

1.7. Piano Nazionale di Vaccinazione

1.7.1. Quadro programmatico

Il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2012-2014, approvato con Intesa Stato-Regioni del 22 febbraio 2012, è stato frutto di un'ampia consultazione che ha coinvolto il Consiglio superiore di sanità, esperti della Direzione generale della prevenzione sanitaria e dell'ISS, e condiviso con l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e il Coordinamento Interregionale della Prevenzione. Infatti, nell'attuale panorama politico e di federalismo sanitario, l'emanazione di Raccomandazioni nazionali, non calate dall'alto, ma di ampio consenso, sul piano tecnico e politico, con le Regioni e Province Autonome, nel rispetto della loro legittima autonomia, costituisce una garanzia di equità di accesso a prestazioni di uguale qualità su tutto il territorio nazionale e per tutti i cittadini.

Il PNPV costituisce 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 armonizzare le strategie vaccinali in atto in Italia, per poter superare le diseguaglianze 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.

Gli obiettivi specifici individuati dal PNPV sono i seguenti:

- mantenere e sviluppare le attività di sorveglianza epidemiologica delle malattie suscettibili di vaccinazione, anche tramite il potenziamento e il collegamento con le anagrafi vaccinali, al fine di determinare le dimensioni dei problemi prevenibili e per valutare l'impatto degli interventi in corso;
- potenziare la sorveglianza delle malattie suscettibili di vaccinazione, collegando i flussi informativi con le anagrafi vaccinali

e integrando la sorveglianza epidemiologica con le segnalazioni provenienti dai laboratori diagnostici;

- garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni prioritarie per la popolazione generale, al fine del raggiungimento e del mantenimento dei livelli di copertura necessari a prevenire la diffusione delle specifiche malattie infettive;
- garantire l'offerta attiva e gratuita nei gruppi a rischio delle vaccinazioni prioritarie e sviluppare iniziative per promuovere le vaccinazioni agli operatori sanitari e ai gruppi difficili da raggiungere;
- ottenere la completa informatizzazione delle anagrafi vaccinali (potenziando così il monitoraggio delle coperture vaccinali negli adolescenti, negli adulti e negli anziani e nelle categorie a rischio) e verificare lo stato vaccinale del bambino in tutte le occasioni di contatto con le strutture sanitarie regionali;
- raggiungere standard adeguati di sicurezza e qualità nel processo vaccinale;
- garantire la disponibilità, presso i servizi vaccinali delle ASL, degli altri vaccini (da somministrare in *co-payment*) per le indicazioni d'uso e al costo che saranno definiti ed emanati con apposito provvedimento regionale;
- progettare e realizzare azioni per potenziare l'informazione e la comunicazione, al fine di promuovere l'aggiornamento dei professionisti sanitari e per diffondere la cultura della prevenzione vaccinale come scelta consapevole e responsabile dei cittadini.

Inoltre, al fine di garantire alla popolazione generale un buono stato di salute fino a età avanzata e per consentire la protezione da gravi complicanze infettive in 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. Tra questi ultimi, particolare attenzione viene posta alla vaccinazione degli operatori sanitari che, a causa del loro contatto con i pazienti e con materiale potenzial-

mente infetto, sono a rischio di esposizione — e di conseguenza di trasmissione — a malattie infettive prevenibili con vaccinazione.

Il PNPV ribadisce, inoltre, la necessità di impegnarsi per il potenziamento della rilevazione delle coperture vaccinali nelle popolazioni a rischio, con conseguente definizione dei denominatori da utilizzare per il calcolo di tali coperture.

1.7.2. Rappresentazione dei dati

Il nuovo calendario delle vaccinazioni attivamente offerte contenuto nel PNPV 2012-2014 prevede 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 dodicesimo anno di vita, già introdotta, in Italia, nel 2007;
- delle vaccinazioni antipneumococcica coniugata e antimeningococcica C, già offerte in molte Regioni;
- della vaccinazione antivaricella per tutti i nuovi nati in 8 Regioni, posticipando l'introduzione in tutto il Paese al 2015, quando saranno stati raggiunti tutti gli altri obiettivi e saranno disponibili i risultati delle valutazioni e i dati di monitoraggio provenienti dai programmi vaccinali pilota in atto in alcune Regioni;
- della vaccinazione antinfluenzale negli ultrasessantacinquenni.

1.7.3. Esposizione e valutazione critica dei fenomeni rappresentati dai dati

Un importante elemento di novità risiede nel nome, ovvero l'introduzione, nella denominazione del Piano del termine "prevenzione". In tale maniera, oltre a trattare le questioni relative al processo decisionale per l'introduzione di nuovi vaccini nel calendario, delle definizioni di obiettivi concreti e coerenti con le esperienze e gli impegni assunti a livello internazionale, dell'individuazione delle strategie più appropriate per raggiungerli, si sono volute enfatizzare tutte le attività su cui è necessario impegnarsi per la prevenzione delle malattie infettive per le

quali si dispone di vaccini efficaci e sicuri, quali la sorveglianza epidemiologica e di laboratorio, il monitoraggio degli eventuali eventi avversi a vaccino e dei fallimenti vaccinali.

Il documento costituisce uno strumento tecnico di supporto operativo all'accordo tra Stato e Regioni sui LEA in tema di diritto alla prevenzione di malattie per le quali esistono vaccini efficaci e sicuri.

Sebbene gli obiettivi declinati nel Piano abbiano tutti uguale dignità, è possibile individuare alcune priorità, la cui urgenza è legata a impegni assunti a livello internazionale o ad aree di criticità rilevate in Italia. In particolare, è necessario: completare l'informatizzazione delle anagrafi vaccinali; implementare le strategie previste dal nuovo Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia 2010-2015, per raggiungere l'obiettivo di eliminazione; impegnarsi per il miglioramento delle coperture vaccinali anti-HPV, il cui obiettivo, alla luce dei risultati raggiunti non molto esaltanti, è stato rimodulato nel PNPV; individuare le strategie più efficaci per garantire la migliore protezione vaccinale dei soggetti a rischio, sulla base di specifiche indicazioni; migliorare la cultura vaccinale degli operatori sanitari, non solo per una più corretta ed efficace azione preventiva tra i loro assistiti, ma anche in quanto essi stessi target prioritario di interventi vaccinali mirati.

Poiché il mancato rispetto degli obiettivi da parte anche di una sola Regione può avere ripercussioni sulla salute complessiva della popolazione nazionale, è previsto che le Regioni dichiarate inadempienti, anche per un solo obiettivo vaccinale specifico, presentino, entro 90 giorni, un apposito Piano con la descrizione degli interventi che la Regione intende adottare per rispettare l'adempimento. Lo spirito del PNPV, così come gli interventi prioritari e le sfide future individuati, è coerente con la prospettiva adottata dall'UE sulle politiche vaccinali e confermata nel 2011. Considerando l'obiettivo generale concordato, per dare piena realizzazione al PNPV dovranno essere messe in atto numerose azioni, che vanno oltre la disponibilità e l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni previste nel nuovo calendario presso i servizi vaccinali dislocati sul territorio.

La fase di attuazione compete in larga parte alle Regioni e Province Autonome; il Ministero, confermando il diverso ruolo assunto nel mutato panorama politico, dovrà dare pieno supporto, affinché attraverso la concertazione con le Regioni, l'integrazione, il coordinamento e le sinergie con le altre parti del SSN e il dialogo con gli altri *stakeholders* siano possibili il superamento delle difficoltà incontrate nella realizzazione, la lotta alle diseguaglianze, l'individuazione di nuove strategie per contenere le spese, rendere i programmi in atto sostenibili, poter pensare, anche, alla futura introduzione di nuovi vaccini.

1.7.4. Il sistema di sorveglianza post-marketing dei vaccini in Italia

I vaccini sono disciplinati dalle stesse disposizioni che regolamentano gli altri farmaci e la loro sorveglianza post-marketing, con particolare riferimento agli eventi avversi dopo la vaccinazione, è incardinata nel sistema di farmacovigilanza nazionale.

La sorveglianza post-marketing in Italia è inserita nel contesto europeo e internazionale, pertanto tutti i problemi emergenti vengono condivisi, confrontati e discussi con le altre Autorità regolatorie.

L'Ufficio di Farmacovigilanza dell'AIFA effettua il continuo monitoraggio dei dati di sicurezza attraverso la valutazione delle segnalazioni spontanee, dei Rapporti Periodici di Sicurezza (PSUR), delle misure di follow-up e degli obblighi specifici imposti alle aziende (inclusi gli studi post-autorizzativi) e attraverso la partecipazione alle attività internazionali relative alla sicurezza dei vaccini.

Dopo la registrazione, e una volta che il vaccino è stato introdotto sul mercato, i principali obiettivi della sorveglianza post-marketing cui i medicinali sono sottoposti consistono principalmente in:

- identificazione di reazioni avverse non note e/o rare;
 - identificazione di cambiamenti di frequenza di reazioni avverse note;
 - identificazione di fattori di rischio per l'insorgenza di specifiche reazioni;
 - riconoscimento di associazioni causali;
 - quantificazione dei rischi;
 - adozione di misure di minimizzazione dei rischi;
 - comunicazione agli operatori sanitari e ai cittadini.
- I dati delle segnalazioni inserite nel database nazionale vengono analizzati periodicamente per identificare potenziali segnali su cui intervenire con azioni regolatorie nazionali o internazionali. Inoltre, i dati di sicurezza dei vaccini sono pubblicati sul sito web dell'AIFA per fornire una formazione di ritorno agli operatori sanitari.
- Eventuali potenziali segnali di allarme sono periodicamente monitorati da un gruppo di lavoro con competenze multidisciplinari, coordinato dall'AIFA, e che comprende referenti dei Centri Regionali di Farmacovigilanza, referenti indicati dalla Prevenzione/Sanità Pubblica Regionale, dall'ISS e dal Ministero della salute.
- Sono disponibili i Rapporti sulla sorveglianza post-marketing relativi agli anni 2009-2010, 2011 e 2012.
- Al 4 febbraio 2014 risultavano inserite in rete, nel biennio 2012-2013, 7.186 segnalazioni spontanee relative a vaccini (elaborazione per Classe ATC J07), la maggior parte delle quali (86,0%) si riferiva a reazioni non gravi.
- Rispetto alla tipologia di vaccino, in circa il 57,0% delle segnalazioni era coinvolto un vaccino virale, nel 38,0% un vaccino batterico e nel 34,5% un vaccino a componente mista batterica e virale, come presentato nella *Tabella 1.3* (da notare che la somma delle percentuali è superiore a 100 perché in una stessa segnalazione possono essere riportati come sospetti più vaccini).
- Le segnalazioni ricevute riguardano, come del resto è atteso, i vaccini maggiormente utilizzati e quindi quelli indicati per le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale e/o da specifiche campagne di vaccinazione. Nell'ambito dei vaccini virali, il maggiore numero di segnalazioni ha riguardato i vaccini coinvolti nelle campagne vaccinali in corso nel biennio e in particolare i vaccini contro il papilloma virus (1.731 segnalazioni), i vaccini contro il morbillo (1.397 segnalazioni) e i vaccini contro l'influenza (548). Per quanto riguarda i vaccini batterici maggiormente riportati, in

Tabella 1.3. Segnalazioni spontanee relative a vaccini inserite nella Rete di farmacovigilanza (Anni 2012-2013)

Classe terapeutica	Totale	%
J07B - Vaccini virali	4.067	56,60%
J07A - Vaccini batterici	2.728	38,00%
J07C - Vaccini batterici e virali in associazione	2.477	34,50%
Totale	7.186	100%

circa il 66,0% delle segnalazioni è coinvolto un vaccino antipneumococcico e nel 18,0% un vaccino contro il meningococco, mentre circa il 75,0% delle segnalazioni relative ai vaccini batterici e virali in associazione ha riguardato il vaccino esavalente (DTP, IPV, HBV, Hib), uno dei vaccini maggiormente utilizzati nei bambini per l'immunizzazione primaria contro difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B e malattie invasive da *Haemophilus influenzae* tipo B.

Bibliografia essenziale

Council of the European Union. Council conclusions on Childhood immunisation: successes and challenges of European childhood immunization and the way forward. Luxembourg, 6 giugno 2011. <http://>

www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/en/lsa/122391.pdf. Ultima consultazione: agosto 2014

Intesa Stato-Regioni del 22 febbraio 2012 “Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014”. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1721_allegato.pdf. Ultima consultazione: agosto 2014

Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente “Strategie per l’offerta attiva del vaccino contro l’infezione da HPV in Italia” del 20 dicembre 2007. www.stato-regioni.it/Documenti/DOC_016696_264%20csr.pdf. Ultima consultazione: agosto 2014

Ruocco G, Iannazzo S. Attuazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014. Ann Ig 2013; 25 (Suppl. 1): 59-66

1.8. Piani per la sicurezza sui luoghi di lavoro

1.8.1. Quadro programmatico e stato di attuazione

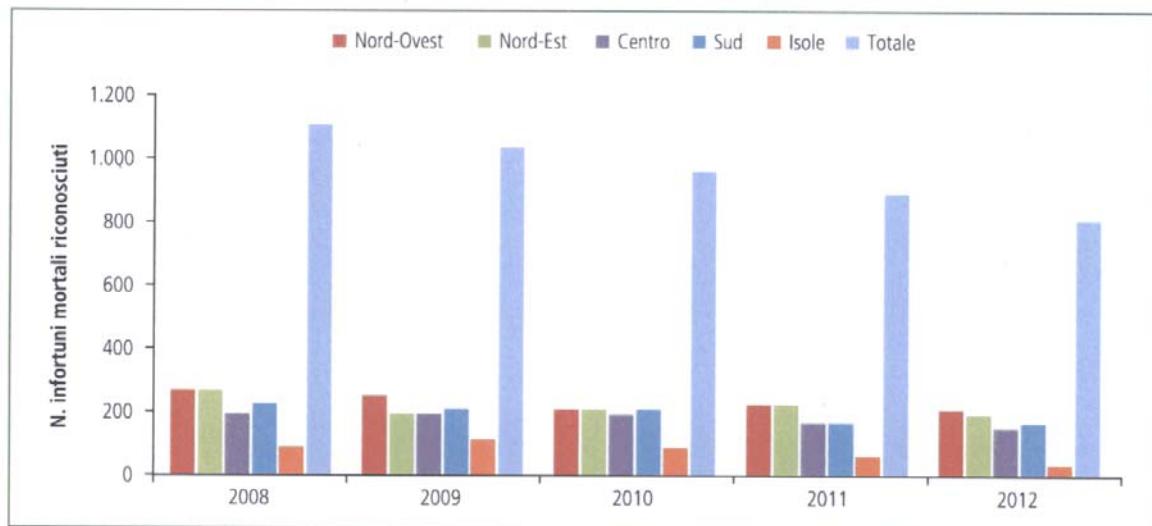
I dati sull’andamento infortunistico indicano che, sebbene costantemente in calo nel nostro Paese, gli infortuni continuano a rappresentare un pesante onere per l’entità dei costi sociali, economici, assicurativi e non assicurativi, quantizzabili nell’ordine di circa 51 miliardi di euro l’anno.

I settori a maggiore rischio di infortuni gravi e mortali risultano essere, in particolare, quello delle costruzioni e dell’agricoltura, in cui i fattori determinanti più frequenti e più gravi 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.

I dati contenuti nel documento annuale sulla situazione degli infortuni e malattie professionali redatto dall’INAIL per il 2012 forniscono la corretta fotografia del loro andamento e anche un indicatore adeguato per il controllo dell’appropriatezza delle strategie messe in atto. Dai dati 2012 viene confermata la tendenza alla diminuzione degli infortuni già presente negli ultimi anni (*Figura 1.7*); l’accelerazione di tale tendenza è stata sicuramente influenzata positivamente dall’attuazione del PNP che, per la parte riguardante la prevenzione degli infortuni, 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 fondamentalmente

Figura 1.7. Infortuni mortali riconosciuti (Anni 2008-2012).



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 diretrici operative: la prima è rappresentata dalla fissazione di precisi obiettivi numerici di controlli da effettuare suddivisi in ambito regionale e territoriale, assicurando il mantenimento di uno standard di qualificazione nelle attività di vigilanza; la seconda è costituita dall'attivazione della collaborazione con vari enti e istituti per la realizzazione di iniziative di promozione di tutela della salute e della sicurezza.

Tale impostazione ha consentito nel biennio una vigilanza il più possibile mirata ed effettuata in modo congiunto e coordinato con tutte le Amministrazioni ed enti titolari di funzioni di controllo (Vigili del Fuoco, Direzione Generale del Lavoro, INAIL, INPS), grazie al contributo operativo assicurato dai Comitati Regionali di Coordinamento ex art. 7 del D.Lgs. 81/2008.

Come elementi di valutazione dei risultati raggiunti possono essere utilizzati: il raggiungimento dei limiti fissati dai LEA, correlati agli obiettivi previsti dal PNP in agricoltura e dal PNP in edilizia, approvati dal Comitato ex art. 5 del D.Lgs. 81/2008; l'attivazione e l'avvenuta realizzazione di iniziative di formazione uniformi, per assicurare l'omogeneità degli interventi in ambito nazionale di prevenzione e vigilanza; lo sviluppo di sistemi di sorveglianza, basati sulle indagini svolte dagli operatori delle ASL, sugli infortuni mortali e sulle malattie professionali e sui lavoratori ex-esposti a cancerogeni.

1.8.2. Rappresentazione dei dati – Andamento infortunistico

Le denunce pervenute all'INAIL entro il 30 aprile 2013 relative a infortuni accaduti nel 2012 sono state 744.916; il dato registra una diminuzione dell'8,89% sul 2011 e del 23,0% sul 2008. Tra le denunce pervenute, quelle positivamente riconosciute dall'Istituto come casi di infortunio sul lavoro sono risultate 496.079, oltre 60.000 in meno rispetto alle 559.504 dell'anno precedente. Per quanto riguarda gli episodi mortali, le denunce pervenute entro la stessa data e relative al 2012 sono state 1.296 (-5,19% rispetto al 2011); 790 di queste sono state effettivamente accertate dall'INAIL come infortuni sul la-

voro, un decremento dell'8,78% rispetto agli 866 casi mortali dell'anno precedente.

Tale dato conferma un'ulteriore forte accentuazione del trend negativo in atto del numero degli infortuni compresi i casi con esiti mortali, che è da ricondurre anche all'attuazione degli specifici piani per la sicurezza nei luoghi di lavoro, rappresentati dal PNP per la sicurezza nei cantieri edili e dal PNP per la sicurezza in agricoltura.

1.8.3. Esposizione e valutazione critica dei dati

Inforni mortali denunciati. Nel settore dell'agricoltura, gli infortuni mortali denunciati nel 2012 sono stati 102 rispetto ai 111 denunciati sia nel 2010 sia nel 2011 (fonte: banca dati INAIL). La media sul triennio 2010-2012 è pari a 108, che, a confronto con la media del biennio 2008-2009 (pari a 126,5), implica una riduzione del 14,6%, sostanzialmente in linea con l'obiettivo generale di riduzione degli infortuni gravi e mortali del 15,0% stabilito nel PNP 2010-2012 nell'arco del triennio. Va tuttavia sottolineato che a livello regionale il dato si presenta molto variegato e alcune Regioni mostrano un trend degli infortuni mortali in agricoltura in aumento, calcolato sulla medesima base temporale (Toscana, Marche, Calabria e Sardegna). L'analisi per macroaree evidenzia che il fenomeno è in diminuzione nel Nord-Ovest e nel Nord-Est, in aumento al Centro, in diminuzione al Sud e stabile nelle Isole.

Nel settore delle costruzioni, gli infortuni mortali denunciati nel 2012 sono stati 67, a fronte dei 91 denunciati nel 2011 e dei 119 nel 2010 (fonte: banca dati INAIL). La media sul triennio 2010-2012 è pari a 92,3, che, a confronto con la media del biennio 2008-2009 (pari a 108), implica una riduzione del 14,5%, anche in questo caso in linea con l'obiettivo generale di riduzione degli infortuni gravi e mortali del 15,0% stabilito nel PNP 2010-2012. Il dato a livello regionale presenta di nuovo alcune Regioni in controtendenza, nelle quali gli infortuni mortali denunciati nel settore delle costruzioni sono in aumento (Piemonte, Liguria, Calabria), calcolati sulla medesima base tem-

porale. L'analisi per macroaree evidenzia che il fenomeno è in aumento nel Nord-Ovest (si registra un trend negativo nel solo 2012), in diminuzione nel Nord-Est, stabile al Centro (deciso trend negativo nel solo 2012) e nel Sud e in diminuzione nelle Isole.

Ai fini di una corretta interpretazione del dato infortunistico grezzo, si deve inoltre tenere conto della riduzione del tasso di occupazione di circa il 2,1% su base nazionale, occorsa tra il biennio 2008-2009 e il triennio 2010-2012, e della riduzione delle ore lavorate per dipendente (-3,3 % nel settore delle costruzioni e -2,7 % per tutte le imprese con più di 10 addetti) sulla medesima base temporale (fonte: banca dati Istat). Questi fattori, prodotti dalla congiuntura economica, nel loro insieme sono responsabili di una frazione compresa tra circa un terzo e un quarto della riduzione osservata degli infortuni mortali denunciati, tenuto anche conto dell'andamento della forza lavoro su base nazionale (fonte: banca dati Istat).

Malattie professionali. È stato valutato l'andamento delle malattie professionali dal 2010 al 2012 in agricoltura soprattutto in concomitanza dell'entrata in vigore delle nuove tabelle; si osserva l'emersione delle malattie da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori, che nel triennio osservato mostrano, per quelle denunciate, un trend in aumento (1.506 nel 2010, 1.979 nel 2011 e 2.128 nel 2012), ma il numero delle non tabellate rimane sempre alto (3.998 nel 2012), e per le ernie discali il numero di denunce si mantiene nei 3 anni intorno a 1.100. Per le malattie dell'apparato respiratorio sono stati denunciati nel 2012 49 casi di asma bronchiale e 14 casi di alveolite allergica estrinseca. Non è a oggi possibile individuare un trend, a causa del breve periodo intercorso dall'emanazione delle nuove tabelle.

Nel comparto edilizia le principali problematiche correlate all'insorgenza di malattie professionali sono quelle dell'apparato respiratorio a causa dei seguenti fattori:

- l'esposizione del lavoratore a determinate condizioni climatiche negative;
- l'inalazione di polveri e/o sostanze chimiche dannose.

Il fattore climatico interessa i lavoratori sottoposti a frequenti sbalzi di temperatura, oppure costretti a lavorare in ambienti troppo freddi o troppo caldi, oppure costretti a operare costantemente all'aperto rimanendo esposti alle variazioni climatiche (umidità, calore, freddo ecc.). Anche in questo settore non è a oggi possibile individuare un trend, a causa del breve periodo intercorso dall'emanazione delle nuove tabelle.

Bibliografia essenziale

Decreto del Ministero del lavoro e della previdenza so-

ciale del 21 luglio 2008. Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura. GU n. 169 del 21 luglio 2008

INAIL. Relazione Annuale 2012 del Presidente Massimo De Felice. Piano Nazionale della Prevenzione. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1958&area=prevenzione&menu=piano. Ultima consultazione: agosto 2014

Piano Nazionale Prevenzione Agricoltura. www.regioni.it/upload/270110_agric_selvicolatura.pdf. Ultima consultazione: agosto 2014

Piano nazionale prevenzione edilizia. www.prevenzionecantieri.it. Ultima consultazione: agosto 2014

1.9. Nutrizione

1.9.1. Introduzione

Lo stato nutrizionale contribuisce alle condizioni di salute degli individui e una scorreretta alimentazione costituisce un importante fattore di rischio per numerose patologie cronico-degenerative non trasmissibili.

Nell'ambito delle attività di promozione delle sane abitudini di vita, in linea con le indicazioni europee e mondiali, diverse sono le attività che il Ministero della salute promuove in materia di alimentazione e nutrizione.

1.9.2. Allattamento materno

Le iniziative realizzate nel biennio 2012-2013, rivolte alle diverse fasce di età e alle differenti categorie di consumatori, hanno visto in prima linea la promozione dell'allattamento al seno e la realizzazione delle linee di indirizzo nazionale per l'organizzazione e la gestione delle Banche del Latte Umano Donato.

Il latte materno è un sistema biologico e rappresenta l'unico alimento veramente adeguato ai fabbisogni nutrizionali dei neonati e lattanti. Le linee di indirizzo sono state sviluppate proprio per sostenere i neonati che, per specifiche necessità, non possono essere alimentati al seno. .

Il documento, realizzato in accordo con le Regioni, si rivolge a tutti gli operatori coin-

volti nel percorso nascita con l'obiettivo di orientare le iniziative regionali per la costituzione e l'organizzazione di una Banca del Latte Umano Donato.

Le Banche del Latte offrono un servizio finalizzato a raccogliere e distribuire, in totale sicurezza e gratuità, il latte umano da donatrici per soddisfare le necessità di neonati, per lo più pretermine, che per brevi periodi non possono essere alimentati al seno, per bambini con diarrea intrattabile o affetti dalla sindrome dell'intestino corto.

Si prevede di monitorare l'efficacia di questa iniziativa individuando i requisiti essenziali del servizio e gli indicatori di qualità e di efficienza per verificare l'effettivo funzionamento e la conseguente ricaduta sulla popolazione.

Inoltre, il Ministero della salute, attraverso un Tavolo tecnico *ad hoc*, sta implementando un sistema di monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno nel primo anno di vita.

Infine, si rammenta che l'art. 9 del D.Lgs. 19 maggio 2011, n. 84, prevede l'istituzione di un fondo da destinarsi a iniziative di ricerca di informazione a favore della promozione dell'allattamento al seno, da finanziarsi con le maggiori entrate derivanti dalla disciplina prevista dallo stesso decreto, che sanziona violazioni delle norme del DM 9 aprile 2009, n. 82, in tema di alimenti per lattanti e alimenti di proseguimento destinati all'ambito europeo e dei

Paesi terzi. Nel periodo di riferimento è stata richiesta l'istituzione al Ministero dell'economia e delle finanze di un capitolo dedicato nello stato di previsione dell'entrata del bilancio dello Stato.

1.9.3. Iodoprofilassi

La carenza nutrizionale di iodio rappresenta ancora oggi un serio problema di salute pubblica globale e la promozione dell'utilizzo del sale iodato al posto del sale normale è una delle strategie di sanità pubblica del nostro Paese. Dal 2005, inoltre, è in vigore la legge n. 55 del 21 marzo 2005 recante "Disposizioni finalizzate alla prevenzione del gozzo endemico e di altre patologie da carenza iodica", che prevede la vendita obbligatoria del sale iodato in tutti i punti vendita, con la possibilità di acquisto del sale non iodato solo su richiesta, nonché l'utilizzo del sale iodato presso la ristorazione collettiva e nell'industria alimentare.

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. Si stima, infatti, che circa il 29% della popolazione mondiale sia ancora esposto alla iodocarenza. Solo in Europa oltre 400 milioni di individui, di cui 42 milioni bambini, sono esposti al rischio di disordini da carenza iodica. In Italia il gozzo colpisce oltre il 10% della popolazione e l'incidenza di ipotiroidismo congenito, di cui alcune forme sono strettamente legate alla carenza nutrizionale di iodio, è ancora molto alta (1:2.400 nati vivi; dati del Registro Nazionale degli Ipotiroidei Congeniti).

Dal 2009 è attivo, presso l'ISS, l'Osservatorio Nazionale per il Monitoraggio della Iodoprofilassi in Italia (OSNAMI), che valuta periodicamente l'efficienza e l'efficacia del programma nazionale di prevenzione sulla base di indicatori specifici suggeriti dall'OMS.

Dai dati di monitoraggio finora elaborati dall'OSNAMI è emerso che, sebbene la percentuale di vendita di sale iodato nel nostro Paese abbia subito un notevole incremento, passando dal 27% nel 2003 al 55% del 2013, c'è ancora una larga parte della popolazione che non lo utilizza.

La determinazione della ioduria, effettuata su campioni estemporanei di urine di 4.000 bambini in età scolare reclutati tra il 2011 e il 2013 in 11 Regioni italiane, ha mostrato in tutte le Regioni valutate valori mediani ancora al di sotto del valore soglia di 100 µg/L (Regioni del Centro-Nord 98 µg/L e Regioni del Sud-Isole 78 µg/L). Negli stessi bambini la valutazione del gozzo, effettuata con ecografia tiroidea, ha mostrato, in tutte le Regioni esaminate, una frequenza più elevata rispetto al valore soglia di 4,9% (Regioni del Centro-Nord 4,0-10,0% e Regioni del Sud-Isole 10,0-15,0%).

Riassumendo, i dati di monitoraggio, pur evidenziando un miglioramento dell'assunzione di iodio a livello di popolazione rispetto al passato, confermano una persistente condizione di iodocarenza nel nostro Paese che, seppure non severa, determina ancora un'alta frequenza di gozzo e di altri disordini correlati. È quindi importante tenere alta l'attenzione della popolazione e degli operatori del SSN su questa tematica di salute pubblica, affinché la iodoprofilassi possa avere successo. Al fine di sensibilizzare anche gli operatori del settore alimentare sulla problematica, è stata inserita nel disegno di legge proposto dal Ministro della salute la modifica della legge n. 55/2005 che introduce la disciplina sanzionatoria alla violazione degli obblighi previsti dalla legge. Il testo è a oggi sui tavoli delle Commissioni Parlamentari competenti per le opportune valutazioni.

1.9.4. Celiachia

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.

Data la diffusione di questa condizione, dal 2005 una legge dello Stato (n. 123/2005) prevede che le mense scolastiche, ospedaliere e quelle annesse alle pubbliche amministrazioni debbano garantire il pasto senza glutine ai soggetti celiaci che lo richiedono. Nell'ambito della medesima ristorazione, inoltre, è prevista la formazione obbligatoria in materia di celiachia per il personale coinvolto nella preparazione e nella somministrazione degli alimenti.

Sia per la somministrazione dei pasti senza glutine nelle mense, sia per le attività di formazione e aggiornamento professionale degli Operatori del Settore Alimentare, è previsto uno stanziamento annuale di fondi alle Regioni per ottemperare a tali impegni.

Nel 2013, sulla base dei dati comunicati dalle Regioni, sono stati stanziati 1.024.371,65 euro per la garanzia dei pasti e 44.156,73 euro per la formazione. Per gli stessi scopi, nel 2012 sono stati stanziati, invece, rispettivamente 1.533.138,24 euro e 41.751,98 euro.

Per contrastare la celiachia, a oggi, l'unico strumento disponibile è la stretta osservanza di una dieta senza glutine. Gli alimenti sostitutivi degli alimenti a base di cereali contenenti glutine hanno contribuito a un miglioramento della qualità di vita del celiaco, che oggi dispone di una grande varietà di prodotti supplementivi erogabili gratuitamente a carico del SSN. È importante ricordare che è fondamentale alternare gli alimenti "senza glutine" con quelli naturalmente privi di glutine, in modo da assicurare il giusto apporto quotidiano di carboidrati, oltre che di vitamine e oligoelementi, senza incorrere in squilibri nutrizionali che a lungo termine possono causare incrementi ponderali eccessivi o alterazione dei valori ematici lipidici e glucidici.

Questo permette al celiaco di seguire un'alimentazione varia, equilibrata e assimilabile a una dieta classica.

Da una stima effettuata sulla base dei dati pervenuti risulta che nel 2012 sono stati erogati circa 196.049.064,00 euro per garantire gli alimenti senza glutine. Il contributo annuale totale spalmato sulle varie fasce di età e sul sesso di appartenenza è stato così distribuito: 29.160,00 euro per la fascia di età compresa tra 6 mesi e 1 anno, 1.211.976,00 euro per la fascia di età fino ai 3,5 anni, 19.677.960,00 euro per la fascia di età fino ai 10 anni e 175.129.968,00 euro per l'età adulta; per quest'ultima fascia, considerando le proporzioni tra maschi e femmine il contributo è stato distribuito per 102.590.928,00 euro alla popolazione femminile e per i restanti 72.539.040,00 euro alla popolazione maschile. Le innovazioni introdotte dalla normativa europea sui prodotti senza glutine prevedono che gli alimenti dietetici senza glutine diventino alimenti di consumo corrente, ma in

etichetta potranno vantare l'indicazione nutrizionale "espressamente formulati per i celiaci" e potranno continuare a differenziarsi da quelli per i quali l'indicazione "senza glutine" viene riportata solo come informazione accessoria. La sensibilità, le attività e l'impegno del Ministero della salute in materia di celiachia sono riassunti nella Relazione annuale al Parlamento. Tale documento è realizzato per sintetizzare e diffondere le novità scientifiche a livello nazionale e internazionale in tema di diagnosi, fare un'analisi della situazione epidemiologica nazionale e fornire l'elenco dei centri specializzati a cui rivolgersi per effettuare una diagnosi di celiachia. Dall'ultima Relazione risulta che in Italia il numero dei soggetti affetti da celiachia effettivamente diagnosticati è pari a 148.662, di cui 44.253 di sesso maschile e 104.334 di sesso femmine, con una stima di circa 12.862 nuove diagnosi rispetto all'anno precedente.

Rispetto al totale, 69.042 celiaci risiedono nelle Regioni del Nord, 31.821 risiedono nelle Regioni del Centro, 30.186 risiedono nelle Regioni del Sud, mentre 17.613 risiedono nelle Isole. Le Regioni che ospitano più celiaci risultano la Lombardia, il Lazio e la Campania, registrando rispettivamente il 17,0%, il 9,9% e il 9,6%.

Se la prevalenza della celiachia a livello mondiale è stimata intorno all'1%, quella calcolata in Italia si aggira mediamente intorno allo 0,25%. La prevalenza più bassa è stata registrata in Basilicata, con lo 0,13%, seguita da Marche e Veneto a pari merito con lo 0,18%. Le Regioni in cui, invece, si è registrata la prevalenza maggiore sono la Toscana e la Sardegna, con lo 0,31%. I dati della prevalenza sono stati calcolati anche in base al sesso e dall'analisi è risultato che la prevalenza nei maschi risulta mediamente dello 0,15%, mentre sale mediamente allo 0,34% nelle femmine.

Nel 2012 sono state censite sul territorio nazionale 39.184 mense che erogano pasti senza glutine, di cui 28.951 scolastiche, 3.823 ospedaliere e 6.410 annesse alle strutture pubbliche. Le Regioni con il più alto numero di mense sono risultate la Lombardia con 6.087, il Piemonte con 5.065 e il Veneto con 4.531. Per consentire ai soggetti celiaci di consumare un pasto sicuro fuori casa, sem-

pre nel 2012 sono stati attivati 882 corsi di formazione che hanno visto protagonisti ben 18.373 operatori del settore alimentare, numeri importanti se si considera il ruolo che questi operatori hanno nella gestione di un rischio come la contaminazione con il glutine dei cibi. Le Regioni più attive sulla formazione sono state Abruzzo e Piemonte, sia per il numero di corsi attivati sia per il numero di partecipanti coinvolti.

Bibliografia essenziale

De Stefano S, Silano M. Relazione annuale al Parlamento

sulla celiachia anno 2011. Ministero della salute, 2012

De Stefano S, Silano M. Relazione annuale al Parlamento sulla celiachia anno 2012. Ministero della salute, 2013

“Linee di indirizzo nazionale per l’organizzazione e la gestione delle Banche del latte umano donato nell’ambito della protezione, promozione e sostegno dell’allattamento al seno” – 2013. GU n. 32 dell’8 febbraio 2014

Pearce EN, Andersson M, Zimmermann MB. Global iodine nutrition: where do we stand in 2013? Thyroid 2013; 23: 523-8

1.10. Alimentazione particolare

In materia di alimentazione particolare, il Ministero della salute svolge attività diretta di verifica e di controllo.

Infatti, l’immissione in commercio di:

- alcuni alimenti destinati a un’alimentazione particolare (PARNUTS) o dietetici, come i prodotti per sportivi, quelli a fini medici speciali, i senza glutine (ex Direttiva 2009/39 e Regolamento 41/2009), i sali iposodici, gli alimenti a ridotto contenuto di lattosio
- le formule destinate all’alimentazione esclusiva del lattante fino ai 6 mesi di età (ex DM 82/2009 di recepimento della Direttiva 141/2006)

è subordinata alla procedura di notifica, che consiste nella trasmissione al Ministero da parte dell’operatore del settore alimentare (OSA) di un modello di etichetta del prodotto contestualmente alla sua immissione sul mercato.

La ricezione dell’etichetta consente, all’interno delle attività di controllo ufficiale, di accertare la rispondenza alla normativa specifica di settore dei prodotti sopra indicati, con particolare riferimento all’adeguatezza dei costituenti, dei loro apporti e delle proprietà rivendicate in etichetta.

Negli anni 2012-2013 sono pervenute circa 2.500 nuove notifiche e 643 istanze di riesame. La normativa relativa agli alimenti destinati a un’alimentazione particolare è stata oggetto di una profonda revisione a livello europeo, che è iniziata nel 2012 e ha portato

alla pubblicazione e all’adozione del nuovo regolamento (UE) 609/2013 sugli alimenti per gruppi specifici (FSG). Tale regolamento abrogherà, a partire dal luglio 2016, il settore dei PARNUTS e quindi il concetto di alimento dietetico, per includere nel suo campo di applicazione 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.

Le disposizioni relative agli attuali PARNUTS o dietetici esclusi dal Regolamento (UE) 609/2013 verranno riprese all’interno delle norme di etichettatura generale [Regolamento (UE) 1169/2011] o di quelle relative ai *claims* attribuibili agli alimenti [Regolamento (CE) 1924/2006].

Il Ministero ha partecipato attivamente ai lavori che hanno portato alla definizione del testo del Regolamento citato. Garantisce, inoltre, la propria partecipazione ai lavori relativi alle norme specifiche correlate al Regolamento (UE) 609/2013 iniziati nel 2013 e che si concluderanno presumibilmente verso la fine del 2014 o l’inizio del 2015.

A partire dal 2013, sul sito web si effettua l’aggiornamento 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 per la formazione del personale preposto ai controlli ufficiali sono stati organizzati, nel biennio 2012-2013, tre corsi di formazione nelle materie relative agli alimenti destinati alla prima infanzia, cui han-

no partecipato in totale 155 unità di personale. Nell'ottica della semplificazione e per garantire una costante e opportuna informazione al pubblico, è continuamente aggiornata l'area dedicata ai prodotti in questione sul sito web.

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

1.11.1. Indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi

Il profilo epidemiologico della popolazione immigrata descrive un quadro ancora relativamente favorevole in cui, in genere, vengono espressi minori bisogni di salute rispetto alla popolazione italiana, anche per difficoltà nell'espressione della domanda di assistenza (barriere culturali e materiali nell'accesso ai servizi). Come per gli italiani, anche tra gli stranieri si trovano condizioni di salute meno favorevoli nelle persone con *status* sociale più basso.

Per assicurare la promozione e la tutela della salute della popolazione immigrata e per adeguare l'offerta di servizi alla domanda di salute di questi gruppi di popolazione è necessaria un'analisi approfondita dei bisogni specifici e il monitoraggio degli stessi.

Il Ministero della salute, in collaborazione con l'Istat, ha realizzato – nell'ambito dell'indagine multiscopo sulle famiglie – una rilevazione sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari degli stranieri residenti in Italia. Il report Istat, pubblicato il 30 gennaio 2014, "Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari", è molto utile per favorire le conoscenze, fino a oggi frammentate e di difficile analisi, su aspetti di fondamentale importanza quali: il legame tra condizioni di salute, stili e qualità della vita degli immigrati; l'accesso alle cure e ai servizi sociosanitari; le differenze rispetto alla popolazione residente italiana; le difficoltà incontrate dagli stranieri residenti nel rapporto con i servizi sanitari.

Dall'indagine emerge che tra i cittadini stranieri prevale una percezione positiva del pro-

prio stato di salute, più che tra gli italiani. Per l'87,5% le proprie condizioni di salute sono buone o molto buone a fronte dell'83,5% degli italiani. A sentirsi in buona salute tra i cittadini dei Paesi UE sono soprattutto i polacchi (88,4%) e, tra i non comunitari, i cinesi (90,2%), i filippini (90,2%) e gli indiani (88,8%). In fondo alla classifica si trovano gli ucraini (85,8%) e i marocchini (85,2%). Questa, come altre attività di analisi, permette di fornire indicazioni per indirizzare correttamente specifici e ulteriori interventi di prevenzione.

A tale proposito il Ministero della salute sta partecipando al Progetto europeo EQUI-Health, coordinato dall'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM), con l'obiettivo di promuovere la salute delle popolazioni migranti vulnerabili, quali richiedenti asilo e irregolari, nonché popolazione Rom e minoranze etniche. In particolare, esso prevede la promozione dell'integrazione sociosanitaria per i migranti giunti nei Paesi membri del Mediterraneo (Italia, Malta, Spagna, Grecia, Croazia) anche attraverso l'analisi sulle condizioni di rischio di salute e sulle relative buone pratiche esistenti per rispondere alle istanze dei migranti che vengono accolti nel Mediterraneo. È stato avviato un dialogo multisettoriale a livello nazionale e regionale tra le Istituzioni e la società civile sui meccanismi di coordinamento nazionale. Punto di attenzione specifico è la formazione per gli operatori sanitari finalizzata anche al superamento delle barriere interculturali che condizionano fortemente l'efficacia e l'efficienza dei servizi sanitari per la popolazione migrante.

Nell'ambito della Strategia Nazionale d'inclusione dei Rom, dei Sinti e dei Caminanti (RSC),

predisposta in attuazione della Comunicazione n. 173/2011 della Commissione Europea, è stato costituito un apposito Tavolo per l'asse “Salute”. Il Tavolo Nazionale Salute deve definire, nell'ambito dei piani locali di inclusione dei RSC e sulla base delle sperimentazioni e delle progettualità svolte e di quelle in atto, linee d'indirizzo e azioni su quattro aree principali: accesso ai servizi sanitari e sociosanitari; prevenzione sanitaria, soprattutto in tema di salute riproduttiva e materno-infantile, vaccinazioni, salute nutrizionale, salute degli ambienti di vita; diagnosi e cura; formazione degli operatori. Nel quadro delle azioni per l'attuazione di tale strategia nazionale, l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) ha avviato il progetto TroVARSI, finanziato dal Ministero della salute e condotto in collaborazione con le Regioni Lombardia, Emilia Romagna, Sicilia, Campania e con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS) allo scopo di promuovere la salute materno-infantile dei RSC anche attraverso applicativi innovativi condivisi con le ASL per il completamento dei cicli vaccinali obbligatori e consigliati.

Il Ministero della salute ha anche avviato diversi progetti CCM di ricerca operativa, sviluppati secondo le indicazioni della programmazione sanitaria nazionale, per migliorare l'accessibilità dei servizi e la fruibilità della prestazione da parte della popolazione immigrata.

Il progetto “La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei SSR” in collaborazione con AgeNaS, recentemente concluso, ha elaborato un sistema per la lettura e per il monitoraggio del profilo di salute della popolazione immigrata e per la valutazione macroeconomica da parte dei SSR e del livello centrale.

Il progetto sulla “prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) tra le donne straniere” in collaborazione con la Regione Toscana ha permesso di realizzare iniziative e materiali per la formazione degli operatori sociosanitari per un approccio interculturale per la tutela della salute sessuale e riproduttiva delle donne straniere, migliorando l'organizzazione dei servizi per favorire l'accesso di questa utenza e il loro coinvol-

gimento attivo per la prevenzione dell'IVG. Il Tavolo Interregionale Immigrati istituito nel 2008, nell'ambito del progetto CCM “Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia”, presso il Coordinamento Interregionale in Sanità della Conferenza Stato-Regioni, ha rappresentato un momento di confronto e collaborazione tra le Regioni, le Province Autonome e il Ministero della salute sui temi della salute degli immigrati e dell'assistenza sanitaria. Il Tavolo ha elaborato le “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome” di cui all'Accordo del 20 dicembre 2012.

1.11.2. Le attività dell'INMP

Una delle sfide della sanità pubblica riguarda la necessità di raggiungere, attraverso specifici percorsi di inclusione e di promozione della salute, quella parte di popolazione che si trova a vivere ai margini del sistema sociale e sanitario. L'INMP raccoglie tale sfida attraverso la progettazione, la validazione e la condivisione di metodologie innovative di intervento, mirate a promuovere la salute e il benessere di gruppi di popolazione svantaggiata, inclusa la popolazione migrante. La transdisciplinarietà del setting di professionisti che operano all'INMP è il punto fondante dall'azione quotidiana dell'Istituto e ciascun professionista si mette in gioco per il recupero dell'*unicum* della persona portatrice d'istanze di salute soggettive da decodificare. Approccio reso possibile nell'attività ambulatoriale, così come in specifici progetti, anche grazie a uno staff di mediatori transculturali di diverse nazionalità che svolgono un'importante funzione di “interpretariato sociale”. L'indagine multidimensionale dello stato di salute della persona che si rivolge all'Istituto favorisce un'analisi olistica e puntuale dei problemi portati dai pazienti italiani e immigrati, e, conseguentemente, attività di promozione della salute *ad hoc*. Il punto nodale è assicurare una visione unitaria, comuni obiettivi e un costante interscambio tra medici, infermieri, antropologi, biologi, psicologi, media-

tori transculturali, operatori di *front-office* e personale amministrativo. Una visione armonica che mette al centro di ogni singola attività, sia di assistenza sia di ricerca, la persona con i suoi bisogni di salute: migranti regolari e irregolari, rifugiati e richiedenti protezione internazionale, persone senza dimora, vittime della tratta e della prostituzione, minori non accompagnati, donne con mutilazioni genitali, vittime di tortura, persone private della libertà personale, ma anche soggetti pubblici e privati chiamati quotidianamente a rispondere ai bisogni di salute delle popolazioni vulnerabili. Dal 2011, l'INMP assicura assistenza clinica alle fasce più deboli della popolazione anche attraverso progetti di clinica sociale che prevedono la fornitura di dispositivi medici gratuiti in ambito odontoiatrico, oculistico, di ginecologia, infettivologia pediatrica, epatologia, laserterapia, malattie sessualmente trasmissibili, gastroenterologia e salute materno-infantile per persone in comprovato stato di bisogno e deprivazione sociale. Dal 2013 l'Istituto persegue la sua *mission* anche grazie all'impiego di un ambulatorio mobile – donato dalla Fondazione BNL – attrezzato per consulenze e visite specialistiche. Il camper opera in alcuni quartieri di Roma per andare incontro alle persone e al loro bisogno di salute: attraverso un'offerta di percorsi di promozione della salute e di prestazioni cliniche, l'Istituto offre l'opportunità di visite gratuite, dedicate alle persone in difficoltà. Le attività proseguiranno anche nel corso del 2014. Coerentemente con la *mission* e con gli obiettivi strategici dell'Istituto, che prevedono, tra l'altro, lo sviluppo di iniziative volte a migliorare la qualità e l'accessibilità delle cure sanitarie per tali fasce della popolazione, sono stati elaborati e attuati programmi di formazione specialistica multidisciplinare volti alla sensibilizzazione e alla formazione degli operatori sociosanitari sul modello di cura dell'INMP, basato su un approccio transculturale e orientato alla persona.

Inoltre, la legge costitutiva dell'Istituto (decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189) assegna all'INMP il ruolo di centro nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario. A tale

scopo l'INMP ha attivato un percorso per la definizione del curriculum formativo del mediatore transculturale in campo sanitario, per le finalità del suo successivo riconoscimento dal SSN.

Infine, il piano di sviluppo triennale, recentemente approvato in Conferenza Stato-Regioni, prevede:

- la costituzione di un osservatorio epidemiologico, quale sede permanente in cui si identificano i problemi prioritari di qualità della prevenzione e dell'assistenza, si suggeriscono ai decisori politici le azioni da intraprendere e si valutano i risultati delle politiche adottate;
- la strutturazione della rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo sociosanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, definendo efficaci formule di cooperazione, conoscenza, comunicazione e comunità per gli *stakeholders*.

1.11.3. I risultati di un progetto operativo dell'ISS nel campo delle malattie infettive

L'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione collocata all'interno del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate dell'ISS coordina dal 1997 l'*Italian National Focal Point Infectious and 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 dell'attività di ricerca è stato condotto il Progetto "Applicazione del Modello Operativo per favorire interventi di prevenzione dell'infezione da HIV e della Tubercolosi in fasce di popolazioni migranti", promosso e finanziato dal Ministero della salute. Finalità principale del progetto è stata sperimentare sul campo l'applicabilità di un protocollo e di una sequenza di procedure comunicativo-relazionali volte a favorire interventi di prevenzione dell'infezione da HIV e della tubercolosi in fasce di popolazioni migranti. Si tratta di un modello

di riferimento per gli operatori del settore, in quanto fornisce loro un aiuto nel processo di preparazione del setting interno ed esterno, nonché nelle diverse fasi di accoglienza, comunicazione della diagnosi, presa in carico e concordanza del processo terapeutico. Infatti, per ogni fase vengono definite le procedure (azioni) replicabili, ma al tempo stesso adattabili ogni volta alla singola persona, alla sua storia, al contesto socioculturale di appartenenza, alla sua specifica situazione e all'intervento sanitario richiesto.

Attraverso il progetto è stata anche realizzata un'indagine mirata a identificare le caratteristiche sociodemografiche e comportamentali delle persone migranti afferenti ad alcuni centri clinici di Roma e Latina.

Nel periodo in studio (dicembre 2012-febbraio 2013) sono stati arruolati 211 soggetti. Dall'analisi dei dati emerge che il 43,8% del campione è di sesso maschile, il 35,5% di sesso femminile, nel 17,1% si tratta di persone che hanno dichiarato di essere transessuali. In oltre il 50% dei casi i soggetti rispondenti hanno un'età tra i 20 e i 49 anni. Il principale continente di provenienza risulta l'America (37,4%), seguita dall'Asia (24,2%) e dall'UE (15,6%). In percentuali minori i soggetti intervistati provengono dall'Africa (13,7%) e dall'Europa non UE (9,0%). Il 52,6% dei soggetti dichiara di essere celibe/nubile. Per il 74,4% si tratta di persone che hanno conseguito un diploma di scuola superiore o una laurea, tuttavia dai dati si evince che la percentuale di occupati è pari a circa la metà dei rispondenti (54,0%) e, tra questi, risulta che il 68,6% non ha un regolare contratto di lavoro. Il 21,3% dei soggetti arruolati si prostituisce. L'analisi del profilo socioanagrafico del campione in studio sembra far emergere aspetti di vulnerabilità e precarietà (inoccupazione, assenza del permesso di soggiorno, prostituzione) che, in relazione alla giovane età e all'assenza di relazioni affettive stabili, potrebbero favorire condizioni di rischio per la salute della persona migrante, in particolar modo per quanto riguarda l'HIV. Infatti, il campione esaminato ha una bassa percezione del rischio (il 51,2% non ha mai effettuato un test dopo l'arrivo in Italia) e un'alta propensione ad assumere comportamenti nell'area sessuale che

potrebbero favorire la trasmissione dell'HIV e delle infezioni sessualmente trasmesse (IST) [il 40,0% degli intervistati ha avuto rapporti non protetti dal preservativo negli ultimi 6 mesi; il 25,1% ha contratto almeno una volta un'IST]. Sembrebbero limitati, invece, i rischi legati alla trasmissione di patologie infettive come la tubercolosi.

I risultati ottenuti, sebbene non generalizzabili alla popolazione immigrata presente in Italia, inducono a riflettere sulla necessità di un'attenta programmazione, a livello nazionale e regionale, di interventi mirati a facilitare la popolazione immigrata nell'accesso ai servizi pubblici di diagnosi e cura, nonché nell'effettiva fruibilità di esami diagnostici volti a rilevare in modo tempestivo l'eventuale presenza di patologie infettive. Inoltre, tale programmazione dovrebbe includere l'applicazione standardizzata di modelli operativi comunicativo-relazionali al fine di potenziare l'adesione della persona migrante ai programmi di prevenzione, diagnosi e cura disponibili. Infine, è fondamentale che chi è direttamente o indirettamente coinvolto nel processo di cura conosca gli elementi fondamentali che in Italia garantiscono a tutti gli individui il diritto alla salute. Tale considerazione ha spinto un gruppo di ricercatori del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate dell'ISS ed esperti legali, in collaborazione con il Ministero della salute, a stilare la guida operativa *“L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative”*.

1.11.4. Migliorare l'accesso alle vaccinazioni nella popolazione migrante in Italia: le soluzioni dal territorio, lo strumento per il personale sanitario e gli opuscoli per i migranti

La tutela della salute in Italia è sancita dall'art. 32 della Costituzione: qualsiasi straniero presente può usufruire dei servizi sanitari pubblici sulla base della legge n. 40/1998 attuata con norme nazionali, regionali e locali. Nonostante questo, ostacoli nell'accesso della popolazione straniera ai servizi sanitari in generale sono stati più volte identificati: l'accesso ai servizi preventivi è particolarmente critico.

Un'indagine condotta dall'ISS-CNESPS nel 2011 ha individuato una molteplicità di iniziative locali e regionali volte a favorire l'accesso delle popolazioni migranti ai servizi vaccinali, evidenziando un quadro di forte mobilitazione sociosanitaria sul territorio. Su 21 azioni attuate in 10 Regioni sono state identificate tre categorie di intervento: a) 12 attività volte a migliorare l'accesso a servizi pubblici; b) 4 azioni *ad hoc* rivolte a popolazioni vulnerabili; c) 5 attività complementari finalizzate a "fare da ponte" tra utente e servizi pubblici. Tali iniziative sono state condivise durante il Convegno Settimana Europea delle Vaccinazioni 2013. Sulla base di questa analisi, e 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 (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS) che assistono migranti in Italia. Il libro tradotto e adattato al contesto italiano si prefigge di favorire il superamento degli ostacoli nell'accesso ai servizi vaccinali fornendo a professionisti sanitari "in prima linea", ma non necessariamente esperti di vaccinazioni, informazioni mirate sui bisogni vaccinali delle popolazioni migranti in Italia per favorire l'invio di soggetti non vaccinati presso i servizi vaccinali competenti. Lo strumento propone inoltre moduli che MMG/PLS possono utilizzare per la raccolta di informazioni sulla storia vaccinale dei loro pazienti e sui rischi legati al Paese di origine da conservare nei propri archivi e comunicare al medico del centro vaccinale. Parallelamente sono stati prodotti opuscoli informativi rivolti alle popolazioni migranti (disponibili in 11 lingue) con lo scopo di fornire informazioni e permettere una maggiore comprensione sull'utilità e sicurezza

delle vaccinazioni. Inoltre, essi forniscono riferimenti utili su come poter accedere ai servizi vaccinali e schede sulle quali poter annotare la propria storia vaccinale.

Bibliografia essenziale

Convegno Settimana Europea delle Vaccinazioni 2013.

Il punto sull'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita, la vaccinazione HPV e l'accesso alle vaccinazioni nelle popolazioni migranti Roma 16-17 aprile 2013. <http://www.epicentro.iss.it/formazione/appuntamenti/programmavacc4-2013.pdf>. Ultima consultazione: agosto 2014

Istat. Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari. <http://www.istat.it/it/archivio/110879>. Ultima consultazione: agosto 2014

Luzi AM, Pasqualino GM, Pugliese L, et al. L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative. Not Ist Super Sanità 2013; 26 (Suppl. 1)

Mirisola C (a cura di). Diritti e doveri tra salute e immigrazione. INMP, 2012

PROMOVAX. Do you know all about vaccine? (in inglese, albanese, arabo, bosniaco, bulgaro, cinese, nepalese, polacco, rumeno, russo, somalo e ucraino). <http://www.promovax.eu/index.php/promovax/toolkits/too2>. Ultima consultazione: agosto 2014

PROMOVAX. Modulo di Valutazione dei Bisogni di Immunizzazione e valutazione del Rischio di esposizione a malattie prevenibili da vaccino dei Migranti. http://www.promovax.eu/toolkits/HCW_italian_forms_web.pdf. Ultima consultazione: agosto 2014

PROMOVAX. Strumento per Professionisti Sanitari. http://www.promovax.eu/toolkits/HCW_italian_web.pdf. Ultima consultazione: agosto 2014

Riccardo F, Dente MG, Somaruga C, et al. Barriers to Health Care Services Among Migrants in Italy and Grass-Root Access-Enabling Initiatives. <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/pdf/post%20Italy%20Conf%20Milan%20June%202012-%20fin.pdf>. Ultima consultazione: agosto 2014

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

Nel 2012 e nel 2013, per il raggiungimento dell'obiettivo strategico concernente il conso-

lidamento dell'azione finalizzata alla tutela e alla promozione della salute umana, attraver-

so interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, è stato considerato un importante obiettivo operativo: l'attuazione dei regolamenti europei REACH e CLP per garantire l'impiego sicuro dei prodotti chimici. Il documento programmatico del Ministero della salute 2012 e 2013, nel contesto del quadro regolatorio europeo (REACH e CLP), è stato orientato principalmente alle seguenti aree tematiche:

- coordinamento dei controlli;
- valutazione del rischio delle sostanze chimiche anche in forma nanometrica;
- creazione cittadinanza attiva.

È opportuno premettere che a livello nazionale il Ministero della salute è l'Autorità competente per i due citati regolamenti. Principale elemento che ne contraddistingue le attività è la condivisione delle stesse con il Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, il Ministero dello sviluppo economico, il Ministero dell'economia e finanze, Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Europee, il Centro nazionale delle sostanze chimiche (CSC) dell'ISS, l'Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale (ISPRA) e i rappresentanti delle Regioni e Province Autonome. Fulcro di condivisione è il Comitato Tecnico di coordinamento di cui al DM 22 novembre 2007 (GU n. 12 del 15 gennaio 2008). In tale contesto di condivisione anche il Ministero dell'istruzione università e della ricerca e l'Agenzia nazionale per le nuove tecnologie, l'energia e lo sviluppo economico sostenibile (ENEA) offrono il loro prezioso contributo ai fini dell'attuazione del REACH e CLP. Inoltre, è opportuno sottolineare anche l'esistenza del tavolo di confronto con le associazioni di consumatori. I Ministeri e gli Enti citati hanno sviluppato anche altre iniziative diverse da quelle qui rappresentate.

Nel biennio 2012-2013 si è rafforzato il coordinamento delle attività di controllo sulla base dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 2009 (Rep. n. 181/CSR GU Serie Generale n. 285 del 7 dicembre 2009). In particolare, sono stati emanati due Piani Nazionali Controllo (PNC-2012 e PNC-2013) utili, tra l'altro, alla partecipazione attiva dell'Italia

ai progetti comunitari (*REACH en Force*) dell'*European Chemicals Agency* (ECHA).

La rafforzata attività di coordinamento in collaborazione con le Regioni ha portato un incremento del numero di controlli rispetto a quelli del 2011, che sono stati pari a 19, e a una maggiore partecipazione da parte delle autorità regionali preposte. Nella *Tabella 1.4* è riportato il riepilogo dei risultati dei controlli effettuati in conformità al PNC 2012 da 12 Regioni e 1 Provincia Autonoma, svolti in taluni casi insieme agli ispettori centrali.

Per quanto riguarda il PNC 2013, è in corso la raccolta dei dati che le Regioni e Province Autonome devono inviare all'AC entro il 31 marzo 2014 secondo quanto stabilito dall'Accordo 181/2009. Un dato parziale indica il coinvolgimento operativo di almeno 15 Regioni. È bene ricordare che a supporto delle imprese sono stati resi operativi due *helpdesks* nazionali, uno dei quali per il Regolamento REACH ([reach.sviluppoeconomico.gov.it/helpdesk](http://sviluppoeconomico.gov.it/helpdesk)), a cura del Ministero dello sviluppo economico, l'altro per il Regolamento CLP, a cura del CSC (<http://www.iss.it/hclp/>). In particolare, i due *helpdesk* rispondono a quesiti sulla corretta applicazione delle disposizioni previste dai Regolamenti e sugli obblighi che ne derivano. Nell'arco dei 2 anni sono stati gestiti 320 quesiti REACH e 258 quesiti CLP.

Nel corso del biennio, in coerenza con quanto richiesto dall'Accordo 181/2009, l'AC REACH ha condiviso con il CSC e con il Tavolo tecnico interregionale REACH l'avvio della strutturazione della rete nazionale dei laboratori in grado di offrire l'appropriata capacità analitica ai controlli di carattere documentale.

Tabella 1.4. Riepilogo dei risultati dei controlli effettuati in conformità al PNC 2012

	N.
Ispezioni totali	161
Sostanze e miscele controllate	5.044
Schede di dati di sicurezza di sostanze e miscele controllate	444
Non conformità rilevate	21
Sanzioni comminate	12

Fonte: *Special Eurobarometer 360/Wave 74.3 – TNS Opinion & Social. European Commission, maggio 2011.*