

Nel biennio è stato incentivato il superamento tradizionale della competenza territoriale prevedendo di garantire, anche attraverso centri di eccellenza, la qualità del dato, la dinamicità dell'offerta analitica e risparmi economici gestionali. Il documento "Protocollo tecnico nazionale per la rete dei laboratori e le attività di campionamento e analisi di sostanze, miscele e articoli" è stato proposto nelle sedi opportune con l'obiettivo di sancire un ulteriore Accordo tra il Governo e le Regioni.

Nel biennio 2012-2013 l'impegno italiano si è concretizzato anche con la partecipazione al piano comunitario di valutazione di determinate sostanze, denominato CORAP (*Community Rolling Action Plan*). In particolare, l'Italia contribuisce svolgendo la valutazione di 3 sostanze l'anno con il contributo del CSC e l'ISPRA svolge tale attività tecnico-scientifica. Per il CoRAP 2012 l'Italia ha avviato la valutazione del rischio delle seguenti sostanze: clorometano, decanolo e idrochinone; per il CoRAP 2013 le sostanze esaminate sono state: tert-butyl perbenzoate, octabenzone, diisodecylazelate. Tali attività di valutazione sono svolte in parallelo: 1) alle attività di predisposizione di dossier per la classificazione armonizzata (nel periodo di interesse è stata presentata una proposta di classificazione armonizzata per il metanolo e per il brodifacoum, avviata la revisione della classificazione di un colorante); 2) alle attività di sostegno alle decisioni che l'ECHA deve prendere in merito alla conformità dei dossier di registrazione delle sostanze inviate dalle imprese produttrici o importatrici e delle proposte di sperimentazione sugli animali vertebrati per colmare le lacune conoscitive tossicologiche ed ecotossicologiche delle sostanze; 3) alla selezione e predisposizione di dossier tecnico-scientifici per l'identificazione di sostanze estremamente preoccupanti (*substance very high concern*); 4) alla valutazione di 2 principi attivi biocida nei prodotti preservanti del legno (ADBAC avente n. CAS 68424-85-1 e DDAC avente n. CAS 7173-51-5) e un principio attivo biocida nei prodotti insetticida (triflumuron).

Il Ministero della salute si è impegnato nel 2012-2013 anche sul tema emergente dei nanomateriali, in particolare l'AC è coordinatore nazionale del progetto europeo *A common*

European approach to the regulatory testing of nanomaterials (NANOREG), finanziato dalla Commissione Europea nel contesto del 7º Programma Quadro per la ricerca. Obiettivo del progetto è integrare le attività di ricerca nel settore della valutazione del rischio dei nanomateriali con le azioni comunitarie che saranno condotte per adeguare la regolamentazione vigente in materia di prodotti chimici. I risultati del progetto saranno convogliati nei processi decisionali dei vari organismi preposti alla definizione di Linee guida per i test da condurre inserendo disposizioni specifiche per queste sostanze con caratteristiche intrinseche così peculiari, a garanzia di una corretta gestione delle stesse e della salvaguardia della salute umana e dell'ambiente. Le parti italiane coinvolte operativamente nella realizzazione del citato progetto sono: CNR, ENEA, Istituto Italiano di Tecnologia (IIT), INAIL, ISS, Veneto Nanotech, Università Tor Vergata, Università degli Studi di Torino.

Nella programmazione del Ministero della salute per garantire l'impiego sicuro dei prodotti chimici è contemplata la necessità di creare una cittadinanza attiva nel processo dell'ecosostenibilità dei *chemicals*. Tale impegno lungo e laborioso non può prescindere dal coinvolgimento della scuola. Nel biennio 2012-2013 sono proseguite attività di informazione nella scuola, anche promuovendo attività concorsuali per studenti e docenti. Altrettanto importante è l'attività mirata alla promozione della consapevolezza del diritto del cittadino di essere informato sulla presenza di sostanze definite "estremamente preoccupanti" nei manufatti di consumo quotidiano, in applicazione dell'art 33.2 del REACH. Cittadini più informati e consapevoli possono giocare un ruolo fondamentale a supporto dell'immissione sul mercato di prodotti chimici verso quelli più sicuri e contribuire alla riduzione di emergenze sanitarie che potrebbero derivare da esposizioni pericolose di tipo acuto e/o cronico.

Il Sistema informativo Nazionale per la Sorveglianza delle Esposizioni Pericolose e delle Intossicazioni (SIN-SEPI), inserito nel 2013 nel Programma Statistico Nazionale, garantisce una fonte di dati in continuo aggiornamento. Questa base informativa è utilizzata per la con-

duzione di sorveglianze mirate ad approfondire la pericolosità di prodotti commerciali/agenti specifici, con particolare riferimento ai prodotti di nuova immissione in commercio. Le osservazioni effettuate sotto sottoposte alle Autorità competenti per attività di revisione e valutazione della sicurezza dei prodotti in commercio e per la definizione di interventi di prevenzione e normativi. Attualmente, il database del SIN-SEPI contiene informazioni dettagliate su circa 210.000 casi di esposizione umana ad agenti chimici di uso non farmaceutico, rilevati nel periodo 2006-2013.

Tenendo conto delle attività svolte dal SIN-SEPI, nel 2013 l'Autorità competente REACH ha iniziato a considerare l'opportunità di rafforzare il suddetto flusso informativo per la gestione delle emergenze sanitarie che coinvolgono i prodotti chimici, anche in considerazione del fatto che le osservazioni effettuate dal SIN-SEPI sono utilizzabili per documentare le ricadute degli interventi effettuati.

Le attività fin qui descritte a sostegno dell'attuazione del documento programmatico del Ministero della salute si affiancano ad altre, quale quella svolta dal Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, che dal 2012 ha reso disponibile al pubblico il portale “REACH - Prodotti Chimici: informiamo i cittadini”, <http://www.reach.gov.it/>, attraverso il quale il Comitato tecnico di Coordinamento fornisce un'informazione puntuale, omogenea e dettagliata in materia di sostanze chimiche,

costituendo un'esperienza di coordinamento unica a livello europeo. Il portale è nato dall'esigenza di coordinare e rendere accessibili al pubblico le informazioni sulle attività del Comitato tecnico di Coordinamento.

Infine, a supportare l'impegno delle imprese a reperire informazioni da comunicare lungo la catena di approvvigionamento fino agli utilizzatori a valle e ai consumatori concorrono le attività di gestione e l'aggiornamento di banche dati, quali per esempio quelle del CSC-ISS (la Banca Dati sulla classificazione armonizzata delle sostanze, la Banca Dati sugli agenti cancerogeni – BDC, sugli agenti sensibilizzanti – BDS e sulle bonifiche) e del Ministero dell'ambiente (Banca dati delle sostanze vietate o in restrizione).

Bibliografia essenziale

- Davanzo F, Settimi L, Celentano A, et al. Esposizioni a miscele per sigarette elettroniche: una problematica emergente? Not Ist Super Sanità 2013; 26: ii-iv
- Davanzo F, Settimi L, Condò M, et al. Un cluster di intossicazioni da metanolo in Sicilia: descrizione dei casi e identificazione delle fonti di esposizione. Epidemiologia e Prevenzione 2009; 33: 104-12
- Davanzo F, Settimi L, Stefanelli P, et al. A case of contact dermatitis to dimethylfumarate in shoes identified in Italy. Ann Ist Super Sanità 2010; 46: 366-9
- Settimi L, Marcello I, Davanzo F, et al. GM. Update: hydrogen cyanamide-related illnesses. Italy, 2002-2004. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 2005; 54: 405-8

1.13. Piano Nazionale Amianto

1.13.1. Quadro d'insieme

Con il termine generico e commerciale di amianto si vuole indicare sei minerali naturali a morfologia fibrosa appartenenti alla classe mineralogica dei silicati che hanno avuto una rilevante importanza tecnologica e commerciale. La normativa italiana (art. 247 D.Lgs. 81/2008) considera e disciplina come amianto esclusivamente i silicati fibrosi appartenenti a due gruppi mineralogici principali, quello degli anfiboli e quello del serpentino. Le già sottili

fibre di amianto, quando disturbate meccanicamente, tendono a suddividersi longitudinalmente, generando così fibre ancora più sottili (“fibrille”) che possono essere inalate penetrando nell'apparato respiratorio e innescando così processi fibrotici (asbestosi) o neoplastici (mesotelioma, carcinoma polmonare). Oltre che a un'esposizione occupazionale, il rischio di mesotelioma è ormai certo anche a seguito di un'esposizione di tipo ambientale ad amianto sia esso di origine antropica (es. residenza nei pressi di industrie o di siti inquinati), sia di

origine naturale (in aree dove sono presenti affioramenti naturali di minerali asbestiformi di amianto e non). Complessivamente, in Italia, è possibile dimensionare il fenomeno dei decessi per malattie asbesto-correlate intorno ai 3.000 casi l'anno. Si tratta non solo di lavoratori, ma anche di persone che hanno abitato in siti contaminati (realtà tristi come Casale Monferrato, Biancavilla e altre ancora).

1.13.2. Interesse per la sanità pubblica

Recentemente sono stati pubblicati molti documenti sia italiani sia internazionali in merito alle problematiche dell'esposizione, della valutazione del rischio e delle patologie asbesto-correlate. Nella Seconda Conferenza Governativa Amianto (Venezia, 22-24 novembre 2012) sono state confrontate tutte le componenti interessate, insieme a giuristi, scienziati ed esperti epidemiologi e clinici, dell'Università e del SSN, per poter giungere a una proposta di piano operativo comprensivo delle linee d'azione per le diverse problematiche identificate (il Piano Nazionale Amianto). Gli effetti e i meccanismi d'azione delle fibre di amianto risultano essere ben conosciuti, ma restano ancora da approfondire aspetti rilevanti per la sanità pubblica e per la valutazione del rischio individuale, quali: la possibile riduzione del rischio di patologia neoplastica e in particolare di mesotelioma dopo la cessazione dell'esposizione lavorativa, con il trascorrere del tempo; l'entità del rischio di mesotelioma connesso all'esposizione non professionale e ambientale; la potenza cancerogena dei diversi tipi di fibre, in particolare per il mesotelioma; il rischio associato alle fibre non normate (ultracorte o ultrasottili), ai materiali fibrosi sostitutivi dell'amianto, ai nanotubi e ad altre eventuali fibre naturali asbestiformi; i possibili modificatori individuali del rischio di malattia; le metodologie più efficaci per la sorveglianza sanitaria ed epidemiologica; la formulazione e la trasmissione di idonei e corretti messaggi di prevenzione ai soggetti e alle popolazioni che possono trovarsi in condizioni di rischio. Purtroppo le possibilità terapeutiche e di diagnosi precoce delle patologie neoplastiche da

amianto sono oggi insoddisfacenti, in Italia come negli altri Paesi. Uno screening oncologico rivolto a soggetti asintomatici è oggi proponibile eventualmente come progetto di ricerca soltanto per il cancro del polmone. Per i mesoteliomi, la ricerca va ancora indirizzata verso il riconoscimento di adeguati test diagnostici da potere considerare come indicatori della presenza di malattia in fase asintomatica. Relativamente alla terapia, esistono limitate possibilità di intervento terapeutico per il tumore polmonare, mentre sono estremamente insoddisfacenti per il mesotelioma. Peraltro, vi è speranza che un impulso alla ricerca scientifica sul mesotelioma maligno e una più efficiente organizzazione in rete dei centri specializzati nella diagnosi e nella cura di questa patologia possano portare a significativi sviluppi anche per questo tumore.

1.13.3. Il Piano Nazionale Amianto e i progetti sostenuti dal Ministero della salute

Il Piano Nazionale Amianto contiene la descrizione degli obiettivi e delle principali linee di attività che guideranno l'azione di tutti i soggetti coinvolti nella gestione della materia nei prossimi anni.

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

Il Ministero della salute ha previsto una serie di interventi a sostegno delle iniziative enunciate nell'ambito della macroarea salute che trovano concretezza nelle seguenti azioni:

- utilizzo del Fondo sanitario pubblico destinato alle Regioni, che riguarda aspetti di assistenza e non di ricerca, per la realizza-

zione degli obiettivi, di carattere prioritario e di rilievo nazionale (linea progettuale dedicata alla “Sorveglianza epidemiologica e presa in carico delle patologie asbesto-correlate”, con risorse vincolate pari a 10 milioni di euro);

- programma di ricerca sanitaria attraverso fondi dedicati di Ricerca corrente e di Ricerca finalizzata (ripartizione dei finanziamenti iscritti annualmente nel bilancio del Ministero della salute alla Tabella C). Per la programmazione 2013 sono state approvate 18 linee progettuali, per un totale di 12.650.000,00 euro, da cui verranno estratte le risorse specifiche;
- con i fondi della Ricerca corrente 2012 il Ministero della salute ha finanziato con un milione di euro il Progetto Amianto (2013-2014) coordinato dall’ISS, che si propone alcuni importanti obiettivi tra i quali: valutare l’esposizione e l’impatto sanitario in siti d’interesse (UO ISS); effettuare studi sull’evoluzione del rischio di patologia da amianto tra gli esposti e sui modificatori del rischio di mesotelioma (UO Università del Piemonte Orientale); effettuare l’analisi dei bio-marcatori predittivi di risposta alla chemioterapia con tecniche di espressione genica e proteica ad alta risoluzione per una

migliore definizione della strategia terapeutica in pazienti affetti da mesotelioma pleurico (UO Università degli Studi di Torino); caratterizzare funzionalmente le cellule staminali derivanti da mesoteliomi pleurici per l’identificazione di nuovi bersagli terapeutici (UO Istituto Tumori Regina Elena).

Altro fronte d’azione è rappresentato dall’attivazione di progetti biennali (2012-2014) attraverso il Centro Controllo Malattie insediato presso la Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della salute per un totale di 1.440.000 euro.

Bibliografia essenziale

Fazzo L, De Santis M, Comba P, et al. Pleural mesothelioma mortality and asbestos exposure mapping in Italy. *Am J Industrial Medicine* 2012; 55: 11-24

Gruppo di studio “Amianto”, DM 8 aprile 2008, Rapporto finale. Ministero della salute 23 febbraio 2012

IARC. Monograph on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Vol 100C 2012a Asbestos pp. 219-309

Marinaccio A, Binazzi A, Branchi C. Inail Settore Ricerca, Dipartimento Medicina del Lavoro, Registro Nazionale dei Mesoteliomi, Quarto Rapporto (1993-2008). Roma, 2012

Quaderni del Ministero della salute, n. 15, maggio-giugno 2012

1.14. Piano sulla Malattia Diabetica

1.14.1. Introduzione

Il Piano sulla Malattia Diabetica, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni con l’Accordo del 6 dicembre 2012, illustra la strategia nazionale per affrontare le problematiche relative alla malattia, individuando obiettivi centrati sulla prevenzione, sulla diagnosi precoce, sulla gestione della malattia e delle sue complicanze e sul miglioramento degli esiti. Descrive inoltre alcune modalità di assistenza diabetologica e indica le aree ritenute prioritarie per il miglioramento della stessa. Tutto questo nella convinzione che gli interventi proposti possano ridurre il peso della malattia, migliorare la qualità di vita delle persone

con diabete e ridurre i costi per il sistema sanitario.

Il Piano è stato elaborato nell’ambito della Commissione Nazionale Diabete, istituita presso la Direzione generale della programmazione sanitaria e in collaborazione con le Regioni, associazioni di persone con diabete, Società scientifiche e Istituzioni, al fine di completare l’attuazione della legge n. 115/1987 e del relativo Atto di intesa del 1991 e per dare seguito alle indicazioni europee con le quali si invitano gli Stati membri a elaborare e implementare Piani nazionali per la lotta contro il diabete, tenuto conto dell’aumentata prevalenza della malattia e della possibilità di influenzare la sua storia

Tabella 1.5. Norme di riferimento e contesti del Piano sulla Malattia Diabetica

Internazionali
■ Dichiarazione di Saint Vincent 1989
■ Linee guida OMS 1991
■ Risoluzione ONU 2006
■ Forum di New York 2007
■ Lavori della commissione Europea su "patient information"
■ Raccomandazioni europee Vienna 2006
■ Collaborazione con la Regione europea dell'OMS alla definizione di una strategia di contrasto alle malattie croniche (<i>Gaining Health</i>) 12 settembre 2006 Copenaghen
■ Cooperazione con l'OMS alla costruzione di una strategia europea di contrasto all'obesità (Istanbul, 12 novembre 2006)
■ Piano d'Azione OMS 2008-2013
■ Dichiarazione politica
■ Risoluzione Parlamento Europeo
■ Road map Copenaghen
■ Workplan 2013 del programma europeo salute 24 dicembre 2012
Nazionali
■ Modifica al Titolo V della Costituzione
■ Decreto sui livelli di assistenza
■ Piano Sanitario Nazionale 2006-2008
■ Legge 15 marzo 1987 n. 115
■ Atto di Intesa del 1991 tra Governo centrale e Regioni

naturale, riducendone il peso clinico, sociale ed economico (*Tabella 1.5*).

1.14.2. I principali contenuti del Piano

Il Piano si propone di dare omogeneità ai provvedimenti e alle attività locali, fornendo indicazioni per il miglioramento della qualità dell'assistenza. Nel pieno rispetto dei modelli organizzativi e delle specificità delle singole Regioni, esso definisce ampi obiettivi, linee prioritarie e indirizzi strategici, descrive modelli per ottimizzare la disponibilità e l'efficacia dell'assistenza, evidenzia le aree che richiedono ulteriore sviluppo.

Vengono definiti 10 obiettivi generali (*Tabella 1.6*), elencati senza implicazione di priorità, che focalizzano l'attenzione su aree chiave al fine di ridurre l'impatto della malattia sulle persone con o a rischio di diabete, sulla popolazione generale e sul SSN; per ciascuno vengono elencati obiettivi specifici, indirizzi strategici e linee di indirizzo prioritarie. Circa le modalità assistenziali, il

Piano afferma la necessità di una progressiva transizione verso un modello integrato, mirato a valorizzare sia la rete specialistica diabetologica sia tutti gli attori dell'assistenza primaria, con l'obiettivo di garantire la qualità della vita, prevenire e curare le complicanze, ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili, assicurare collegamenti con disegni di prevenzione primaria e diagnosi precoce, indicando gli asset fondamentali sui quali consolidare la strategia nazionale di cui vuole essere promotore (*Tabella 1.7*). Inoltre, nella considerazione che il Piano deve costituire una piattaforma sulla quale costruire programmi di intervento specifici, scelti e condivisi, vengono indicate alcune aree ritenute prioritarie per il miglioramento dell'assistenza diabetologica (*Tabella 1.8*), individuando per ciascuna aspetti essenziali e criticità attuali e proponendo obiettivi, indirizzi strategici, possibili linee di intervento e di monitoraggio. Particolare attenzione è dedicata alla rete di assistenza diabetologica dell'età evolutiva, alla transizione dalla diabetologia pediatrica a quella dell'adulto,

Tabella 1.6. I dieci obiettivi generali del Piano sulla Malattia Diabetica

1. "Migliorare la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i servizi, attraverso l'individuazione e l'attuazione di strategie che persegano la razionalizzazione dell'offerta e che utilizzino metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate"
2. "Prevenire o ritardare l'insorgenza della malattia attraverso l'adozione di idonei stili di vita; identificare precocemente le persone a rischio e quelle con diabete; favorire adeguate politiche di intersettorialità per la popolazione generale e a rischio e per le persone con diabete"
3. "Aumentare le conoscenze circa la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e l'assistenza, conseguendo, attraverso il sostegno alla ricerca, progressi di cura, riducendo le complicanze e la morte prematura"
4. "Rendere omogenea l'assistenza, prestando particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità sociosanitaria sia per le persone a rischio sia per quelle con diabete"
5. "Nelle donne diabetiche in gravidanza raggiungere outcome materni e del bambino equivalenti a quelli delle donne non diabetiche; promuovere iniziative finalizzate alla diagnosi precoce nelle donne a rischio; assicurare la diagnosi e l'assistenza alle donne con diabete gestazionale"
6. "Migliorare la qualità di vita e della cura e la piena integrazione sociale per le persone con diabete in età evolutiva anche attraverso strategie di coinvolgimento familiare"
7. "Organizzare e realizzare le attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione e al miglioramento dell'assistenza, per una gestione efficace ed efficiente della malattia"
8. "Aumentare e diffondere le competenze tra gli operatori della rete assistenziale favorendo lo scambio continuo di informazioni per una gestione efficace ed efficiente, centrata sulla persona"
9. "Promuovere l'appropriatezza nell'uso delle tecnologie"
10. "Favorire varie forme di partecipazione, in particolare attraverso il coinvolgimento di associazioni riconosciute di persone con diabete, sviluppando l' <i>empowerment</i> delle persone con diabete e delle comunità"

Tabella 1.7. Gli asset per consolidare la strategia del Piano sulla Malattia Diabetica

■ Rete assistenziale con forte integrazione tra MMG/PLS, struttura specialistica e associazioni di volontariato
■ Assistenza ambulatoriale per ridurre il numero dei ricoveri evitabili
■ Team specialistici dedicati
■ Adeguata organizzazione delle attività del MMG/PLS
■ Ingresso nel percorso diagnostico-terapeutico (stadiazione)
■ Sistemi di misura e di miglioramento della qualità delle cure e della qualità della vita
■ Autonomizzazione della persona con diabete nella cura e nella gestione del percorso assistenziale
■ Responsabilizzazione delle direzioni strategiche e dei "responsabili gestionali"
■ Efficaci sistemi di comunicazione
■ Ruolo delle farmacie nell'approccio integrato alla gestione del diabete

all'utilizzo appropriato delle tecnologie e dei nuovi dispositivi, al ruolo delle associazioni di persone con diabete.

1.14.3. L'implementazione e il monitoraggio del Piano

Dal punto di vista operativo il monitoraggio del Piano si indirizza lungo le seguenti direttive:

- monitoraggio a livello centrale del recepimento del Piano da parte delle Regioni attraverso l'analisi degli atti formali di recepi-

mento e degli strumenti di cui ogni Regione si doterà per contestualizzare l'articolazione organizzativa e operativa prevista dal Piano;

- monitoraggio degli assetti organizzativi e operativi che scaturiranno dalle scelte attuative del Piano nelle singole Regioni (in particolare la riorganizzazione dei servizi verso la prospettiva di un sistema più efficace ed efficiente, orientato ai bisogni "globali" dei pazienti, all'autogestione della patologia, ai percorsi assistenziali, all'effettiva valorizzazione dei contributi della rete dei *caregivers* e alle risorse del volontariato qualificato);

Tabella 1.8. Aree di miglioramento dell'assistenza diabetologica

■ Stili di vita
■ Controllo dei fattori di rischio cardiovascolari
■ Gestione delle complicanze vascolari
■ Educazione terapeutica
■ Terapia farmacologica
■ Piede diabetico
■ Patologie del cavo orale
■ Diabete e gravidanza
■ Diabete in età evolutiva
■ Passaggio dalla diabetologia pediatrica a quella dell'adulto
■ Gestione della persona con diabete ricoverata per altra patologia
■ Uso appropriato delle tecnologie
■ Associazioni di persone con diabete
■ Epidemiologia e registrazione dei dati

- monitoraggio dei principali indicatori di salute relativi alla patologia diabetica per comprendere, nel breve e nel medio-lungo periodo, quanto le strategie attuate siano effettivamente in grado di generare risulta-

ti (in termini di performance, di outcome, di modalità e di costi di gestione).

Le direttive sulle quali si è scelto di strutturare l'articolazione del monitoraggio forniranno non soltanto risultati valutativi sull'impatto, diretto e indiretto del Piano, ma anche elementi critici di riflessione per la revisione dello stesso, dei suoi indirizzi e delle sue indicazioni prioritarie, in modo che gli aggiornamenti siano aderenti ai fabbisogni emergenti nei contesti reali.

Bibliografia essenziale

Ministero della salute. Commissione Nazionale sul Diabete. http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_9_2.jsp?label=commissioni&menu=organizzazione&id=1031. Ultima consultazione: agosto 2014

Ministero della salute. "Piano sulla malattia diabetica". http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1.jsp?menu=notizie&p=dalministero&id=909. Ultima consultazione: agosto 2014

Ministero della salute. "Accordo Stato-Regioni sul Piano diabete del 6 dicembre 2012", www.salute.gov.it. Ultima consultazione: agosto 2014

1.15. Piano Nazionale Malattie Rare

1.15.1. Quadro programmatico e rappresentazione dei dati

Nel corso del 2013 il Ministero della salute, in collaborazione con esperti del settore in rappresentanza dell'ISS e delle Regioni, ha predisposto lo schema di Piano Nazionale Malattie Rare (PNMR), da sottoporre alla Conferenza Stato-Regioni per la successiva adozione tramite Accordo.

La predisposizione dello schema di PNMR risponde all'impegno, richiesto dalla Commissione e dal Consiglio d'Europa agli Stati membri attraverso la Raccomandazione 2009/C 151/02, di adottare un Piano nazionale per le malattie rare entro il 2013.

I contenuti del documento sono funzionali all'esigenza di dare unitarietà all'insieme delle azioni già intraprese nel nostro Paese nel settore delle malattie rare e alla necessità sempre

più impellente di condividere una strategia nazionale di pianificazione delle attività.

La prima bozza del PNMR era stata sottoposta a una breve consultazione pubblica alla fine del 2012, per raccogliere suggerimenti utili a migliorare il documento o a chiarire aspetti specifici. Hanno partecipato alla consultazione associazioni di pazienti con malattie rare, professionisti dei Presidi della Rete nazionale e Società scientifiche. Ulteriori contributi sono stati forniti dalla Federazione UNIAMO, quale Alleanza Nazionale di Associazioni di Pazienti con malattie rare (EURORDIS), che collabora allo *European Project for Rare Diseases National Plans Development* (EUROPLAN), coordinato dal Centro Nazionale Malattie Rare – ISS. I contenuti di queste ulteriori proposte sono sostanzialmente coerenti con i contenuti della bozza presentata alle Regioni.

1.15.2. Esposizione e valutazione critica dei fenomeni rappresentati dai dati, con evidenza delle differenze geografiche (regionali e/o europee) e, laddove applicabile, delle differenze di genere e/o diversi gruppi di età

Le politiche di sviluppo dell'assistenza per le malattie rare, le strategie, gli obiettivi e le azioni illustrati dallo schema di PNMR sono, quasi interamente, già delineate in precedenti interventi normativi che hanno individuato nelle malattie rare un'area di priorità nella sanità pubblica e hanno confermato l'interesse per questo settore.

L'Italia ha infatti già adottato strumenti normativi specifici per il settore delle malattie rare e ha già intrapreso iniziative, condivise e concertate con le Regioni, volte a individuare procedure e modalità operative (accordi in CSR, attività relative al Registro nazionale, finanziamenti attraverso lo strumento dei Progetti attuativi di PSN, provvedimenti specifici nel campo della ricerca).

L'obiettivo principale del Piano è, quindi, ricostruire un quadro di insieme e fornire un complesso di indicazioni utili ad affrontare il problema delle malattie rare in maniera organica, suggerendo strumenti di governo del sistema da attuarsi ai diversi livelli istituzionali, in continuità con quanto indicato da precedenti documenti di programmazione (schemi di PSN) per le aree assistenziali di interesse: le cure primarie, palliative, di riabilitazione e dell'assistenza domiciliare.

Il documento è composto da due parti, la prima delle quali descrive il contesto internazionale e nazionale e illustra gli atti di indirizzo europeo, gli strumenti normativi specifici già adottati in Italia e le successive iniziative del livello centrale e delle Regioni volte a condidere procedure e modalità operative.

In particolare, sono illustrati i seguenti aspetti:

- i LEA e l'organizzazione del sistema: il DM 18 maggio 2001, n. 279 “Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie, ai sensi dell'art. 5, comma 1, lettera b) del D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124”, che ha individuato le malattie rare oggetto

di specifica tutela e ha istituito il Registro nazionale presso l'ISS;

- il Tavolo interregionale attivo presso il Coordinamento delle Regioni e gli Accordi in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano;
- il Centro Nazionale Malattie Rare dell'ISS e le attività relative al Registro nazionale e ai Registri Regionali;
- la situazione nazionale nel campo della ricerca, nella gestione delle banche dati, i registri di patologia e le biobanche.

Il documento analizza poi gli aspetti della diagnosi e dell'assistenza ai malati rari, focalizzando l'attenzione sull'organizzazione della rete nazionale dei presidi e sulle azioni di coordinamento delle attività regionali, aspetti che, insieme al sistema nazionale di sorveglianza e monitoraggio (Registro Nazionale e Registri Regionali), sono maggiormente in grado di incidere sullo scambio di esperienze e competenze, sulla circolazione delle informazioni e sulla gestione condivisa dei pazienti affetti da malattia rara; il documento considera inoltre i problemi legati alla nomenclatura e alla codifica delle malattie rare, ma soprattutto descrive il percorso diagnostico e assistenziale e si sofferma sugli strumenti per l'innovazione terapeutica, tra cui i farmaci (non solo “orfani”), le norme che regolano la loro erogazione e le misure che possono essere intraprese per migliorare la loro disponibilità.

Un paragrafo specifico è dedicato alle associazioni che si occupano di malattie rare, alle quali si devono molti progressi nel campo. Infatti, proprio queste ultime hanno avuto un ruolo importante nel corso degli anni nell'incoraggiare politiche mirate, ricerche e interventi di assistenza sanitaria, in quanto da sempre depositarie non solo di conoscenza dei bisogni assistenziali di coloro che ne sono affetti, ma spesso anche delle cognizioni scientifiche incrementi alle specifiche malattie.

Un aspetto particolarmente cruciale nel campo delle malattie rare è la formazione, insieme alla valorizzazione professionale degli operatori sanitari, requisito essenziale da assicurare attraverso la massima circolazione delle conoscenze. La bozza di Piano dedica

quindi un capitolo a questo argomento e si sofferma sul valore dell'informazione, non solo ai professionisti della salute, ma anche ai malati e ai loro familiari.

Un altro capitolo è riservato alla prevenzione e alla diagnosi precoce, perché una delle principali difficoltà incontrate dalle persone colpite da una malattia rara è l'impossibilità di ottenere una diagnosi tempestiva e di ricevere un trattamento appropriato nella fase iniziale, quando è ancora possibile determinare un sensibile miglioramento della qualità della loro vita.

La seconda parte del documento è propositiva e, riprendendo ciascuna delle tematiche descritte nella prima, illustra i temi che dovranno essere sviluppati nel triennio di validità del Piano, in particolare le azioni utili a superare le difficoltà di un corretto indirizzo dei pazienti alle strutture competenti, ma anche a ridurre la variabilità nella qualità dei servizi offerti ai pazienti e nella loro accessibilità, causata soprattutto da differenze in termini di conoscenza ed esperienza sulle singole malattie, che si riflettono inevitabilmente in differenti capacità di diagnosi e follow-up nelle diverse realtà regionali e locali.

A questo scopo, il PNMR insiste sulla necessità di incentivare il lavoro in rete e la condivisione di logiche, prospettive, esperienze e conoscenze fra le strutture.

Sulla scelta e l'adozione di indicatori specifici, utili a monitorare l'effettiva realizzazione delle azioni previste dal Piano, e sulle loro modalità di calcolo, sarà necessario un approfondimento mirato con le Regioni. Il Piano si limita a indicare gli ambiti da sottoporre a misurazione e a suggerire alcuni specifici indicatori solo per taluni obiettivi.

Il documento si conclude con il paragrafo

“Finanziamento e sostenibilità”, nel quale si dà conto del fatto che le peculiari modalità di finanziamento del SSN e la difficile situazione economica che il nostro Paese sta attraversando non consentono la destinazione di ulteriori, specifiche risorse per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano.

Il capitolo elenca, invece, i fondi che, a diverso titolo, nel corso degli ultimi anni, sono stati immessi nel sistema, dagli stanziamenti per gli Obiettivi prioritari del PSN al Progetto di collaborazione con l'ISS, alle risorse destinate dall'AIFA alla ricerca in materia di malattie rare.

Bibliografia essenziale

Decreto ministeriale recante “Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell'art. 5, comma 1, lettera b) del D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124”. SO n. 180/L alla GU n. 160 del 12 luglio 2001

EUCERD Recommendations on European Reference Networks for Rare Diseases (31 January 2013). www.eucerd.eu. Ultima consultazione: agosto 2014

EUCERD Recommendations on Quality Criteria for Centres of Expertise for Rare Diseases in Member States' (24 ottobre 2011). www.eucerd.eu. Ultima consultazione: agosto 2014

European Project for Rare Diseases National Plans Development (EUROPLAN). www.europelanproject.eu. Ultima consultazione: agosto 2014

Raccomandazione del Consiglio dell'8 giugno 2009 su un'azione nel settore delle malattie rare (2009/C 151/02). Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea – Serie C 151/7, 3 luglio 2009

Regolamento (CE) n. 141/2000 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 16 dicembre 1999 concernente i medicinali orfani. Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee – Serie L 18/1, 22 gennaio 2000

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

1.16.1. Quadro programmatico

Con il DPCM 1 aprile 2008 sono state trasferite dall'Amministrazione della Giustizia al

SSN tutte le funzioni sanitarie concernenti gli istituti penitenziari e gli istituti e servizi della Giustizia minorile.

Per l'assistenza sanitaria nel suo complesso, il

documento programmatico di riferimento è costituito dalle “Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale” (Allegato A, parte integrante del DPCM citato); il documento si articola nei seguenti argomenti, mirati a garantire livelli di assistenza analoghi a quelli previsti per tutti i cittadini: 1) azioni programmatiche e interventi prioritari; 2) organizzazione delle conoscenze epidemiologiche; 3) promozione della salute; 4) garanzia della salubrità degli ambienti di vita e dell’igiene degli alimenti; 5) organizzazione degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e recupero sociale; 6) indicazioni sui modelli organizzativi.

Considerando la complessità delle azioni necessarie per armonizzare le regole del SSN con le esigenze di sicurezza, proprie dell’Amministrazione della Giustizia, è stato istituito in ciascuna Regione un Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, con rappresentanti della Regione, dell’Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, competenti territorialmente.

Contestualmente, ai fini del coordinamento nazionale, è stato attivato presso la Conferenza Unificata un Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, costituito da rappresentanti dei dicasteri della Salute e della Giustizia, delle Regioni e delle Autonomie locali, con l’obiettivo di garantire l’uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie nell’intero territorio nazionale.

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

Il Ministero della salute ha fattivamente contribuito all’implementazione delle attività regionali con un finanziamento, nell’ambito dei cosiddetti obiettivi di piano, mirato allo sviluppo di progetti assistenziali e organizzativi dedicati a specifici target di popolazione degli istituti di pena.

In parallelo va ricordato il programma per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), come disciplinato dall’articolo 3-ter della legge 17 febbraio 2012, n. 9 e successive modificazioni, in continuità con quanto già disposto dal DPCM 1 aprile 2008 (Allegato C). In particolare sono stati espletati tutti gli adempimenti che le leggi prevedono in merito alla valutazione dei programmi regionali per consentire l’assegnazione, alle singole Regioni, dei finanziamenti per la realizzazione delle nuove Residenze per l’esecuzione della misura di sicurezza detentiva (REMS), a valenza e gestione sanitaria.

È stato completato l’esame dei programmi strutturali, mentre è attualmente in corso la valutazione dei programmi per l’assegnazione dei finanziamenti di parte corrente, relativi agli anni 2012 e 2013.

1.16.2. Rappresentazione e valutazione dei dati

I dati relativi all’applicazione del DPCM 1 aprile 2008 sono stati forniti dalle Regioni, dai Provveditorati Regionali dell’Amministrazione Penitenziaria e dai Centri per la Giustizia Minorile, in una serie di audizioni tenutesi presso il Ministero della salute, a cura dal Tavolo di consultazione permanente di cui sopra nel corso del 2011.

Se, da un lato, tutte le Regioni (tranne la Sicilia) hanno formalmente assunto la responsabilità dell’assistenza sanitaria in favore di detenuti, internati e minori sottoposti a provvedimento penale, le audizioni hanno evidenziato alcuni aspetti problematici, di ordine sia organizzativo sia funzionale.

Di seguito si declinano le principali criticità rilevate, distinte per i soggetti adulti e i minori. .

■ Gestione dell’assistenza ai soggetti adulti:
- disomogenea organizzazione sanitaria ne-

gli istituti penitenziari delle varie Regioni, con carenze nell'organizzazione dell'assistenza di base e specialistica;

- trasferimenti, per motivi di salute, in istituti di altre Regioni di detenuti sottoposti a misura di media e alta sicurezza, dovuti a una mancata presa in carico negli istituti di appartenenza;
- carenze nella presa in carico di soggetti con disturbi mentali, con trasferimenti in istituti di altre Regioni;
- carenza di personale, soprattutto psicologi.

■ Gestione dell'assistenza ai minori, per i quali la criticità maggiore, diffusa in tutti i territori, è in relazione alla salute mentale. In particolare:

- carenza di personale, come psicologi, psichiatri ecc., soprattutto per quanto riguarda il penale esterno;
- eccessivi tempi di attesa per le diagnosi;
- carenza di attività di screening, anche per quanto riguarda gli atti autolesionisti e/o i tentativi di suicidio;
- carenza di strutture residenziali adeguate e diversificate per intensità di cura;
- difficoltà di ricovero nei casi di acuzie.

Una serie di suggerimenti è stata formulata al fine di ovviare agli aspetti problematici riscontrati. È in primo luogo indispensabile che gli Osservatori regionali assumano un ruolo il più attivo possibile nel processo di attuazione di quanto previsto dal DPCM 1 aprile 2008 e dagli Accordi sanciti successivamente dalla Conferenza Unificata, provvedendo a coordinare gli interventi pur nel rispetto delle competenze di ciascuno.

A livello nazionale, si ritiene necessario emanare un nuovo atto di indirizzo mirato a vincolare le Regioni alla creazione di un sistema articolato di presidi sanitari che garantisca l'erogazione di tutte le prestazioni sanitarie correnti all'interno del territorio regionale, limitando a soli casi di elevata complessità il trasferimento in istituti di altre Regioni, a meno che non disposto dall'Amministrazione della Giustizia per esigenze di sicurezza. A tal fine, ciascuna Regione dovrà dotarsi di una rete regionale gestita dalle Aziende sanitarie, con complessità organizzativa e funzionale crescente, che, a seconda delle dimensioni e

delle caratteristiche di ciascun istituto o servizio, preveda presidi medici di base, presidi organizzativamente più complessi, fino a presidi comprendenti sezioni e reparti specialistici che dovranno garantire prestazioni mediche e chirurgiche, in sostituzione degli attuali centri diagnostico terapeutici, più semplicemente definiti centri clinici.

Sul versante del percorso di superamento degli OPG, va ricordato che il 30 novembre 2013, alla scadenza prevista dalla legge 57/2013, è stata predisposta la dettagliata "Relazione alle Commissioni Parlamentari", concertata anche con il Ministero della giustizia, che ha rendicontato tutte le attività realizzate fino a quel momento per il superamento degli OPG.

Si è in particolare profilata la necessità di prevedere una proroga dei termini per il completamento del processo, che è estremamente complesso e di grande impatto sulla qualità di vita delle persone interne e sull'impegno per le Aziende sanitarie e per i Dipartimenti di salute mentale che si faranno carico del processo di cura e riabilitazione.

A supporto degli importanti aspetti conoscitivi e di formazione mirata che il superamento prevede, il Ministero della salute ha finanziato il progetto "Valutazione dei pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari finalizzata a proposte di modifica di assetti organizzativi e di processo", coordinato dall'ISS. L'obiettivo principale del progetto è rendere disponibili informazioni affidabili sulle caratteristiche cliniche e psicosociali e sui bisogni della popolazione ricoverata negli OPG mediante l'impiego di strumenti standardizzati per la valutazione periodica della natura e gravità dei disturbi mentali in atto e del loro decorso. È in atto l'*assessment* dei 988 pazienti ricoverati nei 6 OPG nazionali alla data del 1° giugno 2013 e si sta procedendo all'analisi dei dati.

Bibliografia essenziale

Accordo Conferenza Unificata 20 novembre 2008 "Definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile".
Reperto Atti n. 108

Accordo Conferenza Unificata “Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minori sottoposti a provvedimento penale”. GU n. 34 del 10 febbraio 2012

Accordo Conferenza Unificata “Strutture sanitarie

nell’ambito del sistema penitenziario italiano”, GU n. 2 del 4 gennaio 2010

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008. GU n. 126 del 30 maggio 2008

Legge n. 9 del 17 febbraio 2012. GU n. 42 del 20 febbraio 2012, e successive modificazioni

2

La rete della prevenzione

2.1. Dipartimenti di prevenzione

2.1.1. Quadro programmatico

È ormai indiscutibile che la sostenibilità futura del sistema sanitario in una popolazione in continuo invecchiamento dipende dalla capacità di ridurre il carico di malattia. Le attività di prevenzione all'interno del Servizio sanitario nazionale (SSN) hanno quindi un ruolo cruciale e i Dipartimenti di prevenzione sono le strutture istituzionalmente maggiormente coinvolte. La realtà dei Dipartimenti di prevenzione si situa all'interno della cornice degli assetti istituzionali e di quella degli atti di pianificazione (Piano Nazionale della Prevenzione, PNP). Per quanto attiene agli assetti istituzionali, essi derivano dalla riforma del SSN degli anni 1992-1993 (D.Lgs. 502/1992 e D.Lgs. 517/1993). In ogni Azienda sanitaria locale (ASL) è istituito un Dipartimento di prevenzione cui sono attribuite, dal D.Lgs. 502/1992, “le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica anche a supporto dell'Autorità sanitaria locale:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
 - tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
 - tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
 - sanità pubblica veterinaria;
 - tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
 - sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
 - tutela della salute nelle attività sportive”.
- Sotto il profilo organizzativo il Dipartimento di prevenzione “opera nell'ambito del Piano

attuativo locale, ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità” e deve essere articolato “nelle aree dipartimentali di sanità pubblica, della tutela della salute negli ambienti di lavoro e della sanità pubblica veterinaria, prevedendo strutture organizzative specificatamente dedicate a:

- igiene e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- sanità animale;
- igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche”.

Queste articolazioni “si distinguono in servizi o in unità operative, integrandosi con la norma che prevede: le strutture organizzative dell'area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare operano quali centri di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale e organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale, e rispondono del perseguitamento degli obiettivi dipartimentali e aziendali, dell'attuazione delle disposizioni normative e regolamentari regionali, nazionali e internazionali, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite”.

2.1.2. Rappresentazione dei dati

La maggior parte delle Regioni ha in effetti organizzato il Dipartimento di prevenzione,

pur nella propria autonomia, sulla base delle macroaree/strutture riportate nella normativa citata. In una recente indagine condotta dall'Istituto superiore di sanità (ISS) e dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS) nel periodo 2012-2013, rispetto alle ASL esistenti al momento dell'indagine (erano 146 ASL nell'anno 2011) sono stati reperiti solo 84 (57%) organigrammi. Per 4 Regioni/Province Autonome non è stato possibile rintracciare né gli organigrammi in forma di diagrammi né gli atti aziendali che dovrebbero descrivere la struttura. Dall'analisi degli organigrammi disponibili emerge una disomogeneità nelle modalità attuative dell'organizzazione del Dipartimento di prevenzione, che variano per la differente distribuzione del potere organizzativo, il numero e la tipologia di servizi o aree attivati. Si è rilevato, inoltre, che alcune attività che potrebbero per la tematica essere gestite all'interno delle aree SISP (Servizio di Igiene e Sanità Pubblica), SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione), SPRESAL (Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro), SVET (Servizio Veterinario) ecc. attraverso unità operative dedicate talvolta sono organizzate con unità operative autonome rispetto a quelle delle aree, pur rimanendo però afferenti al Dipartimento di prevenzione. Alcune Aziende all'interno della stessa Regione (in Basilicata, Lombardia, Piemonte e Sicilia) hanno articolato il Dipartimento di prevenzione in due Dipartimenti strutturali (Dipartimento di prevenzione per la Salute o Dipartimento di prevenzione medico e Dipartimento di prevenzione veterinario) che fanno capo alla Direzione sanitaria o alla Direzione generale. In altre Aziende, quali quelle della Regione Piemonte, è stata istituita una Direzione Integrata della Prevenzione (che in alcuni casi, stante la complessità delle funzioni, viene identificata come Struttura Complessa con posizione analoga a quella dipartimentale). Teoricamente è obbligatoria l'istituzione di un Comitato di Dipartimento (art. 17 bis del D.Lgs. 502/92 e s.m.i) quale organo collegiale che coadiuva il Direttore di Dipartimento nell'esercizio delle proprie funzioni e ha lo scopo di coinvolgere sulle scelte generali, in un momento di partecipazione

e corresponsabilizzazione, i principali dirigenti delle strutture dipartimentali. Tuttavia, la presenza di tale Comitato nell'ambito del Dipartimento di prevenzione non è evidente nell'indagine effettuata.

Le attribuzioni di cui sopra vanno comunque situate nel quadro più vasto della (ri)-organizzazione aziendale che caratterizza molte Regioni e, in particolare, rispetto all'articolazione in Distretti, sotto la cui responsabilità ricadono sempre maggiori competenze di prevenzione.

La *Tabella 2.1* sintetizza l'evoluzione delle ASL e dei Distretti dalla riforma prevista dal D.Lgs. 502/1992 a oggi, nonché le principali caratteristiche dimensionali di tali Aziende nelle diverse Regioni, evidenziando in particolare i cambiamenti relativi al numero delle ASL (attualmente 140), che sempre più spesso hanno un ambito di riferimento provinciale, se non addirittura regionale (Molise, Valle d'Aosta, Province Autonome di Trento e di Bolzano e anche Marche). Va rilevato, tuttavia, che la Regione Marche con la DGR 16 settembre 013, n. 1287, ha disposto la riorganizzazione del sistema sanitario regionale in 5 "Aree Vaste" e anche dei Dipartimenti di prevenzione nell'ambito dell'unica ASL e quindi previsto 5 Dipartimenti di prevenzione (uno per ogni Area Vasta).

2.1.3. Esposizione e valutazione critica dei dati

Solo una parte delle attività di prevenzione viene esercitata direttamente (o almeno coordinata) dai Servizi dei Dipartimenti di prevenzione, mentre interi segmenti (come per esempio gli interventi di prevenzione secondaria) sono in genere aggregati a Servizi clinici di diagnosi e cura e, d'altro canto, sempre maggiori responsabilità operative (si pensi alla promozione di stili di vita salutari) coinvolgono altre articolazioni organizzative come i Distretti.

Esiste un'oggettiva difficoltà sia nel verificare in modo analitico le attività di prevenzione sia nel riferirle alle risorse (umane ed economiche) dedicate, nonché a valutare in che misura queste rispondano al 5% della quota del

Tabella 2.1. Numero di Aziende sanitarie locali e Distretti (Anni 1992-2013)

Regione	Unità sanitarie locali (USL)	Aziende sanitarie locali (ASL)			Distretti attivati			Distretti previsti 2013
		1992	2005	2011	2013	1999	2005	
Piemonte	63	22	13	13	66	65	58	58
Valle d'Aosta	1	1	1	1	14	4	4	4
Lombardia	84	15	15	15	105	85	81	86
PA di Bolzano	4	4	1	1	20	20	20	20
PA di Trento	11	1	1	1	13	13	4	4
Veneto	36	21	21	21	85	56	50	53
Friuli Venezia Giulia	12	6	6	6	20	20	20	20
Liguria	20	5	5	5	26	20	19	19
Emilia Romagna	41	11	11	11	46	39	38	38
Toscana	40	12	12	12	80	42	34	34
Umbria	12	4	4	2	13	12	12	12
Marche	24	1	1	1	36	24	23	13
Lazio	51	12	12	12	23	55	55	48
Abruzzo	15	6	4	4	73	73	25	22
Molise	7	1	1	1	13	13	7	7
Campania	61	13	7	7	113	113	72	73
Puglia	55	12	6	6	70	48	49	49
Basilicata	7	5	2	2	10	11	11	9
Calabria	31	11	5	5	34	35	35	18
Sicilia	62	9	9	9	62	62	62	55
Sardegna	22	8	8	8	23	25	22	22
Italia	659	180	145	143	945	835	701	664

Fonte: Elaborazione AgeNaS su ricognizione delle normative regionali – Anni 1992-2013.

Fondo Sanitario considerato come standard dal cosiddetto Patto per la salute nazionale per livello di assistenza “prevenzione”.

Alcune indicazioni sull’attuazione delle indicazioni di legge sopra ricordate e sulla consistenza delle risorse attribuite ai Dipartimenti di prevenzione possono essere tratte dall’indagine dell’Osservatorio Italiano sulla Prevenzione (lanciato nel 2010 dalla Fondazione Smith Kline e dalla Società Italiana di Igiene). I dati raccolti nel 2012 possono tentativamente delineare un Dipartimento vasto circa 2.400 km² e con circa 430.000 abitanti e una densità abitativa di 354 abitanti/km², con una struttura edilizia ogni 36.000 abitanti, con una rete informatica solo nel 50% dei casi, ma dotato comunque di 1 personal computer ogni 3 operatori circa, con un veicolo ogni 90 km² circa e con un operatore (cinquantenne

o ultracinquantenne) ogni 2.200 abitanti e 12 km² circa. Tali operatori sono dotati di un contratto stabile di lavoro, ma con crescenti segnali di precarizzazione, e sono complessivamente vocati al proprio impegno, fortemente motivati e con buona professionalità, con una prevalenza del personale di ruolo sanitario del 70% del totale [di cui più di un terzo TdP (tecnico della prevenzione nell’ambiente e nei luoghi di lavoro) e circa 1/20 assistenti sanitari e infermieri] e personale tecnico al 40% laureato. Essi sono allocati al 30% nei servizi veterinari e per quasi il 30% nel SISP, mentre anche la loro dotazione strutturale e strumentale è allocata in modo quasi analogo. Il “Dipartimento medio” è inserito in un’ASL con un Direttore generale in carica da circa 2 anni ed è diretto da un medico igienista in carica da circa 7 anni; non dispone di

una certificazione modello ISO 9000 e ha i sei servizi dotati di alcune articolazioni dedicate ai loro ambiti di intervento specifici, più altre articolazioni organizzative dipartimentali trasversali dedicate a epidemiologia, medicina dello sport, promozione della salute/educazione alla salute, funzioni amministrative e segretariali, laboratorio di sanità pubblica, medicina legale. È un Dipartimento impegnato in molti progetti (circa 10), dei quali pochissimi con finanziatori commerciali, e che attua molti interventi (31) complessivamente efficaci, efficienti, produttivi in termini di salute, ma che non vengono giudicati particolarmente promoventi sotto il profilo dell'equità sociale.

In linea con i principi enunciati dai Piani di

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

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