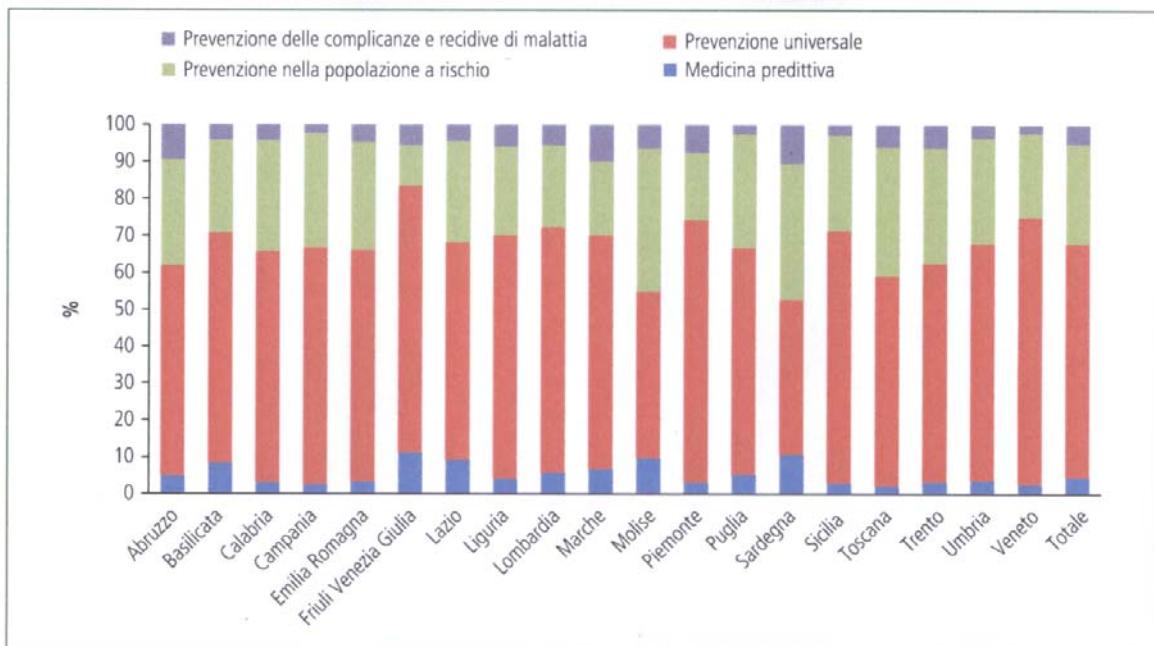


**Figura 1.2. Distribuzione percentuale dei programmi/progetti dei PRP per macroarea di intervento e Regione (Anni 2010-2012).**



Fonte: Ministero della salute, DG prevenzione.

grammi integrati sui 4 principali fattori di rischio delle malattie croniche – fumo, alcol, inattività fisica, alimentazione non corretta – da attuarsi su diversi target di popolazione, a partire dall’infanzia e quindi privilegiando l’alleanza con la scuola, e in vari setting) e trasversale a diverse linee (es. all’area dell’incidentalità domestica e stradale o, relativamente alla macroarea 3, all’area della salute mentale), raccomandato a livello internazionale per il contrasto alle malattie croniche, che rappresentano oggi uno dei maggiori problemi di sanità pubblica (per il rilievo in termini di carico di malattia, disabilità e morte, di pressione sui servizi e sulle famiglie, di costi privati e pubblici), ma che sono in larga parte prevenibili e controllabili intervenendo su pochi fattori di rischio comportamentali. Alla luce di quest’ultima circostanza, il Piano dà indicazione di proseguire ulteriormente negli interventi di promozione di adeguati stili di vita, al fine 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).

Anche la prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia, che rappresenta una novità rispetto al precedente Piano, è stata per lo più interpretata in termini di adozione di stili di vita salutari nella popolazione anziana (es. iniziative di promozione dell’attività motoria organizzata, utilizzando le esistenti strutture sociali o i luoghi di ritrovo) o selezionata per rischio (es. prescrizione dell’attività motoria in soggetti sovrappeso/obesi o ipertesi). All’interno della stessa macroarea, un altro rilevante filone di attività riguarda la prevenzione e sorveglianza della disabilità e della non autosufficienza, per un totale di 30 progetti regionali, che si sono sostanzialmente orientati verso un’azione di supporto alla messa a regime del sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) d’Argento, e come tali rientrano nel più generale investimento dei Piani nella sorveglianza su malattie croniche, fattori di rischio correlati e misure di prevenzione (PASSI, OKKio alla SALUTE), presente in ogni Regione sia come progettualità specifica, sia come utilizzo dei dati all’interno dei quadri strategici dei PRP o, più raramente, tra

gli indicatori di monitoraggio dell'attuazione e dei risultati degli interventi.

Riguardo alla valutazione dei PRP, sebbene tutte le Regioni siano state certificate per i Piani nel triennio 2010-2012, circa il 30% del totale dei progetti/programmi è risultato “critico”, ovvero con risultati parzialmente raggiunti o totalmente disattesi rispetto agli obiettivi specifici. Questa situazione è riconducibile a diverse tipologie di motivazioni, il più delle volte a debolezze nel processo di pianificazione (es. incoerenza tra quadro strategico e piano operativo; scelta di indicatori non “realistici”; disallineamento temporale tra pianificazione, attuazione e rendicontazione dei risultati; mancata stima dei costi; assenza di sistemi di monitoraggio locale in grado di apportare eventuali correzioni in corso d'opera). Da qui l'esigenza di continuare, nel nuovo PNP, l'investimento nel supporto alla pianificazione regionale e nella messa a punto di metodi e strumenti di verifica, *ex ante*, dell'esistenza di un solido impianto concettuale e di una corretta programmazione, propedeutica a un'efficace valutazione, dei Piani.

Nel corso del 2013 è stata inoltre riprogrammata, da parte delle Regioni, l'attività dei PRP per l'anno di proroga, la cui realizzazione verrà valutata nel corso del 2014.

### 1.1.3. Valutazione del triennio

Terminata la vigenza del PNP 2010-2012 e in previsione dell'ulteriore pianificazione, al fine di evidenziare aspetti e indicazioni utili alla nuova programmazione il Ministero della salute e le Regioni hanno affidato all'Istituto superiore di sanità/Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (ISS/CNESPS) la realizzazione di una valutazione generale che è stata effettuata in 11 Regioni e ha coinvolto 3 diversi gruppi di professionisti: il referente regionale del PRP, un gruppo di operatori che ha attivamente preso parte all'elaborazione del PRP, un gruppo di professionisti che ha partecipato alla realizzazione del PRP a livello di Azienda sanitaria locale (ASL), per un totale di 121 persone.

Tra le idee prevalenti, la qualità del percorso per l'elaborazione dei PRP è stata percepita come una vera buona pratica: nella maggior parte dei casi, i PRP sono stati redatti in base all'analisi dei problemi di salute e alla scelta di priorità seguendo criteri diversi, secondo i contesti regionali, ma in genere ben giustificati. Per definire le azioni è stata proposta una metodologia uniforme per tutti i progetti, che ne ha permesso la confrontabilità e l'analisi da parte dei professionisti locali e del livello centrale. Seppure non sempre soddisfacente nelle modalità, la pianificazione della valutazione associata ai progetti, documentabile in loco e al Ministero, costituisce un altro aspetto qualitativamente apprezzabile nella messa a punto dei PRP.

Le attività di pianificazione sono state una reale opportunità per la crescita culturale del sistema. In particolare, e per la prima volta, la pianificazione, strutturata, delle attività di prevenzione ha avuto ripercussioni in termini di visibilità per le strutture della prevenzione e per i professionisti in esse coinvolti e ha contribuito all'evoluzione della *governance* a livello regionale, rinforzando legami e interazioni con le Aziende sanitarie, polarizzando l'attenzione dei sistemi regionali sulla raccolta di informazioni e di dati per leggere i problemi e per valutare gli interventi, promuovendo operativamente l'intersettoralità.

La valutazione ha evidenziato che il PNP, ancorché guidato dall'Assessorato alla Salute, sia di fatto intersettoriale, cioè di pertinenza di tutte le Istituzioni con rispettivi ruoli e partecipazioni definiti, ma che, nella sua continuazione, dovrebbe servire a consolidare ulteriormente i programmi, migliorandone la copertura di popolazione soprattutto con la “promozione della salute”, assicurando la sostenibilità a quanto già in essere, favorendo le sinergie a livello locale.

### Bibliografia essenziale

Epicentro. Piano Nazionale della Prevenzione. [http://www.epicentro.iss.it/focus/piano\\_prevenzione/Pnp2010-2012ValutazioneCnesps.asp](http://www.epicentro.iss.it/focus/piano_prevenzione/Pnp2010-2012ValutazioneCnesps.asp). Ultima consultazione: agosto 2014 .

RIV – Rassegna Italiana di Valutazione. Anno XV – n. 50. Milano: Franco Angeli Editore, 2011

## 1.2. “Guadagnare Salute”

### 1.2.1. Quadro programmatico

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 diseguaglianze 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”.

Lo sviluppo del programma, pertanto, ha contribuito a definire un nuovo modo di fare prevenzione e promozione della salute, attraverso la costruzione di una politica per la salute pubblica, che prevede il coordinamento dell'azione di tutti gli organismi interessati.

Molteplici interventi, anche regolatori e normativi, in ambiti non sanitari impattano sulla salute della popolazione, agendo sui determinanti sociali e sulle cause di diseguaglianze (politiche agricole, misure economiche – fiscali e dei prezzi –, regolamentazione della

pubblicità di diverse tipologie di prodotti, chiusura dei centri storici al traffico veicolare, percorsi ciclabili o pedonalizzati, divieto di fumo, miglioramento del livello di istruzione, politiche della casa e dell'occupazione ecc.).

“Guadagnare Salute” ha favorito l'attivazione di interventi intersetoriali, sostenibili e supportati da evidenze di efficacia e/o buone pratiche, volti a facilitare stili di vita sani in ambienti favorevoli alla salute.

La stipula di Protocolli d'Intesa ha continuato a rappresentare uno strumento utile per lo sviluppo delle strategie intersetoriali, attivando proficue collaborazioni con interlocutori istituzionali e non di diversi settori [Dipartimento per gli Affari Regionali, il Turismo e lo Sport, Comitato Olimpico Nazionale Italiano (CONI), associazioni sportive, associazioni di produttori e distributori di alimenti ecc.] per la realizzazione di iniziative di informazione e di promozione di stili di vita salutari.

In diverse Regioni sono stati sperimentati, attraverso progetti promossi dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), interventi preventivi caratterizzati da un approccio trasversale ai fattori di rischio e dalla leadership delle Aziende sanitarie, che hanno favorito il consolidamento e la diffusione in altri contesti di “buone pratiche” di integrazione territoriale, in grado di indurre modifiche stabili ed evidenti dell'ambiente di vita dei cittadini e concorrere così a “facilitare le scelte salutari”.

L'attività di comunicazione e formazione, per il potenziamento delle competenze personali funzionali alla promozione della salute (responsabilità individuale) e il riconoscimento del ruolo istituzionale per la programmazione di azioni e cambiamenti nel contesto di vita (responsabilità collettiva), è parte integrante di “Guadagnare Salute”.

Le iniziative di comunicazione attivate, basate su un approccio partecipativo, hanno pertanto raggiunto in modo capillare popolazione generale e target specifici, ma anche gli operatori sanitari e non sanitari, figure chiave nel rapporto con i cittadini, valorizzando i dati dei sistemi di sorveglianza, utilizzando

in modo integrato e sinergico strumenti di comunicazione differenziati per target, 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.

### 1.2.2. Rappresentazione dei dati

Nell'ottica dell'intersettorialità di "Guadagnare Salute", lo sviluppo di sistemi di sorveglianza con rappresentatività nazionale e territoriale è alla base delle strategie di prevenzione e promozione della salute, consentendo di identificare priorità, studiare l'influenza dei determinanti di salute e osservare cambiamenti a seguito di interventi e politiche adottati.

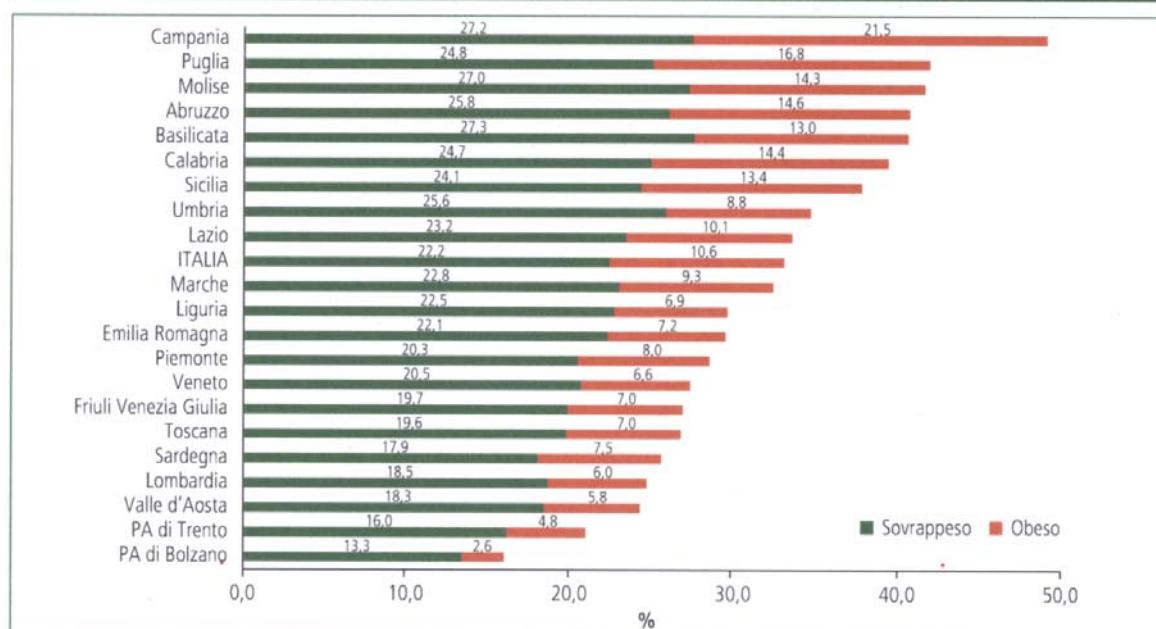
Particolare importanza assume la sorveglianza nutrizionale, tenuto conto delle dimensioni epidemiche dell'obesità in Italia, diffusa in varia misura in tutte le Regioni, sia tra gli adulti sia nell'età infantile.

Il sistema di sorveglianza OKKio alla SALUTE, cui collaborano diverse Istituzioni – Ministero della salute, Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, Regioni, Cen-

tro di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (CRA-Nut) e ISS –, ha permesso di ottenere dati comparabili tra le Regioni italiane su oltre 45.000 bambini di terza elementare. I dati del 2012 confermano livelli preoccupanti di eccesso ponderale, con il 22,2% dei bambini in sovrappeso e il 10,6% obeso, con percentuali più alte nelle Regioni del Centro e del Sud (*Figura 1.3*), anche se con una leggera diminuzione rispetto alle rilevazioni precedenti (2008: 23,2% in sovrappeso, 12,0% obeso; 2010: 22,9% in sovrappeso, 11,1% obeso).

Al miglioramento delle condizioni di vita per tutti gli strati sociali non corrisponde una riduzione delle diseguaglianze di salute. Dai dati PASSI 2009-2012 emerge, infatti, che abitudine al fumo, sedentarietà e obesità sono più frequenti nelle persone con basso livello di istruzione e che riferiscono di avere molte difficoltà economiche. Due adulti su 5 (42,0%) sono in eccesso ponderale, con il 31,0% in sovrappeso e l'11,0% obeso; l'eccesso ponderale è significativamente più frequente nella fascia di età più anziana (50-69 anni: sovrappeso 40,0%, obeso 16,0%), tra gli uomini (rispettivamente, 40,0% e 11,0%), tra le persone con molte difficoltà economiche (rispettivamente, 35,0% e 16,0%), tra quelle con titolo di studio basso o assente (rispetti-

**Figura 1.3. Prevalenza di sovrappeso e obesità tra i bambini di 8-9 anni di età nelle Regioni italiane – OKKio alla SALUTE 2012.**



vamente, 41,0% e 23,0%). La distribuzione dell'eccesso ponderale disegna un gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni meridionali (Basilicata con il valore più alto, 49,0%, seguita da Campania e Molise con 48,0%, mentre la Provincia Autonoma di Bolzano, con il 34,0%, ha il valore più basso). Nel periodo 2008-2012, tuttavia, non si evidenzia un aumento nella prevalenza dell'eccesso ponderale, situazione in controtendenza rispetto all'allarmante aumento di obesità in altri Paesi.

La riduzione del sale nell'alimentazione è una delle priorità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dell'Unione Europea (UE), per la prevenzione delle malattie croniche, e obiettivo di "Guadagnare Salute". In Italia i dati più recenti indicano un consumo di sale quotidiano pari a 11 grammi per i maschi e 9 per le donne, nettamente superiore ai valori raccomandati dall'OMS, pari a meno di 5 grammi. Occorre, pertanto, continuare a monitorare i fenomeni per consentire la costruzione di trend temporali e la valutazione dei risultati di salute, ma anche per programmare interventi di sanità pubblica che possono risultare incisivi nelle varie fasce d'età e nelle diverse condizioni socioeconomiche.

### 1.2.3. Esposizione e valutazione critica dei dati, con eventuali confronti territoriali (nazionali o europei)

La promozione della salute, quale insieme di azioni dirette a rinforzare le capacità dei singoli e soprattutto a modificare il contesto di vita delle persone, necessita di un forte impulso a livello centrale. Il Ministero della salute svolge un ruolo di leadership per rafforzare l'ancora debole cultura della "Salute in tutte le Politiche" e dare supporto alle Regioni per lo sviluppo di un approccio strategico "intersetoriale", anche in considerazione degli obiettivi del nuovo PNP, in corso di definizione. Uno degli elementi fondamentali per l'attuazione di politiche intersetoriali di promozione della salute, infatti, è l'attiva partecipazione 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 non ha consentito di inaugurare e consolidare Accordi, favorendone anche l'attivazione in alcuni contesti regionali.

Le Regioni stanno investendo nel coinvolgimento intersetoriale, attraverso un maggiore raccordo con la scuola, con atti formali con gli Uffici Scolastici Regionali o con un coinvolgimento diretto degli Istituti scolastici.

In particolare, la Regione Emilia Romagna ha attivato accordi stabili con il CONI e l'Uisp (Unione Italiana Sport Per tutti) e con le associazioni locali dei panificatori artigianali, per la cui sottoscrizione è stata utile l'esistenza di Accordi a livello nazionale; in accordo con l'ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani) è stato attivato un progetto per la promozione dell'utilizzo delle scale nei luoghi di lavoro. Attraverso il centro di formazione multidisciplinare di Reggio Emilia "Luoghi di Prevenzione", la Regione assicura la formazione su competenze trasversali anche a operatori non sanitari.

La Regione Toscana ha definito un programma regionale per "Guadagnare Salute", sviluppando proficue collaborazioni intersetoriali anche con il settore del turismo e dell'agricoltura, per la promozione di stili di vita sani e la valorizzazione di ambiente e territorio.

La Regione Lombardia ha messo a sistema le azioni di "Guadagnare Salute" attraverso gli indirizzi alle ASL, impegnate in programmi di promozione della salute improntati a principi di efficacia, sostenibilità e intersetorialità. La Regione ha investito nella formazione degli operatori e negli accordi intersetoriali (panificatori artigianali per la riduzione del sale nel pane, CONI per l'attività fisica, Federfarma per il *counseling* su stili di vita/tabagismo), alcuni dei quali favoriti dai Protocolli d'intesa nazionali. La programmazione integrata è stata organizzata in reti per "setting", in base a programmi di riferimento internazionali, con l'attivazione di una "Rete dei Luoghi di lavoro che Promuovono salute" e di una "Rete delle Scuole che Promuovono Salute". La maggior parte delle Regioni ha istituito tavoli di coordinamento delle aree tematiche

di “Guadagnare Salute” o organizzato reti di referenti regionali e aziendali, che coordinano le azioni nei PRP.

L’obiettivo di facilitare scelte e comportamenti adeguati richiede non solo interventi normativi e/o regolatori, modifiche ambientali e sociali, ma anche educazione, informazione e comunicazione, che diventano parte integrante degli interventi di prevenzione e strumenti di *empowerment* per la promozione della salute. Per favorire lo scambio di esperienze tra Istituzioni, operatori sanitari ed economici e della società civile e rafforzare la costruzione di reti tra organizzazioni e soggetti di settori diversi, in ottica intersettoriale e interistituzionale, tutti gli *stakeholders* coinvolti a vario livello si sono incontrati nella manifestazione Guadagnare Salute “Le sfide della promozione della salute: dalla sorveglianza agli interventi sul territorio” svoltasi il 21 e il 22 giugno 2012 nel Campus di San Giobbe dell’Università Ca’ Foscari di Venezia e promossa dal Ministero della salute, dalla Regione Veneto, dall’Università Ca’ Foscari di Venezia e dall’ISS.

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.

### Bibliografia essenziale

DPCM del 4 maggio 2007. “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari”. 2007. [www.ministerosalute.it/stiliVita/stiliVita.jsp](http://www.ministerosalute.it/stiliVita/stiliVita.jsp). Ultima consultazione: agosto 2014

Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2013. [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1383\\_allagato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1383_allagato.pdf). Ultima consultazione: agosto 2014

Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, et al. (Eds). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Roma: Istituto superiore di sanità, 2012 (Rapporti ISTISAN 12/14)

WHO. Global Status Report on Non-Communicable Diseases (2010). [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf). Ultima consultazione: agosto 2014

## 1.3. Promozione e tutela della salute orale

Nel nostro Paese, l’offerta pubblica di prestazioni odontostomatologiche viene assicurata secondo quanto normato dal DPCM 29 novembre 2001. In particolare, sono garantite prestazioni gratuite alla popolazione in età evolutiva (0-14 anni) e ai cittadini in particolari condizioni di vulnerabilità, sanitaria o sociale.

Tuttavia, con il tempo, l’offerta di prestazioni odontoiatriche si è rilevata piuttosto disomogenea per intensità e livelli di copertura, diversificati in relazione a quanto consentito dai bilanci locali, oltre che in base alle strategie e priorità identificate dalle diverse Regioni e Province Autonome.

Specifici decreti regionali e delibere sull’assistenza odontoiatrica gratuita, diversa classifi-

cazione delle condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale contribuiscono al persistere del gradiente regionale di prestazioni erogate e, quindi, di accesso alle cure.

La criticità dei differenziali di performance e, quindi, di equità complessiva nel confronto interregionale rimane alta.

Con il tempo, quanto sopra ha determinato un incremento della domanda di prestazioni rimasta inesposta e un incremento delle prestazioni eseguite da odontoiatri liberi professionisti (circa 90%). Quindi, solo una minoranza dei cittadini italiani fa ricorso all’assistenza odontoiatrica pubblica o privata convenzionata. A ciò deve aggiungersi il fatto che non sono realizzati adeguatamente programmi di

tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva, così come non vengono applicati percorsi di comprovata efficacia preventiva.

Negli ultimi tempi, nella definizione delle politiche regionali di prevenzione particolare attenzione è data ai documenti "Prevenzione attiva" (PNP 2005-2007 e PNP 2010-2012), che indirizzano l'area della prevenzione alle nuove emergenze epidemiologiche, tra le quali la prevenzione delle patologie orali attraverso strategie mirate di intervento per categorie e fasce d'età.

Il Ministero della salute ha deciso, pertanto, di incentivare l'adozione di corrette misure di prevenzione anche attraverso l'emanazione di Raccomandazioni di comportamento clinico basate su una valutazione analitica delle evidenze scientifiche, a supporto dell'attività di lavoro degli operatori sanitari.

Sono state così elaborate e pubblicate le "Linee guida nazionali per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva" e le "Indicazioni per la promozione della salute orale nella popolazione tossicodipendente". Si è provveduto, altresì, alla revisione delle "Linee guida per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva", già pubblicate dal Ministero della salute nell'anno 2008.

Con gli anni è aumentata la prevalenza dei traumi in età evolutiva che coinvolgono il distretto oro-facciale con interessamento delle arcate dentarie; ciò è imputabile a un aumento delle attività sportive agonistiche del bambino e all'aumento della motorizzazione degli adolescenti, con conseguente aumento di incidenti stradali. L'obiettivo delle Linee guida emanate dal Ministero è fornire protocolli condivisi sui traumi dentari in età pediatrica dal momento in cui l'evento traumatico si manifesta all'inizio della terapia odontoiatrica specialistica.

In Italia, l'uso/abuso di sostanze stupefacenti e gli stili di vita connessi rappresentano un problema di salute pubblica, sia per gli effetti diretti sui soggetti consumatori (dipendenza patologica, overdose, comorbilità psichiatrica e patologie infettive droga-correlate), sia per la popolazione generale non direttamente esposta. Diverse sono le problematiche di salute che coinvolgono il cavo orale in questa popolazione, le stesse che contribuiscono, an-

che, a impedire il recupero sociale dei tossicodipendenti in virtù del fatto che questi individui presentano situazioni estetiche (edentulia parziale e/o totale, presenza di residui radicolari, carie destrucenti) non compatibili con il loro reinserimento in una società quale la nostra, particolarmente attenta all'immagine. È importante, pertanto, specie in ambienti di comunità, inserire i pazienti tossicodipendenti in programmi specifici basati su precise linee di intervento nei diversi settori dell'odontoiatria, con particolare attenzione alle esigenze del singolo paziente, tenendo conto anche di quanto stabilito nel Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013, approvato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri nel 2010, che mira a rafforzare gli interventi di prevenzione basati su prove di efficacia.

Obiettivo del documento emanato dal Dicastero della salute è, quindi, fornire indicazioni per promuovere la salute orale e prevenire le patologie orali nei soggetti tossicodipendenti e, nel contempo, evitare l'evenienza di infezioni occupazionali.

L'area dell'età evolutiva è ritenuta strategica sia per ottenere, in un breve-medio periodo, un miglioramento reale dello stato di salute della popolazione, sia per garantire la sostenibilità a lungo periodo dell'offerta odontoiatrica. In tale contesto si inserisce la revisione del documento "Linee guida per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva, ed. 2008", con l'obiettivo di offrire indicazioni univoci, condivise e basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili in materia di prevenzione della malattia cariosa, gengiviti, patologie delle mucose e malocclusioni, secondo l'evidenza scientifica degli ultimi quattro anni. Relativamente alla malattia cariosa, che, a oggi, rappresenta la malattia cronica più diffusa, dall'evidenza scientifica risulta che la fluoroprofilassi, intesa come prevenzione delle carie attraverso l'utilizzo del fluoro, rappresenta la pietra miliare per la prevenzione. In particolare, l'effetto preventivo post-eruttivo del fluoro, ottenuto attraverso la via di somministrazione topica, è considerato più efficace rispetto a quello pre-eruttivo, ottenuto attraverso la via di somministrazione sistemica.

Importanti iniziative sono state avviate a livello

regionale nell'ambito dell'assistenza geriatrica, in particolare a favore di anziani fragili che, oltre a risentire in modo significativo delle scarse condizioni di salute del cavo orale, incontrano maggiori ostacoli nell'accesso alle cure dentali anche a causa di limitazioni fisiche con conseguente perdita della propria autonomia.

La popolazione anziana ha una maggiore prevalenza di problemi orali e dentali, non tanto per l'invecchiamento fisiologico in sé, quanto per la maggiore incidenza di alcune patologie che interessano direttamente il cavo orale. Se da un lato esistono, infatti, casi di invecchiamento in buona salute con una condizione orale soddisfacente, dall'altro sono frequenti la perdita di denti e le lesioni della mucosa di natura neoplastica o infettiva. A questa condizione si aggiungono gli effetti cumulativi delle malattie sistemiche. Le due grandi criticità da affrontare per migliorare la salute orale dell'anziano e, quindi, la qualità della vita sono rappresentate dal cattivo stato di salute e di igiene della bocca e dalla negligenza nelle misure preventive e terapeutiche, come documentato dalle numerose evidenze presenti in letteratura.

Alla luce dei rilevanti cambiamenti epidemiologici degli ultimi anni, si avverte la necessità di disporre di dati epidemiologici nazionali aggiornati e reali sulla distribuzione nel settore odontoiatrico, al fine di poter organizzare programmi di prevenzione specifica *evidence based* rivolti alle fasce di popolazione a rischio. La disponibilità di dati omogenei consentirebbe al nostro Servizio sanitario nazionale (SSN) una più adeguata allocazione delle risorse per fronteggiare nella maniera più consona l'attuale domanda di prestazioni odontostomatologiche.

La tutela della salute orale dovrà trovare maggiore spazio, affinché possa essere ridotto

il peso delle malattie della bocca e dei denti. La salute orale non significa, per esempio, solo assenza di malattia cariosa o paradontale, ma deve essere valutata nel suo complesso, considerando gli effetti a cascata su tutti gli aspetti della vita di una persona.

Appare chiaro, quindi, il ruolo fondamentale della prevenzione in considerazione del fatto che l'applicazione pratica di idonee azioni di prevenzione odontostomatologica consente riacquide positive per altre patologie cronico-degenerative sistemiche. Prevenire l'insorgenza di patologie odontoiatriche consentirebbe, inoltre, di contenere anche le importanti ripercussioni economiche a carico delle strutture pubbliche per effetti indesiderati da trattamenti "low cost", oggi sempre più in voga.

### Bibliografia essenziale

Linee guida nazionali per la prevenzione e la gestione clinica dei traumi dentali negli individui in età evolutiva. Ministero della salute. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1872\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1872_allegato.pdf). Ultima consultazione: agosto 2014

Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva, Aggiornamento 2013. Ministero della salute. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2073\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2073_allegato.pdf). Ultima consultazione: agosto 2014

Lunardelli ML, Pizzi S. Oral health in the elderly: a determinant factor for the quality of life. G Gerontol 2004; 52: 236-42

Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano – Rapporto OASI 2013

Popolazione tossicodipendente: indicazioni per la promozione della salute orale e interventi di prevenzione e protezione. Ministero della salute. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1889\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1889_allegato.pdf). Ultima consultazione: agosto 2014

## 1.4. Promozione e tutela della salute oftalmologica

### 1.4.1. Quadro programmatico

Con il termine "soggetti ipovedenti" si indicano quelle persone che, per malattie congenite

o acquisite, presentano una disabilità visiva tale da pregiudicare un inserimento autonomo nella vita collettiva e sociale. Il residuo visivo funzionale non deve essere però considerato come esito irreversibile di

una patologia, ma come condizione suscettibile di stimolazione e potenziamento attraverso la riabilitazione visiva.

Nel Capitolo “Malattie oftalmologiche” è stato evidenziato l’incremento dei soggetti ipovedenti, negli ultimi anni, dovuto sia all’incremento della vita media e delle patologie degenerative correlate, sia a patologie connesse alla prematurità. Questo ha indotto lo Stato italiano a promuovere e tutelare la salute oftalmologica potenziando, soprattutto negli ultimi anni, gli strumenti per la prevenzione e la riabilitazione visiva.

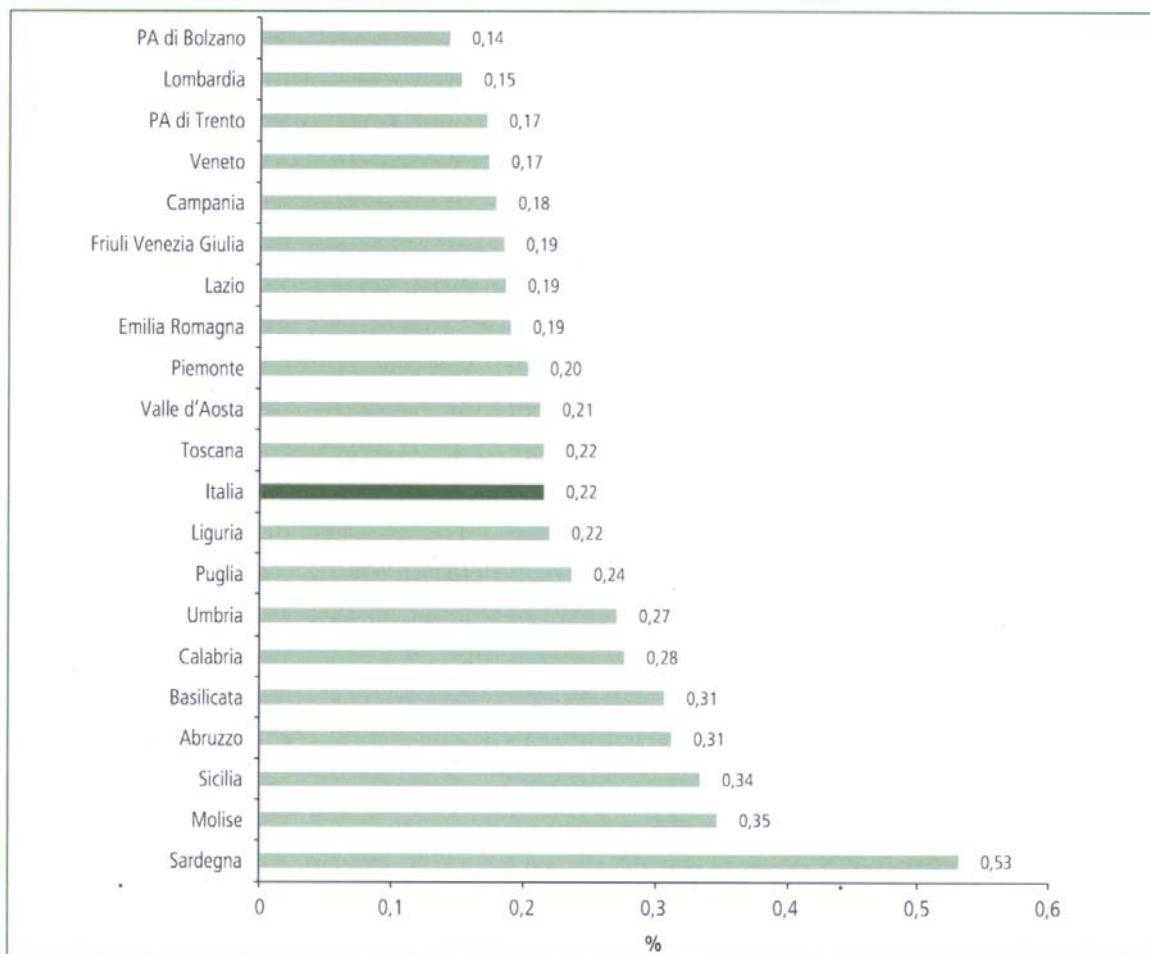
Con l’introduzione della legge n. 284/1997 sulla riabilitazione visiva si è finalmente riconosciuta l’utilità della prevenzione, per garantire lo sviluppo di centri di riferimento regionali per le attività di prevenzione e per la riabilitazione visiva. Negli ultimi anni

gli sforzi di coordinamento per le attività di questi centri sono stati condotti in perfetta sinergia tra Ministero della salute, Agenzia Internazionale della prevenzione cecità (IAPB Italia onlus) e Polo nazionale dei servizi e ricerca per la prevenzione della cecità e la riabilitazione visiva (istituito nel 2007 a Roma).

#### 1.4.2. Rappresentazione dei dati

I dati INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale) del 2012 sulle pensioni di invalidità per cecità evidenziano, come riportato nella *Figura 1.4*, la distribuzione regionale dei soggetti percettori di pensione per cecità, con la percentuale relativa al numero di ciechi invalidi, rispetto la popolazione residente.

**Figura 1.4.** Distribuzione percentuale dei soggetti percettori di pensioni di cecità rispetto alla popolazione residente (dati INPS 2012).



#### 1.4.3. Esposizione e valutazione critica dei fenomeni rappresentati dai dati

Si può evidenziare una differente distribuzione geografica dei soggetti con disabilità visiva grave, percettori di pensioni INPS. Queste differenze potrebbero, in qualche modo, anche essere legate al differente funzionamento dei Centri di Riabilitazione Visiva regionali che operano nei diversi territori.

I Centri di Riabilitazione Visiva rappresentano, infatti, un momento essenziale per la promozione e la tutela della salute oftalmologica.

La legge n. 284/1997 ne ha identificato caratteristiche e modalità organizzative; essi si configurano come servizi multidisciplinari di riferimento cui rivolgersi per ottenere:

- completa e approfondita valutazione diagnostico-funzionale per la predisposizione del progetto riabilitativo individuale;
- interventi di riabilitazione visiva funzionale per soggetti ipovedenti;
- educazione permanente per le attività lavorative e occupazionali, allo scopo di promuovere l'inserimento sociale, scolastico e lavorativo delle persone ipovedenti e non vedenti che presentano anche ulteriori minorazioni di natura sensoriale, motoria, intellettuale e simbolico-relazionale.

La persona con disabilità visiva, nei suddetti centri di riferimento regionali, viene presa in carico nella sua globalità, sia in caso di singola disabilità visiva, sia in caso di multidisabilità, valutando l'impatto sulle necessità esistenziali anche in base all'ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) promulgata dall'OMS nel maggio 2001 e in base ai contenuti della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (ratificata in Italia con la legge n. 18 del 3 marzo 2009). L'intervento riabilitativo si pone 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;
- ottimizzare l'impiego delle capacità visive residue, in particolare nell'età adulta e senile.

I differenti bisogni e obiettivi, determinati dall'età del soggetto, si riflettono sull'operatività; occorre pertanto proporre, per ciascuna fascia di età, tipologie di attività necessarie per avviare un corretto programma riabilitativo.

Nella Relazione annuale al Parlamento sulla riabilitazione visiva, in attuazione della legge n. 284/1997 (con descrizione di tutte le attività svolte nel 2012 dalle Regioni, da IAPB Italia Onlus e dal Ministero della salute), inviata a Camera e Senato il 4 ottobre 2013, si è evidenziato come tutte le azioni di IAPB Italia e del Polo nazionale della prevenzione dell'ipovisione e della cecità confermino la capacità, di suddette strutture, di intraprendere efficaci programmi di prevenzione della cecità e della riabilitazione visiva nella popolazione italiana e soprattutto la capacità di interazione, con le Istituzioni nazionali e internazionali, per garantire il diritto alla tutela della vista. Altro dato che è emerso dall'analisi è che, sebbene siano passati ormai ben 16 anni dall'approvazione della legge n. 284/1997, vi è ancora, a livello nazionale, una forte disomogeneità riguardo il numero e la tipologia dei Centri di Riabilitazione Visiva, le prestazioni effettuate e il personale presente nei centri. È importante rilevare che il numero dei centri presenti nelle varie Regioni non ha un evidente rapporto con il numero degli abitanti. Riguardo la tipologia dei centri vi è ancora una distribuzione dei centri pediatrici di riabilitazione visiva maggiore nel Nord del Paese, con una carenza nel Centro-Sud.

Uno strumento operativo degli ultimi anni per le politiche sanitarie in ambito oftalmologico, nel campo della prevenzione della cecità e dell'ipovisione, è stato la "Commissione nazionale per la prevenzione dell'ipovisione e della cecità", istituita presso la Direzione Generale della Prevenzione, del Ministero della salute, nell'ottobre 2009, su mandato dell'OMS nell'ambito dell'iniziativa globale "Vision 2020 eliminare la cecità evitabile".

La suddetta Commissione ha i seguenti obiettivi operativi:

- raccolta e pubblicazione dei dati sulle menomazioni della vista e sulle cause;

- sviluppo di linee di indirizzo per la prevenzione delle menomazioni della vista;
- monitoraggio delle attività dei vari enti e soggetti attivi nella prevenzione delle menomazioni della vista in territorio nazionale;
- monitoraggio delle iniziative di cooperazione internazionale svolte dagli enti e dalle associazioni italiani nei Paesi in via di sviluppo e nelle aree povere, in armonia con le Linee guida dell'OMS.

Per seguire i lavori della Commissione è stato creato un link sul portale del Ministero della salute: [http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4\\_5\\_9\\_2.jsp?lingua=italiano&label=commissioni&menu=organizzazione&id=683](http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_9_2.jsp?lingua=italiano&label=commissioni&menu=organizzazione&id=683). La promozione e la tutela della salute oftalmologica non possono infine prescindere dal PNP, che ha previsto, negli anni 2010-2013, per la prima volta, una sezione completamen-

te dedicata alla prevenzione dell'ipovisione e della cecità. Nell'ambito del predetto PNP sono stati svolti 8 progetti dalle Regioni Liguria, Marche, Umbria, Molise, Sicilia e Calabria (con tre progetti), che hanno soprattutto riguardato gli screening oftalmologici alla nascita e gli screening in età scolare.

### Bibliografia essenziale

Cruciani F, Campagna O, Cruciani MS. Centri di educazione e riabilitazione visiva. *Oftalmologia sociale* 2013; 4: 35-44

Giacomini D. Dossier: Glaucoma – Aspetti socioeconomici di una patologia silente. Il punto di vista del Ministero della salute. *Care* 2010; 4: 24

Relazione annuale al Parlamento sullo stato di attuazione delle politiche inerenti la prevenzione della cecità, educazione e riabilitazione visiva (legge n. 284/1997, art. 2 comma 7). <http://www.salute.gov.it>. Ultima consultazione: agosto 2014

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

### 1.5.1. Introduzione

La dizione di “Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro” fa riferimento a un atto di pianificazione in oncologia comunemente definito Piano Oncologico Nazionale (PON).

Di questo atto sono di seguito riassunti:

- le motivazioni;
- le caratteristiche e i contenuti principali;
- il percorso istituzionale che ha portato dalla dizione “PON” a quella attuale di “Documento tecnico di indirizzo”.

Le ragioni di un PON sono:

- burden del cancro: i tumori costituiscono una priorità sanitaria per il Paese, i cui aspetti principali sono riassunti nel Capitolo “Tumori”;
- impegni internazionali (*Council of the European Union – Council conclusions on reducing the burden of cancer 10 june 2008: “INVITES Member States to develop and implement comprehensive cancer strategies or plans”*);

- importanza per il sistema Paese in ordine a:
  - migliorare la risposta del SSN (che comunque nell'area oncologica ed emato-oncologica occupa già una posizione di “eccellenza” a livello mondiale),
  - contribuire a ridurre le diseguaglianze.

### 1.5.2. Caratteristiche e contenuti principali del PON

- Il PON è stato redatto dalla “Commissione Piano Oncologico” istituita dal Ministro pro-tempore (Coordinatore: A. Santoro; 28 Collaboratori Esterni; 14 Collaboratori Ministeriali).
- L'obiettivo principale è: 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.
- Strutturazione dei contenuti: il documento esplicita la cornice teorica di riferimento, le priorità condivise, gli obiettivi comuni.

- I principi “chiave” adottati per la scrittura sono:
  - equità: contribuire ad annullare il divario ancora esistente tra varie realtà del Paese;
  - qualità: contribuire a innalzare il “livello” di sistema. Tale obiettivo viene perseguito mediante due linee d’azione principali: ferma attenzione ai “modelli organizzativi per la presa in carico” e forte spinta alla ricerca e innovazione tecnologica;
  - genesi della conoscenza: contribuire a promuovere la ricerca, i sistemi informativi, la pratica del *knowledge-management*;
  - informazione e comunicazione: favorire la partecipazione consapevole ai processi di prevenzione e cura da parte di tutti gli attori.
- Argomenti affrontati:
  - il cancro in Italia (i sistemi di sorveglianza, il quadro epidemiologico, i recoveri);
  - la prevenzione;
  - il percorso del malato oncologico, in termini di:
    - integrazione del percorso diagnostico-terapeutico (declinato dal punto di vista dei medici di medicina generale, dell’assistenza ambulatoriale e dell’ospedale);
    - continuità assistenziale sul territorio con riguardo all’ottimizzazione dei percorsi di cura e dell’organizzazione di rete, degli strumenti informatici a supporto dell’assistenza oncologica, al modello *simultaneous care* (presa in carico del malato oncologico), della riabilitazione, delle cure palliative e dello sviluppo della terapia del dolore, nonché dello sviluppo della psico-oncologia e dell’integrazione con il no profit e il volontariato;
  - il paziente oncologico anziano;
  - i tumori pediatrici;
  - i tumori rari;
  - l’oncoematologia;
  - il rinnovo tecnologico delle attrezzature con riguardo a: anatomia patologica, diagnostica per immagini, endoscopia

gastroenterologica, chirurgia oncologica e radioterapia.

- Innovazione in oncologia riguardo a:
  - biobanche;
  - medicina molecolare;
  - terapia cellulare e trapianto di cellule staminali ematopoietiche;
  - reti oncologiche;
  - ricerca clinica in oncologia;
  - nuovi farmaci.
- Formazione.
- Comunicazione.

### 1.5.3. Percorso istituzionale del PON

Il 10 febbraio 2011 è stata sancita l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente il “Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro – Anni 2011-2013”. La dizione utilizzata nell’Intesa non è più “Piano oncologico” a seguito del confronto con le Regioni che, in coerenza all’impostazione di *stewardship* adottata dal Ministero, hanno, viceversa, considerato questo documento esattamente come un “indirizzo” e non, per l’appunto, un “piano”.

Al fine di consentire a Regioni e Province Autonome di utilizzare al meglio – nell’ambito della propria autonoma attività di programmazione – le indicazioni programmatiche, il Ministero e le Regioni e Province Autonome si sono impegnate a costituire, con propri rappresentanti, gruppi di lavoro misti per la definizione di:

- un documento di Linee guida per l’implementazione delle reti oncologiche (con contenuti sia tecnico-scientifici sia organizzativi, basati su analisi delle evidenze e delle buone pratiche);
- un documento che indirizzi l’utilizzo delle risorse di sistema identificando ambiti di “recupero”, attraverso la reingegnerizzazione delle pratiche “obsolete” e dismssibili;
- un documento di *Health Technology Assessment* (HTA) finalizzato a promuovere la sintesi delle evidenze disponibili sul rapporto costo-efficacia delle principali tecnologie.

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

### 1.6.1. Quadro programmatico

L'eliminazione del morbillo, della rosolia e della rosolia congenita rappresenta una priorità di sanità pubblica per l'Europa e l'Italia. La Commissione Regionale Europea dell'OMS, nel corso della 60<sup>a</sup> sessione, svoltasi nel 2010, ha posticipato al 2015 la data prevista per il raggiungimento dell'obiettivo di eliminazione del morbillo e della rosolia nella Regione Europea, adottato nel 2005 con la Risoluzione EUR/RC55/R7.

In Italia, per aggiornare il precedente Piano del 2003 e recepire le indicazioni dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS, il 23 marzo 2011 è stato approvato, con Intesa Stato-Regioni, 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 (< 1 caso/100.000 nati vivi) al 2015 e introdotto l'obiettivo di eliminazione della rosolia.

Il PNEMoRc delinea le azioni e le strategie per raggiungere gli obiettivi specifici: a) raggiungere e mantenere coperture vaccinali  $\geq 95\%$  per due dosi di vaccino MPR (prima dose a 12-15 mesi di età e seconda dose a 5-6 anni), a livello nazionale, regionale e di ASL; b) vaccinare le popolazioni suscettibili sopra i 2 anni di età; c) rafforzare la sorveglianza; d) migliorare l'indagine epidemiologica dei casi; e) migliorare la disponibilità di informazioni scientifiche per gli operatori sanitari e la popolazione.

Nel corso del 2013 sono state condotte importanti attività correlate al PNEMoRc:

■ l'Italia ha ospitato un incontro dei Paesi dell'area mediterranea, organizzato congiuntamente con l'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS e l'*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) di Stoccolma, avente lo scopo di favorire il confronto sulle maggiori criticità incontrate nel percorso verso l'eliminazione e lo scambio di esperienze e possibili soluzioni tra i Paesi interessati;

- come raccomandato dall'OMS, per rafforzare la sorveglianza del morbillo e della rosolia è stata avviata, a livello nazionale, una sorveglianza integrata di morbillo e rosolia. Infatti, poiché le due malattie colpiscono le stesse fasce di età, hanno una sintomatologia simile e non è sempre possibile distinguerle clinicamente, al fine di migliorare la sensibilità e specificità della sorveglianza il nuovo sistema ha previsto che i casi di sospetto morbillo risultati negativi ai test di conferma vengano indagati per rosolia e, viceversa, che i casi di sospetta rosolia risultati negativi vengano investigati per morbillo;
- sono state aggiornate, secondo le Raccomandazioni dell'OMS, le indicazioni per la sorveglianza e il follow-up dei casi di rosolia in gravidanza e rosolia congenita. Gli aspetti più rilevanti della nuova circolare sono: a) adozione delle nuove definizioni di caso europee, con l'aggiornamento delle schede di notifica; b) esclusione dalla notifica dei casi riguardanti gestanti che hanno soltanto una positività delle IgM rosolia-specifiche, in assenza di sintomi e di un collegamento epidemiologico con un caso confermato di rosolia; c) introduzione di procedure per il follow-up dei casi sospetti di rosolia congenita e dell'esito della gravidanza delle donne che hanno contratto l'infezione durante la gestazione;
- due indicatori, tra quelli monitorati a livello europeo nel processo di verifica dell'eliminazione del morbillo, sono stati introdotti, quali indicatori di performance del PNEMoRc, e quindi "traccianti" dell'impegno profuso a livello locale/regionale per l'implementazione del Piano di eliminazione, nell'adempimento U) "prevenzione", per il monitoraggio dei LEA:
  - U.2.1 Tasso di conferma di laboratorio = (numero dei casi in cui campioni sono stati raccolti e analizzati adeguatamente in un laboratorio qualificato) / (numero di casi notificati)  $\times 100$ ,

- U.2.2 Origine dell'infezione identificata = (numero dei casi di morbillo per i quali un'origine dell'infezione è identificata (es. importato, endemico) / (numero di casi notificati) × 100.

### 1.6.2. Rappresentazione dei dati

Al 31 dicembre 2013 tutte le Regioni e Province Autonome, tranne due, hanno inserito i dati della sorveglianza integrata nella piattaforma web *ad hoc* sviluppata dall'ISS. Una Regione estrae i dati dal proprio sistema informatizzato e li invia all'ISS secondo uno specifico tracciato record.

Per il morbillo si riportano i risultati relativi al periodo 2012-2013, in cui la fonte dei dati, per il 2012, è il Sistema di Sorveglianza Speciale del Morbillo, mentre da gennaio 2013 è il Sistema di Sorveglianza Integrata del Morbillo e della Rosolia. In totale, sono stati segnalati 2.833 casi, di cui 622 nel 2012 (incidenza 1,1 casi/100.000 abitanti) e 2.211 nel 2013 (incidenza 3,7/100.000 abitanti). La *Figura 1.5* mostra i casi di morbillo segnalati in Italia per mese di insorgenza dei sintomi. Il 52,5% dei casi è stato confermato in laboratorio; i rimanenti casi sono stati classificati come casi possibili (23,5%) o probabili (24,0%), secondo le definizioni di caso europee.

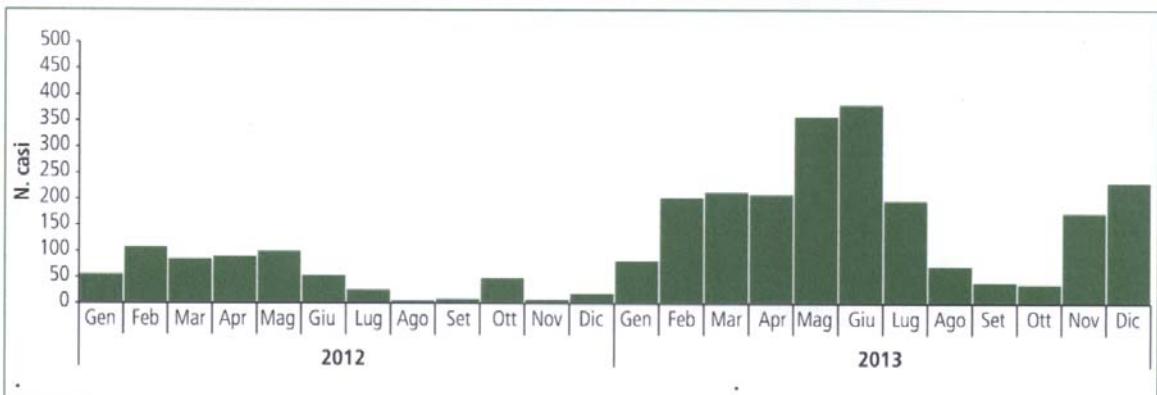
Nel 2013 l'incidenza maggiore è stata osservata nella Provincia Autonoma di Bol-

zano (21,0/100.000 abitanti), in Liguria (15,3/100.000 abitanti) e in Piemonte (14,2/100.000 abitanti). Il 51,7% dei casi si è verificato in persone di sesso maschile, l'86,7% non era vaccinato contro la malattia e il 24,2% (n = 535) è stato ricoverato. Nella *Figura 1.6* è riportata la distribuzione percentuale dei casi per classe di età. La maggior parte dei casi [n = 1.448 (65,5%)] si è verificata nella fascia di età 15-39 anni e l'età media è stata pari a 23 anni.

Riguardo alla rosolia, sono stati notificati 261 casi (0,44/100.000; fonte dei dati: Sistema di notifica obbligatoria del Ministero della salute) nel 2012 e 47 casi (0,08/100.000; fonte dei dati: Sistema di Sorveglianza Integrata del Morbillo e della Rosolia), di cui 10 confermati in laboratorio, nel 2013.

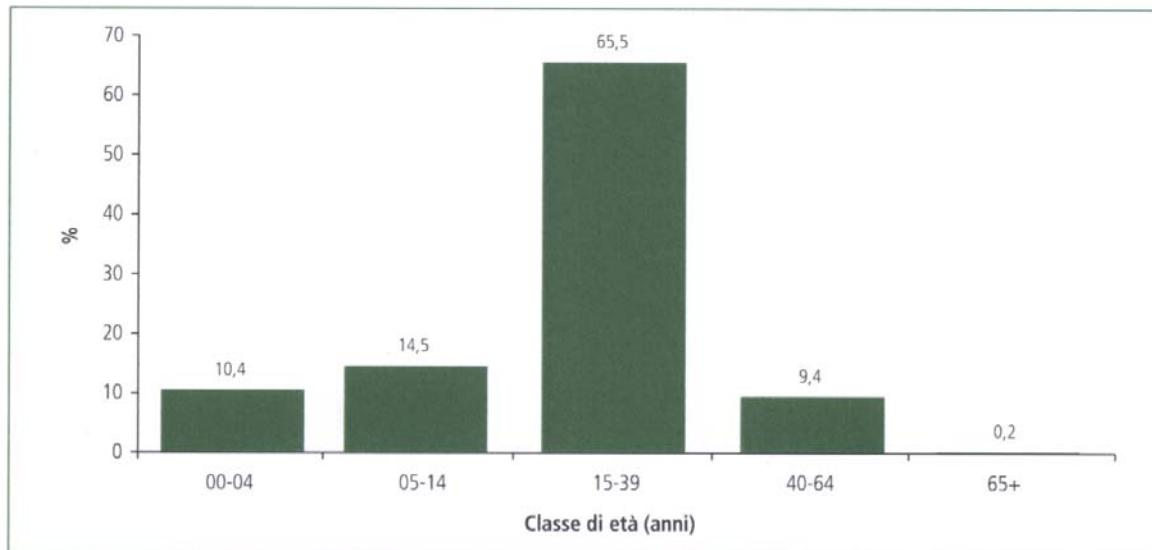
Per quanto riguarda la rosolia congenita, nel periodo 2012-2013 sono stati notificati 16 casi confermati in laboratorio. Questi si sono verificati tutti nel 2012, con un'incidenza pari a 3,0/100.000 nuovi nati (*Tabella 1.1*). Nello stesso periodo sono stati notificati 18 casi confermati di rosolia in gravidanza, di cui 17 nel 2012 e uno nel 2013 (vedi *Tabella 1.1*). Tra le donne infette è stato segnalato 1 nato morto e 3 interruzioni volontarie di gravidanza. L'età media delle donne con infezione confermata è stata pari a 24,8 anni; il 22,2% (4/18) ha cittadinanza straniera. Dieci donne (55,6%) hanno contratto l'infezione nel primo trimestre; 6

**Figura 1.5. Casi di morbillo per mese di insorgenza dei sintomi – Casi totali (confermati, probabili, possibili) – Italia (Anni 2012-2013).**



Fonte: per il 2012, Sistema di Sorveglianza Speciale del Morbillo; per il 2013, Sistema di Sorveglianza Integrata del Morbillo e della Rosolia.

Figura 1.6. Distribuzione percentuale dei casi per classe di età – Italia (Anni 2012-2013).



Fonte: per il 2012, *Sistema di Sorveglianza Speciale del Morbillo*; per il 2013, *Sistema di Sorveglianza Integrata del Morbillo e della Rosolia*.

Tabella 1.1. Casi di rosolia in gravidanza e di rosolia congenita segnalati in Italia, nel biennio 2012-2013

Rosolia in gravidanza		
Classificazione del caso segnalato	2012	2013
Confermato sintomatico	17	0
Confermato asintomatico	0	1
Probabile	1	0
Sospetto, non classificato	1	2
Rosolia congenita		
Classificazione del caso segnalato	2012	2013
Confermato sindrome da rosolia congenita	13	0
Confermato infezione da rosolia congenita	3	0
Probabile	0	0
Sospetto, non classificato	15	1

(33,3%) avevano effettuato il rubeotest prima della gravidanza e 7 (38,9%) avevano avuto precedenti gravidanze. Delle 14 donne per cui si hanno informazioni sullo stato vaccinale solo 1 risulta vaccinata.

Nel 2012 la copertura vaccinale media nazionale per la prima dose di vaccino contro il morbillo entro i 2 anni di età è stata del 90,0%, mentre quella per la prima dose di vaccino contro la rosolia è stata pari all'89,2%. Solo due Regioni hanno raggiunto una copertura vaccinale  $\geq 95\%$  (Tabella 1.2).

Non sono disponibili dati nazionali di copertura vaccinale per la seconda dose di vaccino, né in gruppi specifici di popolazione.

### 1.6.3. Esposizione e valutazione critica dei fenomeni rappresentati dai dati

I dati esposti indicano che il morbillo ha ancora un impatto di salute elevato in Italia e continuano a verificarsi casi di rosolia congenita con un'incidenza che è ancora lonta-

**Tabella 1.2. Coperture vaccinali (per 100 abitanti) con prima dose di vaccino contro morbillo e rosolia, calcolate sui riepiloghi inviati dalle Regioni e Province Autonome**

Regione	MPR-MPRV	M-MPR-MPRV
Piemonte	91,8	91,8
Valle d'Aosta	86,5	86,6
Lombardia	94,0	94,1
PA di Bolzano	71,5	71,5
PA di Trento	87,3	87,4
Veneto	91,6	91,8
Friuli Venezia Giulia	90,0	90,0
Liguria	88,8	88,8
Emilia Romagna	92,4	92,6
Toscana	91,1	91,1
Umbria	94,5	94,5
Marche	81,8	96,7
Lazio	90,5	90,5
Abruzzo	92,4	92,4
Molise	89,4	89,4
Campania	87,7	87,7
Puglia	92,6	92,6
Basilicata	95,0	95,0
Calabria	88,1	88,1
Sicilia	89,0	89,0
Sardegna	87,6	87,6
Italia	89,2	90,0

\*Dati di copertura al 24° mese per la prima dose di M (vaccino monovalente contro il morbillo), MPR (vaccino trivalente contro morbillo, parotite e rosolia), MPRV (vaccino tetravalente contro morbillo, parotite, rosolia e varicella).

Aggiornamento 2 ottobre 2013.

Fonte: Elaborazioni UFFICIO V ex DGPREV – Malattie infettive e profilassi internazionale – Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione – Direzione generale della prevenzione del Ministero della salute.

na dall'obiettivo del PNEMoRc. Le coperture vaccinali per MPR non sono ottimali: l'obiettivo è raggiungere almeno il 95% di copertura nei bambini entro i 2 anni di età in tutte le Regioni/Province Autonome e ASL. Inoltre, è evidente che 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 e del-

le partorienti suscettibili. Pertanto, è prioritario mettere in atto, in maniera uniforme in tutte le Regioni, le strategie proposte nel PNEMoRc, per raggiungere gli obiettivi fissati. In particolare, è necessario rafforzare la chiamata attiva delle persone suscettibili, effettuare campagne informative dirette alla popolazione generale e programmi di formazione e di comunicazione rivolti agli operatori sanitari. Per rafforzare la sorveglianza, oltre a migliorare l'indagine epidemiologica e virologica dei casi, è fondamentale sensibilizzare gli operatori sanitari sull'importanza di segnalare i casi.

### Bibliografia essenziale

Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: “Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita”. GU Serie Generale, n. 297 del 23 dicembre 2003

Commission Implementing Decision of 8 August 2012 amending Decision 2002/253/EC laying down case definitions for reporting communicable diseases to the Community network under Decision No 2119/98/EC of the European Parliament and of the Council

Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015”. Rep. n. 66/CSR, del 23 marzo 2011. <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=0&codLeg=37815&parte=1%20&serie=>. Ultima consultazione: agosto 2014

Ministero della salute. Circolare. Sorveglianza della rosolia congenita e dell'infezione da virus della rosolia in gravidanza alla luce del nuovo Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015. <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=0&codLeg=46583&parte=1%20&serie=>. Ultima consultazione: agosto 2014

Ministero della salute. Circolare 20 febbraio 2013, n. 4460 “Istituzione di un sistema di sorveglianza integrato per il morbillo e per la rosolia alla luce del nuovo Piano Nazionale di Eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015”. <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=0&codLeg=48172&parte=1%20&serie=>. Ultima consultazione: agosto 2014