzazione di programmi di vigilanza diretti a prevenire o ridurre i rischi, assumendo come elemento strategico qualificante la formazione e l'aggiornamento degli operatori coinvolti. Ulteriore elemento è stato la valorizzazione del peso e del ruolo della formazione specifica, in particolare nelle scuole professionali, nonché dell'importanza del coinvolgimento nelle iniziative di informazione dei venditori di macchine agricole, al fine di agire sul mercato delle macchine usate e operare una sensibilizzazione sulla loro messa a norma per renderle più sicure.

Il PNP in edilizia risulta caratterizzato da due direttrici operative: la prima rappresentata dalla fissazione di precisi obiettivi numerici di controlli da effettuare in ambito regionale e territoriale, la seconda costituita dall'attivazione della collaborazione tra vari enti e istituti per la realizzazione di iniziative di promozione di tutela della salute e della sicurezza.

Come elementi di valutazione dei risultati conseguiti possono essere utilizzati il raggiungimento dei limiti fissati dai I.F.A., correlati agli obiettivi previsti dal PNP in agricoltura e dal PNP in edilizia, la realizzazione di iniziative di formazione uniformi, per assicurare l'omogeneità degli interventi in ambito nazionale di prevenzione e vigilanza, e lo sviluppo di sistemi di sorveglianza basati sulle indagini svolte dagli operatori delle ASL.

Parole chiave Agricoltura, edilizia, infortuni, prevenzione

1.9. Nutrizione

Lo stato nutrizionale è lo specchio delle condizioni di salute di un individuo. Nell'ambito delle attività di promozione della sana alimentazione e nutrizione, il Ministero della salute è molto attivo su diverse tematiche.

In prima linea con la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno, poiché il

latte materno è l'unico alimento veramente adeguato ai fabbisogni nutrizionali dei neonati e lattanti. Altra realtà importante è rappresentata dalle Banche del Latte Umano Donato, nate per venire incontro alle necessità dei neonati, che per particolari ragioni non possono essere alimentati al seno, per cui il Ministero della salute ha predisposto delle Linee di indirizzo. Lo scopo è orientare le iniziative regionali per la costituzione e l'organizzazione di una Banca del Latte Umano Donato, definendo criteri uniformi per un servizio centrato sul paziente e sui bisogni di salute.

È stata attivata, inoltre, una serie di iniziative che si concentrano sulle problematiche correlate alla ristorazione scolastica, ristorazione ospedaliera e assistenziale.

Anche la carenza nutrizionale di iodio ancora oggi rappresenta un problema di salute pubblica globale. Gli effetti negativi della carenza nutrizionale di iodio possono interessare tutte le fasi della vita, anche se gravidanza, allattamento e infanzia sono quelle in cui gli effetti possono essere più gravi. Per prevenire il gozzo endemico e le patologie da carenza iodica, il Ministero della salute da anni promuove l'utilizzo del sale iodato al posto del sale normale e dal 2005 è obbligatoria la vendita del sale iodato in tutti i punti vendita.

Infine, non per questione di importanza, il Ministero della salute è molto attento alle problematiche legate alle allergie e alle intolleranze alimentari. La celiachia è l'intolleranza alimentare più diffusa a livello mondiale e per il numero di soggetti coinvolti rappresenta un importante carico per il SSN. Per contrastare la celiachia, a oggi l'unico strumento disponibile è la stretta osservanza di una dieta senza glutine. Per contribuire al miglioramento della qualità di vita del celiaco, oltre all'erogazione gratuita degli alimenti senza glutine, lo Stato ha previsto per legge che le mense scolastiche, ospedaliere e pubbliche debbano fornire, su richiesta, pasti senza glutine e che il personale coinvolto nel servizio di ristorazione sia opportunamente formato per offrire un pasto fuori casa sicuro.

1.10. Alimentazione particolare

Nel biennio 2012-2013 il Ministero della salute ha continuato l'attività diretta di verifica

e di controllo sui prodotti per sportivi, quelli a fini medici speciali, quelli senza glutine (ex Direttiva 2009/39 e Regolamento 41/2009), sui sali iposodici e sugli alimenti a ridotto contenuto di lattosio; tali alimenti rientrano nella Direttiva 2009/39 e sono classificati come alimenti destinati a un'alimentazione particolare e come "dietetici". Il Ministero ha continuato l'attività di verifica e controllo anche sulle formule destinate all'alimentazione esclusiva del lattante fino ai 6 mesi di età (ex DM 82/2009 di recepimento della Direttiva 141/2006).

Inoltre, ha partecipato attivamente alle attività a livello europeo di revisione della normativa e che hanno portato alla pubblicazione e adozione del nuovo regolamento (UE) 609/2013 sugli alimenti per gruppi specifici (FSG).

Tale regolamento, a partire dal luglio 2016, abrogherà il settore degli alimenti destinati a un'alimentazione particolare e quindi il concetto di alimento dietetico, per includere nel suo campo di applicazione esclusivamente le disposizioni relative alle formule per lattanti e a quelle di proseguimento, agli alimenti per la prima infanzia, agli alimenti a fini medici speciali e agli alimenti destinati alla sostituzione della dieta totale.

Il Ministero ha partecipato ai lavori relativi alle norme correlate al Regolamento (UE) 609/2013 iniziati nel 2013 e che si concluderanno presumibilmente verso la fine del 2014 o l'inizio del 2015.

Inoltre, nel 2013 si è arrivati alla pubblicazione mensile delle tre sezioni del Registro Nazionale dei prodotti destinati a un'alimentazione particolare erogabili dal SSN ai sensi del DM 8 giugno 2001, che prima venivano aggiornate con cadenza trimestrale.

Nell'ambito delle attività di formazione del personale preposto ai controlli ufficiali sono stati organizzati tre corsi relativi alla normativa sugli alimenti destinati alla prima infanzia.

Parole chiave Alimenti a fini medici speciali, alimenti a ridotto contenuto di lattosio, alimenti destinati a un'alimentazione particolare, alimenti per la prima infanzia, alimenti senza glutine dietetici, formule di proseguimento, formule per lattanti, prodotti/alimenti per sportivi, sali iposodici

1.11. *Promozione della salute delle popolazioni migranti e di contrasto delle malattie della povertà*

Ogni cittadino straniero può usufruire dei servizi sanitari pubblici (legge n. 40/1998). Tuttavia, ostacoli nell'accesso ai servizi sanitari sono stati più volte identificati. Si descrivono sinteticamente le principali iniziative nazionali per la promozione della salute delle popolazioni migranti.

Il Ministero della salute partecipa al progetto europeo *EQUI-Health*, con l'obiettivo di promuovere la salute delle popolazioni migranti vulnerabili, quali richiedenti asilo e irregolari, popolazione rom e minoranze etniche. Esso prevede la promozione dell'integrazione sociosanitaria per i migranti giunti nei Paesi membri del Mediterraneo.

Nell'ambito della Strategia Nazionale d'inclusione dei rom, sinti e caminanti, è stato costituito un Tavolo nazionale per l'asse "Salute", al fine di definire Linee di indirizzo e azioni su: accesso ai servizi sanitari e sociosanitari; prevenzione sanitaria; diagnosi e cura; formazione degli operatori.

Diversi progetti CCM del Ministero della salute hanno l'obiettivo di migliorare l'accessibilità dei servizi e la fruibilità della prestazione da parte della popolazione immigrata.

Il Tavolo Interregionale Immigrati istituito nel 2008 ha elaborato le "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome".

L'ISS coordina dal 1997 l'*Italian National Focal Point Infectious Diseases and Migrants*, rete composta da oltre 70 esperti appartenenti a Strutture pubbliche e a Organizzazioni non Governative, presenti in diverse Regioni italiane, che si occupa della salute delle persone migranti con specifica attenzione alle malattie infettive.

Nell'ambito del progetto europeo *PROMOVAX (Promote Vaccinations among Migrant Populations in Europe)*, l'ISS-CNESPS, in collaborazione con il Ministero della salute, ha realizzato nel 2013 uno "Strumento per Professionisti Sanitari", rivolto in particolare a medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta che assistono migranti, per favo-

rire il superamento degli ostacoli nell'accesso ai servizi vaccinali, fornendo a professionisti sanitari informazioni mirate sui bisogni vaccinali delle popolazioni migranti.

L'INMP eroga assistenza sanitaria alla popolazione immigrata e svantaggiata attraverso il proprio ambulatorio polispecialistico, garantendo l'accesso diretto alle prestazioni sanitarie, con il supporto di un ampio staff di mediatori transculturali. Dal 2011, l'INMP assicura la fornitura di dispositivi medici gratuiti in diversi setting assistenziali alle fasce più deboli della popolazione attraverso progetti di medicina sociale del Ministero della salute. Il piano di sviluppo triennale, approvato in Conferenza Stato-Regioni, prevede la costituzione di un osservatorio epidemiologico e la strutturazione di una rete nazionale di sanità pubblica, da realizzarsi attraverso la partecipazione attiva delle Regioni.

Parole chiave Assistenza sanitaria, immigrati, malattie infettive, promozione della salute, vaccinazioni

1.12. Attuazione del documento programmatico per garantire l'uso sicuro dei prodotti chimici

Il documento programmatico del Ministero della salute 2012-2013, nel contesto del quadro regolatorio europeo sui prodotti chimici (REACH e CLP), è stato orientato principalmente al coordinamento delle attività di controllo, alla valutazione del rischio delle sostanze chimiche anche in forma nanometrica e alla promozione della cittadinanza attiva. Nel biennio in parola sono stati emanati due Piani Nazionali di Controllo sui prodotti chimici ed è stato rafforzato il coordinamento con le Regioni, che ha portato a un incremento del numero di controlli rispetto a quelli del 2011 e all'avvio della strutturazione di una rete nazionale di laboratori in grado di offrire l'appropriata capacità analitica ai controlli di carattere documentale. Il Ministero della salute ha coordinato la partecipazione italiana al piano comunitario di valutazione di determinate sostanze chimiche (*Community Rolling Action Plan*), attività svolta in parallelo a quella di predisposizione di fascicoli per la classificazione armonizzata, a quella di sostegno alle

decisioni dell'ECHA in merito alla conformità dei dossier di registrazione delle sostanze, alla valutazione di principi attivi biocidi. In merito alla valutazione del rischio delle sostanze in forma nanometrica, l'Autorità competente REACH nel biennio in parola ha assunto il ruolo di coordinatore nazionale del progetto europeo NANoREG, nel contesto del 7° Programma Quadro per la ricerca, che ha come obiettivo l'integrazione delle attività di ricerca nel settore della valutazione del rischio dei nanomateriali con le azioni comunitarie per la regolamentazione degli stessi.

Nell'ambito dell'attività di sensibilizzazione dei cittadini sono proseguite le iniziative di informazione nelle scuole ed è stata avviata l'attività di promozione della consapevolezza del diritto del cittadino di essere informato sulla presenza di sostanze estremamente preoccupanti nei prodotti di consumo.

Infine, l'Autorità competente REACH ha intrapreso l'attività di rafforzamento del flusso informativo che utilizza il Sistema Informativo Nazionale per la Sorveglianza delle Esposizioni Pericolose e delle Intossicazioni (SIN-SEPI) quale fonte di dati utile per la conduzione di sorveglianze mirate ad approfondire la pericolosità di prodotti, con particolare riferimento a quelli di nuova immissione in commercio.

Parole chiave Attività di controllo, nanomateriali, pericolosità, prodotti chimici, valutazione del rischio

1.13. Piano Nazionale Amianto

Il rischio di mesotelioma e di malattie asbesto-correlate ha interessato e interessa ancora lavoratori e persone in siti contaminati. Nella Seconda Conferenza Governativa Amianto (Venezia, 22-24 novembre 2012) si sono confrontate tutte le componenti coinvolte, insieme a giuristi, scienziati ed esperti epidemiologi e clinici, dell'Università e del SSN, per poter giungere a una proposta di Piano Nazionale comprensivo delle linee di azione per le diverse problematiche identificate.

Il Piano Nazionale Amianto contiene la descrizione degli obiettivi e delle principali linee di attività che guideranno l'azione nei prossimi anni. La sua gestione richiama a un co-

ordinamento politico, a livello governativo, e tecnico con la presenza di rappresentanti dei Ministeri interessati (MdS, MISE, MLAv, MATTM), degli Istituti tecnici centrali delle diverse Amministrazioni coinvolte, di rappresentanti delle Regioni e Province Autonome, delle organizzazioni sindacali e delle associazioni delle vittime ed esposti ad amianto. Gli obiettivi e le finalità afferiscono a tre macro-aree (tutela della salute, tutela dell'ambiente e aspetti di sicurezza del lavoro e previdenziali) che vanno considerate come elementi di un "unicum" costituito dal Piano stesso, e per tale ragione devono essere messe in correlazione e gestite in modo coordinato.

Sarà necessario approfondire aspetti rilevanti per la sanità pubblica e per la valutazione del rischio individuale, le possibilità terapeutiche e di diagnosi precoce che richiedono l'organizzazione in rete di centri specializzati.

Parole chiave Amianto, mesotelioma, Piano Nazionale Amianto

1.14. Piano sulla Malattia Diabetica

Il Piano sulla Malattia Diabetica è stato elaborato nell'ambito della Commissione Nazionale Diabete, istituita presso la DG Programmazione sanitaria al fine di proseguire l'attuazione della legge n. 115/1987 e dell'Atto di intesa del 1991, dando seguito alle indicazioni europee con le quali si invitano gli Stati membri a elaborare e implementare Piani nazionali per la lotta contro il diabete. Sottoposto all'esame delle associazioni di persone con diabete e dei Referenti regionali, è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni il 6 dicembre 2012. Il documento definisce dieci obiettivi generali al fine di ridurre l'impatto della malattia sulle persone con o a rischio di diabete, sulla popolazione generale e sul SSN; per ciascuno vengono elencati obiettivi specifici, indirizzi strategici e Linee di indirizzo prioritarie. Viene affermata la necessità di una progressiva transizione verso un modello integrato, mirato a valorizzare sia la rete specialistica diabetologica sia tutti gli attori dell'assistenza primaria, con l'obiettivo di garantire la qualità della vita, prevenire e curare le complicanze, ottimizzare l'impiego delle risorse, assicurare prevenzione primaria

e diagnosi precoce. Vengono discussi gli asset fondamentali su cui consolidare una strategia nazionale rispettosa dei modelli organizzativi e delle specificità delle singole Regioni. Infine, sono indicate le aree ritenute prioritarie per il miglioramento dell'assistenza diabetologica, individuando per ciascuna aspetti essenziali e criticità, proponendo obiettivi, indirizzi strategici, possibili linee di intervento e di monitoraggio. Particolare attenzione è dedicata all'assistenza diabetologica dell'età evolutiva, alla transizione dalla diabetologia pediatrica a quella dell'adulto, all'utilizzo appropriato delle tecnologie e dei nuovi dispositivi, al ruolo delle Associazioni di persone con diabete.

Parole chiave Assistenza diabetologica, assistenza primaria, diagnosi precoce, gestione integrata, *Health Technology Assessment* (HTA), legge n. 115/1987, malattia diabetica, prevenzione primaria, programmazione sanitaria, rete specialistica diabetologica, transizione diabetologica

1.15. Piano Nazionale Malattie Rare

L'Italia ha incluso le malattie rare tra i settori di interesse prioritario in sanità pubblica fin dal 1998 e, prima tra gli Stati europei, si è dotata di una norma specifica, il DM 18 maggio 2001, n. 279. Le procedure operative per la sua applicazione, incluse le attività del Registro nazionale, sono state condivise attraverso Accordi in CSR e con i Progetti attuativi di PSN sono stati destinati finanziamenti specifici ai progetti regionali.

Tuttavia, la Raccomandazione 2009/C 151/02, con cui Commissione e Consiglio d'Europa indicano agli Stati membri di adottare un Piano nazionale per le malattie rare, ha costituito l'occasione recente per adottare un ulteriore strumento di programmazione, con cui designare una strategia nazionale coerente con le iniziative già in atto nel nostro Paese e dare omogeneità all'insieme delle azioni.

Lo schema di PNMR, dopo una breve premessa, illustra la normativa europea e nazionale ed esamina aspetti critici dell'organizzazione dell'assistenza, descrive la rete nazionale dei Presidi e gli strumenti per il coordinamento delle attività regionali; si sofferma sul sistema nazionale di monitoraggio (Registro na-

zionale e Registri regionali), sui problemi di codifica delle malattie rare e sulle banche dati (registri di patologia e le biobanche), sul percorso diagnostico e assistenziale e sugli strumenti per l'innovazione terapeutica (tra cui i farmaci orfani). Un paragrafo è dedicato alle associazioni, che hanno un ruolo di stimolo a politiche mirate, ricerche e interventi di assistenza sanitaria.

La bozza di Piano enfatizza il valore dell'informazione non solo nei confronti dei professionisti della salute, ma anche dei malati e dei loro familiari.

Un Capitolo è riservato alla prevenzione e alla diagnosi precoce, dal momento che spesso le persone con malattie rare incontrano difficoltà a ottenere una diagnosi tempestiva e ricevere un trattamento appropriato nella fase iniziale della malattia, quando talvolta si possono migliorare il suo decorso e la qualità della vita.

Nella terza parte del documento sono illustrati le modalità di implementazione e gli strumenti per il monitoraggio del Piano, con specifico riferimento alle sezioni trattate, e vengono fornite indicazioni utili ad affrontare il problema in modo organico. Tra le criticità da affrontare, la formazione e il lavoro in rete delle strutture, con la valorizzazione professionale degli operatori sanitari per un più efficace servizio ai pazienti.

1.16. La tutela della salute dei detenuti, internati e minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria

Con il DPCM 1 aprile 2008 tutte le funzioni sanitarie concernenti gli istituti penitenziari e gli istituti e servizi della Giustizia minorile sono state trasferite dall'Amministrazione della giustizia al SSN.

Per governare il processo di trasferimento e monitorare le difficoltà applicative, in ciascuna Regione è stato costituito un Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, con rappresentanti della Regione, dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, mentre, a livello nazionale, è stato attivato un Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, con la partecipazione delle medesime istituzioni.

L'attività di coordinamento nazionale ha portato all'approvazione da parte della Confe-

renza Unificata, tra il 2009 e il 2012, di una serie di Accordi mirati a fornire indirizzi programmatici più specifici. In particolare, si fa riferimento a: 1) Linee di indirizzo su strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario; 2) Linee di indirizzo su dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica informatizzata; 3) Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria; 4) Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidiario dei detenuti, degli internati e dei minori sottoposti a provvedimento penale; 5) Linee di indirizzo su HIV e detenzione.

Nel 2012 l'approvazione della legge n. 9 ha dato un nuovo impulso al processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), prevedendo la realizzazione di strutture territoriali protette (REMS), a gestione esclusivamente sanitaria, destinate ad accogliere le persone attualmente destinate agli OPG e stanziando appositi finanziamenti. Nel corso del 2013 le Regioni hanno predisposto i programmi per la realizzazione delle strutture, approvati dal Ministero della salute, che ha autorizzato l'assegnazione dei finanziamenti. È attualmente in corso la valutazione dei programmi per l'assegnazione dei finanziamenti di parte corrente, relativi agli anni 2012 e 2013.

Parole chiave Detenuti, internati, Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), REMS, sanità penitenziaria, Tavolo consultazione permanente

2. La rete della prevenzione

2.1. Dipartimenti di Prevenzione

Le attività di prevenzione all'interno del SSN hanno un ruolo strategico considerando che la sostenibilità futura del sistema sanitario in una popolazione in continuo invecchiamento dipende fortemente dalla capacità di ridurre il carico di malattia. In questa prospettiva l'organizzazione dei servizi è cruciale e i Dipartimenti di Prevenzione sono le strutture istituzionalmente maggiormente coinvolte. La realtà dei Dipartimenti di Prevenzione si situa all'interno della cornice degli assetti istituzionali (che derivano dalla riforma del

SSN degli anni 1992-1993 cioè dai D.Lgs. 502/1992 e D.Lgs. 517/1993) e di quella degli atti di pianificazione (PNP).

La maggior parte delle Regioni ha organizzato il Dipartimento di Prevenzione, pur nella propria autonomia, sulla base delle macro-aree/strutture riportate nella normativa citata. Tuttavia, solo una parte delle attività di prevenzione viene esercitata direttamente (o almeno coordinata) dai Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione, mentre interi segmenti (es. gli interventi di prevenzione secondaria) sono in genere aggregati a Servizi clinici di diagnosi e cura e, d'altro canto, sempre maggiori responsabilità operative (si pensi alla promozione di stili di vita salutari) coinvolgono altre articolazioni organizzative come i Distretti.

Esiste un'oggettiva difficoltà sia nel verificare in modo analitico le attività di prevenzione sia nel riferirle alle risorse (umane ed economiche) dedicate, nonché a valutare in che misura queste rispondano al 5% della quota del Fondo sanitario considerato come standard dal cosiddetto Patto per la salute nazionale per livello di assistenza "prevenzione".

In linea con i principi enunciati dai Piani di Prevenzione, le attività di prevenzione dovranno essere rafforzate e ampliate, soprattutto privilegiando l'approccio intersettoriale che, coerentemente con le prove oggi disponibili, è associato a maggiore efficacia delle attività di prevenzione. Ciò comporta sempre di più la necessità di coinvolgere professionalità diverse e di agire non solo nell'organizzazione diretta dei servizi e delle attività, ma anche rispetto alla rete di attori e relazioni (*governance*) significativi per l'efficacia della prevenzione.

I Dipartimenti di Prevenzione, oltre a mantenere le attività istituzionalmente a loro precedentemente affidate, sono quindi chiamati a ulteriori sfide che comportano un cambiamento organizzativo e manageriale da gestire e monitorare.

3. Le reti distrettuali territoriali

3.1. Cure primarie e continuità dell'assistenza

Il riordino delle cure primarie, introdotto dalla legge n. 189/2012, prevede l'obbligatorietà

dell'istituzione di forme aggregative mono-professionale e multi-professionale (Aggregazioni Funzionali Territoriali, AFT; Unità Complesse di Cure Primarie, UCCP) tra MMG in tutte le loro funzioni, PLS, specialisti ambulatoriali e altre professionalità sanitarie presenti sul territorio anche al fine di consentire l'offerta attiva di prestazioni e servizi, la presa in carico globale, tempestiva e unitaria dell'assistito, la continuità dell'assistenza tutti i giorni della settimana per tutto l'arco della giornata. Per dare concreta attuazione alla legge occorre che siano siglati i nuovi Accordi Collettivi Nazionali (ACN) e nel corso del 2013 si è lavorato all'elaborazione dell'Atto di indirizzo per la medicina convenzionata, licenziato dal Comitato di settore Regioni-Sanità, nella seduta del 12 febbraio 2014, propedeutico all'emanazione degli stessi.

In tema di assistenza primaria, con l'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2012 la programmazione nazionale ha previsto, per l'anno 2012, l'individuazione di fondi dedicati alla presentazione di specifici progetti regionali, in attuazione agli indirizzi programmatori del PSN. In questo ambito sono stati elaborati, in materia di Assistenza Primaria, 43 progetti finalizzati alla riqualificazione dell'assistenza territoriale, elaborati da 15 Regioni. Dagli atti programmatori inviati e dagli adempimenti di verifica LEA risultano attivati e/o in fase di attuazione i seguenti modelli organizzativi:

- 123 Case della Salute ripartite tra Toscana (50), Liguria (3), Emilia Romagna (49), Umbria (2) Molise (4), Marche (14), Lazio (1);
- 42 Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), dei quali 35 nella Regione Sicilia, 5 nel Molise e 2 in Abruzzo;
- 34 Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP), delle quali 32 nella Regione Veneto e 2 nella Regione Abruzzo;
- 175 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), delle quali 164 attivate nella Regione Veneto e 11 nella Regione Basilicata, ma la cui ulteriore attivazione è prevista sull'intero territorio nazionale.

Inoltre, 6 Regioni su 15, pari al 40%, hanno previsto l'individuazione di modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria

Tabella. Attività di continuità assistenziale (Anno 2012)

Regione	Medici titolari (MCA)	Medici per 100.000 abitanti	Contatti effettuati per 100.000 abitanti	Ricoveri prescritti per 100.000 abitanti	Totale ore di attività
Piemonte	424	10	13.939	399	974.283
Valle d'Aosta	16	13	16.982	899	63.842
Lombardia	1.027	11	11.229	323	1.632.260
PA di Bolzano	24	5	3.409	0	24.553
PA di Trento	41	8	16.956	1.226	231.725
Veneto	635	13	13.056	246	1.067.496
Friuli Venezia Giulia	164	13	14.314	452	309.347
Liguria	252	16	8.154	482	326.729
Emilia Romagna	620	14	17.056	144	1.209.970
Toscana	667	18	17.446	543	1.054.348
Umbria	221	25	20.931	407	373.916
Marche	382	25	22.507	253	564.571
Lazio	638	12	5.478	142	948.962
Abruzzo	404	31	20.848	268	605.002
Molise	158	50	35.704	626	293.855
Campania	990	17	21.336	237	1.839.528
Puglia	986	24	16.717	209	1.332.977
Basilicata	432	75	26.975	401	721.544
Calabria	880	45	45.170	14.878	1.706.967
Sicilia	2.052	41	30.456	318	2.187.816
Sardegna	1.014	62	25.883	783	995.192
Totale	12.027	20	17.260	796	18.464.883

Fonte: Ministero della salute – Sistema Informativo Sanitario Nazionale (modello di rilevazione FLS21 Decreto del Ministro della salute 5 dicembre 2006); Istat – Popolazione residente al 1° gennaio 2012.

in H24 e consentire la riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza (Liguria, Emilia Romagna, Marche, Campania, Sicilia, Abruzzo).

Nel 2012, la medicina generale è stata garantita, sul territorio nazionale, da 45.429 MMG, con una media del numero di scelte di 1.156 utenti per MMG. Nel 2012, i PLS erano in totale 7.656, con un numero medio di assistiti per medico di 879. Il Servizio di Continuità Assistenziale ha visto impegnati 12.027 medici titolari che hanno effettuato complessivamente 17.260 contatti per 100.000 abitanti.

Parole chiave Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), Case della Salute, continuità assistenziale, medici di medicina generale

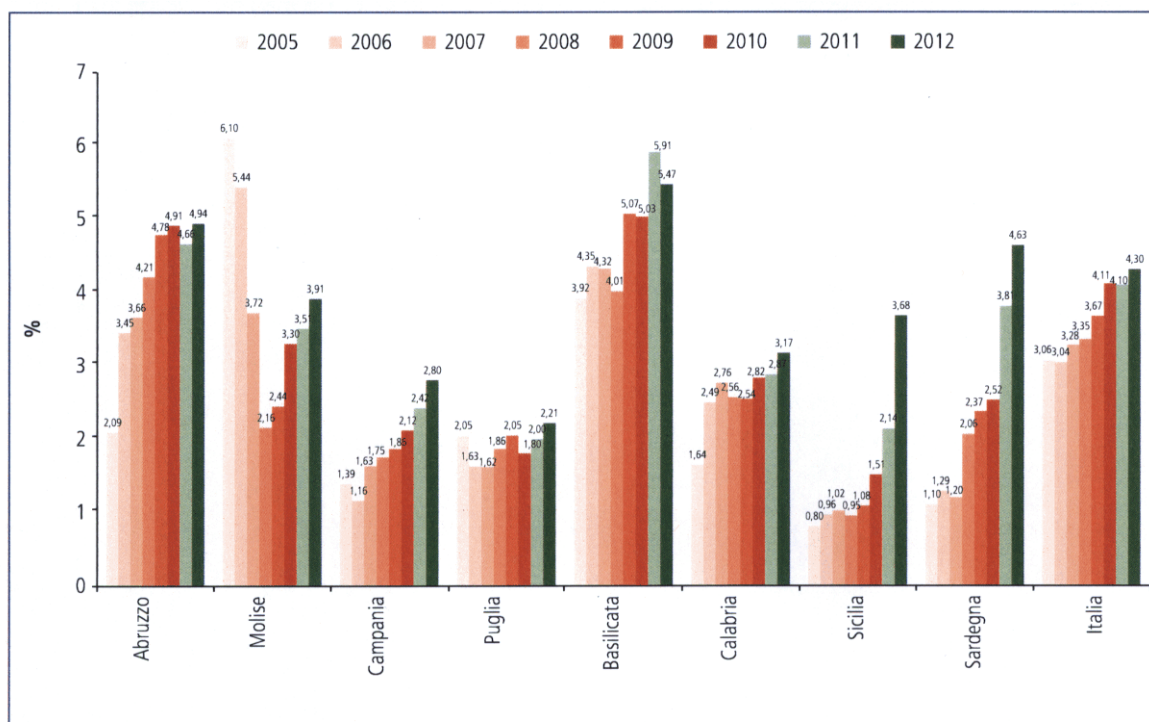
(MMG), pediatri di libera scelta (PLS), Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP)

3.2. L'assistenza agli anziani e alle persone non autosufficienti

L'evoluzione demografica, caratterizzata da una progressiva riduzione dei tassi di natalità e da una maggiore sopravvivenza, sarà associata in un prossimo futuro a un aumento dei bisogni sanitari e sociosanitari legati all'invecchiamento e a un incremento della spesa in questo settore.

Di fronte a tali evidenze è prioritario il consolidamento dei servizi territoriali coordinati dal distretto, che sappiano garantire:

- un accesso unitario alle cure, tramite il

Figura. Percentuale di anziani trattati in Assistenza domiciliare integrata (ADI) [Anni 2005-2012].

“Punto Unico di Accesso” (PUA), capace di dare una risposta efficace e immediata al paziente con bisogni assistenziali semplici e pronto ad avviare un percorso articolato di presa in carico del paziente con problematiche cliniche e socio-familiari complesse;

- la valutazione multidimensionale dell’assistenza da parte dell’equipe multidisciplinare;
- la definizione del piano personalizzato di assistenza e l’individuazione del setting assistenziale più adeguato.

L’assistenza al paziente non autosufficiente può essere offerta in diversi setting assistenziali, tra i quali quello domiciliare (ADI) è notoriamente il più indicato, poiché permette l’erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie integrate, anche di elevata complessità e intensità assistenziale, nel contesto abitativo e familiare del paziente, riducendo il rischio di ricoveri inappropriati. Tuttavia, se le specifiche problematiche cliniche del paziente, unitamente alla mancanza di un’adeguata rete socio-familiare, rendono non appropriate le cure domiciliari, il SSN garantisce l’assistenza residenziale e semiresidenziale, di intensità assistenziale diversificata, volta al recupero

e/o al mantenimento delle condizioni cliniche. La necessità di avviare processi di monitoraggio dell’assistenza territoriale, domiciliare e residenziale, per la valutazione dell’assistenza erogata e della sua appropriatezza, si è concretizzata con l’entrata a regime nel 2012 dei due flussi informativi nazionali, rispettivamente incentrati sulle cure domiciliari (SIAD) e sulle cure residenziali e semiresidenziali (FAR) alle persone non autosufficienti, che consentono di fotografare l’assistenza socio-sanitaria, con riferimento alle varie fasi del percorso di cura e alla complessità e intensità assistenziale dei trattamenti erogati.

I primi dati ricavati dai due flussi evidenziano alcune criticità rispetto alle quali è necessario intervenire sia attraverso il potenziamento dei servizi, sia mediante azioni di riorganizzazione dei percorsi di cura, di integrazione delle professionalità sanitarie e di maggiore raccordo dei servizi territoriali con gli altri nodi della rete sanitaria (assistenza primaria, assistenza ospedaliera, prevenzione).

3.3. Il ruolo delle farmacie

Con la legge n. 69/2009 vengono previsti nuovi servizi a “forte valenza socio-sanitaria”

erogabili dalle farmacie pubbliche e private nell'ambito del SSN, finalizzati a far sì che le farmacie possano partecipare al servizio di assistenza domiciliare integrata a supporto delle attività del medico di medicina generale, collaborare ai programmi di educazione sanitaria della popolazione, effettuare nei loro locali analisi di prima istanza, nonché prenotazione di visite ed esami specialistici.

In attuazione della sopracitata legge, il D.Lgs. 3 ottobre 2009, n. 153 e i successivi decreti attuativi hanno formalizzato il nuovo ruolo della farmacia di comunità tracciando la tipologia delle prestazioni erogate e le attività che il farmacista può svolgere.

Il Ministero della salute sta supportando questa fase di trasformazione e ha elaborato le "Linee di indirizzo sugli strumenti per concorrere a ridurre gli errori in terapia farmacologica e nell'erogazione dei servizi assistenziali erogati nelle farmacie di comunità" con il coinvolgimento di FOFI, FNOMCEO, IPA-SVI, SIFO e Regioni. Il Manuale fornisce un quadro di riferimento per il nuovo ruolo che le farmacie di comunità assumono e rappresenta la declinazione italiana della *Pharmaceutical care* applicata all'ambito territoriale. Le farmacie, accanto ai servizi tradizionali, rafforzano il loro ruolo di presidio sanitario, offrendo nuovi servizi a forte valenza socio-sanitaria in sinergia con gli altri operatori del servizio sanitario.

Il nuovo ruolo dei farmacisti include, accanto all'attività di *counseling*, la responsabilità di comprendere la situazione psico-sanitaria-sociale della persona e la gestione e il monitoraggio delle nuove professioni non organizzate in ordini e collegi professionali. La farmacia potrà rivelarsi un presidio di importanza vitale in caso di emergenza e di primo soccorso soprattutto in aree rurali e montane, nelle piccole Isole o in situazioni di rilevante afflusso di popolazione. L'innovazione tecnologica e i servizi di telefarmacia saranno utili soprattutto nelle aree disagiate e per le patologie croniche e potranno contribuire all'ottimizzazione delle risorse e al monitoraggio dello stato di salute del paziente.

I criteri per la remunerazione, da parte del SSN, delle nuove prestazioni e funzioni sono definiti con Accordi Collettivi Nazionali.

4. Le reti ospedaliere

4.1. Riorganizzazione delle reti ospedaliere

La riorganizzazione della rete ospedaliera e la ridefinizione dei nodi della rete di emergenza e accettazione (DEA) hanno favorito lo sviluppo di un modello organizzativo, con specifico percorso clinico, per i pazienti in situazioni di emergenza cardiologica (SCA), neurovascolare (ictus) e traumatica. L'esito di tali patologie è strettamente dipendente dai tempi e dalle modalità con cui viene svolto l'intervento sanitario. Infatti, una risposta tempestiva e appropriata dell'intervento deve prevedere un'adeguata integrazione tra il sistema di emergenza-urgenza territoriale e le strutture ospedaliere, con le diverse specialità cliniche, articolate secondo il modello Hub & Spoke. Allo stato attuale tutte le Regioni hanno individuato una rete per ciascuna di queste patologie tempo-dipendenti, anche se la loro realizzazione sul territorio nazionale non è ancora uniforme.

L'analisi dei dati rilevati dalle SDO, relativamente a tali patologie, ha permesso di confermare la difformità presente tra una Regione e l'altra in relazione all'attivazione delle reti.

Parole chiave Hub & Spoke, ictus, patologie tempo-dipendenti, rete di emergenza-urgenza e accettazione, Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), sindrome coronarica acuta (SCA), strutture ospedaliere, trauma

4.2. Rete dell'emergenza-urgenza

L'obiettivo della rete di emergenza-urgenza è garantire interventi sanitari tempestivi e adeguati attraverso un'organizzazione capillare in grado di stabilizzare il paziente e trasportarlo in condizioni di sicurezza al presidio più appropriato.

Attualmente la rete di emergenza-urgenza sanitaria è una fase di profonda ristrutturazione sia nelle Regioni sottoposte a Piano di rientro sia in altre Regioni, in conseguenza della più ampia revisione delle reti sanitarie assistenziali finalizzata a ridurre gli squilibri presenti tra ospedale e territorio e a rispondere ai nuovi bisogni della popolazione.

In tale contesto, i principali interventi di ristrutturazione avviati dalle Regioni riguardano la razionalizzazione dei nodi della rete,

Tabella. Distribuzione regionale delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate per classi di posti letto e dimensione media delle strutture (Anno 2013)

Regione	N. istituti pubblici ed equiparati per classi di posti letto			Totale istituti pubblici ed equiparati	Dimensione media (posti letto)
	≤ 120	121-400	> 400		
Piemonte	7	16	14	37	396
Valle d'Aosta	0	0	1	1	457
Lombardia	47	58	20	125	245
PA di Bolzano	3	3	1	7	262
PA di Trento	5	2	1	8	210
Veneto	6	13	19	38	455
Friuli Venezia Giulia	2	8	3	13	346
Liguria	1	2	8	11	532
Emilia Romagna	3	11	14	28	526
Toscana	17	15	9	41	275
Umbria	1	7	2	10	292
Marche	2	11	3	16	320
Lazio	17	30	13	60	284
Abruzzo	7	8	3	18	208
Molise	0	5	0	5	254
Campania	17	21	11	49	259
Puglia	8	23	7	38	286
Basilicata	3	5	1	9	211
Calabria	11	9	3	23	175
Sicilia	36	23	8	67	186
Sardegna	12	12	4	28	182
Italia	205	282	145	632	285

Nota: Sono state considerate tutte le tipologie di posti letto (day-hospital, day-surgery, degenza ordinaria e degenza ordinaria a pagamento), rilevate attraverso il modello HSP.12, dei reparti ospedalieri attivi a inizio anno.

Fonte: Ministero della salute – Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario – Ufficio di Direzione Statistica.

mirando a una configurazione secondo il modello Hub & Spoke, l'attivazione dei Punti di Primo Intervento (PPI), la revisione dei bacini di utenza delle Centrali Operative, l'integrazione tra il Sistema di Emergenza e il servizio di Continuità Assistenziale, l'inappropriatezza in generale dei servizi.

Il grado di attuazione delle azioni relative alla revisione dei nodi della rete è diversificato e, nella maggior parte dei casi, la situazione è ancora in divenire.

Sono disponibili, a livello nazionale, i primi dati del flusso informativo EMergenzaURgenza (EMUR) elaborati per l'anno 2012.

Parole chiave Centrali operative 118 (CO 118), Continuità Assistenziale, flusso informativo EMergenzaURgenza (EMUR), Hub & Spoke, pronto soccorso, pronto soccorso pediatrico, Punti di Primo Intervento (PPI), rete di emergenza urgenza e accettazione (DEA)

4.3. Reti ospedaliere oncologiche

Il paziente con diagnosi neoplastica è un paziente per il quale è indispensabile prevedere una presa in carico globale e un processo di trattamento fondato su presupposti gestionali che garantiscano l'integrazione delle risorse. Ne emerge la necessità di assicurare percor-

si di cura continui e integrati, che poggino su un'organizzazione dei servizi basata su modelli reticolari, con l'obiettivo di promuovere i più elevati standard di qualità e ridurre la disparità dell'offerta di cure oncologiche a livello regionale. Il Ministero della salute, insieme alle Regioni/Province Autonome e ad AgeNaS, è impegnato nella realizzazione di indicazioni per l'implementazione delle reti oncologiche, declinate secondo le dimensioni della qualità (organizzativo-gestionale, tecnico-professionale e percepita). La realizzazione di reti oncologiche, già avviata in molte Regioni, si richiama anche alla riflessione sul dimensionamento della rete ospedaliera, per il quale è indispensabile fare riferimento a indirizzi generali normativi, evidenze scientifiche e peculiarità territoriali. Rilevante è, inoltre, il tema della centralità del paziente, anche al fine di verificare l'effettiva rispondenza tra i percorsi strutturati e i bisogni avvertiti e la congruenza tra i modelli di integrazione dei servizi e l'esperienza di continuità di cura. Sono in corso interventi di monitoraggio e valutazione della continuità di cura secondo la prospettiva del paziente che permetteranno di: accrescere le conoscenze sulla componente soggettiva della qualità; esplorare aspetti critici e di successo; accogliere la domanda di cura del paziente, secondo modalità organizzative sempre più consapevoli della complessità clinica, assistenziale ed esistenziale della patologia oncologica. Particolare attenzione viene dedicata alla neoplasia della mammella, che rappresenta il primo tumore per frequenza nella donna e il 29% di tutte le nuove diagnosi tumorali. Il Parlamento Europeo ha invitato tutti gli Stati membri ad assicurare entro il 2016 la costituzione di centri multidisciplinari di senologia (*Breast Unit*) sul territorio nazionale: il Ministero della salute ha attivato un Gruppo di lavoro al fine di fornire una guida che garantisca uniformità alle strutture.

Parole chiave AgeNaS, *Breast Unit*, continuità di cura, Ministero della salute, oncologia, percorsi oncologici, reti oncologiche

4.4. Rete dei trapianti

L'odierna organizzazione della rete trapiantologica e il suo funzionamento rappresentano il frutto di un progressivo sviluppo del sistema,

che ha avuto come filo conduttore la necessità di rispondere con efficacia ed efficienza alla domanda di trapianto, tenendo conto anche dell'esigenza di sostenibilità del sistema.

A seguito delle intervenute modifiche degli assetti istituzionali, nonché degli effetti derivanti dall'integrazione europea e della conseguente necessità di riorganizzazione della Rete nazionale trapianti, è ormai divenuto essenziale un adeguamento anche operativo del Centro Nazionale Trapianti (CNT) affinché, oltre alle funzioni coordinamento "tecnico-organizzativo" e controllo nazionale della rete, svolga anche la funzione di coordinamento operativo dell'allocazione degli organi, in coerenza con le disposizioni derivate dalla Direttiva 2010/53/UE su qualità e sicurezza degli organi destinati al trapianto e dalla Direttiva di Esecuzione 2012/25/UE del 9 ottobre 2012, relativa alle procedure informative per lo scambio di organi umani destinati ai trapianti tra Stati membri, entrambe in via di attuazione attraverso il decreto del Ministro della salute previsto dalla legge 24 dicembre 2012, n. 228 (art. 1, comma 340), il cui iter di emanazione è in corso di perfezionamento. A questo scopo è stato istituito il Centro Nazionale Trapianti Operativo (CNTO), che ha come principale funzione l'attività di allocazione di organi e rappresenta il collegamento operativo del CNT con tutte le strutture della Rete Nazionale Trapianti.

Il CNT e la Rete Nazionale Trapianti continuano a innovarsi e si propongono nel panorama della sanità nazionale come un valido modello di programmazione e gestione di un sistema clinico-assistenziale complesso.

Per quanto riguarda l'attività di donazione e trapianto di organi, dai dati elaborati dal CNT si conferma una sostanziale stabilità del sistema italiano. Inoltre, alcuni indici positivi dimostrano la dinamicità del sistema trapiantologico italiano e la sua capacità di evolversi rispondendo alle esigenze di assistenza dei pazienti.

4.5. Rete trasfusionale

Le attività trasfusionali sono regolate da un complesso "corpus" normativo di matrice nazionale ed europea. La legge quadro del settore (legge 21 ottobre 2005, n. 219)

ha definito i principi fondanti e gli obiettivi strategici, introducendo l'istituzione degli organismi di coordinamento nazionali (Consulta tecnica permanente per il sistema trasfusionale e Centro Nazionale Sangue, CNS) e regionali (Strutture Regionali di Coordinamento, SRC), la definizione dei LEA e delle attività trasfusionali, nonché le indicazioni per la revisione dei requisiti autorizzativi e di accreditamento di settore. Inoltre, la stessa legge pone quali obiettivi strategici del sistema l'autosufficienza regionale e nazionale del sangue e dei suoi prodotti, elevati livelli di qualità e sicurezza dei prodotti e delle prestazioni erogati dai servizi trasfusionali e, non ultimo, l'appropriatezza dell'utilizzo clinico e della gestione della risorsa sangue.

È in corso di attuazione l'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 volto a rendere conformi le attività trasfusionali alle norme nazionali ed europee, ivi inclusa la produzione di plasma destinato alla fabbricazione di medicinali emoderivati, attraverso il percorso di autorizzazione e accreditamento regionale dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta, che comprende anche le visite di verifica on-site di tutte le strutture trasfusionali operanti sul territorio nazionale, da concludersi entro il 31 dicembre 2014 (termine stabilito dall'art. 2, comma 1-sexies, legge 26 febbraio 2011, n. 10, cosiddetta legge "Mille proroghe"). Nel team di ispettori che effettuano le visite di verifica è prevista dal medesimo Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 la presenza di un valutatore, previamente qualificato attraverso corsi di formazione svolti dal CNS e inserito nell'apposito elenco nazionale, istituito con DM 26 maggio 2011 e gestito dal CNS stesso.

Il sistema trasfusionale nazionale è deputato all'erogazione di prodotti e prestazioni strategici per il supporto di numerosi percorsi assistenziali in medicina, chirurgia, urgenza ed emergenza e alta specialità. Nel 2012, i dati raccolti attraverso la piattaforma web del Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali (SISTRA) indicano 1.739.712 donatori totali, con un leggero incremento rispetto all'anno precedente, confermando il trend positivo osservato nell'ultimo quinquennio.

Nel 2012 sono state effettuate, complessiva-

mente, 3.193.149 donazioni, con una sostanziale stabilità rispetto al 2011. Le donazioni di sangue intero rappresentano l'84% delle donazioni totali, mentre le donazioni in aferesi sono pari al 16%. L'indice complessivo delle donazioni a livello nazionale, nel 2012, è di 53,8%, dato significativamente superiore alla media rilevata negli altri Stati membri del Consiglio di Europa, pari a circa 43%. In Italia, tuttavia, si registra una grande variabilità tra Regioni. L'indice medio nazionale di donazione per singolo donatore è pari a 1,8 su base annua. Nel 2012 sono stati trasfusi 3.178.526 emocomponenti (globuli rossi, plasma e dosi terapeutiche adulto di piastrine), pari a 8.708 unità al giorno. I pazienti sottoposti a trasfusione sono stati 650.516, con un decremento dell'1,62%, legato, in parte, al miglioramento dell'appropriatezza della terapia trasfusionale. Il SISTRA è finalizzato anche a rilevare gli effetti indesiderati associati alla trasfusione e alla donazione, nonché le informazioni relative alla sorveglianza delle malattie infettive trasmissibili con la trasfusione (MIT) nei donatori di sangue. Dal 2009 la copertura della sorveglianza MIT è arrivata al 100%, consentendo di delineare un quadro esaustivo e di rilevante valore epidemiologico che, peraltro, rappresenta un requisito cogente per il conseguimento della piena conformità qualitativa del plasma destinato alla lavorazione industriale rispetto alle norme comunitarie.

Parole chiave Accreditamento, attività trasfusionali, autorizzazione, Centro Nazionale Sangue (CNS), donatori, donazioni, plasma, sangue, SISTRA, sorveglianza epidemiologica, strutture regionali di coordinamento, trasfusioni

5. L'integrazione tra i Livelli essenziali di assistenza

5.1. Interventi di prevenzione nelle cure primarie

Le strategie per affrontare adeguatamente le malattie croniche richiedono un diverso ruolo delle cure primarie, basato sulla medicina d'iniziativa e su un'attenzione del tutto particolare nei confronti dei determinanti sociali