



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali
Direzione Generale del Sistema Informativo

Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2007-2008

Il processo di predisposizione della Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2007-2008 si è avvalso di un apparato organizzativo articolato in un Comitato Editoriale, avente funzioni di indirizzo ed individuazione delle tematiche da approfondire, un Comitato Redazionale responsabile del coordinamento delle attività di sviluppo dei contenuti della Relazione, nonché un numeroso gruppo di Autori individuati per contributi specifici ed approfondimenti sulle singole aree tematiche.

L'Ufficio di Direzione Statistica, nell'ambito della Direzione Generale del Sistema Informativo del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (Settore Salute), è stato la struttura di riferimento del suddetto apparato organizzativo.

A supporto delle attività redazionali è stato reso disponibile dal Ministero un ambiente web dedicato, atto a facilitare, mediante appositi strumenti di collaborazione ed archiviazione, l'interazione tra i diversi soggetti coinvolti nonché la predisposizione e consultazione della documentazione prodotta.

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali
Direzione Generale del Sistema Informativo
Via Giorgio Ribotta, 5
00144 Roma

La presente Relazione è interamente riportata sul Sito web: www.ministerosalute.it



Comitato Editoriale

Coordinatore

Giovanni Simonetti

Professore Ordinario di Radiodiagnostica – Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”; Direttore del Dipartimento di Diagnostica per Immagini, Imaging Molecolare, Radiologia Interventistica e Radioterapia - Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata – Roma

Componenti

Francesca Basilico D’Amelio

Responsabile della Segreteria Tecnica del Vice Ministro

Silvio Borrello

Direttore Generale della DG Sicurezza degli Alimenti e della Nutrizione

Massimo Casciello

Direttore Generale della DG Ricerca Scientifica e Tecnologica

Giuseppe Celotto

Direttore Generale della DG Personale, Organizzazione e Bilancio

Claudio De Giuli

Capo Dipartimento del Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione

Angelo Lino Del Favero

Direttore ULSS 7 – Regione Veneto

Maria Paola Di Martino

Coordinatore Nucleo di Valutazione e Verifica degli Investimenti Pubblici in Sanità

Guido Fanelli

Direttore Struttura Complessa di Anestesia, Rianimazione e Terapia Antalgica - A. O. Universitaria di Parma

Lorenzo Fantini

DG Tutela delle condizioni di lavoro – Direttore Divisione III Promozione della Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro

Gaetana Ferri

Direttore Generale della DG Sanità animale e del Farmaco veterinario

Massimo Fini

Direttore Scientifico IRCCS San Raffaele Pisana – Roma

Annunziatella Gasparini

Dirigente Ufficio Stampa Settore Salute

Enrico Gherlone

Direttore del Servizio di Odontoiatria - Ospedale San Raffaele – Milano; Professore Ordinario in Odontoiatria - Università Vita-Salute San Raffaele – Milano Presidente Corso di Laurea in Igiene Dentale

Maria Carla Gilardi

Professore Ordinario Bioingegneria Elettronica e Informatica - Università degli Studi di Milano Bicocca

Maria Luisa Lavitrano

Delegato Relazioni Internazionali Università degli Studi di Milano Bicocca; Professore Associato in Patologia Generale e Immunologia

Gianluigi Lenzi

Professore Ordinario di Clinica Neurologica – Università degli Studi di Roma “La Sapienza”

Giovanni Leonardi

Direttore Generale della DG Risorse Umane e Professioni Sanitarie

Romano Marabelli

Capo Dipartimento del Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli alimenti

Angelo Raffaele Marmo	Capo Ufficio Stampa Portavoce del Ministro
Isabella Menichini	Vice Capo di Gabinetto Settore Politiche Sociali
Concetta Mirisola	Segretario Generale del Consiglio Superiore di Sanità
Fabrizio Oleari	Direttore Generale della DG Prevenzione Sanitaria
Giorgio Palù	Docente Microbiologia – Università degli Studi di Padova
Filippo Palumbo	Capo Dipartimento del Dipartimento della Qualità
Sergio Pecorelli	Professore Ordinario di Ginecologia Oncologica all'Università degli Studi di Brescia
Aldo Pinchera	Direttore Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del Ricambio – Università degli Studi di Pisa
Guido Rasi	Direttore Generale Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)
Daniela Rodorigo	Direttore Generale della DG Comunicazione e Relazioni Istituzionali
Giuseppe Ruocco	Direttore Generale della DG Farmaci e Dispositivi Medici
Armando Santoro	Direttore Ricerca Clinica - Direttore Dipartimento di Oncologia ed Ematologia – I.R.C.C.S. Istituto Clinico Humanitas – Rozzano
Antonio Scala	Prorettore Vicario Università Vita-Salute San Raffaele – Milano; Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia Università Vita-Salute San Raffaele – Milano
Rossana Ugenti	Direttore Generale della DG Sistema Informativo
Giuseppe Viggiano	Direttore Generale - Rappresentante del Ministero presso la SISAC
Alberto Zangrillo	Direttore U.O. di Anestesia e Rianimazione Cardio-Toraco-Vascolare – Ospedale San Raffaele – Milano; Professore Ordinario in Anestesiologia e Rianimazione - Università Vita-Salute San Raffaele – Milano
Giovanni Zotta	Consigliere della Corte dei Conti
<i>Segreteria Organizzativa</i>	
Giulia Boserman	
Anna Maria Guarnaccia	

Comitato Redazionale

Coordinatore

Cristina Tamburini

DG del Sistema Informativo - Ufficio di Direzione Statistica

Componenti

Francesca Bolacchi

Ricercatrice Dipartimento di Diagnostica per Immagini Imaging Molecolare, Radiologia Interventistica e Radioterapia - Fondazione PTV Policlinico Tor Vergata – Roma

Rosaria Boldrini

DG del Sistema Informativo - Ufficio di Direzione Statistica

Francesca Calvetti

Dipartimento per la Sanità Pubblica veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli alimenti

Bruno Campione

DG della Ricerca Scientifica e Tecnologica – Ufficio IV Ricerca Sanitaria e Tecnologica

Cristiano Camponi

DG Comunicazione e Relazioni Istituzionali - Ufficio III Comunicazione e Informazione

Miriam Di Cesare

DG del Sistema Informativo - Ufficio di Direzione Statistica

Ennio Di Paolo

DG Comunicazione e Relazioni Istituzionali - Ufficio II Studi e Ricerche

Annamaria Donato

DG Farmaci e Dispositivi Medici - Ufficio III Dispositivi Medici

Valentina Fossa

DG Farmaci e Dispositivi Medici - Ufficio II Competenze in materia farmaceutica

Arianna Gasparini

Dirigente Ufficio Stampa - Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)

Rodolfo Gianani

Dipartimento della Qualità – Ufficio III Sistemi di Qualità e Valutazione

Sarah Guizzardi

DG Sicurezza degli Alimenti e della Nutrizione – Ufficio I Affari Generali

Marco Ianniello

Dipartimento per la Sanità Pubblica veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli alimenti – Ufficio II Coordinamento della Ricerca e Sperimentazione degli Istituti Zooprofilattici

Maria Linetti

DG Risorse Umane e Professioni Sanitarie – Ufficio V Formazione Continua

Lucia Lispi

DG Programmazione Sanitaria, Livelli di assistenza e Principi etici di sistema – Ufficio X SIVEAS

Carmen Manfra

Dirigente Ufficio Comunicazione - Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)

Paola Maran

DG Prevenzione Sanitaria – Ufficio I Affari generali

Rosaria Minucci

Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione – Ufficio I Affari Generali

Anna Maria Prete

Segreteria Generale del Consiglio Superiore di Sanità – Ufficio Centrale Segreteria Generale

Francesco Schiavone

DG Comunicazione e Relazioni Istituzionali – Ufficio II Studi e Ricerche

Clara Ventre

DG Sanità Animale e Farmaco Veterinario – Ufficio I Affari Generali

Sabrina Ziliardi

Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione – Ufficio III Sistemi di Qualità e Valutazione



Autori

Sergio Acquaviva
Roberta Aloï
Sergio Amadori
Aldo Ancona
Roberta Andrioli Stagno
Claudia Arcà
Silvia Arcà
Laura Arcangeli
Giulia Arduino
Morgan Avetta
Tiziana Paola Baccolo
Marina Bagni
Anna Bancho
Alberto Barlattani
Francesca Basile
Filippo Basso
Marco Battaglini
Giovanni Battista Ascone
Roberto Bernabei
Giorgio Bernardi
Olivia Bessi
Alba Rosa Bianchi
Claudia Biffoli
Giampaolo Biti
Alessandro Boccanelli
Rosaria Boldrini
Enrico Bollero
Giovanni Botta
Renato Botti
Silvia Bruzzone
Maria Grazia Cagetti
Dario Calderoni
Francesca Calvetti
Bruno Campione
Loredana Candela
Gianni Cannizzaro
Pietro Canuzzi
Piergiorgio Cao
Mario Capogreco
Lucio Capurso
Anna Caraglia
Pietro Carbone
Rosetta Cardone
Guerino Carnevale
Paolo Carrer
Valter Casagrande
Massimo Casciello
Pierfrancesco Catarci
Carla Ceccolini
Luigi Chiariello
Roberto Chiesa
Adriana Chiurato
Susanna Ciampalini
Carmelo Cicero
Francesco Cicogna
Manuela Cocchi
Francesco Cognetti
Rossella Colagrossi
Silvia Colitti
Marco Collu
Antonella Colonna
Maria Elena Congiu
Domenico Consoli
Antonio Consolino
Susanna Conti
Laura Contu
Gian Paolo Cornalba
Lea Cosentino
Giuseppe Costa
Roberta Crialesi
Franco Cuccurullo
Stefania D'Amato
Loreta De Carolis
Angela De Feo
Roberto D'Elia
Alessandro Del Maschio
Annamaria de Martino
Alessandra De Palma
Simona De Stefano
Miriam Di Cesare
Luigi Di Cioccio
Teresa Di Fiandra
Lidia Di Minco
Vittorio Di Piero
Pasquale Di Pietro
Maja Di Rocco
Alessandra Di Sandro
Marco Di Trani
Guido Vincenzo Ditta
Giandomenico Di Vito
Angelo Donato
Annamaria Donato
Valeria Dusolina Di Giorgi Gerevini
Paola Facchin
Guido Fanelli
Anna Clara Fanetti
Antonio Federici
Nicola Ferrarini
Umberto Filibeck
Giuseppe Filippetti
Massimo Fini
Pietro Folino Gallo
Aurelia Fonda
Francesco Forestiere
Luisa Frova
Daniela Furlan
Antonio Vittorino Gaddi
Rosa Gaglione
Daniela Galeone
Michele Gallucci
Giovanni Gandini
Stefania Garassino
Caterina Gervasio
Enrico Gherlone
Alessandro Ghirardini
Silvia Ghirini
Denise Giacomini
Simona Giampaoli
Massimo Giannone
Antonella Gigantesco
Gianluigi Gigli
Maria Carla Gilardi
Liana Gramaccioni

Giuliano Grazzini
Giorgio Greco
Lucia Guidarelli
Sarah Guizzardi
Stefania Iannazzo
Marco Ianniello
Ivano Iavarone
Giuseppe Ippolito
Yllka Kodra
Maria Giuseppina La Falce
Liliana La Sala
Maria Paola Landini
Fiammetta Landoni
Giovanna Laurendi
Renato Lauro
Maria Luisa Lavitrano
Maria Giuseppina Lecce
Raffaello Lena
Gianluigi Lenzi
Giorgio Leomporra
Maria Linetti
Lucia Lispi
Maria Teresa Loretucci
Giuseppe Losacco
Claudia Maddaluno
Giulia Maffioli
Alessandro Magliano
Natalia Magliocchetti
Carola Magni
Mario Maj
Alberto Malesci
Tommasina Mancuso
Domenico Mantoan
Paola Maran
Giancarlo Marano
Niccolò Marchionni
Achille Marconi
Fabio Mariani
Chiara Marinacci
Andrea Maroni Ponti
Anna Rosa Marra
Valentino Martelli
Mauro Martini
Maria Masocco
Mario Massaro
Renato Massimi
Rosalba Matassa
Carmela Matera
Federica Medici
Maria Teresa Menzano
Maria Migliore
Giacomo Milillo
Salvatore Minisola
Rosaria Minucci
Gaia Mirandola
Concetta Mirisola
Domenico Monteleone
Giuliana Moriconi
Giuseppe Murolo
Francesco Musumeci
Alessandro Nanni Costa
Michele Nardone
Pietro Nataletti
Fabrizio Oleari
Bernardina Orlandi
Sergio Ortolani
Alessandro Padovani
Bastiana Pala
Luigi Palmieri
Filippo Palumbo
Angela Panuccio
Marilena Pappagallo
Roberto Passariello
Ugo Pastorino
Maricetta Patisso
Sergio Pecorelli
Gabriella Perrotta
Benedetta Persechino
Paola Picotto
Daniela Pierannunzio
Giuseppe Pimpinella
Aldo Pinchera
Ornella Pinto
Cristina Pintus
Alessio Pitidis
Bianca Maria Polizzi
Maria Grazia Pompa
Ida Poni
Luigi Presutti
Maria Grazia Privitera
Roberto Raschetti
Guido Rasi
Stefania Ricci
Giuseppina Rizzo
Elvira Rizzuto
Giovanna Romano
Paolo Rossi
Armido Rubino
Luigi Ruocco
Pasquale Salcuni
Paolo Salerno
Nicola Santini
Armando Santoro
Ugo Santucci
Carmela Santuccio
Emanuele Scafato
Antonio Scala
Bruno Scarpa
Claudio Seraschi
Paolo Sfriso
Giovanni Simonetti
Pasquale Simonetti
Marzia Simoni
Luciana Sinisi
Alessandro Solipaca
Teresa Spadea
Rosaria Sparta
Lorenzo Spizzichino
Marco Spizzichino
Laura Strohmer
Isabella Sturvi
Cristina Tamburini
Maria Rita Tamburrini
Umberto Tarantino
Katia Tarè
Domenica Taruscio
Sara Terenzi
Giuseppe Tibaldi
Antonio Tomassini
Carlo Tomino
Marina Torre
Rossana Ugenti
Nicola Vanacore
Mauro Venegoni
Monica Vichi
Giovanni Viegi
Giuseppe Viviano
Alberto Zangrillo

Indice generale

<i>Presentazione</i>	»	XIII
<i>Prefazione</i>	»	XV
<i>Introduzione</i>	»	XIX
<i>Sintesi della Relazione</i>	»	XXI
La situazione sanitaria del Paese	»	1
1. <i>Quadro generale</i>	»	3
1.1 Struttura e dinamica demografica	»	3
1.2 Mortalità generale e aspettativa di vita	»	7
1.3 Stato di salute percepito e qualità della sopravvivenza	»	14
1.4 Condizioni di cronicità e di disabilità	»	22
1.5 Cause di morte	»	27
1.6 Impatto delle malattie	»	42
2. <i>Malattie</i>	»	51
2.1 Malattie cardiovascolari	»	51
2.2 Tumori	»	59
2.3 Malattie metaboliche	»	63
2.4 Malattie respiratorie	»	66
2.5 Malattie reumatiche ed osteoarticolari	»	74
2.6 Malattie del sistema nervoso	»	83
2.7 Demenze	»	88
2.8 Disturbi psichici	»	94
2.9 Malattie rare	»	99
2.10 Malformazioni congenite	»	104
2.11 Malattie prevenibili con vaccino	»	110
2.12 HIV/AIDS e malattie a trasmissione sessuale	»	116
2.13 Malattie professionali	»	120
2.14 Malattie infettive emergenti o riemergenti	»	127
2.15 Malattie della bocca e dei denti	»	133
3. <i>Mortalità e disabilità dovute a cause esterne</i>	»	137
3.1 Infortuni sul lavoro	»	137
3.2 Incidenti stradali	»	140
3.3 Incidenti domestici	»	146
3.4 Suicidi	»	149
4. <i>La salute attraverso le fasi della vita ed in alcuni gruppi di popolazione</i>	»	153
4.1 Salute materna e neonatale	»	153
4.2 Salute infantile e dell'adolescente	»	159
4.3 Salute della popolazione anziana	»	164
4.4 Salute degli immigrati	»	170

5.	<i>Sicurezza alimentare</i>	»	175
5.1	Stato sanitario degli animali da reddito	»	175
5.2	Zoonosi	»	182
5.3	Malattie trasmissibili dagli alimenti	»	186
5.4	Ambiente ed alimenti	»	193
5.5	Benessere degli animali	»	197
5.6	Alimentazione degli animali	»	207
5.7	Risultati dei controlli degli alimenti	»	212
I determinanti della salute			» 217
1.	<i>Ambiente</i>	»	219
1.1	Aria atmosferica	»	219
1.2	Aria indoor	»	228
1.3	Acqua	»	234
1.4	Radiazioni	»	239
1.5	Rumore	»	245
1.6	Rifiuti	»	249
1.7	Clima	»	256
2.	<i>Stili di vita</i>	»	265
2.1	Attività fisica	»	265
2.2	Abitudine al fumo	»	271
2.3	Abitudini alimentari	»	277
2.4	Consumo di alcool	»	286
2.5	Abuso di sostanze stupefacenti o psicotrope	»	293
3.	<i>Determinanti socio-economici</i>	»	297
Le risposte attuali del Servizio Sanitario Nazionale			» 305
1.	<i>Gli interventi di protezione e promozione della salute e di prevenzione delle malattie</i>	»	307
1.1	Sicurezza alimentare all'importazione	»	307
1.2	Nutrizione ed alimentazione particolare	»	313
1.3	Sicurezza negli ambienti di vita	»	313
1.4	Salute e sicurezza sul lavoro	»	323
1.5	Sicurezza dei farmaci	»	325
1.6	Riduzione dei fattori di rischio (alcool-fumo-obesità)	»	331
1.7	Prevenzione delle malattie infettive	»	340
1.8	Prevenzione in oncologia	»	343
1.9	Prevenzione cardiovascolare	»	349
1.10	Prevenzione odontoiatrica	»	356
1.11	Prevenzione osteoporosi	»	360
2.	<i>I servizi di assistenza sanitaria</i>	»	361
2.1	Cure primarie e continuità assistenziale	»	361
2.2	Sistema di emergenza ed urgenza	»	369
2.3	Assistenza ospedaliera	»	380
2.4	Riabilitazione	»	388

2.5	Assistenza farmaceutica	»	393
2.6	Trapianti	»	396
2.7	Servizi trasfusionali	»	400
2.8	Assistenza agli anziani	»	406
2.9	La presa in carico delle condizioni di fragilità e di non autosufficienza	»	413
2.10	Tutela della salute mentale	»	417
2.11	Rete di assistenza per le tossicodipendenze e alcolismo	»	425
2.12	Cure palliative e terapia del dolore	»	434
2.13	Stati vegetativi	»	438
2.14	Assistenza odontoiatrica	»	443
3.	<i>La qualità del Servizio Sanitario Nazionale</i>	»	445
3.1	Qualità e governo clinico	»	445
3.2	Sicurezza dei pazienti	»	448
3.3	Coinvolgimento degli stakeholder	»	452
3.4	Linee guida	»	453
3.5	Sistemi di accreditamento e certificazione della qualità	»	455
3.6	Farmacovigilanza	»	461
4.	<i>Le risorse finanziarie, umane e tecnologiche del Servizio Sanitario Nazionale</i>	»	465
4.1	Risorse finanziarie	»	465
4.2	Risorse umane e formazione continua in medicina	»	474
4.3	Risorse tecnologiche	»	487
5.	<i>Nuovo Sistema Informativo Sanitario</i>	»	493
5.1	Sistema informativo ed integrazione delle informazioni sanitarie individuali	»	493
5.2	Sistemi informativi veterinari e della Sicurezza Alimentare	»	496
6.	<i>Monitoraggio delle sperimentazioni cliniche e dell'impiego dei medicinali</i>	»	503
7.	<i>Sistema di valutazione dell'assistenza del Servizio Sanitario Nazionale</i>	»	513
7.1	Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS)	»	513
7.2	Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	»	518
7.3	Tempi di attesa	»	525
7.4	Tempi di attesa in oncologia	»	528
7.5	Criteri di appropriatezza diagnostico-terapeutici in oncologia	»	538
7.6	Appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza alle malattie del sistema cardiovascolare	»	541
8.	<i>Sanità in rete</i>	»	553
9.	<i>Gli investimenti in tecnologie ed edilizia sanitaria</i>	»	568
10.	<i>Fondi strutturali Europei 2000-2006 e Quadro Strategico Nazionale 2007-2013</i>	»	580
11.	<i>La ricerca sanitaria: realtà e prospettive</i>	»	585
12.	<i>Scenario internazionale</i>	»	595
12.1	I riflessi nel Servizio Sanitario Nazionale delle politiche comunitarie in tema di mobilità dei cittadini europei ed extra UE	»	595

12.1	La gestione delle problematiche connesse all'ingresso dei nuovi Paesi nell'Unione europea	»	603	
12.1	Gli interventi legati all'impostazione intersettoriale delle politiche per la tutela della salute (Declaration "health in all policies" Roma, 18 dicembre 2007)	»	605	
12.1	Gli esiti conseguenti agli impegni assunti in sede ultraeuropea per migliorare la salute dei cittadini attraverso il rafforzamento dei sistemi sanitari (attuazione della Tallinn Charter – OMS Regione europea – Progetti EUROMED)	»	608	
13.	<i>Etica del trattamento: il contributo del Consiglio Superiore di Sanità</i>	»	610	
13.1	Il contesto e l'attività del Consiglio Superiore di Sanità	»	610	
13.2	Riflessioni	»	619	
Problematiche emergenti e prospettive			»	625
1.	<i>Il punto di vista del Libro Bianco "La vita buona nella società attiva"</i>	»	627	
2.	<i>Appropriatezza e programmazione ospedaliera</i>	»	631	
3.	<i>Valutazione dei costi standard dei livelli essenziali di assistenza</i>	»	635	
4.	<i>Dalla continuità assistenziale all'assistenza h24</i>	»	638	
5.	<i>Formazione specifica in Medicina Generale</i>	»	641	
6.	<i>Le prospettive sanitarie e sociali nella popolazione anziana Il ruolo della riabilitazione</i>	»	644	
7.	<i>Sviluppo tecnologico</i>	»	646	
8.	<i>Terapie innovative</i>	»	652	
9.	<i>Istituzione di unità di rischio clinico</i>	»	654	
10.	<i>Progetto Isole Minori</i>	»	656	



Presentazione

La Relazione sullo Stato Sanitario del Paese anni 2007-2008, rappresenta uno straordinario strumento di analisi sulla situazione epidemiologica, i determinanti di salute, le risposte in termini di prevenzione, assistenza, riabilitazione, la qualità del Servizio Sanitario Nazionale.

Il prezioso lavoro ha interessato, in uno sforzo di rappresentazione della realtà e prospettazione di scenari futuri, qualificati dirigenti del settore salute ed autorevoli esperti del mondo scientifico e della ricerca nazionale, che ringrazio per la competenza e la capacità di lettura di una realtà complessa ed in continuo divenire come quella sanitaria.

La ponderosa relazione potrà sicuramente aggiungere elementi conoscitivi e nuove prospettive in un momento come l'attuale, caratterizzato da impegnativi processi innovativi del sistema istituzionale Paese, *in primis* la riforma federalista dello Stato e la necessità irrinunciabile di mantenere e qualificare l'intero Servizio Sanitario Nazionale nel contesto internazionale, in particolare europeo.

L'epoca in cui viviamo è interessata da profonde trasformazioni economiche, tecnologiche, del tessuto sociale, che condizionano pesantemente l'assetto demografico della popolazione, il quadro epidemiologico, i bisogni di salute, una nuova percezione dei diritti del cittadino e pertanto richiedono una nuova concezione ed organizzazione del modello terapeutico ed assistenziale.

Il recente Libro Bianco "sul futuro del modello sociale" individua i limiti e le potenzialità del modello erogativo dei servizi, quindi le sfide future, definisce i valori fondanti del nuovo *welfare*, nonché una *vision* basata su opportunità e responsabilità. Viene posto inoltre l'attualissimo problema della sostenibilità del sistema, dell'equità all'accesso dei servizi e della garanzia dei livelli di assistenza.

La volontà di porre il cittadino al "centro" rappresenta non solo una indiscutibile dichiarazione di principio, ma apre una sfida all'intera comunità, per il ripensamento delle modalità assistenziali, della centralità delle reti, nella fase preventiva, acuta, riabilitativa, che possano prendere in carico il cittadino nella dimensione di salute, umana, familiare.

Sostenibilità del sistema, qualità e sicurezza delle prestazioni, accessibilità ai servizi nelle grandi aree del Paese con il superamento delle disuguaglianze territoriali rappresentano i grandi obiettivi su cui sistemi sanitari nazionali e regionali sono più fortemente impegnati.

L'ormai imminente applicazione del federalismo fiscale, anche in sanità, imporrà la revisione della *governance* complessiva del sistema statale, regionale, degli erogatori pubblici e privati.

Principi di responsabilità e *accountability*, efficienza ed efficacia, dovranno diventare patrimonio comune, per rimuovere rendite di posizione e autoreferenzialità organizzative e professionali, ormai superate dai tempi e dai principi della medicina basata sulle evidenze scientifiche.

Siamo certi comunque che le possibilità di affermazione del nuovo modello di *welfare* e salute, anche nella prossima Intesa Stato-Regioni sarà strettamente conseguente alla capacità di creare nel Paese una nuova cultura politica, amministrativa, e professionale che consenta di superare le differenze territoriali e di porre l'Italia al passo con i Paesi più evoluti, mantenendo e valorizzando i valori universalistici, pluralistici di solidarietà e sussidiarietà del nostro Servizio Sanitario.

Sen. MAURIZIO SACCONI
Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali



Prefazione

La Relazione sullo Stato Sanitario del Paese è una pubblicazione importante perché il Ministero dà conto delle scelte attuate nella sanità pubblica italiana.

La Relazione è la sintesi di un processo di cambiamento radicale operato nel nostro Paese che va nel senso di considerare la persona al centro del sistema salute, promuovendo la presa in carico e la continuità assistenziale. Proprio partendo dai territori si vogliono migliorare e favorire i servizi offerti e razionalizzare la rete ospedaliera e la rete di sanità pubblica collettiva.

Il primo elemento di contesto tenuto presente nella programmazione sanitaria nazionale e che emerge nella Relazione, è la forte accelerazione delle iniziative in materia di prevenzione. Infatti, oggi, si ritiene essenziale puntare sulla modifica degli *stili di vita*, lotta al *tabagismo* e all'*alcolismo*. In particolare l'Italia, come altri paesi Europei, adotta strategie per migliorare la relazione tra *ambiente e salute*, perseguendo obiettivi di miglior tutela della salute fisica e mentale, particolarmente per gli adolescenti ed i giovani. Sempre per perseguire tali scopi si sono improntate politiche di miglioramento della nutrizione e della sicurezza alimentare delle popolazioni, con particolare riferimento all'infanzia, potenziando la formazione e l'adeguamento delle risorse umane per realizzare validi "programmi di salute".

Nell'ambito della prevenzione, si è voluto qualificare ulteriormente la materia di sanità pubblica veterinaria e di sicurezza degli alimenti, coerentemente con gli obiettivi definiti a livello internazionale, nel contrasto alla diffusione di *malattie infettive*.

Si aggiunga che la lettura dei dati e delle valutazioni contenute in questa Relazione va rapportata a un'analisi del contesto in cui si trovano oggi ad operare il Servizio Sanitario Nazionale e quello Regionale.

Nuovo elemento caratterizzante che si evince dalla Relazione è la sempre maggiore attenzione dovuta al federalismo, al finanziamento e spesa dell'intervento pubblico in sanità legata alla responsabilità di produzione ed erogazione dei servizi sanitari.

Tale attenzione vuole creare un rapporto alto di equilibrio in modo che il sacrificio dei cittadini, dovuto al prelievo contributivo che va a garantire l'offerta del sistema sanitario nazionale e regionale, sia compensato da un'assistenza sanitaria qualitativamente appropriata.

Sul piano degli assetti istituzionali, il nuovo impianto Costituzionale trova oggi nella Legge 5 maggio 2009, n. 42, in materia di *federalismo fiscale*, l'applicazione piena dei principi di federalismo, con ampi spazi alle amministrazioni locali di autodeterminarsi, per rispondere nella maniera più appropriata alla domanda della loro popolazione di riferimento.

Governo e Regioni hanno ritenuto necessario individuare un livello di fabbisogno predefinito al cui finanziamento concorre lo Stato nel rispetto della piena erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e compatibile con le

risorse finanziarie pubbliche rese disponibili, nel rispetto degli impegni assunti dallo Stato a livello europeo in materia di finanza pubblica.

Ciò comporta un'adeguata definizione dei costi standard e presuppone che nelle singole Regioni siano stati implementati sistemi di controllo e di contabilità analitica e colmata ogni eventuale carenza di dati sui flussi di produzione e dei sistemi gestionali.

In tale contesto, fondato su un pluralismo istituzionale e sociale di corresponsabilità, sono consolidate le misure che sostengono l'equità del sistema e l'affiancamento delle Regioni caratterizzate da cospicui disavanzi e cattiva qualità dell'assistenza, attraverso un monitoraggio dell'assistenza resa, dei livelli di spesa nel rispetto di una corretta erogazione dei livelli di assistenza, anche ottimizzando l'apporto del privato che si inserisce nel sistema pubblico con l'accreditamento.

Il monitoraggio e la verifica dei livelli di assistenza da parte dello Stato è inoltre finalizzato a ridurre anche i divari assistenziali tra le diverse Regioni.

È cresciuto altresì l'impegno rivolto allo sviluppo di *indicatori* per la valutazione del funzionamento e la valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria, in modo da fornire ai responsabili politici e agli amministratori, elementi che portano al miglioramento dei sistemi sanitari.

Da parte governativa, ciò che emerge da questa Relazione, contiamo possa favorire un'azione nei confronti dei vari sistemi regionali tesa ad incoraggiare le buone pratiche e scoraggiare le cattive pratiche su tutto il territorio nazionale sulle tre questioni fondamentali: il mantenimento dei LEA in condizioni di appropriatezza, uniformità e continuità, l'uso efficiente dei fattori di produzione dei servizi sanitari, nonché l'efficacia e la qualità nella realizzazione dei percorsi di prevenzione, di cura e di riabilitazione.

Riguardo infine i temi della riabilitazione e del contrasto alla non autosufficienza, cresce l'attenzione e l'impegno nel valutare i bisogni riferiti alle singole patologie considerate anche rispetto all'appropriatezza e continuità della prestazione riabilitativa, tenendo conto della congruenza della spesa sanitaria rispetto ai servizi offerti tra ospedale e territorio.

On. FRANCESCA MARTINI

Sottosegretario di Stato al Lavoro, alla Salute e alle Politiche Sociali

La Relazione sullo Stato Sanitario del Paese è un'importante fotografia della salute degli italiani e descrive un mutamento già avviato: le nuove tecnologie stanno modificando sensibilmente il panorama sanitario, a cominciare dall'idea stessa di cura e terapia, per riflettersi sulle politiche socio-sanitarie e sull'articolazione dei servizi nel territorio.

Nascono nuove problematiche che incidono sulle relazioni sociali: basti pensare al conflitto fra la tutela della privacy dei singoli cittadini e la necessità di trasparenza nelle informazioni e di circolazione di dati e risultati clinici. Si tratta anche di disegnare la rete di servizi socio-assistenziali adeguando alle nuove situazioni i concetti di solidarietà e sussidiarietà, per evitare che il corpo e la salute siano considerati beni come gli altri, a cui è possibile applicare logiche di consumo e di mercato senza la necessaria cautela. Pensiamo per esempio al sistema di raccolta del sangue e a quello dei trapianti, e a come sia importante, per il bene comune, rafforzare l'idea di donazione gratuita e solidaristica.

Una delle prime iniziative in questa direzione è stata sostenere e implementare la rete pubblica di biobanche per cellule emopoietiche da sangue di cordone ombelicale, promuovendo la donazione del cordone, per garantire a tutti i malati la possibilità di utilizzare nel modo migliore e più appropriato le cellule staminali cordonali.

Per fronteggiare il cambiamento è fondamentale uno sforzo sul piano della comunicazione. Un cittadino informato è più consapevole anche rispetto alle grandi e delicate questioni etiche che il Servizio Sanitario Nazionale deve affrontare, e che possono riguardare le frontiere della vita e le manipolazioni genetiche, ma anche l'accesso alle terapie e il diritto alla salute. La commissione di studio sugli stati vegetativi insediata al Ministero risponde a questo scopo, di approfondimento e diffusione delle acquisizioni scientifiche in un settore delicato delle neuroscienze; in parallelo, la collaborazione con le associazioni dei familiari dei malati è fondamentale per intercettare i bisogni e le esperienze sul territorio, e selezionare le buone pratiche.

Particolare attenzione abbiamo dato alla salute materno-infantile. Nel nostro paese l'età media della donna alla nascita del primo figlio, è cresciuta fino ad arrivare ai 30 anni.

La mortalità infantile negli ultimi 15 anni è invece in netta diminuzione, pur con il permanere di differenze nelle diverse aree del Paese. Ai fini di una sua ulteriore riduzione, è necessario implementare su tutto il territorio azioni e strumenti di prevenzione che hanno un diretto impatto sulle determinanti di salute del bambino, come l'astensione dal fumo in gravidanza, l'assunzione di acido folico, l'allattamento al seno, le vaccinazioni, la sicurezza in auto. In questo senso la promozione dell'allattamento al seno, anche grazie all'insediamento

del Comitato Nazionale Multisetoriale, va vista **non solo come un'alimentazione migliore dal punto di vista nutrizionale, ma come un sostegno a tutto campo alla maternità.**

Avere attenzione verso il settore materno-infantile vuol dire anche affrontare la problematica relativa alle maternità difficili, da quelle rifiutate a quelle fortemente volute.

I dati sugli aborti, in costante diminuzione, ci dicono che una interruzione di gravidanza su tre è ormai di donne straniere, evidenziando una situazione di fragilità ma anche di differente approccio culturale al problema, che va affrontata con strumenti adeguati.

Le campagne di informazione sull'endometriosi, gli stili di vita adeguati per una migliore salute materno-infantile, e sull'infertilità in generale, sono l'inizio di un percorso per far crescere la consapevolezza delle persone di fronte a un problema in aumento, spesso sottovalutato perché poco conosciuto nelle sue cause. Un percorso che deve comprendere anche la qualità e la trasparenza delle strutture, dai consultori ai centri di procreazione medicalmente assistita, che dovranno adeguarsi alle nuove normative europee per alzare il livello degli standard di sicurezza e qualità, nella trasparenza dei risultati. All'interno di un miglioramento generale dello stato di salute della popolazione, la promozione della salute della donna, dell'infanzia e dell'adolescenza, si conferma come il principale investimento per il benessere degli adulti di domani.

On. EUGENIA ROCCELLA

Sottosegretario di Stato al Lavoro, alla Salute e alle Politiche Sociali



Introduzione

Questa Relazione sullo Stato Sanitario del Paese per gli anni 2007-2008 coincide con la celebrazione del trentesimo anniversario della nascita del Servizio Sanitario Nazionale, che proprio nel 1978 fu varato con la sua Legge istitutiva. Questo elemento va evidenziato perché la Relazione 2007-2008 è giusto che venga letta anche come sintesi di un processo polidecennale di radicale cambiamento della sanità pubblica italiana.

Tale processo ha via via consolidato la scelta, operata nel nostro Paese, di assumere una visione della salute non più solo come assenza di malattia ma piuttosto come promozione attiva del benessere e di promuovere l'integrazione istituzionale, operativa ed assistenziale, con il superamento della divisione tra la rete ospedaliera, la rete di sanità pubblica collettiva e la rete dei servizi territoriali.

Accanto all'evoluzione dei *setting* assistenziali operativi, si è avuta un'evoluzione istituzionale, con il processo di aziendalizzazione delle USL, mentre il sistema delle garanzie si è sempre più caratterizzato come sistema basato su livelli essenziali ed uniformi di assistenza da assicurare su tutto il territorio nazionale.

Nel 2001 è intervenuta la modifica del Titolo V della Costituzione che ha definito gli ambiti di competenza tra lo Stato garante dei LEA e le Regioni responsabili della loro effettiva erogazione sul territorio regionale.

L'evoluzione federalista introdotta dalla riforma costituzionale, ha esaltato la peculiarità del nostro SSN. Il modello universalistico tipo Beveridge è stato sempre più adattato al contesto italiano, introducendo elementi di positiva emulazione e confrontabilità tra i diversi ambiti regionali, consentendo di integrare tale modello con alcuni dei vantaggi presenti nel modello storicamente alternativo Bismarck, caratterizzato da un forte competizione tra enti assicuratori. In questo modo il nostro SSN ha potuto aspirare ad essere tra i più performanti a livello europeo, valorizzando le diverse esperienze attuate nei vari contesti regionali, ma assicurando una sostanziale unitarietà nazionale, legata al richiamo a comuni norme di principio e fondamentali ed a linee di indirizzo e programmazione condivise tra lo Stato e le Regioni.

Dunque gli indicatori della Relazione 2007-2008 possono aiutarci a fare un bilancio di questi 30 anni di SSN, ma devono consentirci di interrogarci su come il sistema si sta preparando alle nuove sfide assistenziali che ci aspettano nei prossimi anni.

Da questo punto di vista può essere utile leggere i dati e le elaborazioni statistiche contenuti in questa relazione per capire come le strutture e le attività del SSN si stanno posizionando rispetto alle direttrici strategiche verso le quali la più recente programmazione sanitaria nazionale e regionale si è orientata.

Mi riferisco in primo luogo all'esigenza, da tutti avvertita, di un rilancio operativo e di una ripianificazione organica degli interventi di prevenzione,

nella consapevolezza che essa rappresenta non solo il campo di assistenza sanitaria in cui il rapporto costo benefici è il più alto ma anche il settore in cui possono essere rintracciati forti margini di miglioramento in termini di condizioni di salute del Paese.

Faccio riferimento poi alla necessità di ridefinire ruolo e modalità organizzative delle cure primarie, in considerazione del fatto che si è spesso dovuta registrare una non completa e non adeguata coincidenza tra la fuoruscita di molte prestazioni assistenziali dal contenitore “ospedale” e la loro accoglienza da parte del “territorio”, soprattutto rappresentato dal medico di base, per fare fronte alle esigenze assistenziali.

Infine, considero il tema della riqualificazione dei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione di interesse specialistico ed ospedaliero, partendo da una verifica se tutto ciò che viene praticato, per fare diagnosi e terapia, sia basato su una buona evidenza clinica e sull’esercizio di una corretta opzione tra diverse alternative possibili, in modo che, a parità di efficacia, venga scelto l’intervento che presenta i costi inferiori.

Proviamo dunque a leggere la relazione per capire se il cammino verso queste tre direttrici si è effettivamente avviato. Ciò è importante perché dobbiamo essere consapevoli che gli incrementi continui delle risorse per la spesa sanitaria pubblica (siamo ben oltre il 6.5 per cento del PIL) che vengono ripetutamente richiesti e che potranno essere disposti con sempre maggiori difficoltà - almeno nell’attuale congiuntura economica - tenderanno ad essere prenotati dai due elementi che caratterizzano fortemente lo scenario epidemiologico, demografico ed assistenziale del nostro Paese.

Penso alla tematica della non autosufficienza (con una situazione demografica italiana fortemente sbilanciata dal peso crescente delle fasce di popolazione anziana) e della disabilità. Penso poi ai temi dell’assistenza a particolari gruppi di popolazione assistita, affetti da condizioni morbose, per le quali oggi siamo in grado di offrire procedure diagnostiche e trattamenti terapeutici o riabilitativi che, per la prima volta nella storia sanitaria, si rivelano efficaci ma sono ad alto costo, assorbendo ingenti risorse e configurandosi come una priorità assistenziale anche sul piano etico.

Ciò comporta che la non autosufficienza e le malattie ad alto costo di trattamento tenderanno ad assorbire quote crescenti delle limitate risorse a disposizione, con la conseguente necessità che per continuare a garantire il complesso di prestazioni attualmente erogate con i LEA, dovremo incrementare l’efficienza e l’appropriatezza nell’utilizzo delle risorse finanziarie, umane e strumentali del SSN.

Prof. FERRUCCIO FAZIO
Viceministro del Lavoro, alla Salute e alle Politiche Sociali

Sintesi della Relazione

La situazione sanitaria del Paese

Quadro generale

Struttura e dinamica demografica

Al 1° gennaio 2009 si stima che la popolazione residente in Italia superi il traguardo storico dei 60 milioni. Secondo i dati ancora provvisori, nel 2008 la dinamica naturale (differenza fra numero di nati e numero di decessi) registra un saldo negativo di circa 3.700 unità. A livello territoriale, tale dinamica si presenta differenziata. Le regioni del Nord e del Centro sono caratterizzate da un saldo naturale negativo, rispettivamente -0,4 e -0,5 per mille abitanti, quelle del Mezzogiorno da un saldo naturale positivo, +0,7 per mille. La componente migratoria del 2008 risulta assai positiva grazie a oltre 2 milioni di iscrizioni contrapposte a 1 milione e 600 mila cancellazioni. Il saldo migratorio è pertanto poco superiore alle 400 mila unità, per un tasso pari a 7,3 per mille abitanti. La popolazione straniera residente si stima in circa 3 milioni e 900 mila unità al 1° gennaio 2009, facendo registrare un incremento di 462 mila unità rispetto all'anno precedente (+12,6%). La popolazione straniera costituisce il 6,5% del totale. Nelle regioni del Nord e del Centro tale percentuale è più elevata che nel Mezzogiorno.

Nel 2009 l'indice di vecchiaia (rapporto tra popolazione di ultrasessantaquattrenni e quella con meno di 15 anni) è pari a 143%. Il processo di

invecchiamento investe tutte le regioni d'Italia, particolarmente quelle settentrionali e centrali. Gli individui con più di 64 anni hanno raggiunto il 20,1% della popolazione mentre i minorenni sono soltanto il 17%; la popolazione attiva è pari a meno dei due terzi del totale.

Mortalità generale e aspettativa di vita

La sopravvivenza negli ultimi decenni ha mostrato in Italia un notevole miglioramento, rimanendo in linea con l'andamento seguito dagli altri paesi occidentali; si è passati infatti da una speranza di vita alla nascita di circa 74 anni per gli uomini e di 80 per le donne nei primi anni '90 a 78,4 e 84 anni, rispettivamente per gli uomini e per le donne, nel 2006. Il divario tra uomini e donne, seppure in lieve diminuzione, rimane elevato e pari a quasi 6 anni.

Dall'analisi dei dati di mortalità, si osserva che, sebbene il tasso grezzo di mortalità sia rimasto pressoché invariato nel corso dell'ultimo decennio, attestandosi su valori del 10 per 1.000 per gli uomini e del 9,5 per le donne, i tassi di mortalità specifici per età hanno subito notevoli variazioni, congiuntamente ad un aumento dell'ammontare dei decessi in termini assoluti. Infatti, a seguito del progressivo invecchiamento della popolazione italiana si registra una diminuzione, per tutte le classi di età dei tassi specifici di morta-

Tabella 1 – Speranza di vita totale e in buona salute per età e per sesso – Anni 2000-2005

Speranza di vita totale				
Età (anni)	2000		2005	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
0	76,5	82,3	78,1	83,7
15	62,1	67,8	63,5	69,1
45	33,5	38,5	34,8	39,6
65	16,5	20,4	17,5	21,3
75	10,0	12,4	10,5	13,1

Speranza di vita in buona salute				
Età (anni)	2000		2005	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
0	50,0	46,6	54,5	51,6
15	36,7	33,0	40,7	37,4
45	13,0	10,9	15,6	13,3
65	3,6	3,2	4,7	4,0
75	1,6	1,5	2,0	1,9

FONTE: Istat, Health for All-Italia, <http://www.istat.it/sanita/Health/>.

lità. Nel periodo 2001-2006 si evidenzia anche una sostanziale diminuzione in termini di tassi standardizzati (meno 12%). Dal punto di vista territoriale, si conferma, in generale, il primato della Campania per la quale si registra la situazione più svantaggiata in termini di mortalità, sia per gli uomini che per le donne. Il quadro migliore appartiene invece alla regione Marche che nel 2006 registra il tasso di mortalità più basso sia per gli uomini che per le donne.

La mortalità infantile mostra un andamento in continua diminuzione dal 2001 al 2006 con una riduzione del 19% per i maschi e del 31% per le femmine. I tassi di mortalità infantile passano a livello nazionale da 4,9 decessi per mille nati vivi del 2001 a 4,1 nel 2006 per i maschi e da 4,2 a 3,2 decessi per mille nati vivi per le femmine, rispettivamente dal 2001 al 2006. A fronte di una significativa riduzione della mortalità infantile in Italia che interessa tutto il territorio nazionale, permangono ancora differenze fra le regioni del Nord e Centro e quelle del

Sud del Paese, soprattutto nella componente neonatale (Tabella 1).

Stato di salute percepito

Si stima che nel 2005 circa il 61% della popolazione italiana si considera in buona salute mentre il 6,7% dà una valutazione negativa delle proprie condizioni di salute. In generale la proporzione di quanti dichiarano di sentirsi male o molto male è più alta tra le donne ed il divario aumenta al crescere dell'età. In base ai dati del 2005 si evidenzia che degli 83,7 anni mediamente vissuti da una donna, solo 51,6 sono vissuti in buona salute mentre per un uomo dei 78,1 anni vissuti in media 54,5 sono vissuti in buona salute. La caratteristica dello svantaggio femminile in termini qualitativi è comune a tutte le regioni.

Lo scenario che si configura invece in termini di aspettativa di vita libera da disabilità è sicuramente migliore di quello delineato dall'indicatore della speranza di vita in buona salute ed in questo caso emerge un vantaggio femminile. Nel 2005 un uomo di 65 anni

si aspetta di vivere ancora 17,5 anni di cui 14,9 anni in piena autonomia; mentre le donne sessantacinquenni hanno una speranza di vita pari a 21,3 anni dei quali 16,2 liberi da disabilità. Si osserva inoltre un'evoluzione positiva tra il 2000 ed il 2005: all'aumento della speranza di vita totale corrisponde un incremento maggiore di quella libera da disabilità.

Condizioni di cronicità e di disabilità

Le patologie croniche più diffuse nel 2004-2005 sono l'artrosi e le artriti (18,3%), l'ipertensione arteriosa (13,6%) e le malattie allergiche (10,7%). Le donne evidenziano prevalenze di cronicità superiori agli uomini, in particolare per quanto riguarda l'artrosi e l'artrite, l'osteoporosi e la cefalea. Gli uomini lamentano prevalenze maggiori per la bronchite cronica e l'enfisema e per l'infarto. In generale risulta che il 13,1% della popolazione è affetto da almeno una fra le patologie croniche più rilevanti, le donne si confermano in peggiori condizioni di salute e lamentano infatti almeno una patologia cronica rilevante nel 17,2% dei casi contro il 10,3 degli uomini. Nell'età anziana sono invece gli uomini a riferire cronicità più gravi: il 45,5% rispetto al 38,9% delle donne. L'analisi territoriale evidenzia uno svantaggio delle persone residenti nelle regioni del Sud e nelle Isole. L'ISTAT stima che tra il 2004 e il 2005 le persone con disabilità, cioè non in grado di svolgere almeno una delle attività della vita quotidiana, sono circa 2 milioni e 600 mila (delle quali il 66% sono donne), pari a circa il 5% della popolazione italiana. È nelle regioni meridionali che si riscontrano i tassi di disabilità più elevati, il valore più alto si riscontra in Sicilia dove il 6,6% della popolazione presenta disabilità.

Cause di morte

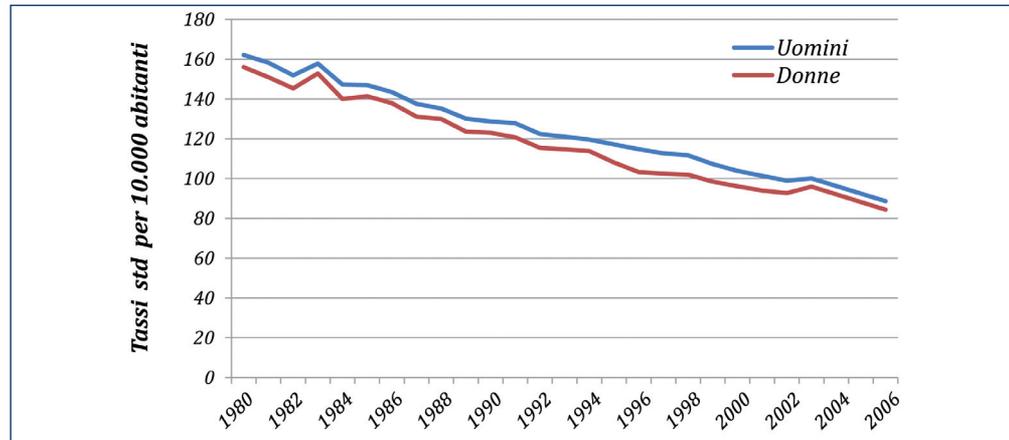
I due grandi gruppi di cause di morte che da soli spiegano quasi tre morti su quattro (70%), sia tra gli

uomini che tra le donne si confermano, come ormai da molti anni, le malattie del sistema circolatorio e i tumori. Per gli uomini i tumori rappresentano il 35,1% delle cause di morte e le malattie del sistema circolatorio il 34,9% mentre per le donne le malattie circolatorie sono la causa preminente (43,8%) distanziando i tumori (25,6%). Nei due generi la terza causa di decesso è molto lontana come contributo ed è costituita dalle malattie dell'apparato respiratorio (7,4% tra gli uomini e 5,4% tra le donne). Tra le prime 10 cause di morte, per le donne ma non per gli uomini, compaiono i disturbi psichici e comportamentali mentre le malattie infettive si collocano fra le 10 cause di morte tra gli uomini ma non tra le donne. Tra i bambini e gli adolescenti di entrambi i generi le cause che predominano sono le condizioni che originano nel periodo perinatale, malformazioni congenite e anomalie cromosomiche, i tumori (in particolare le leucemie e gli altri tumori del sistema linfatico/emopoietico) e le cause violente. Nei giovani adulti (15-44 anni) le prime cause sono costituite dalle morti violente e dai tumori sia per gli uomini che per le donne. Per le persone di mezza età (45-64 anni) la causa prevalente è costituita dai tumori, in particolare il tumore del polmone fra gli uomini e il tumore del seno fra le donne, seguita dalle malattie del sistema circolatorio. Fra gli anziani (65-84 anni) sono ancora i tumori seguiti dalle malattie circolatorie ad essere la causa prevalenti per gli uomini mentre fra le donne anziane prevalgono le morti causate da malattie del sistema circolatorio seguite dai tumori (Figura 1).

Impatto delle malattie

Un aspetto importante della mortalità in termini di impatto delle malattie e di indicazioni per la prevenzione è costituito dalla mortalità evitabile. Sono da considerare evitabili, o meglio contrastabili, quei decessi dovuti a

Figura 1 – Trend temporale della mortalità totale. Tassi standardizzati per 10.000 residenti – Anni 1980-2006



Fonte: Elaborazioni Istituto Superiore di Sanità su dati Istat.

cause che sono prevenibili con azioni di prevenzione primaria, di prevenzione secondaria o con interventi di diagnosi e cura. Nonostante negli ultimi anni la situazione della mortalità evitabile stia costantemente migliorando, ancora nel 2002, oltre 71.000 uomini e 36.000 donne sono morti per cause evitabili, cioè una persona morta ogni cinque aveva meno di 75 anni e la sua causa di morte era fra quelle che la letteratura scientifica riconosce come comprimibile con politiche di prevenzione adeguate.

Malattie

Malattie cardiovascolari

Le malattie del sistema circolatorio hanno causato nel 2003 240.253 morti, 140.987 uomini e 135.266 donne, pari al 41,1% dei decessi totali. Negli uomini la mortalità è trascurabile fino all'età dei 40 anni, emerge fra i 40 e i 50 anni e poi cresce in modo esponenziale con l'età. Nelle donne il fenomeno si manifesta a partire dai 50-60 anni e cresce rapidamente. Lo svantaggio degli uomini rispetto alle donne è più accentuato nell'età riproduttiva e tende a ridursi con l'avanzare dell'età. La diversità di frequenza della

malattia tra i due sessi si accompagna anche alla diversità delle manifestazioni cliniche: sono infatti più frequenti nelle donne la morte improvvisa, l'infarto silente, l'angina pectoris. L'incidenza per 1.000 persone di età 35-74 anni di eventi coronarici e di eventi cerebrovascolari sono pari rispettivamente a 6,3 e 2,7 per gli uomini e pari a 1,4 e 1,2 per le donne. La letalità è molto alta sia negli uomini che nelle donne e aumenta molto con l'avanzare dell'età (per gli eventi coronarici 30,4 negli uomini e 28,0 nelle donne, per gli eventi cerebrovascolari 34,3 negli uomini e 37,7 nelle donne)

Tumori

Nel 2006 si sono registrati oltre 168 mila decessi per cancro che costituiscono il 30% di tutti i decessi e rappresentano la seconda causa di morte nel nostro Paese, in particolare la prima fra gli adulti e la seconda fra gli anziani. Nell'ultimo decennio la mortalità per cancro è diminuita. Tale riduzione è effetto soprattutto della migliore sopravvivenza dei malati. Alla fine degli anni '70 la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di cancro era del 33% ed è salita al 47% nei primi anni '90. Complessivamente l'incidenza dei

tumori nella popolazione italiana è ancora in aumento, soprattutto ma non esclusivamente per la proporzione crescente di anziani, i quali presentano un maggior rischio di sviluppare patologie tumorali. L'aumento dell'incidenza e il miglioramento della sopravvivenza determinano una presenza crescente di persone affette da tumore. Si stima che il 2,8% della popolazione italiana, circa 1,8 milioni di persone, abbia avuto nel corso della propria vita una diagnosi di cancro e si prevede che nel 2010 il numero di persone con pregressa diagnosi di tumore nel nostro Paese possa superare il milione e 900 mila unità, di cui il 56% costituito da donne. La mortalità per **tumore del colon-retto** ha registrato, a partire dai primi anni '90, una costante riduzione in entrambi i sessi, al contrario, l'incidenza dei tumori colon rettali presenta una marcata tendenza all'aumento, specialmente fra gli uomini. Nel 2010 si attendono circa 300 mila pazienti con pregressa diagnosi di tumore colon-rettale. Una maggiore tempestività nella diagnosi e i miglioramenti terapeutici hanno determinato un aumento della sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi che è passata dal 42% dei primi anni '80 al 58% della fine degli anni '90. **Il cancro del polmone** è in diminuzione fra gli uomini e in aumento fra le donne; in particolare per queste è aumentata sia la mortalità, tra il 1970 e il 2002 il tasso di mortalità è quasi raddoppiato, che l'incidenza. Le stime valutano in 32.000 unità i nuovi casi nel 2008 e per l'anno 2010 prospettano un numero di casi prevalenti di poco inferiore alle 80.000 unità. Sostanzialmente stabile la sopravvivenza per il tumore al polmone che è rimasta del 13% in entrambi i sessi. La variabilità territoriale sia del tasso d'incidenza sia del tasso di mortalità è elevata, in particolare la Campania presenta per gli uomini valori di incidenza e di mortalità di gran lunga superiori alla media nazionale. Dall'inizio degli anni '90 la mortalità per **tumore della mammella** è diminuita di circa il 2%

all'anno. L'incidenza e la prevalenza sono invece in aumento, anche a causa dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento della sopravvivenza. In generale la sopravvivenza a 5 anni è passata dal 72% nel periodo 1983-1985 all'85% nel periodo 1995-1999, persistono però differenze significative nella sopravvivenza fra le diverse aree territoriali, a svantaggio delle regioni del Sud. Il **tumore della prostata** è la patologia tumorale più diffusa fra gli uomini: per il 2008 si stimano circa 36.500 nuovi casi. L'incidenza, anche grazie alla diffusione del test PSA mostra dalla fine degli anni '80 una marcata crescita mentre il tasso di mortalità dopo un aumento spiccato negli anni '70, mostra un andamento costante. La sopravvivenza a 5 anni è aumentata dal 66% del 1990-1994 all'83% del 1995-1999.

Malattie metaboliche

Negli ultimi anni, in larga parte come conseguenza dell'epidemia di obesità legata alle modificazioni dello stile di vita dei Paesi occidentali, si sta assistendo ad un inarrestabile aumento della prevalenza di diabete. In Italia, nel 2005, l'ISTAT stima una prevalenza del diabete noto pari al 4,2%, 4,4% nelle donne e 4,0% negli uomini. In base a questi dati si può stimare che in Italia ci siano circa 2,5 milioni di persone con diabete. La prevalenza è più bassa al Nord (3,9%) rispetto al Centro (4,1%) e al Sud (4,6%), in linea con un analogo gradiente nord-sud di prevalenza di obesità. La prevalenza della malattia aumenta con l'età (si passa dal 2,5% nella classe d'età 45-54 anni al 16,3% nelle persone con età superiore a 75 anni) contribuendo così ad aggravare il quadro nosologico degli anziani e ad incrementare sensibilmente il consumo di farmaci.

Malattie respiratorie

Le malattie respiratorie e allergiche sono tra le patologie più diffuse anche nella popolazione italiana ed hanno un

elevato impatto socio-economico. Tali patologie sono tra quelle maggiormente prevenibili. Nel 2006 in Italia sono avvenuti 35.751 decessi per malattie dell'apparato respiratorio (57% fra i maschi) che rappresentano il 6,4% di tutte le morti. Il quoziente di mortalità sale marcatamente dopo i 64 anni di età. Più del 50% dei decessi per cause respiratorie è attribuibile a BPCO. L'asma, assieme all'obesità, è la patologia cronica più diffusa nell'infanzia. Bronchite cronica ed asma colpiscono oltre il 20% della popolazione anziana (con più di 64 anni).

Malattie reumatiche e osteoarticolari

Le patologie dell'apparato muscolo-scheletrico sono la causa più nota e più comune di malattie croniche ad alto potenziale di disabilità ed handicap. In Italia le malattie reumatiche rappresentano la condizione cronica più diffusa. L'artrite/artrosi colpisce il 17,9% della popolazione; a ciò va aggiunta la prevalenza dell'osteoporosi (7,3%), malattia da comprendere a tutti gli effetti tra le malattie dell'apparato locomotore. L'analisi per genere mostra che la prevalenza dei disturbi per artrite/artrosi è maggiore nelle donne rispetto agli uomini (22,7% nelle donne e 13,0% negli uomini). Tale differenza è ancora più marcata se si considera l'osteoporosi (12,5% nelle donne e 1,8% negli uomini). La prevalenza delle principali malattie reumatiche aumenta in rapporto all'età, indipendentemente dal sesso.

Demenze

Le demenze comprendono un insieme di patologie (demenza di Alzheimer, vascolare, fronto-temporale, a corpi di Lewy, ecc) di grande impatto socio-sanitario, sia per il numero di soggetti e di famiglie coinvolte sia perché le risposte al problema richiedono una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali. Il maggior rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età. In Italia sono

stati condotti numerosi studi di prevalenza che conducono ad una stima complessiva di circa 1 milione di persone affette da demenza, delle quali circa il 60% da demenza di Alzheimer. Negli ultimi anni diverse evidenze di letteratura fanno ritenere che il fenomeno dell'insorgenza delle demenze possa essere almeno in parte prevenibile. Ad esempio si è visto come una regolare attività fisica ed una intensa attività sociale, produttiva e mentale possano ridurre il rischio di insorgenza delle demenze in un arco temporale di 4-5 anni anche del 40%. Un dato analogo riguarda la relazione tra l'obesità ed un incremento del rischio di demenza.

Disturbi psichici

La disponibilità di informazioni sulla salute mentale della popolazione generale è ancora carente nel nostro Paese. Tuttavia alcuni studi recenti, condotti sia a livello nazionale che locale, hanno mostrato che la prevalenza dei disturbi mentali più comuni (depressione, distimia, disturbo d'ansia generalizzata, disturbo di panico, fobia semplice, fobia sociale, agorafobia, disturbo post-traumatico da stress, disturbo da abuso/dipendenza da alcool) nella popolazione generale non è inferiore al 7%. I dati relativi alle situazioni di acuzie, fanno emergere un tasso di 26,7 ricoveri psichiatrici per 10.000 abitanti. I Trattamenti Sanitari Obbligatorii (TSO) rappresentano il 9% di tutti i ricoveri annui in Italia, ed il tasso per 10.000 abitanti è pari a 2,5, con una marcata variabilità regionale. Per quanto riguarda le attività svolte nei Centri di salute mentale, i dati di prevalenza indicano che i pazienti in trattamento attivo in 626 Centri censiti sui 708 totali sono 457.146 con una media per servizio di 730 pazienti in trattamento attivo. La percentuale più alta di presenze è femminile, con il 56,5% a fronte del 43,5% degli uomini. La classe di età più rappresentata è, per entrambi i

sessi, quella 18-44 anni, anche se in generale la popolazione femminile è più anziana. Conformemente a quanto succede negli altri Paesi emerge anche in Italia una tendenza all'aumento dei tassi di ospedalizzazione psichiatrica nella fascia di età 12-17 anni che, come segnalato dall'OMS, assume una rilevanza significativa sia in termini di incidenza che di impegno assistenziale.

Malattie rare

Le malattie rare sono caratterizzate da una bassa occorrenza nella popolazione, definita secondo il limite di prevalenza inferiore a 5 casi ogni 10.000 abitanti. Si tratta di forme morbose che possono colpire diversi organi ed apparati ed insorgere in tutte le fasce d'età, con problemi assistenziali comuni in termini di gravità clinica, decorso cronico, esiti invalidanti ed onerosità di trattamento. Ad oggi diverse regioni inviano dati aggregati al Registro Nazionale Malattie Rare dai rispettivi registri regionali e 300 presidi della rete nazionale accedono direttamente al sistema web reso disponibile dal Centro nazionale per le Malattie Rare (CNMR) per l'invio dei dati al Registro. A febbraio 2009 risultano presenti nel registro Nazionale Malattie Rare 26.592 schede di arruolamento con dati anagrafici e sanitari di pazienti con malattia rara.

Malformazioni congenite

Le Malformazioni Congenite (MC) si determinano durante lo sviluppo prenatale e normalmente si manifestano alla nascita o, in una minoranza di casi più tardivamente. Esse hanno un ruolo predominante come causa di mortalità infantile, determinano l'incremento della morbosità infantile e inoltre la cronicità e la gravità clinica di molti difetti congeniti implicano elevati costi socio-sanitari del paziente. Le MC rappresentano inoltre uno dei più precoci indicatori biologici per la tossicità di inquinanti ambientali e di nuovi farmaci. Infatti, rispetto ai

tumori che hanno latenza di anni il controllo delle MC fornisce indicazioni nell'arco di 6-8 mesi dall'evento causale. Nel periodo 1996-2003 sono stati rilevati dai registri regionali che afferiscono al network EUROCAT 24.897 difetti congeniti su 1.427.921 nati vivi e morti sorvegliati per una prevalenza totale di 174,36 per 10.000 nati. Dall'analisi dei casi aggregati secondo i 14 gruppi di difetti congeniti definiti da EUROCAT, emerge il peso dei difetti cardiovascolari che rappresentano il 32,5% dei difetti congeniti totali, seguiti dai difetti degli arti (14,9%), le anomalie cromosomiche (13,7%) e quindi i difetti del sistema nervoso (8,6%).

HIV/AIDS e malattie a trasmissione sessuale

Nell'anno 2008 dai dati provvisori forniti dal Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità si conferma l'aumento dell'incidenza dell'infezione acquisita per trasmissione sessuale tra persone mature. Nel periodo 1982 al 2007 sono stati rilevati 59.106 casi, 45.780 (77,4%) di sesso maschile, 765 casi pediatrici (1,3%) e il 7,2% stranieri. Al dicembre 2007 risultano deceduti 35.358 (59,8%) pazienti. Nel corso degli anni, si è verificato un costante aumento dell'età mediana dei casi di AIDS; nel 2007 essa è stata di 43 anni per gli uomini e di 40 anni per le donne. In concomitanza si è osservato un aumento della proporzione dei casi che hanno contratto l'infezione per contatto sessuale. Anche in Italia, come nel resto dell'Europa, dal 2000 al 2006 si è registrato un significativo aumento delle diagnosi di sifilide e gonorrea. In particolare, dalle notifiche di malattie infettive pervenute nello stesso periodo, si evidenzia una variazione percentuale dell'incidenza della sifilide pari a circa il 146% nella classe di età 15-24 anni e del 199% nella classe di età 25-64 anni. Al pari di altri Paesi europei, anche in Italia il maggior numero delle

notifiche è a carico del genere maschile: nel 2006 il 90% dei casi di gonorrea e l'80% delle notifiche di sifilide.

Malattie professionali

Dai dati rilevabili nell'ultimo rapporto annuale dell'INAIL, risultano pervenute 28.497 denunce di malattie professionali manifestatesi nel 2007, con un aumento rispetto all'anno precedente pari al 7%, a fronte di un aumento del numero degli occupati dell'1%. Tra le malattie denunciate rimane al primo posto l'ipoacusia, anche se risulta confermato il trend in diminuzione; tra le patologie "emergenti" è da registrare un notevole incremento delle tendiniti, le patologie muscolo scheletriche e le malattie respiratorie. Per le patologie tumorali, relativamente all'anno 2007, la rilevazione alla data di aprile 2008 evidenzia 1.700 casi, di cui circa la metà risulta costituita da neoplasie da asbesto, seguite dai tumori di trachea, pleura e laringe e dai mielomi multipli. Per i tumori vescicali si è passati dai 79 casi registrati nel 2003 ai 200 del 2007.

Malattie della bocca e dei denti

Le patologie dei denti e della bocca più diffuse nella popolazione italiana sono la carie e la malattia parodontale. Queste patologie, se non adeguatamente trattate, possono determinare l'insorgenza di edentulismo e quadri clinici più importanti con indubbie ricadute sullo stato di benessere psicofisico di ciascun individuo. Il quadro epidemiologico non è omogeneo a livello nazionale: infatti dai dati disponibili si riscontra un Nord più sano, seguito dal Centro. Quasi il 60% degli individui di età compresa tra i 13 ed i 18 anni ha già avuto almeno una lesione cariosa. Gli adolescenti che appartengono a famiglie a più alto reddito e frequentano scuole secondarie di secondo grado mostrano un livello di patologia dento-parodontale meno elevato. Negli individui di età compres-

sa tra 19 e 25 anni c'è una prevalenza di patologia superiore all'80%. La percentuale di individui con un parodonto sano, definito come assenza d'infiammazione, diminuisce con l'aumentare dell'età e non rappresenta più del 10% della popolazione adulta. A differenza di ciò che avviene per le patologie dento-parodontali, il cancro orale risulta di più frequente riscontro al Nord del Paese. Infatti, il tasso standardizzato di incidenza è 12,1 al Nord, 7,5 al Centro e 6,8 al Sud. Questi dati sono probabilmente attribuibili sia ad una maggior sorveglianza epidemiologica realizzata nel Nord del paese, sia ad una maggior esposizione della popolazione ai principali fattori di rischio.

Mortalità e disabilità dovute a cause esterne

A fronte dell'aumento del numero degli occupati, il numero di denunce di infortuni pervenute all'INAIL al 31/10/2008, relative all'anno 2007 evidenzia una flessione dell'1,7% rispetto ai dati del 2006. Dall'analisi dei dati INAIL si osserva che la riduzione degli infortuni registrata tra il 2006 ed il 2007 ha interessato quasi tutte le regioni; gli infortuni hanno colpito in particolare i lavoratori di sesso maschile, nella misura del 72,5%. Come quanto avviene per le malattie professionali, il maggior numero di infortuni risulta concentrato nel settore dell'Industria e dei servizi. La classe di età maggiormente coinvolta negli infortuni, ivi compresi quelli con esito mortale, risulta essere la fascia di età compresa tra i 35-49 anni.

I lavoratori stranieri rispetto ai lavoratori italiani risultano più esposti ad infortuni.

Incidenti stradali

I dati ufficiali sull'incidentalità stradale sono raccolti dall'ISTAT e pubblicati annualmente. Ogni giorno in Italia si verificano in media 633 incidenti stradali che provocano la morte di 14

persone e il ferimenti di altre 893. Nel 2007 sono stati rilevati 230.871 incidenti stradali che hanno causato il decesso di 5.131 persone, mentre altre 325.850 hanno subito lesioni di diversa entità. Dalla serie storica dal 2000 al 2007 si nota un calo sia del numero degli incidenti sia del numero di decessi e di feriti a fronte nello stesso periodo di un aumento del parco veicolare pari al 15,7%.

Incidenti domestici

Dalla rilevazione ISTAT gli incidenti in ambiente domestico hanno coinvolto nel 2006 circa 3,2 milioni di persone, per un complesso di 3,7 milioni di casi. Oltre il 60% di questi hanno riguardato le donne. Le cause più frequenti che richiedono un intervento di pronto soccorso sono le cadute. Le fasce di popolazione più a rischio sono i bambini al di sotto dei 6 anni e gli anziani, e gli infortuni a danno degli ultra 65enni rappresentano un terzo del totale.

Suicidi

Oltre il 90% dei suicidi è correlato alla presenza di un disturbo mentale, primo fra tutti il disturbo depressivo. I tassi di suicidio rilevati variano da Paese a Paese, con range da 5,92 per 100.000 abitanti in Italia, a 25 per 100.000 abitanti in Svezia. Analogamente al resto del mondo e quanto già osservato in passato nel nostro Paese, i maschi commettono il suicidio più frequentemente rispetto alle donne, con un rapporto complessivo di circa 3 a 1, tale primato dei maschi è particolarmente evidente nella fascia di età 18-24 anni. I tassi di suicidio specifici per età aumentano con l'aumentare della fascia di età: con oltre il 36% del totale dei suicidi, la classe di età "65 anni e oltre" rappresenta la classe modale. A livello territoriale si hanno valori in genere più elevati nelle regioni del nord e del centro e più bassi al sud.

La salute attraverso alcune fasi della vita ed in alcuni gruppi di popolazione

Salute materna e neonatale

Dai dati del Certificato di assistenza al parto (CEDAP) sono stati rilevati, nel 2005 511.436 parti che rappresentano il 92,2% dei parti totali. Sono state effettuate più di 4 visite di controllo nell'80% delle gravidanze; in media sono state effettuate 4,3 ecografie per ogni parto e nell'ambito delle tecniche diagnostiche prenatali invasive, ogni 100 parti sono state effettuate circa 16 amniocentesi e circa 3 esami dei villi coriali. Si conferma il ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica; l'incidenza dei tagli cesarei è andata progressivamente aumentando e allo stato attuale l'Italia è ai primi posti in Europa con un tasso di tagli cesarei pari al 38,2%. In Italia, per il periodo 1998-2002, il rapporto di mortalità materna risulta pari a 3/100.000. Nel 2007 le interruzioni volontarie di gravidanza sono state 127.038, con un tasso di abortività pari a 9,1 per 1.000 donne in età feconda, con un decremento del 3,1 rispetto all'anno precedente. Per quanto riguarda la salute del neonato dai dati CEDAP si rilevano pesi inferiori ai 1.500 grammi nell'1% dei nati, un peso compreso 1.500 e 2.500 grammi nel 5,8% e i nati a termine con peso inferiore ai 2.500 grammi rappresentano circa il 2% dei casi. Dal CEDAP si rileva un tasso di natimortalità di 2,8 nati morti ogni 1.000 nati. Tra le cause di natimortalità si evidenziano condizioni morbose ad insorgenza perinatale, problemi fetali e placentari.

Salute infantile e dell'adolescente

Nel corso degli ultimi anni, i tassi di mortalità infantile hanno subito un' apprezzabile riduzione. Le cause di mortalità infantile più frequenti sono le condizioni morbose di origine perinatale, traumatismi ed avvelenamenti, le malformazioni congenite e i tumori. La

riduzione della mortalità ha interessato maggiormente i bambini fino a un anno di età, e in maniera comunque significativa i bambini da 1 a 14 anni. La prima causa di morte nella fascia d'età 1-14 anni è rappresentata dai tumori seguite dalle cause esterne di traumatismo e avvelenamento. Le patologie che si presentano più frequentemente per la fascia di età 0-14 anni sono le malattie allergiche (9,6%), seguite dall'asma bronchiale (2,9%) e dalla cefalea ed emicrania ricorrente (0,9%). Un maggior numero di maschi (3,8%), rispetto alle femmine (2%) soffre di asma.

Salute della popolazione anziana

Tra le malattie più diffuse negli ultra sessantacinquenni si collocano l'artrosi e l'artrite (56,4%) seguite dall'ipertensione arteriosa (40,5%). Nel 2006 oltre 4 milioni e 800 mila ricoveri hanno interessato persone con più di 64 anni (oltre il 37% dei ricoveri totali). Le cause di ricovero più frequenti in entrambi i sessi sono quelle relative all'apparato cardiocircolatorio. Nelle donne assumono particolare rilevanza le malattie del sistema muscolo scheletrico e del tessuto connettivo, mentre per gli uomini le patologie rilevanti sono rappresentate dalle malattie dell'apparato digerente nella fascia di età 65-74 e dalle malattie dell'apparato respiratorio per gli ultrasessantacinquenni.

Salute degli immigrati

I cittadini stranieri residenti in Italia al 1° gennaio 2008 risultano essere 3.432.651, di cui 1.701.817 maschi e 1.730.834 femmine (50,42%); circa la metà degli stranieri residenti in Italia proviene da Paesi europei.

Le informazioni sulle condizioni di salute e sull'accesso ai servizi sanitari degli stranieri residenti nel nostro Paese sono ancora piuttosto frammentarie. Dall'analisi dei dati Istat relativi all'indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari emerge il

quadro di una popolazione straniera residente con bisogni di salute simili a quelli della popolazione italiana e mediamente in migliori condizioni di salute, in linea con un profilo di migranti di prima generazione, che si spostano prevalentemente per progetti di lavoro e che dunque portano con loro un capitale di salute che ne fa un gruppo mediamente più sano. La domanda di salute espressa con il ricorso ai servizi sanitari evidenzia complessivamente un minor accesso rispetto a quello degli italiani, a parità di età, sebbene con alcune peculiarità. Sono più contenute le prestazioni sanitarie, come visite mediche e accertamenti diagnostici, in particolare quelle di tipo specialistico che si dimezzano nella popolazione straniera, con un minor ricorso allo specialista privato. Il tasso di ricovero è più basso per gli uomini stranieri, rispetto a quelli italiani, e va nell'analogia direzione per le donne, quando si escludono i ricoveri per parto. Il ricorso ai servizi di emergenza è, invece, più frequente. Nel percorso della maternità, le donne straniere si rivolgono in misura nettamente maggiore delle italiane all'assistenza presso un consultorio pubblico durante la gravidanza.

Sicurezza alimentare

Stato sanitario degli animali da reddito

La situazione sanitaria del patrimonio zootecnico italiano, in forza dei piani di eradicazione e di sorveglianza messi in atto da anni, è da considerarsi sotto controllo, pur permanendo in alcune parti del territorio situazioni critiche relativamente alla lotta ed eradicazione di alcune malattie. Tutte le azioni e attività messe in campo sono conformi alla nuova strategia per la salute degli animali dell'Unione Europea (2007-2013): "Prevenire è meglio che curare" che ha fissato alcuni obiettivi ambiziosi per migliorare la salute degli animali, non solo per le istituzioni dell'unione Europea ed i

governi, ma per tutti i cittadini. La **blue tongue** è una malattia infettiva che colpisce tutti i ruminanti, particolarmente gli ovini. Per quanto riguarda la situazione epidemiologica in Italia nel corso del 2008 non vi sono stati nuovi focolai di malattia nel centro sud del Paese, nonostante sia stato registrato un numero limitato di casi negli animali sentinella. Relativamente al nord Italia, a seguito di introduzione di animali sensibili da Paesi Membri interessati dalla malattia, sono state segnalate numerose positività per BTV8. La **peste suina africana**, presente esclusivamente in Sardegna, in virtù dell'elevato rischio di diffusione che la contraddistingue, comporta l'impossibilità di movimentazione di suini vivi e dei prodotti derivati con pesanti ripercussioni economiche e commerciali. La **malattia vescicolare del suini** è una malattia infettiva contagiosa presente sul territorio italiano da molti anni e costituisce un fattore limitante all'esportazione verso i Paesi Terzi di pregiati prodotti a base di carne suina. Tale malattia è stata eradicata nella maggioranza delle Regioni italiane, persistendo solo in tre Regioni dell'Italia centro-meridionale. Dal 1997 al 2005 le aree densamente popolate di avicoli in Nord Italia sono state interessate da numerose ondate epidemiche di **influenza aviaria** dei sottotipi virali H5 e H7. Il più grave episodio si è verificato nel periodo 1999-2001 quando il virus ha causato la morte di oltre 16 milioni di volatili e ha comportato notevoli danni economici a livello produttivo nazionale. Per tale evidenza epidemiologica è stato avviato un Piano di vaccinazione di emergenza tra il 2007 e il 2008 in una parte di territorio delle Regioni Veneto e Lombardia approvato e co-finanziato dalla Commissione europea.

Zoonosi

Con il termine di zoonosi si intende un gruppo di malattie infettive che hanno la caratteristica di essere tra-

smisibili dagli animali all'uomo e viceversa, come la **brucellosi**. In Italia esistono piani di eradicazione dalla brucellosi bovina-bufalina e dalla brucellosi ovicaprina da diversi anni. Scopo dei piani è di individuare, attraverso un'attività di diagnosi di laboratorio, gli animali infetti che vengono inviati al macello e quindi allontanati dagli allevamenti. Allo stato attuale le province riconosciute ufficialmente indenni da brucellosi bovina ai sensi della normativa comunitaria risultano 66. Per quanto riguarda la **tubercolosi bovina**, in Italia esiste un piano di eradicazione che prevede un controllo annuale su tutti i bovini di età superiore alle sei settimane in allevamenti ufficialmente indenni. Allo stato attuale le province riconosciute ufficialmente indenni da tubercolosi bovina ai sensi della normativa comunitaria risultano 40. Nel nostro Paese la **rabbia urbana** è stata eradicata nel 1973. Nel 1977 la malattia è stata riscontrata nella fauna selvatica nel nord del paese ed ha interessato i territori dell'arco alpino. Le suddette epidemie sono state controllate ricorrendo alla vaccinazione sistematica degli animali sensibili nei territori interessati e alla vaccinazione delle volpi. La BSE è. Il monitoraggio effettuato a partire dal 2001 della BSE, che è una un'encefalopatia spongiforme trasmissibile che colpisce la specie bovina, ha portato all'esecuzione di oltre 5 milioni di test permettendo di verificare il costante decremento della malattia, tanto che oggi il rischio può essere considerato risibile.

Malattie trasmissibili dagli alimenti

Dall'analisi dei dati di notifica di malattie a trasmissione alimentare a partire dal 1998 fino al 2007 si può considerare che l'incidenza delle varie malattie ha subito delle modifiche nel tempo. Le salmonellosi non tifoidee hanno fatto registrare nel periodo 1998-2007 una drastica diminuzione della loro incidenza passando da un valore di 25 casi per 100.000 abitanti

a circa 11 casi per 100.000 abitanti degli anni 2006 e 2007. Le incidenze delle brucellosi e della febbre tifoidea hanno avuto un andamento analogo nel periodo 1998-2007 facendo registrare una lieve diminuzione che ha portato ad un valore pari a 0,2 casi per 100.000 abitanti nel 2007. La listeriosi, nel periodo considerato ha avuto un'incidenza praticamente costante di circa 0,2 casi per 100.000 abitanti. L'incidenza dell'epatite A, fra il 1998 e il 2007, ha subito una drastica diminuzione seppure con una battuta d'arresto nel 2005: passa da un valore pari a 5 per 100.000 abitanti nel 1998 ad un valore di circa 1 caso per 100.000 nel 2006 e 2007.

Ambiente ed alimenti

Il problema della contaminazione da diossine in Campania è noto fin dall'aprile 2001, da quando cioè furono riscontrate 2 non conformità per diossine in campioni di latte ovino prelevati in attuazione del Piano Nazionale Residui (PNR). Nel 2007 si è avuto un riscontro di positività in 7 campioni di latte, sia ovino che bufalino che ha confermato la rilevanza di tale problematica. Nel corso del Piano UE di prelievo di massa di campioni di latte, iniziato il 1° aprile 2008, sono state controllate, al 31 dicembre 2008, 1.139 aziende zootecniche, sia ovi-caprine che bufaline, pari al 71,9% delle aziende bufaline delle province interessate e la percentuale di non conformità è stata dell'1,7% (18 aziende su 1.545). La presenza di diossine in alcune aree della provincia di Taranto è invece nota dal marzo 2008. Per valutare l'entità del fenomeno, di concerto con i rappresentanti regionali, è stato adottato un apposito piano di sorveglianza per la ricerca di diossine e PCB diossina-simili in matrici di origine animale. Tale piano prevede controlli ufficiali su alimenti ad uso umano e zootecnico nonché controlli ambientali su suolo e superficiale ed acque sotterranee, in aree ricadenti nel raggio di 5 e 10 km

dal polo siderurgico di Taranto. In totale sono stati riscontrati 8 allevamenti non conformi che sono stati posti sotto sequestro per animali e prodotti da essi derivati. A fronte di tali risultati la regione Puglia ha adottato un Piano straordinario di monitoraggio e sorveglianza nelle aziende zootecniche della provincia di Taranto. Il problema della contaminazione della Valle del Sacco emerge nel 2005 quando viene rilevata la presenza di esaclorocicloesano nel latte di animali abbeveratisi al fiume Sacco, affluente del fiume Liri, tra le province di Roma e Frosinone. L'esaclorocisano è una sostanza organica clorurata persistente, sottoprodotto di reazione nella sintesi dell'insetticida Lindano che dal 2001 non può più essere utilizzato ma che veniva prodotto, negli anni passati, nell'area industriale di Colleferro (RM). È stato quindi predisposto un piano straordinario regionale di sorveglianza e controllo delle aziende bovine, bufaline e ovine da latte e da carne dell'area in cui era situata la prima azienda risultata non conforme lungo la Valle del fiume Sacco. Il piano ha consentito di individuare gli allevamenti con produzioni non conformi e di definire geograficamente l'area da sottoporre a monitoraggio delle produzioni zootecniche coinvolte. I provvedimenti di sanità pubblica veterinaria adottati hanno garantito l'esclusione totale dalla filiera produttiva dei prodotti, latte e carni, provenienti da aziende non conformi.

Benessere degli animali

La protezione degli animali da reddito nella fase di allevamento, durante il trasporto e la macellazione, costituisce uno degli obiettivi prioritari dell'Unione europea che fin dal 1974 ha emanato provvedimenti legislativi in materia, tutti attuati e regolarmente applicati anche in Italia. Infatti il rispetto delle condizioni di benessere degli animali allevati è di fondamentale importanza ai fini della salubrità dei

prodotti da essi derivati e di conseguenza per la tutela della salute del consumatore. Ad agosto 2008 è partito, in via sperimentale, il piano nazionale per il benessere degli animali che al momento prevede la programmazione dei controlli sulla base della valutazione del rischio solo per quanto attiene l'allevamento, ma che dovrà essere implementato anche per il trasporto e la macellazione.

Attraverso l'accordo del 6 febbraio 2003 tra Ministero e Regioni e Province autonome, viene affermato il principio che chiunque conviva con un animale da compagnia è responsabile della sua salute e del suo stato di benessere. Con tale accordo si introduce il microchip come unico sistema ufficiale di identificazione e si istituiscono le banche dati informatizzate presso le Regioni e le Province autonome. Al 31.12.2008 tutte le Regioni e province autonome hanno completato l'attivazione delle proprie anagrafi e l'immissione dei dati nella banca dati nazionale. Allo scopo di prevenire i gravi episodi di aggressione alle persone da parte di cani ad aggressività non controllata è stata emanata il 14 gennaio 2008 l'Ordinanza Ministeriale "tutela dell'incolumità pubblica dall'aggressione dei cani", in attesa di un atto normativo stabile che disciplini in modo più ampio il rapporto uomo-cane. Dai dati che annualmente pervengono al Ministero risultano 5.350.000 cani di proprietà e 690.000 cani randagi di cui solo un terzo ospitati nei canili rifugio. Per la protezione degli animali utilizzati a fini sperimentali, nel periodo 2007-2008, sono stati effettuati 45 sopralluoghi ispettivi presso gli stabilimenti utilizzatori di animali e stabulari, sia per il rilascio di nuove autorizzazioni (23 rilasciate nel periodo di riferimento) sia per la verifica dei requisiti delle strutture già autorizzate.

Alimentazione degli animali

Le disposizioni normative a livello europeo, negli ultimi anni, hanno for-

temente contribuito ad un evidente miglioramento della qualità sanitaria dei mangimi. Il Ministero in tale contesto ha predisposto, sin dal 2000, un sistema ufficiale di controllo sui mangimi: Poiché la qualità e la sicurezza dei mangimi sono prerequisiti fondamentali per la salute e il benessere animale, per la produzione di alimenti di origine animale sani e sicuri e per la tutela della salute pubblica, il Ministero, attraverso il PNAA, Piano Nazionale di sorveglianza e vigilanza sanitaria sull'Alimentazione degli Animali, effettua un'omogenea e coordinata attività di controllo sui mangimi in tutte le fasi della produzione, della trasformazione e della distribuzione. Il sistema nazionale dei controlli comprende attività in tutte le fasi del settore applicando il principio di controllo di filiera e di rintracciabilità del mangime lungo tutto le fasi della sua produzione ed utilizzo. Per quanto riguarda la rendicontazione dell'attività ispettiva, nel corso del 2007 sono state effettuate oltre 25.5000 ispezioni, un numero tre volte maggiore rispetto all'anno precedente riscontrando 83 campioni non conformi, pari all'1% dei campioni prelevati; nel 2006 l'analoga percentuale era stata del 2%. Questo trend favorevole conferma una maggiore sicurezza ed igiene offerta nel settore dell'alimentazione animale.

Risultati dei controlli sugli alimenti

La relazione "Vigilanza e controllo degli alimenti e delle bevande in Italia" ogni anno fa il punto dell'azione coordinata dal Ministero sui controlli ufficiali svolti in Italia da tutte le amministrazioni centrali e territoriali in tutte le fasi della filiera di produzione, trasformazione, magazzinaggio, trasporto, commercio e somministrazione degli alimenti, con ispezioni, prelievi di campioni, analisi di laboratorio, controllo dell'HACCP e dell'igiene del personale addetto. Nell'ambito delle attività ispettive delle ASL, sono state controllate 494.923 unità operative, delle

quali 54.488 (11%) hanno mostrato infrazioni. Le unità controllate sono risultate pari al 36% rispetto al totale delle strutture segnalate sul territorio. I campioni di prodotti alimentari analizzati dai laboratori pubblici sono stati complessivamente 110.773, di cui 3.047 sono risultati non regolamentari, con una percentuale di non conformità pari al 2,7%. Accanto alle attività di controllo ufficiale è attivo il sistema di allerta rapido comunitario per alimenti e mangimi che notifica in tempo reale i rischi diretti o indiretti per la salute pubblica connessi al consumo di alimenti o mangimi in tutto il territorio dell'unione europea. Nel 2008 sono state trattate complessivamente 3.040

notifiche (2.993 nel 2007 e 2.874 nel 2006). Anche per l'anno 2008, come già avvenuto nel 2007 e nel 2006, l'Italia è risultato il primo Paese membro per numero di segnalazioni inviate alla commissione Europea, dimostrando l'alta attività di controllo nel territorio nazionale. Il DM del 23 dicembre 1992 definisce i piani annuali di controllo sui residui dei prodotti fitosanitari negli alimenti (P.N.R.A.). Nel 2007 sono stati complessivamente analizzati 8.219 campioni, tra frutta, ortaggi, cereali, olio e vino, di questi solo 81 hanno riportato valori dei residui di fitofarmaci superiori al limite di legge, con una percentuale di irregolarità pari allo 0,9%.

I determinanti della salute

Ambiente

Aria atmosferica

L'inquinamento atmosferico, soprattutto in relazione al particolato fine, è il fattore ambientale responsabile del più alto impatto sanitario per numero di casi di malattia e di decessi. In particolare, l'inquinamento atmosferico urbano rappresenta oggi il problema principale sia dal punto di vista ambientale che sanitario, considerato che gran parte della popolazione vive nelle zone urbane ed in esse si concentrano la gran parte delle attività antropiche potenzialmente inquinanti. Grazie alla solida evidenza scientifica ora disponibile e alla buona qualità delle reti di monitoraggio ambientale, che forniscono misure giornaliere degli inquinanti, è possibile valutare, sempre con minore incertezza, l'impatto sanitario dell'inquinamento dell'aria sulle popolazioni urbane. Infatti, per quanto concerne i sistemi di rilevamento degli inquinanti atmosferici, il numero di stazioni utilizzate continua a crescere negli anni, con un incremento di circa il 23% nel 2006 rispetto all'anno precedente, interessando in particolar modo le regioni del sud Italia e delle isole maggiori. Gli inquinanti più critici per le elevate concentrazioni presenti in atmosfera sono PM₁₀ (particolato atmosferico), NO₂ (ossido di azoto) e O₃ (ozono). La situazione dell'inquinamento dell'aria nelle principali città italiane, così come documentata dall'APAT (Agenzia per la Protezione dell'Ambiente e per i Servizi Tecnici) e dai risultati del progetto EPIAIR non è positiva. In Italia, nel 2006, il 61% delle stazioni di monitoraggio per il PM10 ha disatteso il valore limite giornaliero e nell'estate del 2007, invece, il 93% delle stazioni di monitoraggio per l'ozono ha registrato scalfamenti del livello di riferimento per la protezione della salute umana.

Aria indoor

La qualità dell'aria indoor è un importante determinante di salute poiché una larga parte della popolazione trascorre il proprio tempo in ambienti confinati quali abitazioni, uffici, scuole, edifici commerciali, con un tempo di esposizione all'inquinamento indoor esteso a tutte le ventiquattro ore giornaliere. Il rischio espositivo, risulta di particolare gravità per alcuni gruppi più suscettibili, quali bambini, anziani, malati cronici, che trascorrono negli ambienti indoor una percentuale di tempo particolarmente elevata. L'esposizione agli inquinanti presenti nell'aria indoor può essere responsabile sia della comparsa di specifiche patologie sia dell'aggravamento di patologie preesistenti. In questi ultimi decenni, per vari motivi concomitanti, si è assistito ad un rapido scadimento della qualità complessiva dell'aria degli ambienti confinati e si stima che in Europa il 4,6% delle morti per tutte le cause ed il 31% delle inabilità siano attribuibili all'inquinamento indoor. Si stima che circa il 9% delle morti per tumore del polmone può essere attribuito ad esposizione domestica a radon mentre lo 0,5% dei casi di tumore del polmone nell'uomo ed il 4,6% dei casi di tumore nelle donne può essere ricondotto a esposizione a fumo passivo. La contaminazione microbica degli ambienti indoor è frequente ed è in grado di causare infezioni a carico delle vie aeree soprattutto nei soggetti ipersuscettibili. Molteplici sono le malattie infettive che si possono contrarre in ambiente indoor, tra cui la tubercolosi, sindromi influenzali, nuove malattie come la SARS e la legionellosi.

Acqua

Le resistenze al cambiamento hanno dilatato enormemente i tempi previsti per l'attuazione della Legge 36/94, (cosiddetta Legge Galli) e solo in que-

st'ultimo biennio (2007-2008), si è conclusa la fase di insediamento su tutto il territorio nazionale degli Ambiti Territoriali Ottimali (ATO) per la gestione dei Servizi Idrici Integrati, al fine di superare la frammentazione della gestione dei servizi pubblici di captazione, adduzione e distribuzione di acqua ad usi civili, di fognatura e di depurazione delle acque. Da un'analisi dei dati disponibili risulta che solo la metà degli ATO hanno completato il procedimento di affidamento del servizio. Secondo l'ultimo annuario delle statistiche ambientali dell'ISTAT, al 31 dicembre 2007, la percentuale di popolazione residente in comuni in cui opera il gestore del SII è pari al 60% della popolazione totale, con un aumento del 20,6% rispetto al 2005, e con l'esclusione del Trentino-Alto Adige, dove la legge non si applica in forza di una sentenza della Corte Costituzionale del 1994. Il rilevamento della qualità dell'acqua destinata al consumo umano è diventato sempre più rilevante nella valutazione dello stato sanitario di un paese. La recente entrata in vigore del D.Lgs. 31/01 ha portato numerose innovazioni per quanto concerne i controlli analitici che devono essere effettuati ed i relativi valori di parametro che non devono essere superati per far sì che i servizi preposti possano emettere un giudizio di idoneità al consumo umano dell'acqua. Attualmente il livello conoscitivo/organizzativo è tale da non consentire un'efficiente ed efficace correlazione tra patologie diagnosticate/denunciate e probabilità di correlazione con il consumo di acqua infetta, ma il problema rappresenta una priorità nella politica sanitaria del nostro paese.

Radiazioni

L'esposizione al radon nelle abitazioni aumenta in modo statisticamente significativo il rischio di tumore polmonare e tale aumento è proporzionale al livello di esposizione. Inoltre è stata evidenziata una forte sinergia tra

il radon ed il fumo di sigaretta, a causa della quale il rischio dovuto all'esposizione al radon è molto più alto (circa 25 volte) per i fumatori che per i non fumatori. Il rischio aumenta in modo statisticamente significativo non solo per elevate esposizioni al radon, ma anche per esposizioni prolungate a concentrazioni di radon medio-basse, che non superano i 200 Bq/m³. Di conseguenza, i casi di morte per cancro polmonare attribuibili al radon in Italia sono circa 3.000 (da 1.000 a 5.500) all'anno, la maggioranza dei quali tra i fumatori a causa degli effetti sinergici di radon e fumo. Esiste una diffusa preoccupazione nel pubblico per i possibili effetti nocivi per la salute dell'esposizione a campi elettromagnetici, sia a frequenze estremamente basse (ELF, in primo luogo la frequenza di 50 Hz della corrente elettrica) sia alle frequenze più elevate (radiofrequenze, RF). Un possibile ruolo cancerogeno dei campi magnetici ELF è stato suggerito solo in relazione alla leucemia infantile. Per questa patologia alcuni studi epidemiologici hanno evidenziato un'associazione statisticamente significativa. Per i tumori infantili diversi dalla leucemia, e per i tumori negli adulti, le evidenze scientifiche a favore dell'ipotesi di un'associazione con l'esposizione a campi magnetici ELF sono molto più deboli. Lo stesso si può affermare per patologie come depressione, suicidi, malattie cardiovascolari, disfunzioni riproduttive, malattie dello sviluppo, modificazioni immunologiche, effetti neuro comportamentali e malattie neurodegenerative. Sul versante delle RF, sulla base di vari studi epidemiologici, non vi sono evidenze convincenti di incremento del rischio di tumori. Per quanto riguarda la cosiddetta ipersensibilità elettromagnetica, numerosi esperimenti in condizioni controllate evidenziano che sintomi quali disturbi del sonno, affaticamento, stress, formicolii sul viso, sensazione di bruciore della pelle, eruzioni cutanee, dolori muscolari, bruciore agli

occhi, disordini dell'apparato digerente sono sì reali ma non correlabili con l'esposizione a campi elettromagnetici.

Rumore

Dal punto di vista degli effetti sulla salute, purtroppo, il rumore negli ambienti di lavoro costituisce ancora oggi la causa di tecnopatìa più denunciata all'INAIL (circa il 24% dei casi di malattie professionali denunciate). Negli ultimi anni statisticamente consolidati (2001-2006), all'INAIL sono pervenute circa 46.000 denunce di ipoacusia professionale, di cui circa il 12% sono state riconosciute e indennizzate. Complessivamente, in Italia nel 2002 erano presenti circa 134.000 titolari di rendita di inabilità permanente da ipoacusia e sordità da rumore, pari al 56% del totale delle rendite erogate dall'INAIL. L'eccessiva esposizione al rumore provoca numerosi effetti sulla salute, in particolare effetti psicofisiologici.

Rifiuti

I dati evidenziano una inequivocabile tendenza all'aumento della produzione dei rifiuti, sia urbani che speciali. La produzione di rifiuti solidi urbani ha, infatti, subito un incremento medio annuo del 2,3%, mostrando un aumento del 25% dal 1996 al 2006, mentre nel caso dei rifiuti speciali si è registrato, nel triennio 2003-2005, un incremento della loro produzione del 7%, con una tendenza all'aumento costante per i rifiuti speciali pericolosi nel periodo 2000-2005. Gli studi epidemiologici sinora condotti non consentono di stimare con sufficiente accuratezza i rischi per le popolazioni residenti in prossimità di impianti di trattamento e di smaltimento di rifiuti, inoltre, la potenziale tossicità di ogni agente può variare con il tempo e il mezzo di diffusione. D'altra parte, risulta pressoché impossibile quantificare il contributo delle attività di trattamento e smaltimento dei rifiuti alla contaminazione dei differenti compar-

ti ambientali e conseguentemente il relativo impatto sulla salute umana.

Clima

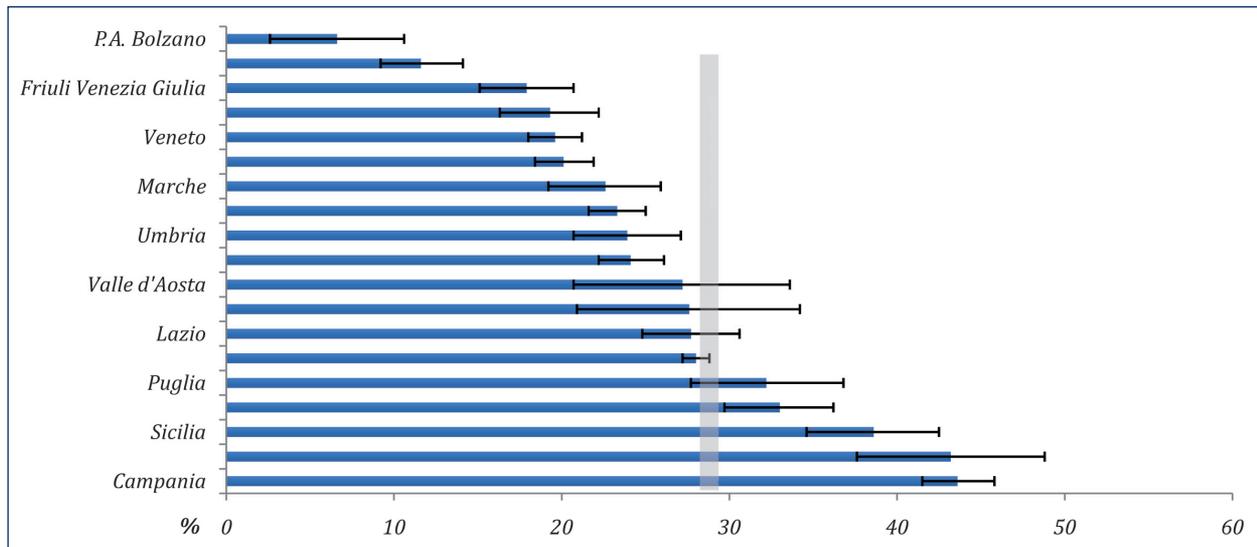
È ormai condiviso che le modificazioni dell'atmosfera indotte da attività antropiche, quali il rilascio di gas ad effetto serra e aerosol, hanno largamente contribuito al rapido cambiamento climatico in atto, cioè ad una rapida e significativa variazione della concentrazione delle costanti meteorologiche e climatiche attese, quali ad esempio temperature terrestri e del mare, precipitazioni, venti. Tale variazione si manifesta in modificazioni dei modelli globali di circolazione atmosferica e oceanica, influenzando anche su caratteristiche quali frequenza, tipo ed intensità di eventi meteorologici avversi (anomalie termiche, alluvioni e tempeste, siccità) delle regioni continentali e su scala nazionale, di cui son ben noti a livello locale gli impatti ambientali e gli effetti sulla salute e sui sistemi socio-economici. Le evidenze epidemiologiche ad oggi disponibili suggeriscono che le ondate di calore e le elevate temperature hanno un effetto significativo sulla mortalità, con un tempo di latenza molto breve (da uno a tre giorni). Il rischio di mortalità durante le ondate di calore è risultato particolarmente elevato tra le persone anziane, tra i soggetti con patologie a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare e tra le fasce di popolazione di basso livello socioeconomico. Le evidenze epidemiologiche indicano, inoltre, che l'abitare in grandi aree urbane espone la popolazione a maggior rischio, rispetto a quella che vive in un ambiente suburbano o rurale, per alcune condizioni che possono potenziare l'effetto di condizioni climatiche oppressive.

Stili di vita

Attività fisica

Nel 2002, in Italia, le morti attribuibili all'inattività fisica sono state pari

Figura 1 – Persone sedentarie per pool Regioni PASSI 2007 (% , IC 95%)



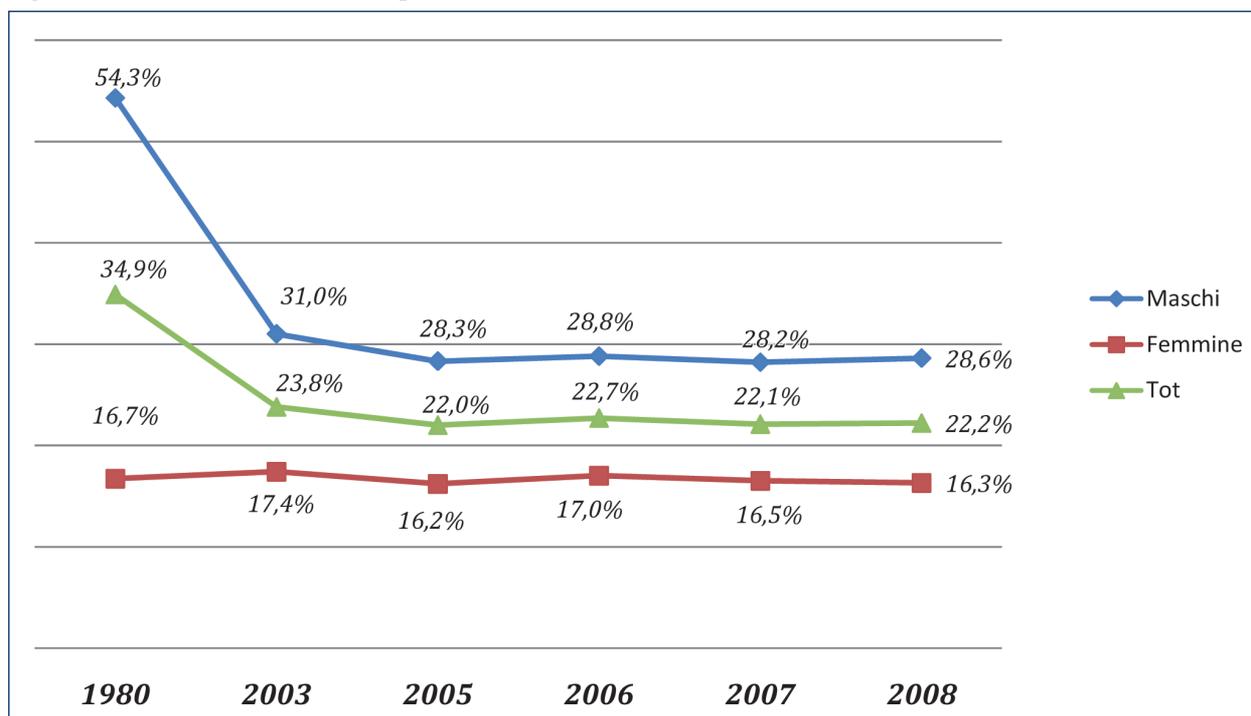
al 5% del totale (circa 28.000 persone per anno), mentre per la stessa causa ammontano al 3,1% gli anni di vita in buona salute persi per invalidità e morte prematura (DALY). L'esistenza di una relazione tra attività fisica/stato nutrizionale, stato di salute e alcune malattie cronic-degenerative è, peraltro, riconosciuta da sempre. La pratica dell'attività fisica tende inoltre ad essere associata ad altri tipi di comportamenti salutari come il mangiare sano e il non fumare e può essere adottata per indurre ulteriori cambiamenti nello stile di vita. Nel nostro Paese, secondo i dati ISTAT relativi al 2008, in Italia il 40,2% della popolazione di età uguale o superiore ai 3 anni dichiara di non praticare né attività sportiva né attività fisica nel tempo libero; la sedentarietà è più frequente tra le donne (45%, contro il 35,3% degli uomini) mentre lo sport sembra essere un'attività prettamente giovanile e maschile. I dati raccolti sul tempo trascorso davanti alla televisione o ai videogiochi e sull'attività fisica praticata dai bambini e adolescenti di età compresa fra i 6 e i 17 anni sono sconcertanti: 1 bambino su 4 pratica sport per non più di un'ora a settimana. Inoltre, la metà circa dei bambini ha la TV in camera e

la guarda per 3 o più ore al giorno (Figura 1).

Abitudine al fumo

Si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco in Italia dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età. Il tabacco è una causa nota o probabile di almeno 25 malattie, tra le quali bronco pneumopatie croniche ostruttive ed altre patologie polmonari croniche, cancro del polmone e altre forme di cancro, cardiopatie, vasculopatie. Gli ultimi dati confermano quanto osservato dall'analisi del trend storico degli anni precedenti, secondo cui negli ultimi 50 anni si assiste ad una graduale diminuzione dei fumatori. Secondo i dati ISTAT, dopo l'entrata in vigore, della Legge 3/03 (cosiddetta legge Sirchia) si è assistito ad una diminuzione della prevalenza di fumatori. Nel 2008, tuttavia, si è osservato un lieve incremento nei maschi, e una piccola diminuzione tra le femmine. La più alta percentuale di fumatori si osserva nell'Italia del Sud e nelle Isole (25,2%). Le differenze di genere nell'abitudine al fumo risultano molto marcate nell'Italia Meridionale dove, a fronte di una quota elevata di fumatori tra gli uomini

Figura 2 – Prevalenza dei fumatori per sesso – Anni 1980-2008



Fonte: Istat - Annuario Statistico Italiano, Anno 2008.

(28,9%), si osserva la più bassa percentuale di fumatrici tra le donne (12,7%). Il numero medio di sigarette fumate al giorno oscilla intorno alle 15 per quasi la metà dei fumatori. Gli ex fumatori, nel 2008 sono aumentati rispetto all'anno precedente, passando dal 17,5% al 18,4%. Nell'ultimo anno si stima che hanno smesso di fumare più di 560.000 fumatori (Figura 2).

Abitudini alimentari

Il legame esistente tra alimentazione e sviluppo di malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, sovrappeso e obesità è ben noto. Quest'ultima condizione, poi, oltre a essere causa diretta di riduzione della qualità della vita per le persone che ne sono affette, rappresenta essa stessa un fattore di rischio per lo sviluppo di malattie cardiovascolari, tumori e diabete. Riguardo alle abitudini alimentari, il 96% degli intervistati PASSI (Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia), sistema continuo di sorveglianza della popula-

zione italiana adulta sui principali fattori di rischio comportamentali, ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno ma solo il 10% mangia le 5 porzioni raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie. L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa tra le persone sopra ai 50 anni, tra le donne (12%), tra le persone con basso livello d'istruzione (10%) e tra le persone obese (12%).

Consumo di alcool

Una recente stima indica in 24.061 il numero delle morti in Italia per cause alcol correlate fra i soggetti di età superiore ai 20 anni, di cui 17.215 tra i maschi e 6.846 tra le femmine, che rappresentano, rispettivamente, il 6,23% di tutte le morti maschili e il 2,45% di quelle femminili. Il tasso di mortalità per cirrosi epatica e patologie croniche del fegato, uno dei più importanti indicatori di danno derivante dal consumo cronico ed eccedentario di alcool, risulta

in costante diminuzione da molti anni (dal 22,60 per 100.000 del 1990 al 10,73 del 2004), in concomitanza con la diminuzione del consumo medio pro capite di alcol puro nella popolazione. Le morti per cirrosi epatica sono diffuse soprattutto nella popolazione più anziana. Anche la mortalità per incidente stradale è considerata un indicatore di danno indiretto prodotto dall'alcol, e in Italia viene stimata come correlata all'uso di alcol per una quota compresa tra il 30% e il 50%. Nell'anno 2005 il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (valore per 100.000 abitanti) è stato pari a 159,0, in costante diminuzione dall'anno 2000. Dai dati sull'utenza dei servizi alcolologici risulta d'altra parte che i più elevati tassi di crescita tra i nuovi alcolodipendenti si registrano per le età più giovanili, al di sotto dei 19 anni e tra i 20-29 anni.

Abuso di sostanze stupefacenti o psicotrope

Dallo studio campionario IPSAD (Italian Population Survey on alcohol

and drugs) emerge che in Italia, nella popolazione di età compresa tra 15 e 54 anni, negli ultimi 4 anni il consumo di eroina è sostanzialmente stabile con un aumento del consumo di tale sostanza nei maschi in età compresa tra i 15 ed i 34 anni. Per la cocaina si è rilevato un arresto della crescita pluriennale del consumo riferito in tutte le classi di età e nei due generi. Nella classe d'età 25-34 anni, le donne e gli uomini che hanno riferito il consumo di cannabis sono rispettivamente il 40% ed il 50% in più rispetto al 2005-2006. Anche nella classe d'età successiva, 35-44 anni, i consumi delle donne sono aumentati del 70% rispetto agli anni precedenti e nel collettivo maschile si è evidenziato un 20% in più di consumatori. Rimane stabile la diffusione dell'uso nella popolazione generale di stimolanti e allucinogeni. Continua ad aumentare il numero di soggetti che fa contemporaneamente uso di più sostanze illegali, rilevandosi che ad adottare tale comportamento sono essenzialmente i soggetti che fanno uso di cocaina.

Le risposte attuali del Servizio Sanitario Nazionale

Gli interventi di protezione e promozione della salute e di prevenzione delle malattie

Sicurezza alimentare all'importazione

La sicurezza alimentare all'importazione è finalizzata a garantire un filtro protettivo contro il rischio di importazione di malattie infettive e diffuse, legato ai movimenti internazionali di persone e mezzi di trasporto, attraverso i controlli sulle merci destinate al consumo umano e sui materiali destinati a venire a contatto con alimenti, che possano rappresentare, anche solo potenzialmente, un rischio per la salute e la sicurezza delle persone.

Il sistema di controlli è realizzato, per gli alimenti di origine non animale e per i materiali destinati al contatto con alimenti, attraverso la rete degli Uffici di Sanità Marittima, Area, e di Frontiera (USMAF) dislocati presso porti ed aeroporti nazionali.

Per quanto attiene l'importazione di animali vivi e di alimenti di origine animale, i Posti di Ispezione Frontaliera (PIF) italiani svolgono, assieme ai P.I.F. localizzati negli altri Paesi membri dell'Unione Europea (UE), i controlli sulle partite di animali, prodotti di origine animale e mangimi importati dai Paesi terzi e destinati all'intero territorio dell'UE. Tali controlli sono finalizzati anche alla ricerca dei residui (ormoni, antibiotici, sostanze inibenti, contaminanti ambientali ecc.) negli alimenti di origine animale, nonché alla rilevazione della presenza di microrganismi e tossine per i quali esistono prove scientifiche di particolare patogenicità.

Il quadro dei controlli all'importazione è completato dall'applicazione delle disposizioni comunitarie sui prodotti di origine animale introdotti dai Paesi Terzi al seguito di viaggiatori per il loro consumo personale.

Sicurezza negli ambienti di vita

Gli infortuni, che costituiscono la principale causa di disabilità cronica nei giovani e determinano una grave perdita di anni di vita in buona salute, possono essere in larga misura evitati attraverso un approccio preventivo sistematico.

I bambini sono i più esposti ai rischi presenti negli ambienti di vita ed i più vulnerabili: a livello europeo, quasi una patologia su tre, tra la nascita e l'età di 19 anni, può essere attribuita a fattori ambientali e gli infortuni "accidentali" costituiscono la prima causa di morte per bambini e ragazzi fra 5 e 19 anni.

Sebbene in Italia la mortalità per incidenti stradali sia diminuita del 27% nel periodo 2000-2007, essa resta tuttavia ancora elevata rispetto ad altri paesi europei, mentre gli incidenti domestici causano ogni anno un milione e mezzo di accessi al pronto soccorso, di cui 130.000 esitano in ricoveri e 7.000 persone non sopravvivono.

La prevenzione degli infortuni ed incidenti necessita di una strategia multisettoriale in grado di associare a misure specifiche di prevenzione sanitaria anche misure di valutazione dell'impatto sulla salute, determinato dagli interventi in settori non sanitari (ambiente, urbanistica, trasporti, viabilità).

Per la prevenzione degli incidenti domestici è importante sostenere le azioni finalizzate alla creazione di un sistema di sorveglianza e notifica degli infortuni, definizione di buone prassi e valutazione finale degli interventi. Nel caso delle violenze sui minori le misure di prevenzione richiedono approcci sistematici, quali: formazione dei genitori, riduzione della disponibilità in casa di alcol e di accesso alle armi da fuoco, supporto agli adolescenti ad alto rischio, cambiamento delle norme culturali che giustificano le violenze.

Salute e sicurezza sul lavoro

Al fine di fronteggiare il grave problema delle morti e delle disabilità dovute ad incidenti nei luoghi di lavoro, il Ministero ha promosso l'iniziativa legislativa per la definizione di un Testo Unico – il Decreto Legislativo n.81/2008 – in grado di favorire una maggiore efficacia delle norme sul piano della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Particolarmente rilevante è stato inoltre l'impegno per la realizzazione del "Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" sottoscritto con le Regioni e le Province Autonome, che contiene le linee strategiche generali per le attività di prevenzione, da realizzare in ambiti prioritari per la tutela della salute nei luoghi di lavoro. Il Patto individua obiettivi strategici di primaria importanza, quali la realizzazione del Sistema Informativo Nazionale di prevenzione nei luoghi di lavoro e la proposta del Piano Nazionale di Prevenzione nei luoghi di Lavoro, prevedendo che le Regioni adottino specifiche azioni di prevenzione rispondenti a criteri di efficacia, nel ridurre l'impatto di fenomeni infortunistici e delle malattie professionali, e definendo obiettivi quantitativi per l'attività di vigilanza delle imprese.

In tale contesto è stato inoltre previsto il potenziamento operativo dei Servizi delle ASL, da realizzare in maniera coerente e funzionale rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza, in relazione alle esigenze territoriali riguardanti il rapporto tra strutture produttive e occupazionali, i rischi presenti, i dati epidemiologici riguardanti i danni della salute dei lavoratori.

Sicurezza dei farmaci

Al fine di garantire la qualità e la sicurezza dei farmaci registrati in Italia, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) svolge attività ispettiva sulle sperimentazioni cliniche e sulle officine di produzione dei medicinali, effet-

tua le valutazioni richieste per l'autorizzazione all'immissione in commercio, espleta attività di sorveglianza sui farmaci in commercio e, in caso di necessità, adotta i necessari provvedimenti cautelativi a tutela della salute pubblica.

In tema di ispezioni di Buona Pratica Clinica (GCP) sulle sperimentazioni, nel periodo gennaio 2007-dicembre 2008 sono state compiute 142 ispezioni nei centri clinici, nei laboratori, presso i Comitati etici, presso le sedi dei promotori delle sperimentazioni, da cui sono derivate più di 47 conseguenze negative permanenti o durevoli, quali rifiuti/sospensioni di autorizzazione al commercio o sospensioni delle sperimentazioni o, in alcuni casi, comunicazioni alla Procura della Repubblica per problemi di possibile rilevanza penale.

In merito alle ispezioni di Buona Pratica di Fabbricazione (GMP), nel biennio 2007-2008 sono state condotte 301 verifiche ispettive su officine di prodotti medicinali e 184 verifiche su officine di produzione di gas medicinali.

L'AIFA, inoltre, svolge attività di vigilanza sulla qualità dei medicinali in commercio, tramite duplice via: a seguito di segnalazioni di potenziali difetti e con programma di controllo annuale.

Allo scopo di proteggere la salute pubblica e in adempimento alle norme nazionali e comunitarie, vengono emanati, con la collaborazione del Comando Carabinieri per la Tutela della Salute (NAS) e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), provvedimenti con carattere di urgenza, quali il ritiro dei lotti, il divieto di utilizzo, il campionamento, il sequestro cautelativo dei prodotti medicinali difettosi.

Riduzione dei fattori di rischio connessi agli stili di vita

Il fattore principale di impatto sui costi dei sistemi sanitari è rappresentato dalle malattie non trasmissibili. L'attuazione di efficaci strategie di

contrasto di tali patologie richiede interventi mirati alla riduzione dei fattori di rischio correlati, in grado di modificare i comportamenti individuali non salutari. Tenuto conto che la prevenzione esclusivamente sanitaria non è efficace, è richiesta la realizzazione di interventi basati su politiche intersettoriali ed una strategia di partecipazione della comunità.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 aveva già ribadito che l'incidenza di molte patologie è legata agli stili di vita, sottolineando il ruolo fondamentale dell'attività fisica e di una corretta alimentazione per la protezione della salute. Con l'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005 è stato varato il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, che individua l'obesità e le malattie cardiovascolari tra i problemi di salute prioritari del Paese.

Nell'ottica delle politiche intersettoriali e seguendo le indicazioni dell'OMS è stato approvato, con DPCM del 4 maggio 2007, Il Programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari", che si propone di promuovere azioni efficaci per contrastare i quattro principali fattori di rischio delle malattie croniche (fumo, abuso di alcol, dieta scorretta e inattività fisica) attraverso una serie di alleanze con il mondo della scuola, dell'agricoltura, dei trasporti, dell'urbanizzazione e dello sport.

A supporto del Programma di Guadagnare Salute e del Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 sono stati promossi e finanziati, da parte del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), diversi progetti mirati alla promozione delle buone pratiche per l'alimentazione e l'attività fisica, in particolare nelle fasce di età prescolare e scolare, ed alla diffusione di strumenti per la progettazione di azioni intersettoriali. Una serie di attività intersettoriali sono state inoltre avviate grazie alle Intese istituzionali siglate con il Ministero delle Politiche Giovanili, il Ministero delle

Politiche Agricole Alimentari e Forestali, il Ministero dell'Istruzione.

È stata inoltre costituita presso il Ministero, la "Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica ed il tabagismo", tavolo tecnico composto da rappresentanti delle Amministrazioni Centrali interessate, delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, delle Associazioni di categoria della filiera alimentare, delle Associazioni dei consumatori e delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, con il compito di formulare proposte ed attuare iniziative in coerenza con gli obiettivi del Programma Guadagnare Salute.

Nel quadro delle iniziative di coordinamento della Piattaforma nazionale, finalizzate alla prevenzione dei problemi alcol correlati, è stata avviata una consultazione con le associazioni dei produttori ed i commercianti di bevande alcoliche, al fine di coinvolgere attivamente il mondo della produzione e della distribuzione, nella prevenzione dei danni provocati dall'uso inadeguato di alcol.

Per incoraggiare l'adozione di stili di vita liberi dal fumo, sono stati attuati interventi coordinati dalle Regioni e finanziati dal CCM per la realizzazione di programmi di formazione sul tabagismo rivolti a pianificatori regionali e ad operatori pubblici e del privato sociale, per la diffusione delle buone pratiche di prevenzione, in particolare finalizzate a ridurre la prevalenza dei giovani fumatori. Ulteriori interventi su scala nazionale hanno riguardato la formazione del personale ostetrico al counselling antitabagico, nell'ambito del programma nazionale "Mamme libere dal fumo" e le azioni di sensibilizzazione nei confronti dei genitori, realizzate nell'ambito della campagna di comunicazione "Genitori più".

Prevenzione delle malattie infettive

Le malattie infettive continuano a rappresentare una priorità in Sanità Pubblica per la loro diffusibilità e l'im-

pegno per il loro controllo rimane costante, poiché rappresentano ancora nel mondo la principale causa di morte e disabilità.

Le misure di profilassi, in primis quella vaccinale, il monitoraggio e la sorveglianza di tali malattie e gli interventi di formazione/informazione per gli operatori sanitari e di comunicazione indirizzata alla popolazione generale sono le fondamenta per una lotta efficace alle malattie infettive.

In Italia, grazie agli interventi vaccinali di massa, sono stati ottenuti ottimi risultati anche in termini di controllo di alcune malattie infettive: il tetano colpisce esclusivamente anziani non vaccinati, mentre non si registrano più casi di questa malattia in bambini e ragazzi; la morbosità per epatite virale B è in continuo declino; l'incidenza di tutte le malattie per le quali esistono vaccini sicuri ed efficaci, per i quali sia previsto l'obbligo per legge o la raccomandazione su base nazionale, mostrano un trend in continua discesa.

La più importante sfida di oggi è, pertanto, ancora, quella di garantire, ai massimi livelli possibili, equità nel diritto alla prevenzione vaccinale, che deve essere intesa come interesse tanto del singolo quanto della comunità. Per raggiungere obiettivi di successo nelle vaccinazioni è necessario l'apporto congiunto di diverse figure professionali quali pediatri, igienisti, operatori di Sanità Pubblica, medici di medicina generale, specialisti, etc..

In Italia, la sorveglianza delle malattie infettive è basata sul Sistema di notifica obbligatorio, che, in base al Decreto Ministeriale del 1990, prevede la segnalazione obbligatoria, da parte dei medici, dei casi di malattie elencate nel Decreto stesso.

Per la natura stessa della patologia infettiva, un'efficace sorveglianza deve consentire l'integrazione dei diversi livelli gestionali (ASL, Regione, Livello Nazionale). Il Ministero ha pertanto previsto che l'attuale sistema informativo per la notifica routinaria sia inte-

grato, all'interno di una piattaforma informativa web, con i sistemi cosiddetti speciali di sorveglianza (dedicati a specifiche patologie, emergenti e/o prevenibili con vaccino) ed il sistema di sorveglianza delle zoonosi. La finalità è quella di supportare il sistema di allarme rapido degli eventi che richiedono provvedimenti urgenti per la tutela della salute pubblica, ed al contempo recepire le direttive europee per la costruzione di una rete di sorveglianza comunitaria finalizzata al controllo epidemiologico delle malattie trasmissibili.

Prevenzione in oncologia

La prevenzione, assieme alla ricerca e al miglioramento delle cure e dell'assistenza, rappresenta una delle strategie per la lotta al cancro; essa si esplica attraverso interventi di prevenzione primaria e secondaria. Nel primo caso ci si riferisce ad interventi che hanno principalmente l'obiettivo di ridurre l'incidenza dei tumori attraverso la modifica di determinanti di salute che possono essere caratteristici della popolazione, di un suo sottogruppo o degli individui. Appare evidente come molti determinanti siano fuori dal controllo del Servizio Sanitario Nazionale, come l'abitudine al fumo e all'alcool, l'alimentazione non salutare, la scarsa attività fisica: tutti rischi molto rilevanti per l'insorgere del tumore. Pertanto una risposta cruciale consiste nell'attuazione di politiche intersettoriali per la salute, di collaborazione fra il settore salute e gli altri settori della società, sia pubblici sia privati, con l'intenzione di facilitare, direttamente o indirettamente, l'assunzione di corretti stili di vita da parte della popolazione. Tra i vari interventi di sanità pubblica volti a prevenire l'insorgenza di tumori da infezioni è stato definito un programma di vaccinazione contro il papilloma virus (HPV), causa del cervicocarcinoma, concordato con le Regioni e incentrato sull'offerta attiva della vaccinazione alle ragazze dodici-

cenni. Tutte le Regioni hanno attivato la vaccinazione mediante invito per la coorte delle nate nel 1997. La prevenzione secondaria dei tumori ha per obiettivo principale la riduzione della mortalità specifica per questa causa mediante interventi di sanità pubblica o mediante iniziative nell'ambito di erogazione della medicina specialistica come i programmi organizzati di screening. Tali interventi sono dal 2001 inclusi fra i Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dal Servizio sanitario Nazionale, per quanto attiene ai tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto. La programmazione nazionale ha agito su due piani: l'inserimento dell'erogazione dei programmi di screening nel Piano Nazionale della Prevenzione e il sostegno alle infrastrutture regionali attraverso i finanziamenti previsti dalle Leggi 138/04 e 286/06. I dati di attività relativi al 2007 mostrano che nel nostro Paese si sta verificando un'importante estensione dei programmi di screening: per la mammella, sono state invitate 2.209.900 donne di cui 1.225.000 hanno aderito allo screening; per la cervice uterina sono state invitate 3.055.353 donne di cui 1.217.000 hanno aderito allo screening; per il colon retto sono state invitate 2.581.833 persone di cui 1.131.900 hanno aderito allo screening.

Prevenzione cardiovascolare

Le malattie cardiovascolari figurano tra le quattro cause principali di mortalità dovute alle malattie cronico-degenerative. In Italia, ad esempio, l'ictus causa il 10-12% di tutti i decessi e rappresenta la principale causa d'invalidità e la seconda causa di demenza. Circa l'80% di esse può essere prevenuta intervenendo sugli stili di vita: fumo, alimentazione scorretta, inattività fisica ed abuso di alcool. È ampiamente dimostrato che il rischio cardiovascolare è reversibile e la riduzione dei fattori di rischio porta ad una

riduzione degli eventi e al verificarsi di eventi meno gravi. In quest'ottica e basandosi su questi presupposti il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2005-2007 ha previsto due linee di intervento specifiche, nell'ambito della prevenzione cardiovascolare: la diffusione carta del rischio cardiovascolare e la prevenzione delle recidive in soggetti con precedenti eventi cardiovascolari.

La prevenzione individuale mira a migliorare l'insieme degli interventi che un operatore sanitario, primo fra tutti il medico di medicina generale (MMG), può effettuare nell'ambito del rapporto con i propri assistiti, mediante la diffusione della carta del rischio cardiovascolare e del punteggio individuale, come previsto dal piano operativo del PNP negli anni 2005-2007. La valutazione del rischio tramite questi strumenti permette di identificare soggetti a basso rischio, a rischio moderato e ad elevato rischio e attivare, a secondo della categoria, azioni finalizzate alla riduzione dei fattori di rischio modificabili e di monitoraggio del rischio nel tempo. L'introduzione di questa misura è tesa a migliorare l'accuratezza diagnostica, nelle persone che non hanno una malattia cardiovascolare clinicamente manifesta, ma possono essere affette da condizioni quali ipertensione, ipercolesterolemia, abitudine al fumo, obesità che aumentano il rischio cardiovascolare. A dicembre 2008, erano state effettuate e inviate all'Osservatorio del Rischio Cardiovascolare da parte di 729 MMG 76.901 valutazioni sul rischio cardiovascolare globale assoluto, che avevano dati completi sui fattori di rischio utilizzati per la valutazione (32.932 uomini e 39.122 donne).

Negli assistiti valutati dai MMG il livello medio del rischio è stato di 3.1% nelle donne e 8.6% negli uomini: ciò indica che 3 uomini e 9 donne su 100, di età compresa fra 35 e 69 anni, avranno un evento acuto coronarico o cerebrovascolare nei prossimi 10 anni.

Il rischio è risultato basso nel 28.8% degli uomini, moderato da tenere sotto controllo con lo stile di vita nel 61.5% e alto nel 9.7%; le corrispondenti prevalenze per le donne sono state 63.7%, del 35.8% e dello 0.4%. Il 12% degli uomini e il 10% delle donne hanno ricevuto un consiglio su come migliorare le proprie abitudini alimentari; il 23% degli uomini e il 25% delle donne hanno ricevuto qualche suggerimento per aumentare il livello di attività fisica, il 26% degli uomini e il 19% delle donne ha ricevuto qualche suggerimento per smettere di fumare. Inoltre, il 37% degli uomini e il 31% delle donne sono attualmente in terapia antipertensiva, mentre il 14% degli uomini e l'8% delle donne sono in terapia ipocolesterolemizzante.

Prevenzione odontoiatrica

In Italia, nell'ambito delle cure odontoiatriche, l'offerta pubblica è carente specialmente per le fasce di età più vulnerabili rappresentate dalle persone in età evolutiva (0-14 anni) e dagli individui ultrasessantacinquenni. Una corretta prevenzione primaria e secondaria, oltre ad evitare sofferenze all'individuo, riduce l'impegno delle cospicue risorse finanziarie necessarie per la terapia e la riabilitazione e, dunque, costituisce un risparmio in termini economici per le famiglie e la comunità. Non si hanno dati relativi agli accessi a prestazioni a carattere preventivo, specie in individui in età evolutiva. Gli ultimi dati disponibili provenienti dall'ISTAT e relativi all'anno 2005 indicano che, in Italia, solo il 39,7% della popolazione ha fatto richiesta di prestazioni odontostomatologiche; lo 87,5% delle persone sottoposte a cure odontoiatriche si è rivolto prevalentemente a liberi professionisti mentre, solo il 12,5%, ha fruito di strutture pubbliche o private convenzionate deputate all'erogazione di prestazioni odontoiatriche. Il maggior utilizzo del servizio pubblico o convenzionato viene fatto da parte dei

soggetti molto anziani. A seguito della ridotta offerta pubblica, con gli anni si è assistito, quindi, al consolidamento dell'assistenza privata, diffusa capillarmente sull'intero territorio nazionale, ma, con onorari, determinati anche dagli alti costi, che precludono l'accesso ai trattamenti odontoiatrici alle fasce sociali più deboli e disagiate. Tenuto conto di quanto sopra, della sentita esigenza di promuovere programmi di prevenzione a livello nazionale ed in attesa di un "Piano nazionale per la salute orale", sono state gettate le basi per l'inserimento esplicito della salute orale nel Piano sanitario nazionale e nel Piano nazionale della prevenzione. In quest'ottica il Ministero ha avviato una serie di iniziative quali ad esempio la pubblicazione di "Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva".

Al fine di favorire ed incentivare la prevenzione è stata attivata un'iniziativa finanziata dal Ministero, di durata biennale, nell'ambito della quale sono stati contattati ed invitati a sottoporsi alla pratica della sigillatura dei solchi e delle fessure dei primi molari permanenti individui di circa sette anni di età, residenti in quattro ASL selezionate come centro operativo. I numeri del progetto mostrano un risultato di grande efficacia, anche sotto l'aspetto del risparmio economico: 8.377 bambini di sette anni di età coinvolti, circa 15.000 elementi dentari permanenti sigillati per una spesa media a prestazione (visita specialistica, seduta di igiene orale professionale, sigillatura) di poco inferiore ai 19 euro.

Prevenzione osteoporosi

Le fratture da fragilità, o fratture osteoporotiche, costituiscono una rilevante causa di morbilità per la popolazione anziana, determinando gravi conseguenze in termini di sofferenza e disabilità cronica, di impegno assistenziale per le famiglie e di costi

economici per il SSN. In particolare le fratture di femore prossimale causano oltre 1.250.000 giornate di degenza ospedaliera acuta ed oltre 1.500.000 giornate di degenza riabilitativa all'anno, per un costo ospedaliero diretto annuo di circa un miliardo di euro. Il sensibile aumento della sopravvivenza media della popolazione ha determinato una progressione continua del numero di fratture osteoporotiche, di cui è indice oggettivo il numero di ricoveri ospedalieri per fratture di femore prossimale, che viene rilevato in costante aumento negli ultimi anni, come si evince dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera. I casi nella popolazione di almeno 45 anni sono stati circa 94.000 nel 2005, di cui oltre 87500 in soggetti di 65 o più anni e circa un quinto nel sesso maschile (grafico 1), mostrando un ulteriore aumento del 4% circa rispetto all'anno precedente, a conferma di un trend in atto in tutti i paesi dell'Unione Europea. Oggi è divenuto possibile porre una diagnosi tempestiva ed iniziare un trattamento efficace ed economicamente efficiente prima che si verifichi la prima frattura da fragilità. Ciò è di estrema rilevanza perché è ben dimostrato il fenomeno della "cascata di fratture", cioè del moltiplicarsi del rischio di successive fratture (+86%) dopo la comparsa della prima frattura da fragilità, disponendo di farmaci in grado di ridurre del 40-70% il rischio di frattura.

La definizione e pubblicazione dei criteri omogenei nazionali per l'appropriatezza nell'accesso alla densitometria ossea nell'ambito dei LEA ha costituito un primo fondamentale passo nel garantire ai soggetti a rischio l'accesso alla più importante metodica diagnostica dell'osteoporosi, nel contempo riducendo gli sprechi di risorse derivanti da un suo impiego inappropriato.

Per tenere sotto controllo l'evoluzione del fenomeno dell'osteoporosi e

delle fratture ad essa correlate, nonché per valutare gli effetti delle strategie sanitarie che verranno messe in atto si rende necessaria l'istituzione di un registro nazionale delle fratture, in particolare di quelle di femore e delle altre principali fratture tipiche, in analogia con quanto già realizzato in alcuni altri paesi dell'Unione Europea. A tal fine è indispensabile programmare la prevenzione, prevedere la formazione e l'aggiornamento delle figure professionali coinvolte, istituire un Registro Nazionale delle fratture osteoporotiche e aggiornare le linee guida diagnostiche e terapeutiche.

I servizi di assistenza sanitaria

Cure primarie e continuità assistenziale

In questi ultimi anni si è assistito a una progressiva contrazione del peso dell'assistenza ospedaliera bilanciato da un costante aumento dell'incidenza dell'assistenza territoriale (assistenza primaria e domiciliare, medicina dei servizi territoriali, emergenza sanitaria territoriale) che assorbe ormai il 51% delle risorse generali destinate al SSN.

L'evoluzione in atto della dinamica demografica e la conseguente esigenza di promuovere il territorio quale sede primaria di assistenza e governo dei percorsi sanitari e socio sanitari ha reso difatti necessario un salto di paradigma per garantire la futura sostenibilità del sistema sanitario.

In tale contesto la riorganizzazione delle cure primarie, considerata un importante ambito di rinnovamento del S.S.N. dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ha consentito sia lo sviluppo e l'evoluzione delle varie tipologie di medicina associativa e di gruppo sia la sperimentazione da parte di molte regioni, di nuove modalità erogative delle cure primarie quali i Nuclei di Cure Primarie, le Unità Territoriali di Assistenza Primaria

(UTAP) e la Casa della Salute per la cui sperimentazione sul territorio nazionale sono stati previsti, dalle leggi finanziarie 2007 e 2008, dei fondi dedicati.

Lo sviluppo della medicina associativa è divenuto pertanto lo strumento attuativo della programmazione sanitaria favorendo il cambiamento strategico del ruolo dell'ospedale, sempre di più specializzato e orientato alla cura delle patologie acute e casistiche a maggiore complessità.

A livello nazionale nell'anno 2007, l'Assistenza Primaria è stata garantita da 46.799 Medici di Medicina Generale (MMG) e da 7.638 Pediatri di Libera Scelta (PLS). Il 58,4% dei MMG ed il 47,6% dei PLS hanno prestato la propria attività in forma associativa. Il numero totale di Medici di Medicina Generale presenti sul territorio nazionale risulta complessivamente diminuita rispetto ai dati dell'anno 2003, essendo passato da 47.111 a 46.799, mentre il numero di scelte per MMG ha subito un incremento di circa il 2%. Come per la medicina generale anche per la pediatria di libera scelta si nota un incremento del numero medio di assistiti per PLS di circa il 3%, accompagnato in questo caso da un complessivo aumento del numero totale di Pediatri di Libera Scelta che è passato da 7.358 del 2003 a 7.638.

La Continuità assistenziale, garantita per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana dalle ASL sulla base della organizzazione distrettuale, ha visto impegnati nell'anno 2007 13.109 medici titolari, con una media di 22 per 100.000 abitanti, che hanno effettuato complessivamente 16.754 visite per 100.000 abitanti per un totale di 20.746.487 ore di attività.

Per quanto attiene l'Assistenza Domiciliare, nell'anno 2007 sono stati 474.567 i pazienti che hanno usufruito dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) con una media nazionale di 803 casi trattati per 100.000 abitanti di cui 81,2% anziani e 8,8% pazienti in fase terminale della malattia.

Al fine di dare piena attuazione al percorso intrapreso, rimane l'esigenza di:

- potenziare lo sviluppo della rete dei servizi di cure primarie per assicurare la continuità dell'assistenza tutti i giorni della settimana, 24 ore al giorno anche attraverso la realizzazione di modalità organizzative che consentano di garantire una prima risposta sanitaria all'emergenza-urgenza in situazioni di minore gravità;
- rafforzare ulteriormente la realizzazione di forme associative per l'erogazione delle cure primarie, favorendo il coordinamento funzionale dell'attività di medicina generale e specialistica con le attività del distretto;
- potenziare l'integrazione ospedale-territorio al fine di consentire la tempestiva presa in carico del paziente e l'elaborazione del piano personalizzato di assistenza da parte della rete territoriale;
- incrementare la costituzione in ambito territoriale dei punti unici di accesso (PUA) per la presa in carico delle persone fragili attraverso la segnalazione dei diversi soggetti coinvolti nel processo di cura;
- potenziare l'adozione di specifici percorsi assistenziali che prevedano la presa in carico dei casi di non autosufficienza attraverso una valutazione multidimensionale e la formulazione di un progetto di cura individuale, includendo servizi innovativi di erogazione delle cure mediante telemedicina (Tabella 1).

Sistema di emergenza ed urgenza

L'area relativa all'emergenza-urgenza sanitaria rappresenta uno dei nodi più critici della programmazione sanitaria e si configura come una delle più importanti variabili sulle quali è misurata la qualità dell'intero Servizio Sanitario Nazionale. Il Sistema territoriale 118 e il PS/DEA (Pronto Soccorso/Dipartimento di Emergenza Accet-

Tabella 1 – Attività Domiciliare Integrata (ADI) nell'anno 2007

Regione	Numero	x 100.000 abitanti	di cui anziani (%)	Pazienti per 1.000 residenti anziani (età >65)	di cui malati terminali (%)
Piemonte	24.300	558	71,8	17,7	16,9
Valle d'Aosta	147	118	53,1	3,1	27,2
Lombardia	81.174	850	84,8	36,6	9,2
P.A. Bolzano	683	140	66,2	5,5	
P.A. Trento	1.742	344	56,0	10,2	39,7
Veneto	73.431	1.538	81,0	64,2	6,4
Friuli Venezia Giulia	24.958	2.058	81,1	73,0	2,4
Liguria	14.829	922	93,5	32,3	3,6
Emilia Romagna	64.666	1.531	85,0	57,2	8,5
Toscana	22.122	608	81,4	21,2	13,0
Umbria	10.814	1.239	81,5	43,2	3,7
Marche	15.883	1.034	84,9	38,9	10,2
Lazio	51.877	944	79,7	38,8	5,3
Abruzzo	12.705	970	80,7	36,6	8,0
Molise	5.790	1.809	45,4	37,2	4,3
Campania	17.707	306	82,9	16,3	11,3
Puglia	13.882	341	83,3	16,2	7,1
Basilicata	6.774	1.146	75,6	43,2	18,6
Calabria	13.071	654	77,9	27,6	13,3
Sicilia	12.784	258	72,4	10,2	19,3
Sardegna	5.228	315	68,4	12,0	14,5
Italia	474.567	803	81,2	33,0	8,8

Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Direzione Generale del Sistema Informativo - Ufficio di Direzione Statistica - Settore Salute.

tazione) sono le componenti essenziali del complesso Sistema dell'emergenza sanitaria. Il Sistema territoriale 118 opera nella fase di "allarme" garantendo il coordinamento delle attività di soccorso per assicurare, 24 ore al giorno, l'intervento più appropriato nel più breve tempo possibile, in ogni punto del territorio, assicurando il tempestivo trasporto del paziente alla struttura più appropriata. Il PS/DEA opera nella fase di "risposta", per garantire l'assistenza necessaria attraverso l'inquadramento diagnostico del paziente, l'adozione di provvedimenti terapeutici adeguati, l'osservazione clinica, l'eventuale ricovero del paziente.

L'attuale impianto strutturale del sistema 118 è costituito dalle 103

Centrali Operative (CO) con il "Numero 118" attivo su tutto il territorio nazionale. A livello nazionale il 75% delle CO opera in aree provinciali, il 13% in aree sub provinciali ed il 12% in aree sovra provinciali.

Nell'ambito del sistema di emergenza particolare rilevanza assume l'informazione continua e condivisa tra Sistema 118 e Rete ospedaliera, relativamente ai pazienti soccorsi, al loro stato di gravità, alla conoscenza continua della disponibilità di posti letto in area critica, tutti elementi che permettono di realizzare al meglio l'attività di soccorso indirizzando i percorsi e diminuendo i tempi di percorrenza. Tuttavia, l'interconnessione informatica con i DEA di I e II livello è garantita

soltanto nel 22% delle Centrali mentre la metà delle centrali dispongono di un sistema per la conoscenza della disponibilità dei posti letto in area critica.

Nel 2005, a livello nazionale, sono state registrate 13.841.182 chiamate totali entranti alle CO. Le chiamate specifiche di soccorso sanitario sono state 8.474.040. Sul totale delle chiamate di soccorso, nel 47% dei casi (3.960.211) è stato inviato un mezzo di soccorso sul luogo dell'evento che, nel 32% dei casi (2.680.646), ha avuto come esito l'accesso al Pronto Soccorso. In relazione soltanto alle richieste a cui è seguito l'invio del mezzo di soccorso, a livello nazionale, per l'anno 2005, emerge che nel 5% dei casi è stato assegnato il codice di gravità bianco, nel 30% il codice verde, nel 46% il codice giallo e nel 19% il codice rosso.

L'analisi per macroaree evidenzia che nel sud e nelle isole c'è una netta prevalenza dell'attribuzione dei codici gialli: 50% nel sud e 60% nelle isole. Relativamente alla disponibilità da parte delle Centrali Operative di mezzi di soccorso, per l'anno 2007, risultano in carico alle strutture sanitarie 1.232 ambulanze di tipo "A" (mezzo di soccorso avanzato con o senza medico), 1010 sono le ambulanze di tipo B (mezzo di soccorso di base o di trasporto), i centri mobili di rianimazione (con medico anestesista rianimatore a bordo) risultano 329.

Relativamente al pericolo di attacchi terroristici, quasi tutte le Centrali Operative (87%) hanno predisposto protocolli organizzativi interni per la gestione delle maxiemergenze mentre nel 77% delle Centrali Operative il personale ha seguito corsi di formazione per l'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale.

Con riferimento al sistema di Pronto Soccorso (PS), nell'anno 2007, risultano presenti sul territorio nazionale, 569 servizi di PS, di cui 530 presso strutture di ricovero pubbliche e 39 presso strutture private accreditate. I

Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) attivi sono complessivamente 348, di cui 333 collocati presso strutture di ricovero pubbliche e 15 presso strutture private accreditate. Sono stati rilevati, inoltre, 378 centri di rianimazione in strutture pubbliche e 45 in strutture accreditate. Riguardo ai servizi di emergenza pediatrici, si evidenzia che sul totale delle strutture sanitarie sono presenti 87 P.S. pediatrici, di cui soltanto uno in strutture private accreditate. Le Regioni dove tali servizi sono presenti in maggior numero sono la Lombardia con 24 e la Campania con 19.

Si evidenzia inoltre che nel 2007 sono stati registrati 364 accessi al PS ogni 1000 abitanti, dei quali il 17,3% ha originato il ricovero. Riguardo la percentuale di ricoveri, il valore più basso si riscontra nella Regione Piemonte, con l'11,9%, mentre quello più alto nella Regione Molise con il 34,9%. Inoltre, il maggior numero di accessi in rapporto alla popolazione residente (574 per 1000 abitanti) si riscontra nella Provincia autonoma di Bolzano, a fronte di una percentuale (14,9) di ricoveri inferiore alla media nazionale (17,3). Il minor numero di accessi (281 per 1000 abitanti) viene rilevato nella Regione Basilicata.

È necessario, pertanto:

allestire percorsi alternativi al P. S. con l'eventuale istituzione di ambulatori gestiti da Medici di Medicina Generale che garantiscono una risposta sanitaria a problematiche non di emergenza-urgenza possibilmente 24ore/24, con la possibilità di usufruire in tempo reale delle consulenze specialistiche

attivare nei P.S. con più di 25.000 accessi annui, laddove non è stato effettuato, un sistema di triade infermieristico (strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi non programmati), modello globale, con applicazione uniforme dei codici colore già identificati nella normativa vigente (bianco, verde, giallo, rosso) e

con sistemi di informazione all'utenza sui tempi di attesa stimati per i codici di minore urgenza (bianco e verde)

realizzare reti integrate per le patologie acute ad alta complessità assistenziale quale la rete per la patologia cardiovascolare, cerebro-vascolare, traumatologica, in armonia con la rete dei DEA e con l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini.

La priorità assoluta è sicuramente la completa integrazione tra DEA e Sistema territoriale 118 al fine di garantire la continuità dell'assistenza.

Assistenza ospedaliera

Sul versante dell'assistenza ospedaliera il processo intrapreso è teso a promuovere l'individuazione di centri di eccellenza in grado di riqualificare l'offerta del servizio reso ed un sempre più efficace collegamento con i presidi sanitari nei diversi nodi del processo assistenziale, mediante l'integrazione dei servizi a livello ospedaliero con quelli del livello di cure primarie e distrettuali.

La riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera prevede, come obiettivo da raggiungere gradualmente, la razionalizzazione della rete ospedaliera, fissando standard sui posti letto e sul tasso di ospedalizzazione. Si rileva a tal proposito una graduale riduzione del tasso di ospedalizzazione nel corso degli ultimi anni.

Nel 2007 è stato stimato un tasso di ospedalizzazione complessivo, pari a 199 per mille residenti, in diminuzione rispetto al biennio precedente, in cui il tasso raggiungeva il valore di 211 per mille nel 2006 e 213 per mille nel 2005. In particolare la riduzione del tasso di ospedalizzazione riguarda i ricoveri in regime ordinario, favorendo al contempo i ricoveri diurni, con conseguente incremento del relativo tasso di ospedalizzazione.

Per l'assistenza ospedaliera il SSN si avvale di 1.198 istituti di cura, di cui 656 pubblici ed equiparati, corrispon-

denti al 55%, e 542 case di cura private accreditate, che rappresentano il 45% del totale degli istituti. A livello nazionale circa il 41% delle strutture ospedaliere pubbliche ed equiparate presentano medie dimensioni, in termini di dotazione di posti letto per ricoveri in regime ordinario. Il 32% presenta una dotazione inferiore ai 120 posti letto. Complessivamente, a livello nazionale, la dotazione media è di 319 posti letto per struttura. Vi sono a livello nazionale 3,8 posti letto per mille abitanti nei reparti per acuti, considerando complessivamente tutte le strutture di cui si avvale il SSN. Si rileva una dotazione di posti letto per acuti superiori a 5 per mille abitanti in Molise, mentre in Piemonte e Campania la dotazione di posti letto è inferiore a 3,5 per mille, che costituiscono i valori minimi della distribuzione.

La dotazione di posti letto per reparti di riabilitazione e lungodegenza è, a livello nazionale, di 0,6 posti letto per mille abitanti. Per le discipline ospedaliere per non acuti si rileva una dotazione di posti letto quasi doppia rispetto a quanto rilevato a livello nazionale nella P.A. di Trento, nel Lazio e Molise.

La degenza media, quale indicatore sintetico dell'efficienza ospedaliera, si è stabilizzata, a livello nazionale, intorno a 6,7 giorni nei reparti per acuti con una considerevole variabilità a livello regionale.

Da un'analisi temporale delle dimissioni ospedaliere si rileva che il numero dei dimessi da regime di ricovero ordinario con DRG medico è in costante diminuzione, mentre i dimessi con DRG chirurgico è sostanzialmente stabile, rappresentando circa il 25% delle dimissioni in regime ordinario. Per quanto riguarda il Day Hospital aumentano le dimissioni con DRG medico e, in modo più consistente, le dimissioni con DRG chirurgico, pur in presenza di una riduzione complessiva dei ricoveri ospedalieri. L'esame dei dati pluriennali di attività

ospedaliera rileva in particolare l'incremento del numero delle dimissioni in Day Hospital per quelle prestazioni che hanno associato uno dei 43 DRG definiti ad alto rischio di inappropriata, se erogati in regime di degenza ordinaria.

Le indicazioni per la programmazione della rete ospedaliera sono quelle di favorire l'accessibilità, l'accoglienza e l'umanizzazione dell'assistenza, assicurando la continuità delle cure attraverso un più stretto rapporto con i medici del territorio, l'erogazione di prestazioni efficaci secondo i più moderni indirizzi della scienza e la formazione pratica e all'avanguardia del personale tecnico/sanitario ospedaliero. Con il decreto legge del 25 giugno 2008, n. 112, convertito in Legge dall'art. 1 comma 1 della Legge 6 agosto 2008 n. 133, sono stabiliti i criteri di programmazione delle risorse relative alla spesa sanitaria. In particolare all'art. 79 si stabilisce che l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato è subordinato alla stipula di una specifica intesa fra Stato e Regioni che, contempra:

- una riduzione dello standard dei posti letto, diretta a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e da questo ultimo all'assistenza in regime ambulatoriale;
- una riduzione delle spese di personale in connessione con il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera e con il perseguimento della maggiore efficienza in ambito ospedaliero;
- nel caso si profili uno squilibrio di bilancio del settore sanitario, un impegno delle Regioni ad attivare forme di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini.

Riabilitazione

A partire dall'art. 26 della Legge 833/1978, dalla Legge 5 febbraio 1992, n. 104 (Legge quadro per l'assi-

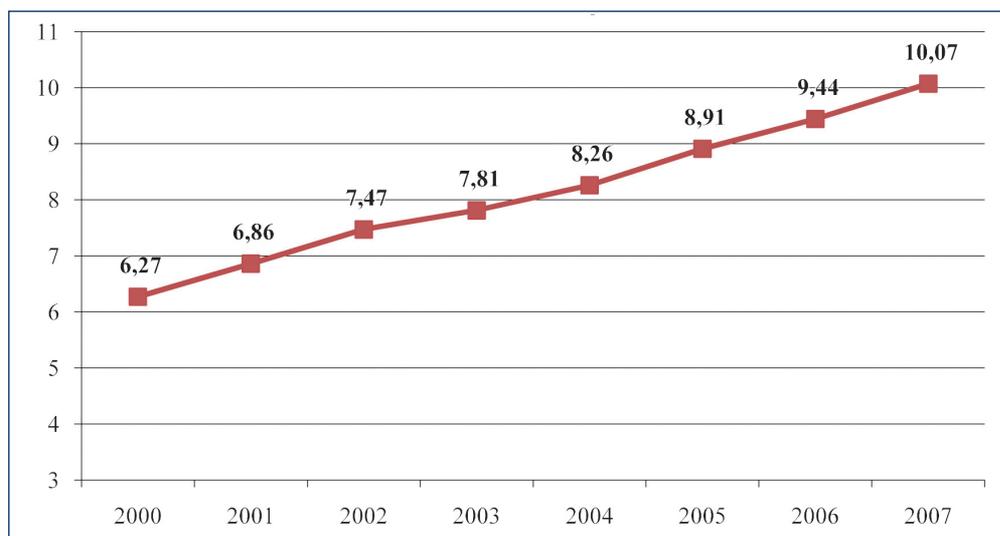
stenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), dalle Linee guida per l'attività di riabilitazione del 7 maggio 1998, e dalla Legge quadro 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, è andato sempre più diffondendosi il criterio di presa in carico globale della Persona come caratteristica centrale di ogni intervento di Riabilitazione.

In particolare, con la nuova classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF), il concetto di disabilità si è ampliato. La disabilità non si riferisce più alla sola limitazione funzionale della persona, ma si estende anche all'interazione persona-ambiente con il termine di funzionamento e partecipazione. Il processo di recupero, al centro dell'intervento della medicina riabilitativa, deve sfruttare tutte le tecniche sia umane, sia tecnologiche disponibili, per ridurre la menomazione, facilitare le attività della vita quotidiana delle persone e la migliore partecipazione familiare e sociale. Questo permette alla medicina riabilitativa di assolvere funzione fondamentale: portare la persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minore restrizione possibile delle sue possibilità di scelte di vita.

Relativamente all'attività ospedaliera nelle discipline di Recupero e Riabilitazione Funzionale, Neuroriabilitazione ed Unità Spinale, l'ammontare dei posti letti per Degenza Ordinaria e Day Hospital nel periodo in osservazione si è incrementato, arrivando alla quota del 10% nel 2007. Considerando le diverse tipologie cliniche di assistenza, il peso maggiore è rappresentato rispettivamente dalle malattie del sistema muscolo-scheletriche, del sistema nervoso, e dell'apparato cardiocircolatorio.

In sintesi per il complesso delle attività riabilitative ospedaliere ed extra-ospedaliere si riscontra:

Figura 1 – Percentuale di posti letto ospedalieri per la riabilitazione sul totale dei posti letto



Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Direzione Generale del Sistema Informativo - Ufficio di Direzione Statistica - Settore Salute.

- un costante aumento di posti letto ospedalieri (4 punti percentuali in 7 anni) per la riabilitazione, coerentemente con la generale indicazione di pianificazione ospedaliera che ha ridotto il numero totale dei posti letto per acuti, aumentando quindi la necessità di strutture riabilitative in grado di ricevere sempre più precocemente pazienti sempre più complessi e critici;
- una difformità nelle diverse Regioni che segnala comunque come tale positivo processo debba ancora esser completato;
- una diffusione notevole, ma difforme nelle varie Regioni, delle degenze Ex. art. 26, producendo una condizione di sostanziale difformità nell'approccio operativo complessivo (Figura 1).

Ai fini della programmazione sanitaria, diventa indispensabile implementare una cultura condivisa fondata sui principi di precocità e globalità della presa in carico riabilitativo finalizzata alla costruzione di un governo clinico complessivo ed organico, che partendo da un corretto utilizzo delle risorse disponibili, metta in relazione molteplici momenti del percorso di

cura. L'obiettivo è verificare appropriatezza ed efficacia/efficienza di tutti gli interventi attraverso specifici indicatori di processo ed esito in una rete che definisca il raggiungimento dell'outcome della Persona in rapporto al suo Progetto Riabilitativo Individuale. Il modello concettuale, corrispondente a questi principi ed obiettivi è quello di Rete che si concretizza in un approccio dipartimentale integrato Ospedale-Territorio, a garanzia della continuità assistenziale e della qualità dell'intervento.

Trapianti

La promozione dei trapianti d'organo costituisce un obiettivo importante del sistema sanitario nazionale italiano, poiché questo tipo di intervento rappresenta oggi una terapia sicura e consolidata, spesso l'unica efficace per la cura di gravi patologie. In questo settore il nostro Paese ha conseguito ottimi risultati ponendosi ai primi posti fra i grandi Paesi Europei, sia in termini di numero di donazioni e trapianti, sia in termini di qualità delle strutture e dell'organizzazione su scala locale, regionale, interregionale e nazionale. Il nostro Paese rappresenta,

inoltre, un punto di riferimento per alcuni settori specifici, fra cui il controllo dei rischi di trasmissione di patologie da donatore a ricevente, le procedure di certificazione delle strutture e la trasparenza delle procedure e dei risultati. Notevoli sviluppi si sono avuti anche nel trapianto di cellule staminali ematopoietiche da midollo osseo e da sangue del cordone ombelicale, e nel trapianto di tessuti.

In particolare, è presente una rete trapiantologica che rappresenta un punto di eccellenza riconosciuta a livello mondiale per la qualità e il numero di trapianti effettuati con successo. In Italia sono attivi regolari programmi di trapianto di rene (1.500 trapianti/anno), fegato (1.000 trapianti/anno), cuore (350 trapianti/anno), pancreas (associato quasi sempre a rene in 90 trapianti/anno) e polmone (100 trapianti/anno).

L'attività di donazione registrata negli ultimi anni presenta un trend decisamente positivo, dovuto, soprattutto, alle innovazioni sul piano organizzativo introdotte dalla Legge 91/99. In particolare, con oltre 19,2 donazioni per milione di abitanti, l'Italia è a livello dei più grandi Paesi europei per numero di donazioni da donatore deceduto, dopo la Spagna, e molto vicina ai valori ottenuti dalla Francia. Tale risultato è principalmente legato a due fattori:

- lo sviluppo dell'organizzazione di sistema nelle Regioni, supportato dal Ministero e dal Centro Nazionale Trapianti;
- la crescente consapevolezza dei cittadini, dovuta sia all'impegno informativo da parte delle Istituzioni e delle Associazioni di volontariato, che agli effetti di una immagine positiva del sistema sulla popolazione.

A fronte di circa 9.000 pazienti iscritti in lista di attesa, il numero di trapianti eseguiti nell'anno 2008 è stato pari a circa 3.000. Le liste per il trapianto di organi hanno tempi medi

di attesa variabili: 3,14 anni per il rene, 2,07 per il fegato, 2,22 per il cuore, 3,69 per il pancreas e 2,09 per il polmone. Nonostante l'incremento del numero di trapianti eseguiti, le liste di attesa non tendono a ridursi, a causa del progressivo allargamento delle indicazioni al trapianto. Il numero dei pazienti in lista risulta comunque costante nel tempo, segno evidente di un sistema in equilibrio. La migrazione di pazienti dalle regioni meridionali verso quelle settentrionali costituisce tuttora un fenomeno rilevante.

Il costante crescere delle indicazioni al trapianto comporta una domanda sempre maggiore di organi e una conseguente maggior necessità di donazioni. Tra i punti critici del meccanismo di donazione-trapianto vi sono una non sistematica segnalazione dei potenziali donatori, talune inefficienze organizzative nel sistema dei trasporti connessi alle attività di donazione e trapianto, limitato numero di posti letto nelle rianimazioni e tempi medi di attesa dei pazienti iscritti in lista ancora troppo lunghi. La rete italiana dei trapianti si propone quindi i seguenti obiettivi:

- il mantenimento del numero di donazioni o di trapianti ai primissimi posti in Europa;
- il miglioramento continuo della qualità degli interventi e sempre maggiore trasparenza dei processi;
- la riduzione della disomogeneità esistente nell'attività di donazione tra Nord e Sud;
- la verifica del puntuale recepimento e dell'applicazione delle linee guida e delle disposizioni vigenti in materia;
- la promozione di campagne di informazione per i cittadini;
- la promozione dell'indispensabile attività di ricerca e cooperazione internazionale tra Italia e altri Paesi europei.

Per quanto attiene i trapianti di tessuti, comprese le cellule staminali ematopoietiche, l'obiettivo principale è lo sviluppo della rete nazionale dei centri

trapianto e delle banche, nonché la compiuta applicazione del decreto legislativo 191 del 2007.

Servizi trasfusionali

Il sistema trasfusionale italiano ha la caratteristica di offrire alla collettività sia prestazioni di diagnosi e cura di medicina trasfusionale, sia attività di produzione volte a garantire la costante disponibilità del sangue e dei suoi prodotti.

Con DM 21 dicembre 2007 è stato progettato il Sistema Informativo dei Servizi Trasfusionali (SISTRA), fondamentale strumento per la raccolta e la condivisione delle informazioni inerenti al sistema sangue, ai fini della programmazione, delle rilevazioni epidemiologiche di settore, della gestione delle compensazioni, dell'emovigilanza e della raccolta delle informazioni essenziali inerenti alla qualità ed all'appropriatezza. Il SISTRA è coordinato a livello nazionale dal Centro Nazionale Sangue, organismo di coordinamento e controllo tecnico scientifico presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

I dati consolidati pubblicati dall'ISS indicano che nel 2006 hanno donato in totale 1.539.454 donatori con un incremento del 2,4% rispetto all'anno precedente.

A livello nazionale si osserva un progressivo incremento dei donatori totali, per quanto con notevole variabilità tra regioni, con un massimo di 40 donatori/1.000 ab. in Friuli Venezia Giulia e un minimo di 18 in Campania.

Gli obiettivi del sistema sangue nazionale di breve e medio termine, oltre a presidiare gli elementi basilari per l'autosufficienza regionale e nazionale, dovranno prendere in considerazione l'esigenza di ridurre il gap nord-sud e promuovere la donazione del sangue e dei suoi componenti attraverso campagne di sensibilizzazione ed interventi finalizzati alla fidelizzazione dei donatori ed al progressivo abbattimento delle donazioni occasionali, in

collaborazione con le associazioni e federazioni dei donatori operanti sul territorio nazionale.

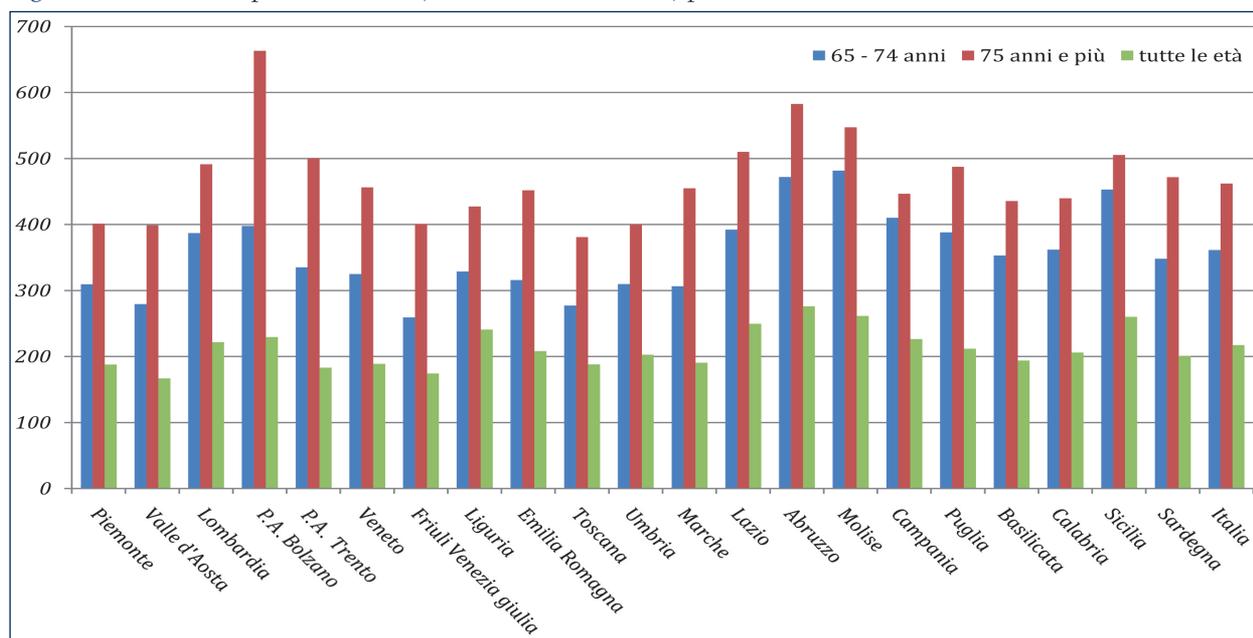
Assistenza agli anziani

L'invecchiamento della popolazione degli ultimi anni comporta il crescere dei bisogni assistenziali, sia in termini di richiesta di prestazioni che di loro complessità. L'efficacia delle risposte ad un bisogno complesso si gioca sulla capacità di organizzare servizi e percorsi assistenziali integrati, che tengano in considerazione tanto la dimensione sanitaria quanto quella sociale, tanto gli aspetti di promozione dell'invecchiamento quanto più possibile "in buona salute" quanto quelli volti al contenimento della disabilità e della non autosufficienza anche con riferimento ai parametri di "qualità della vita".

Nel 2006, anno a cui si riferiscono i più recenti dati disponibili, si sono registrati complessivamente 3 milioni e 600 mila ricoveri ordinari per anziani, valore in lieve diminuzione rispetto al 1999; al contrario, la percentuale dei ricoveri degli ultrasessantacinquenni sul totale dei ricoveri è cresciuta nel tempo passando dal 36,9% del 1999 all'attuale 40,4%. La degenza media è pari a 9,1 e 10,7 giornate rispettivamente per le due classi 65-74 e ≥ 75 anni, nettamente superiore quindi al valore riscontrato per il totale dei ricoveri (7,5). L'incremento dei valori rispetto al 1999 va letto, ovviamente, sia nell'ordine di un maggior invecchiamento che di un aumento delle aspettative di vita.

Da una analisi delle modalità di dimissione è possibile rilevare che per la gran parte si tratta di dimissioni ordinarie a domicilio del paziente (85,3%) o di decessi (5,1%). Percentuali considerevolmente più basse si osservano nel caso di trasferimenti verso istituti per acuti (2,2%), o verso istituti di riabilitazione (1,5%). Va sottolineato che le dimissioni ordinarie presso RSA (1,2%), le dimissioni pro-

Figura 2 – Tasso di ospedalizzazione (dimessi/1.000 abitanti) per classe di età – Anno 2006



FONTE: Sistema Informativo Sanitario.

tette a domicilio (0.2%) e le dimissioni con attivazione di ADI (0.3%), rappresentano una quota minimale del totale.

Sempre nel 2006, il tasso di ospedalizzazione per acuti nelle due classi di età considerate (65-74 e ≥ 75 anni) è pari, rispettivamente, a 361 e a 462 ricoveri ogni 1.000 abitanti, mentre nella popolazione generale si registrano circa 217 ricoveri per acuti ogni 1.000 residenti, a testimonianza di quanto cresca il ricorso all'ospedalizzazione con il crescere dell'età (Figura 2).

Sul versante dell'offerta di servizi in regime ospedaliero, si rileva che i posti letto classificati come appartenenti alla disciplina "geriatria" (distribuiti in 175 strutture pubbliche e 33 strutture private accreditate) sono, nel 2007, pari a 5.343; in media 4,5 posti letto ogni 10.000 anziani.

L'ADI è la formula assistenziale che meglio consente di rispondere all'esigenza di una presa in carico globale, ed il mantenimento, il più a lungo possibile, nel proprio ambiente di vita, con l'obiettivo anche di migliorare la qualità di vita del paziente e l'umanizzazione

del trattamento. Nel periodo 1999-2007 la quota di popolazione ultrasessantacinquenne trattata in assistenza domiciliare, rispetto al totale della popolazione appartenente alla stessa fascia d'età, è aumentata dall'1.8% al 3.3%. Analizzando più nel dettaglio la distribuzione territoriale dei dati, si osservano in generale valori tendenzialmente più bassi nelle regioni del Sud e delle Isole, con l'eccezione della sola Basilicata, e valori più elevati nell'Italia Nord orientale (6,4% in Veneto, 7,3% nel Friuli Venezia Giulia).

Sul totale della popolazione italiana, per ogni caso trattato in ADI sono state erogate mediamente, nel 2007, 20,2 ore di assistenza, con una grande variabilità fra le diverse Regioni. Le figure più presenti ed operative sono gli infermieri (13,9 ore pari al 69.0% del totale di ore erogato) e i terapisti della riabilitazione (3,5 ore pari al 17.5%).

Inoltre, a partire dagli anni novanta, si è assistito ad una crescita considerevole del numero dei presidi residenziali sia di tipo sanitario che socio-assistenziale, rivolti agli anziani, principalmente le fasce di età superiori ai 75

anni, e alle persone non autosufficienti. Nel 2005 gli ospiti non autosufficienti nelle strutture socio-assistenziali hanno raggiunto il 70.3% degli anziani assistiti nei servizi residenziali, a fronte del 68.7% nel 2003, del 66.1% nel 2001 e del 45% agli inizi degli anni 90. Al 31 dicembre del 2005 le persone anziane nei presidi residenziali sono 229.628. Le donne sono le più presenti nelle strutture, poiché costituiscono il 76.4% degli ospiti anziani, confermando la maggiore esposizione del genere femminile al rischio di istituzionalizzazione in età avanzata. La distribuzione territoriale dei dati presenta differenze considerevoli: l'80.5% degli anziani assistiti, infatti, si trova nei presidi residenziali del Nord Italia, ma il più marcato invecchiamento demografico di queste regioni non è sufficiente da solo a spiegare tali differenze territoriali.

Quali indicazioni per la programmazione sanitaria, si ritiene strategico:

- favorire la diffusione e il potenziamento di strumenti quali la valutazione multidimensionale;
- garantire una continuità assistenziale per gli anziani fragili anche attraverso la diffusione di figure di coordinamento delle prestazioni assistenziali, quali i "case manager";
- potenziare e qualificare sempre di più l'assistenza domiciliare integrata;
- potenziare, qualificare e diffondere i Punti Unici di Accesso (PUA) per accogliere, informare e promuovere la presa in carico sociale e sanitaria;
- garantire in tutti i nodi della rete assistenziale una precoce identificazione degli anziani fragili a più altro rischio di disabilità, mediante specifici percorsi diagnostici assistenziali e riabilitativi.

La presa in carico delle condizioni di fragilità e di non autosufficienza

Si definiscono non autosufficienti coloro che hanno subito una perdita permanente, totale o parziale, delle

abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive e relazionali, a seguito di patologie congenite o acquisite o di disabilità, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana.

Tale condizione si è diffusa negli ultimi anni in considerazione dell'invecchiamento della popolazione e del conseguente incremento dell'incidenza di malattie croniche e degenerative.

Per rendere ottimali i livelli essenziali nei confronti delle fragilità/non autosufficienza è necessario organizzare e integrare i livelli di assistenza in una "rete", il cui filo conduttore è rappresentato dalla continuità assistenziale che deve generare sinergia nelle risposte. Si può comprendere quindi, come la presa in carico, preceduta dalla valutazione multidimensionale (VMD) e concretizzata con il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI), diventi il focus per gestire nella rete i processi assistenziali a favore delle fragilità.

In tale contesto si è posto con evidenza il problema di individuare e implementare un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari comprendenti una gradualità di risposte sanitarie e sociali integrate, commisurata al profilo dei bisogni, in grado di garantire continuità e qualità della presa in carico, semplificazione delle procedure e integrazione dei servizi a tutti i livelli.

Ad oggi, quasi tutte le regioni hanno previsto il Punto Unico di Accesso (PUA), in via sperimentale presso alcune Asl ovvero come modello organizzativo diffuso su tutto il territorio regionale. Occorre, infine, considerare che il PUA rientra tra i servizi da rafforzare mediante l'utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze distribuito alle Regioni e alle Province autonome per assicurare prestazioni sociali aggiuntive rispetto a quelle sanitarie in favore delle persone non autosufficienti, nella prospettiva di definire un sistema di servizi integrati

sociosanitari con caratteristiche qualitative e quantitative omogenee su tutto il territorio nazionale.

Tutela della salute mentale

Le azioni programmatiche dispiagate nel corso dell'ultimo decennio nel nostro Paese, hanno portato al consolidamento di un modello organizzativo dipartimentale, nel quale il Dipartimento di salute mentale costituisce l'organismo di coordinamento per l'integrazione dei servizi di tutela della salute mentale. Il Progetto Obiettivo "tutela salute mentale 1998-2000" ha tra l'altro individuato gli standard tendenziali per le componenti organizzative del Dipartimento di salute mentale.

L'istituzione dei Dipartimenti di salute mentale (DSM) è stata formalizzata da tutte le Regioni e Province Autonome. In linea generale in ogni Azienda sanitaria è presente un DSM dotato di: servizi per l'assistenza ambulatoriale e territoriale, erogati dai Centri di Salute Mentale (CSM); servizi di assistenza in regime semiresidenziale, erogati dai Centri Diurni (CD); servizi residenziali, presso le strutture extraospedaliere di assistenza psichiatrica; servizi ospedalieri erogati dai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e dai reparti di Day Hospital (DH). L'offerta assistenziale è completata dalle case di cura private.

I Dipartimenti di salute mentale censiti nel 2007 sono, a livello nazionale, 214, articolati in 708 Centri di Salute Mentale, corrispondenti ad un tasso di 1,81 strutture ogni 150.000 abitanti, valore quasi doppio rispetto allo standard tendenziale definito dal Progetto Obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000", che prevede un bacino di utenza per ciascun CSM non superiore a 150.000 abitanti. Il numero totale dei posti letto ospedalieri pubblici negli SPDC e nei reparti di DH è pari a 4.722, corrispondente ad un tasso di 0,8 posti letto pubblici ogni 10.000

abitanti, valore inferiore al target fissato dal Progetto Obiettivo. Il numero totale dei posti letto nelle strutture di ricovero pubbliche e private è pari a 6.780 posti letto, con una percentuale media a livello nazionale di posti letto pubblici pari al 69,6%.

I Centri Diurni censiti nel 2007 sono 755, con un tasso di 1,93 strutture ogni 150.000 abitanti. Le strutture residenziali sono complessivamente 1.577, per un totale di 17.576 posti letto residenziali, corrispondenti ad un tasso nazionale di 2,99 posti letto ogni 10.000 abitanti, a fronte dello standard tendenziale di 1 posto letto ogni 10.000 abitanti.

Per quanto attiene il personale in servizio presso i DSM, i dati rilevati dal Sistema Informativo Sanitario Nazionale si riferiscono a 175 dipartimenti di salute mentale sui 214 operanti nel territorio nazionale. Si tratta pertanto di una copertura parziale del dato nazionale. Le unità di personale rilevate sono pari a 18.637, di cui il 20,1% è costituito da medici, il 49,7% da infermieri, il 6,7% da psicologi, l'11,6% da operatori socio-sanitari, ed il restante 11,9% da personale amministrativo o altra qualifica.

Ai fini della valutazione di efficacia, efficienza ed appropriatezza dei servizi erogati, è di primaria importanza l'attivazione del Sistema informativo nazionale per la salute mentale. Il sistema è concepito per costituire una base dati integrata, incentrata sul paziente, che consenta, nel rispetto della normativa per la protezione dei dati personali e sensibili, di raccogliere informazioni utili al monitoraggio dell'attività dei servizi (mediante analisi dei volumi di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento), alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito, sia a livello regionale sia nazionale, nonché alla definizione dei fabbisogni finanziari ed al supporto alla ricerca e al Miglioramento Continuo di Qualità.

Rete di assistenza per le tossicodipendenze e alcolismo

Le informazioni sulle attività svolte dai Servizi pubblici per le tossicodipendenze sono rilevate dal Ministero annualmente, secondo quanto previsto dal D.P.R. n. 309 del 1990 (Testo Unico delle tossicodipendenze).

Nel corso del 2007 sono stati rilevati 519 Servizi pubblici per le tossicodipendenze su 551 attivi, con una copertura dei dati del 93%. Risultano essere stati presi in carico 172.303 pazienti con problemi di sostanze d'abuso, 29 pazienti ogni 10.000 residenti. La composizione per genere dei pazienti trattati dai Servizi evidenzia un rapporto M/F pari a 6,3; il 27,9% dei pazienti ha un'età superiore ai 39 anni e l'età media è pari a 33 anni.

La sostanza d'abuso per cui la richiesta di trattamento è più utilizzata è l'eroina (71,5% dei pazienti), seguono la cocaina (14,2%) e i cannabinoidi (8,6%).

Riguardo alla tipologia dei trattamenti erogati dai Servizi pubblici, il 63,9% dei pazienti è stato sottoposto a programmi farmacologici integrati, il 36,1% a trattamenti psicoterapeutici, riabilitativi e ad interventi di servizio sociale.

I decessi per intossicazione acuta avvenuti nel corso del 2007 si attestano a 589 casi (il dato non tiene conto dei casi in cui non sia intervenuta l'autorità giudiziaria e dei decessi droga correlati diversi dall'overdose), in calo rispetto ai precedenti anni (653 nel 2005). La causa del decesso è stata attribuita nella maggior parte dei casi all'eroina.

I dati rilevati e illustrati, pur essendo rappresentativi delle attività dei servizi, non consentono una valutazione esauriente dell'efficienza e dell'efficacia in termini di risultati di salute prodotti. Inoltre, mancano del tutto informazioni sugli interventi delle comunità terapeutiche.

Sulla base di ciò, il Ministero, in collaborazione con le Regioni, ha previsto

la realizzazione di un Sistema informativo nazionale sulle dipendenze (SIND), in grado di fornire informazioni sulle prestazioni e sui percorsi di cura seguiti dai pazienti all'interno delle strutture dedicate.

Al fine di potenziare la rete di prevenzione, cura e trattamento degli stati di dipendenza, assicurando il necessario raccordo con il terzo settore (mondo degli operatori, Unità di strada, Unità di prossimità, Unità a bassa soglia), è stato inoltre istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, un tavolo interistituzionale in cui sono rappresentati i dicasteri competenti, le Regioni e le Associazioni della Società Civile.

Va infine evidenziato che il Decreto Ministeriale del 1 aprile 2008 ha sancito il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni assistenziali per i detenuti tossicodipendenti. Ne consegue la necessità di potenziare gli interventi nelle carceri da parte della rete dei servizi e di programmare interventi di prevenzione nonché interventi di riduzione dei rischi droga correlati.

La Legge 125 del 2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati" ha sancito definitivamente il ruolo di Regioni e Province Autonome per la programmazione degli interventi di prevenzione e assistenza sociosanitaria, per l'individuazione delle relative strutture di intervento e per la formazione e aggiornamento degli operatori addetti. Contestualmente, con l'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001, le attività sanitarie e sociosanitarie a favore delle persone alcolodipendenti sono state incluse nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Recentemente anche il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 ha ribadito la necessità di accrescere la disponibilità e accessibilità dei servizi alcolologici, per migliorare il contenimento dei problemi alcol correlati conclamati.

Nel corso del 2006 sono stati rilevati 455 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza, distribuiti in 20 Regioni e sono stati presi in carico 61.656 soggetti alcolodipendenti, (+ 9,6% rispetto al 2005). Il 30,3% degli utenti dei servizi alcolodipendenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 26,4% a counseling personale o familiare, l'8,8% è stato inserito in gruppi di auto-mutuo aiuto, il 13,0% è stato sottoposto a trattamento socio-riabilitativo, il 2,5% è stato inserito in comunità residenziale o semiresidenziale. Nell'ambito di tale rete di servizi sono state impegnate 3.895 unità di personale, di cui il 51,4% costituito da operatori sociosanitari, il 21,5% da medici, il 16,9% da psicologi ed il restante 10,2% da personale amministrativo o altra qualifica.

In coerenza con il quadro delle politiche europee volto al rafforzamento della rete dei servizi alcolodipendenti, nel marzo 2007 il Ministero ha promosso e concordato con le Regioni un Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) che prevede la costruzione, nell'ambito della rete dei servizi sociosanitari regionali, di un sistema di trattamenti basato su evidenze scientifiche e su un'adeguata valutazione dei bisogni, e che include secondo un approccio integrato e multisettoriale, il coinvolgimento di tutti i servizi sanitari e sociali interessati, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro, nonché le associazioni di auto/mutuo aiuto e del volontariato.

Cure palliative e terapia del dolore

Negli ultimi anni si è registrato in Italia uno sviluppo significativo delle cure palliative e della terapia del dolore.

Considerando il tema delle cure palliative, in conseguenza dell'utilizzo dei 206 milioni di euro stanziati nel 1999 che hanno consentito l'attivazione di 86 hospice, ai quali si aggiungono ulteriori 40 hospice costruiti con finanzia-

menti regionali o del privato no profit, e grazie allo sviluppo di molteplici iniziative a livello regionale e locale legate all'attivazione di interventi di assistenza domiciliare per cure palliative, l'approccio assistenziale basato sulle cure palliative si sta diffondendo nel Paese. Ancora non risulta però colmata la differenza tra le diverse aree del Paese in merito al numero di strutture e di reti dedicate attivate ed alla sistematicità dei relativi programmi assistenziali. Rilevante in questo settore è la presenza delle associazioni non lucrative, che ha contribuito in maniera determinante alla nascita e crescita del movimento delle cure palliative nel nostro Paese.

È da sottolineare anche la forte crescita che hanno avuto le cure palliative pediatriche per le quali si è definito a livello ministeriale un documento tecnico approvato successivamente in sede di Conferenza tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

Al fine di assicurare un adeguato monitoraggio delle reti assistenziali di cure palliative, con il D.M. n.43 del 22 febbraio 2007 sono stati definiti degli standard i quali sono annualmente verificati dal Comitato per il monitoraggio dei LEA e sui quali vengono valutate le regioni sulla capacità di sviluppo in ciascuna regione.

Il controllo del dolore rappresenta uno dei principali problemi sanitari in quanto interessa tutte le età, incide sulla qualità della vita delle persone e, in particolare nella forma cronica, si stima abbia un'incidenza nella popolazione di circa il 25-30%. Nel Paese si sono sviluppate molteplici iniziative a livello regionale e locale che tuttavia stentano ad inquadrarsi in un programma organico ed integrato di contrasto del dolore.

In questo ambito si sono registrate criticità maggiormente rilevanti per la mancanza di una specifica rete assistenziale ed un consumo di farmaci oppiacei nella cura del dolore sia onco-

logico che di altra natura che si attesta su livelli inferiori a quelli attesi in base alle esperienze validate in campo internazionale.

È in fase di sperimentazione in quattro regioni un modello assistenziale strutturato in diversi livelli che prevede come prima risposta alle richieste della cittadinanza l'attività dei medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta adeguatamente formati su queste tematiche.

Stati vegetativi

Una grave e diffusa lesione del Sistema Nervoso Centrale determina gravi alterazioni dello stato di coscienza fino allo stato di coma. Gli esiti del coma possono portare a condizioni residuali diverse come ad esempio la condizione di Stato Vegetativo (SV) o lo Stato di Minima Coscienza (SMC). Le cause possono essere di varia natura: traumatica, infiammatoria acuta, vascolare-anossica, metaboliche o degenerative nell'anziano. Inoltre lo SV o lo SMC possono derivare da malattie evolutive dell'infanzia su base genetica o essere esito di malattie neoplastiche. Le cause traumatiche e anosso-ischemiche hanno tra tutte la netta prevalenza.

In tutti i paesi occidentali le Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA) colpiscono un numero sempre maggiore di persone con un trend in continua crescita. L'Italia si colloca ai primi posti nel mondo relativamente al peso economico di queste patologie che comportano allo stato attuale un impegno superiore al 20% della spesa sanitaria.

Lo Stato Vegetativo (SV) è una condizione funzionale del cervello, che insorge subito dopo l'evento acuto che lo ha determinato, diventando riconoscibile solo quando finisce il coma che, sovrapponendosi, lo maschera. Lo Stato Vegetativo realizza una condizione di grave disabilità neurologica, potenzialmente reversibile, che si caratterizza tra l'altro per la non evidenza della consapevolezza di sé e dell'ambiente.

Lo Stato Di Minima Coscienza (SMC) si distingue dallo Stato Vegetativo per la presenza di comportamenti associati alle attività di coscienza. Anche se possono comparire in modo inconsistente, essi sono tuttavia riproducibili e vengono mantenuti sufficientemente a lungo per essere differenziati da comportamenti riflessi.

Il trend dei ricoveri per stato vegetativo permanente è in costante crescita: si va dai 1.138 casi nel 2002 ai 1.367 nel 2003 ai 1.453 nel 2004, ai 1.644 nel 2005 (+13%), fino ai 1.836 casi nel 2006.

Le Regioni con il maggior numero di dimissioni totali per ricoveri ordinari sono risultate nell'ordine, la Lombardia (1658), il Veneto (806), l'Emilia Romagna (698), il Lazio (545), il Piemonte (523) e la Toscana (467).

Il Piano Sanitario Nazionale prevede la promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici e particolarmente vulnerabili attraverso il miglioramento e la diversificazione delle strutture sanitarie al fine di perseguire il miglioramento della qualità della vita delle persone disabili e dei propri familiari. Il Ministero, nel destinare alle Regioni le somme vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2009 ha richiesto lo sviluppo di percorsi assistenziali in Speciali Unità di Accoglienza Permanente (SUAP) per soggetti in Stati Vegetativi o Stato di Minima Coscienza e percorsi di assistenza domiciliare nei casi in cui le famiglie siano in grado e desiderose di farlo, previa attivazione della rete di supporti organizzativi e logistici necessaria.

Assistenza odontoiatrica

Le prestazioni odontoiatriche in regime di SSN sono erogate nell'ambito di diverse strutture sanitarie: aziende ospedaliere (146), ambulatori ASL (367), distretti socio sanitari (224).

I riuniti odontoiatrici attualmente in uso sono 2.729 e vengono utilizzati in regime di SSN per un totale di 44.217 ore settimanali mentre, in regime libero professionale, per un totale di 2.750 ore.

La maggiore concentrazione di riuniti odontoiatrici è al Nord Italia (1356) con in testa la Lombardia dove ne sono operativi 380; nel Centro Italia i riuniti operativi sono 658, maggiormente concentrati nel Lazio (314); le strutture sanitarie presenti nel Sud Italia possono contare su 446 riuniti odontoiatrici di cui 199 presenti in Campania. Il numero di operatori sanitari che prestano attività in campo odontostomatologico, dipendenti del SSN, sono 1.343 di cui 249 a tempo determinato; 2.114 sono, invece, gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni.

Relativamente all'anno 2006 sono state erogate, in regime di SSN, 4.113.480 prestazioni odontoiatriche ambulatoriali, 100.705 in regime di day-hospital e 50.914 in regime di ricovero ordinario. Di queste prestazioni, 504.136 ambulatoriali sono state erogate ad individui di età compresa tra 0 e 14 anni, mentre 2.767.438 ad individui di età maggiore di 14 anni.

27.302 individui di età compresa tra 0 e 14 anni e 40.411 di età superiore ai 14 anni sono stati sottoposti a prestazioni in regime di day-hospital.

I pazienti sottoposti ad interventi di natura odontostomatologica in regime di ricovero ordinario sono stati, per quanto riguarda la fascia di età compresa tra 0 e 14 anni, 16.583 e per quelli di età superiore ai 14 anni, 2.576. Le prestazioni in regime di ricovero ordinario sono rese possibili grazie alla presenza di 50 sale operatorie dedicate esclusivamente alle erogazioni di prestazioni di chirurgia odontostomatologica e 135 ad uso non esclusivo

Nell'ambito dell'offerta pubblica, un ruolo importante è quello svolto

dalle strutture odontoiatriche presenti in alcune Università italiane. Si tratta di 20 servizi odontoiatrici con un totale di 767 riuniti, in aggiunta a 7 sale operatorie destinate esclusivamente all'odontostomatologia ed a 19 ad uso non esclusivo. Sempre relativamente all'anno 2006, in ambito universitario sono state erogate, in regime di SSN, 478.194 prestazioni ambulatoriali, 21.108 prestazioni in regime di day-hospital e 3.036 in ricovero ordinario. In base all'età, negli individui di età compresa tra 0 e 14 anni, l'offerta è stata di 86.161 prestazioni ambulatoriali, 5.920 prestazioni in day-hospital e 302 in regime di ricovero ordinario. In individui di età superiore ai 14 anni, invece, 384.352 sono state le prestazioni ambulatoriali, 12.679 quelle in day-hospital e 2.734 quelle in regime di ricovero ordinario.

La qualità del Servizio Sanitario Nazionale

La politica per la qualità è parte integrante della programmazione sanitaria nazionale. Il PSN 2006-2008 sottolinea la necessità della promozione della qualità, al fine di offrire al paziente la prestazione con miglior esito sulla base delle conoscenze disponibili, con il minor rischio di danni conseguenti al trattamento, il minor consumo di risorse e la massima soddisfazione per il paziente.

In tale prospettiva assume un ruolo determinante la gestione del Rischio clinico e della Sicurezza dei pazienti che è stato oggetto dell'Intesa del 20 marzo 2008 tra Ministero, AGENAS e Regioni/P.A. finalizzata alla realizzazione di interventi comuni tra cui spicca l'istituzione dell'Osservatorio Nazionale degli eventi sentinella presso la Direzione generale della Programmazione sanitaria che ha lo scopo di raccogliere informazioni riguardanti eventi di particolare gravità indispensabili per conoscerne i fattori con-

tribuenti e causali all'accadimento. Al riguardo, nell'ambito delle infezioni associate all'assistenza sanitaria il numero di casi registrati di infezioni correlate all'assistenza sanitaria appare in linea con il trend registrato negli altri Paesi europei, con un'incidenza media tra il 4,5% e il 7% dei ricoveri con una mortalità dell'1%, a fronte dell'incidenza del 3,6% in Germania e del 13% in Svizzera.

Una strategia che abbia il fine di accresce la qualità del SSN non può non considerare la necessità di coinvolgere tutti i possibili portatori di interesse (pazienti ed i loro familiari, operatori delle associazioni di volontariato, cittadini). A tal fine, appare cruciale il ruolo dell'informazione, che deve essere utilizzata come strumento per il coinvolgimento, soprattutto per la scelta consapevole di servizi e cure, ma anche per la collaborazione dell'utente in tutte le fasi del processo assistenziale (si pensi ad un uso razionale ed appropriato dei farmaci). Nel corso del 2008, sono state elaborate dal Ministero sei guide, disponibili sul sito web, la cui finalità è fornire a tutti gli stakeholder del sistema indicazioni precise, provenienti dalla letteratura e dalle esperienze nazionali ed internazionali, sotto forma di fogli informativi orientati a segnalare accorgimenti per la sicurezza dei pazienti.

Il tema dell'accreditamento va ricondotto alle esigenze del particolare momento che caratterizza la programmazione sanitaria nazionale, che richiede di porre una particolare enfasi sull'aspetto della garanzia della qualità, in particolare ai fini della tematica sempre più rilevante della sicurezza delle cure. Nel corso degli anni, il significato di accreditamento si è andato evolvendo: da una fase in cui l'accreditamento, come previsto dal D.Lgs. 502/92, era funzionale soprattutto al processo di aziendalizzazione, successivamente, attraverso modifiche normative e, in particolare, con il PSN 1994-1996, è stato considerato funzionale ai

processi di miglioramento della qualità e della "parificazione/equiparazione" tra erogatori pubblici e privati. In seguito, con il D.Lgs. 229/99, art. 8 quater, l'accreditamento doveva diventare elemento fondamentale per il rilancio dei processi di programmazione sanitaria, affiancando agli aspetti strutturali, tecnologici ed organizzativi, gli aspetti di carattere valutativo in termini di processi ed esiti.

Questo approccio integrato consentirà alle Regioni di utilizzare l'accreditamento istituzionale, non più con modalità transitorie ma in forma realmente definitiva, come potente strumento di programmazione, mentre il livello nazionale potrà privilegiare la definizione di profili qualitativi di riferimento, necessari per la valutazione della sicurezza, dell'efficacia e del fabbisogno finanziario, anche attraverso la valorizzazione delle appropriate forme di accreditamento volontario e di eccellenza. Il rinnovato ambito dell'accreditamento potrà consentire di rispondere adeguatamente alle dinamiche di integrazione europea, nel contesto della attuale discussione per definire la proposta di Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea "*on the application of patients' rights in cross-border healthcare*".

Nell'ambito delle politiche atte a garantire elevati livelli qualitativi del SSN la Farmacovigilanza costituisce il processo di monitoraggio continuo della sicurezza delle specialità medicinali in commercio. Gli obiettivi principali sono l'identificazione di qualsiasi potenziale segnale di allarme relativo ai medicinali e la prevenzione delle reazioni avverse ai farmaci, resi possibili attraverso la valutazione delle informazioni provenienti da numerose fonti (segnalazioni spontanee, studi clinici, letteratura scientifica, rapporti periodici di sicurezza delle aziende, sistemi di farmacovigilanza di altri paesi, centri antiveneno, etc.).

In Italia le segnalazioni spontanee

sono raccolte e gestite in modo informatizzato attraverso la Rete Nazionale di Farmacovigilanza, attiva dal 2001, che collega tra loro l'AIFA, le strutture sanitarie, le Regioni e le aziende farmaceutiche.

Per le attività di farmacovigilanza attiva la legge finanziaria del 2007 ha previsto la costituzione presso l'AIFA di un fondo pari a 25 milioni di euro.

Sul piano internazionale è stato garantito il contributo alle attività dell'Agenzia Europea dei medicinali (EMA) nonché il raccordo con l'OMS nelle attività di monitoraggio.

Negli ultimi anni la farmacovigilanza ha fatto numerosi ed importanti passi avanti, tuttavia vanno ulteriormente potenziate alcune aree, come la raccolta delle segnalazioni da pazienti, la gestione delle segnalazioni di sospette reazioni avverse da erbe medicinali, la sorveglianza post-marketing degli eventi avversi a vaccino. Devono essere, inoltre, sviluppati il coinvolgimento dei centri regionali in ambito regolatorio, la politica di trasparenza dei dati e il settore delle ispezioni di farmacovigilanza nonché previsti interventi specifici per assicurare un'adeguata formazione universitaria.

Le risorse finanziarie, umane e tecnologiche del Servizio Sanitario Nazionale

Risorse Finanziarie

I dati disponibili sulla spesa del SSN nel 2008, relativi al quarto trimestre, indicano un livello di spesa che si attesta sui 106,650 miliardi di euro. L'analogo dato per l'anno 2007 era di 102,724 miliardi di euro, successivamente consolidato in 103,610, indicando un incremento annuo del 2,9%, inferiore a quello registrato nel 2007 (4%), ma superiore all'incremento annuo del PIL (1,8%). La quota del PIL assorbita dal SSN nel 2008, pari al 6,78%, risulta lievemente superiore a quella del 2007 (6,71%).

Una dinamica simile si osserva anche dal lato del finanziamento del SSN, che nel 2008 rappresenta il 6,58% del PIL, rispetto al 6,51% del 2007. Il 2008 fa ancora rilevare un disavanzo di circa 3,2 miliardi di euro nell'ambito del SSN che ne prosegue il trend di tendenziale riassorbimento già avviato negli anni precedenti (era pari a 3,6 miliardi di euro nel 2007).

Portando l'analisi dal livello nazionale al livello regionale si osserva come, sia nel 2008 sia nel 2007, i disavanzi sanitari continuano a rappresentare un fenomeno prevalentemente localizzato nel centro sud del Paese. La graduatoria in ordine di importanza relativa del fenomeno, misurata in termini di valore pro capite del disavanzo, vede il Lazio stabile al primo posto (con 297 euro), seguito dal Molise (228 euro) e, a maggior distanza dalla Campania (86 euro).

Risorse umane e formazione continua in medicina

Nel 2007 il personale operante nelle aziende sanitarie locali e nelle strutture di ricovero pubbliche e private accreditate ammonta complessivamente a livello nazionale a 815.796 unità.

Di queste sono 564.026 le unità che lavorano nel ruolo sanitario, 149.637 le unità appartenenti al ruolo tecnico, 93.027 nel ruolo amministrativo e 2.194 nel ruolo professionale.

Il personale che opera nelle strutture ospedaliere pubbliche è pari a 571.520, con un rapporto fra infermieri e medici, pari a 2,4 infermieri per ogni medico.

Con l'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le P.A. di Trento e di Bolzano del 1° agosto 2007, è stato approvato il riordino del Sistema di formazione continua in medicina e la proroga del programma sperimentale di Educazione Continua in Medicina (ECM) avviato con l'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2001, disponendo inoltre il trasferimento all'Agenzia nazionale per i servizi

sanitari regionali, della gestione amministrativa del programma di ECM e dei compiti di supporto alla Commissione Nazionale ECM. Il Ministero svolge un ruolo di sostegno e di produzione formativa, attraverso tutte le iniziative che provengono dal Piano Sanitario Nazionale e dagli obiettivi strategici di salute ed attraverso l'indicazione degli obiettivi formativi nazionali, che rappresentano in percentuale il 20% dei crediti formativi che ogni operatore è tenuto ad acquisire ogni anno.

Risorse tecnologiche

Il Sistema Informativo Sanitario prevede la rilevazione annuale delle apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture ospedaliere e nelle strutture sanitarie territoriali, pubbliche e private. Dall'anno 2007 vengono censite anche alcune tipologie di apparecchiature che, nell'ultimo decennio, hanno assunto particolare rilevanza, come la PET e il sistema CT/PET integrato, il sistema TAC/Gamma Camera integrato, il sistema per angiografia digitale e il mammografo. Nel periodo considerato, la disponibilità delle apparecchiature risulta in aumento soprattutto per quanto riguarda la TAC e la Risonanza magnetica, infatti si passa da 25,3 TAC ogni milione di abitanti nel 2004 a 29,4 TAC nel 2007 e da 13,5 Risonanze magnetiche ogni milione di abitanti nel 2004 a 18,1 nel 2007. Per quanto concerne le nuove apparecchiature, le PET e sistema CT/PET integrato risultano in totale pari a 100, con una disponibilità di 1,7 apparecchiature per 1.000.000 di abitanti; i mammografi censiti risultano invece pari a circa 163 ogni milione di donne di età compresa fra 45 e 69 anni. La presenza di apparecchiature tecnico-biomediche risulta in aumento soprattutto nel settore pubblico mostrando una disponibilità fortemente variabile a livello regionale.

Il Decreto Ministeriale 20 febbraio 2007 ha istituito la nuova banca dati dei dispositivi medici. Si tratta di un provvedimento di ampia portata la cui applicazione agevola l'attività di sorveglianza del mercato e di vigilanza sui dispositivi medici (consentendo una migliore rintracciabilità attraverso l'attribuzione di un numero di Repertorio ai dispositivi), e introduce, a partire dal 1° maggio 2009, quale requisito indispensabile per le procedure di acquisto da parte del SSN, l'utilizzo dei soli dispositivi medici registrati nel Repertorio.

Nuovo Sistema Informativo Sanitario

La crescente necessità di disporre di strumenti, attraverso i quali governare il SSN ai diversi livelli istituzionali, al fine di bilanciare i costi del sistema con la qualità dei servizi erogati, ha reso inderogabile la definizione coordinata, tra il Ministero e le Regioni, di un piano strategico condiviso per la realizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Il Modello Concettuale del NSIS ha definito le relative linee generali e le modalità di sviluppo, in un'ottica di lungo periodo, senza perdere di vista il raggiungimento di risultati anche nel breve e medio periodo. I principi ispiratori del Modello Concettuale del NSIS sono i seguenti:

- supporto al processo di regionalizzazione, coerentemente con la necessità di garantire il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sul territorio nazionale;
- integrazione tra gli attori del Servizio Sanitario Nazionale e conseguente piena condivisione delle informazioni gestite a tutti i livelli istituzionali;
- cooperazione ed integrazione dei diversi sistemi informativi gestiti in piena autonomia dalle singole amministrazioni regionali e locali;

- orientamento al cittadino - utente attraverso un Sistema Integrato di Informazioni Sanitarie Individuali.

Gli obiettivi strategici complessivamente finalizzati al monitoraggio del bilanciamento tra costi e qualità del servizio sanitario si basano su due assi fondamentali: da un lato, la disponibilità di un Sistema di Monitoraggio della Rete di Assistenza, finalizzato a soddisfare la necessità di una conoscenza approfondita e tempestiva dell'offerta delle strutture sanitarie a livello nazionale; dall'altro, la disponibilità di un Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali, finalizzato a raccogliere, su base individuale, le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini.

Il Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali risponde in particolare alla finalità di raccogliere progressivamente la pluralità di informazioni correlate agli eventi che caratterizzano i contatti del singolo individuo con i diversi nodi della rete di offerta del SSN e ad implementare, progressivamente nel tempo, il Fascicolo Sanitario Elettronico, nel pieno rispetto delle normative vigenti in materia di privacy e dei regolamenti in essere per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari.

Ad oggi, il Ministero gestisce un patrimonio informativo che rappresenta una fonte di informazioni di grande rilevanza a livello nazionale e che, negli ultimi anni, sta seguendo un percorso di profonda valorizzazione e potenziamento. L'accresciuta disponibilità di informazioni è, infatti, finalizzata a consentire una sempre maggiore capacità di analisi per le finalità di monitoraggio dei LEA, di valutazione dell'appropriatezza e, più in generale, di valutazione, controllo e programmazione dell'assistenza sanitaria. La continua attivazione di nuovi contenuti informativi, nell'ambito del Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali, contribuisce a rafforzare la capacità che tale patrimo-

nio informativo ha di supportare l'interpretazione dei fenomeni sanitari a beneficio di tutti gli stakeholder.

Monitoraggio delle sperimentazioni cliniche e dell'impiego dei medicinali

L'Agenzia Italiana del Farmaco monitora tutte le sperimentazioni cliniche condotte in Italia e tutti i farmaci prescritti a carico del SSN. Tali attività sono realizzate mediante l'Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica dei medicinali (OsSC) che ad oggi raccoglie più di 5.000 ricerche cliniche e l'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali (OsMed).

Dall'OsMed emerge che le farmacie pubbliche e private nel corso dell'anno hanno dispensato complessivamente circa 1,7 miliardi di confezioni (corrispondenti a 29 confezioni di farmaco per abitante). Circa il 60% dei consumi dei farmaci si concentra nella popolazione con più di 65 anni di età e l'80% nella popolazione con più di 55 anni (Figura 3).

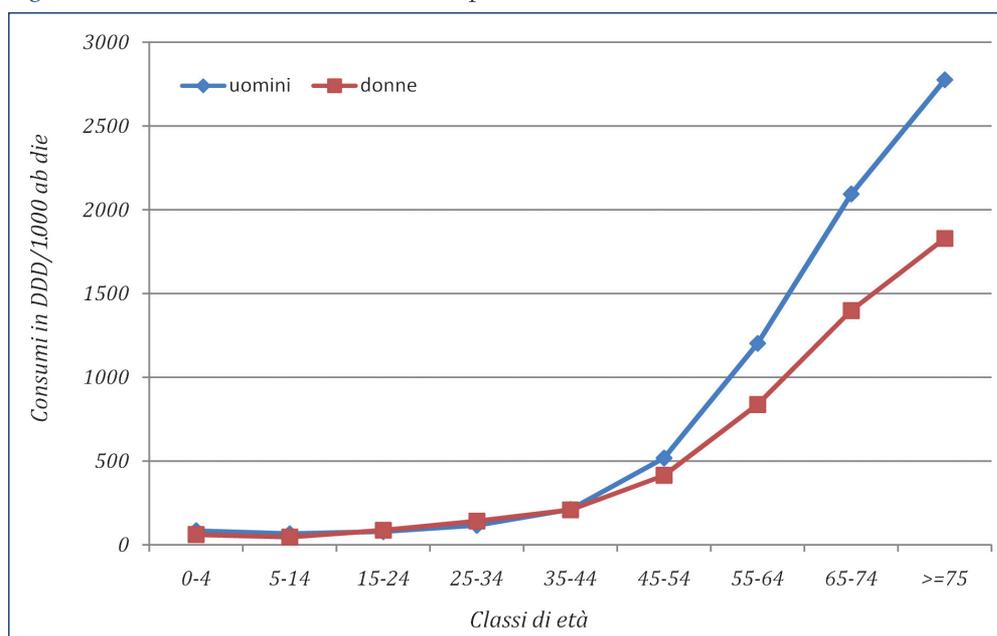
I farmaci del sistema cardiovascolare sono i farmaci maggiormente utilizzati, (32,7% circa di tutti i consumi) con una copertura del SSN del 94%.

Le altre categorie a maggior consumo sono costituite dai farmaci dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (13,9%) che comprende anche i farmaci contro il diabete; i farmaci del Sistema Nervoso Centrale (10,0%) ed i farmaci ematologici (9,8%); i farmaci antimicrobici sono tra gli ultimi posti in consumo percentuale tuttavia l'Italia è il terzo paese europeo con il consumo più elevato di antibiotici.

A livello territoriale, l'utilizzo dei farmaci è soggetto ad importanti variazioni regionali, caratterizzate da un maggior consumo (e livello di spesa) nelle Regioni del Centro-Sud rispetto alle regioni del Centro-Nord.

Il SSN eroga tutti i farmaci per le patologie importanti ed anche per il

Figura 3 – Consumo dei farmaci in Italia per classi di età – Anno 2007



Fonte: OsMed. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2007.
http://www.agenziafarmaco.it/allegati/rapporto_osmed_2007.pdf

trattamento dei fattori di rischio (Farmaci di classe A).

Un'analisi effettuata dalla Commissione Europea nell'ambito del Pharmaceutical Forum ha evidenziato come l'Italia, assieme all'Olanda, sia il paese comunitario con la più bassa percentuale di spesa a carico dei cittadini per i farmaci erogati dal SSN.

In conclusione il SSN è finora riuscito a garantire una buona copertura ed un equo accesso all'assistenza farmaceutica.

Sistema di valutazione dell'assistenza del Servizio Sanitario Nazionale e affiancamento delle Regioni in Piano di Rientro

Con l'articolo 1, comma 288, della legge n.266/2005, è stata prevista la realizzazione, presso l'attuale Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, del Sistema nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria (SiVeAS). Il SiVeAS ha l'obiettivo di provvedere alla verifica

che, nell'erogazione dei servizi sanitari, vengano rispettati sia i criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate, coerentemente con quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza, sia i criteri di efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi, compatibilmente con i finanziamenti erogati.

Al fine di raggiungere tale obiettivo, sono state attivate nove linee di attività, riconducibili alle seguenti due macroaree, tra di loro interdipendenti e integrate:

- area delle garanzie del raggiungimento degli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale;
- area dell'affiancamento alle Regioni che hanno stipulato l'accordo di cui all'art. 1, comma 180 della legge n. 311/2004, comprensivo di Piano di rientro dai disavanzi.

Tra le linee di attività, spicca quella relativa al monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, che soddisfa l'esigenza di compiere una misurazione quantitativa dell'assistenza sanitaria fornita dagli erogatori, in termini di qualità, appropriatezza e costo,

attraverso la definizione e l'utilizzo di una serie di appositi strumenti e metodologie.

Il monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza è considerato un elemento centrale della garanzia dell'uniforme erogazione sul territorio dell'assistenza sanitaria prestata; tuttavia, l'obiettivo futuro di tale linea di attività prevede di superare l'attuale concezione di verifica dell'entità delle prestazioni erogate nei confronti dei cittadini, per favorire la diffusione di valutazioni dell'integrazione tra i diversi livelli di assistenza, verifiche sulla qualità dell'assistenza, approfondimenti sull'appropriatezza e accessibilità dei cittadini ai servizi, attraverso l'implementazione di sistemi di indicatori maggiormente mirati.

Con riferimento all'area dell'affiancamento, le attività condotte dall'attuale Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali unitamente al Ministero dell'Economia e delle Finanze interessano le Regioni che hanno sottoscritto l'accordo per il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario: Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Sardegna e Sicilia. Per alcune di esse si è reso necessario procedere alla nomina di un Commissario per la realizzazione del Piano.

Il Consiglio dei Ministri con propria deliberazione ha proceduto alla nomina del Commissario *ad acta* per il successivo periodo di vigenza del Piano di rientro per quelle Regioni in cui era stata attivata una procedura di diffida e messa in mora a seguito delle gravi inadempienze riscontrate nella gestione del Piano di Rientro.

Per la Regione Lazio il Commissariamento è stato attivato in data 11 luglio 2008, per la Regione Abruzzo, in data 23 settembre 2008 per le Regioni Campania e Molise in data 28 luglio 2009.

Le attività di affiancamento realizzate dai due Ministeri in concerto tecnico si realizzano attraverso 3 fasi:

- **Monitoraggio formale dei Piani**, che ha l'obiettivo di verificare se, a fronte degli impegni presi nel piano, la Regione abbia o meno deliberato gli atti previsti nei tempi pianificati, e si realizza attraverso le attività di:
 - preventiva approvazione dei provvedimenti regionali, che consiste nell'esame istruttorio e valutazione congiunta (di concerto tra i due Ministeri competenti) dei provvedimenti relativi all'attuazione dei Piani di Rientro, inviati dalle Regioni;
 - verifica degli obiettivi intermedi, che consiste nella verifica periodica del raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro;
 - **Monitoraggio sostanziale dei piani**, che ha l'obiettivo invece di verificare se, a fronte degli atti deliberati dalle Regioni, siano stati attuati gli interventi previsti nelle modalità e nei tempi pianificati (monitoraggio di attuazione), nonché di valutare come il SSR stia evolvendo per effetto degli interventi previsti dal Piano di rientro e degli altri fattori che ne determinano la dinamica (monitoraggio di sistema);
 - **Coordinamento dei Nuclei di affiancamento regionali**, che consiste nel coordinamento di gruppi regionali con funzione consultiva che supportano le Regioni nella definizione degli interventi previsti nel Piano.
- Le attività di affiancamento alle Regioni in Piano di Rientro sopra descritte, consentono di soddisfare:
- sia l'esigenza del livello centrale, di verificare l'effettivo stato di avanzamento del perseguimento degli obiettivi previsti nei Piani di Rientro;
 - sia l'esigenza del livello regionale, di verificare se e come le azioni intraprese stiano indirizzando il Sistema Sanitario Regionale verso gli obiettivi fissati e quali siano gli ambiti di intervento sui quali intervenire.

Tempi di attesa e appropriatezza

Nel nostro Paese l'abbattimento dei tempi di attesa è considerata una priorità dell'assistenza sanitaria, in quanto strumento di promozione del principio di appropriatezza clinica ed organizzativa e quindi di promozione del Governo Clinico. Con l'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006, è stato adottato il Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa (PNCTA) per il triennio 2006-2008, che prevede l'obbligo per le Regioni di dotarsi di un Piano regionale per il contenimento delle liste di attesa, come uno strumento programmatico unico ed integrato. Tutte le Regioni e Province autonome hanno ottemperato, individuando le prestazioni oggetto di monitoraggio e i criteri generali di accesso alle prestazioni secondo classi di priorità clinica e definendo delle aree prioritarie di intervento: area oncologica, area cardiovascolare, area materno-infantile, area geriatrica, visite specialistiche di maggior impatto, altre prestazioni. In merito alla disponibilità per il cittadino delle informazioni sui tempi di attesa, il monitoraggio dei siti web delle Regioni e Aziende ha evidenziato che solo il 22% dei siti esplorati espone dati sui tempi di attesa con una sostanziale continuità.

Tempi di attesa in oncologia

Per il contenimento dei tempi di attesa in oncologia presso il Ministero è stato istituito un apposito gruppo di Lavoro che ha esplicitato le classi di priorità diagnostiche e terapeutiche, i criteri di appropriatezza dei trattamenti, i modelli organizzativi e il sistema di monitoraggio e controllo. Le classi di priorità cliniche per l'accesso alle prestazioni diagnostiche, con l'esclusione delle emergenze sia chirurgiche che mediche, le quali rivestono priorità temporale assoluta, sono quattro:

- Priorità diagnostiche urgenti (entro 3 giorni): rientrano in questa classe i pazienti con patologia oncologica

in rapida evoluzione/sintomatica o con complicanze gravi correlate ai trattamenti erogati;

- Priorità diagnostiche per un'adeguata programmazione terapeutica (entro 10 giorni);
- Follow-up di pazienti già trattati per patologia neoplastica;
- Screening organizzato/screening opportunistico.

Le condizioni relative ai gruppi A e B sono prioritarie mentre le condizioni C e D non sono prioritarie e le tempistiche sono quelle definite dalle linee-guida nazionali ed internazionali.

Essendo fondamentale la diagnosi cito-istologica ai fini di un'adeguata stadiazione e programmazione terapeutica, la tempistica di questi esami deve essere estremamente celere, al massimo 7 giorni.

Le classi di priorità in campo terapeutico sono le seguenti:

- Priorità terapeutica urgente (entro 3 giorni);
- Priorità terapeutica standard (entro 15 giorni);
- Priorità terapeutica bassa (entro 30 giorni);
- Approccio terapeutico palliativo (entro 60 giorni);

I gruppi A e B rappresentano le priorità terapeutiche e in tali gruppi non è consentito un ritardo superiore a 3 o 15 giorni rispettivamente dal termine del work-up diagnostico/stadiazione per attivare la procedura terapeutica ottimale. Per quanto riguarda la radioterapia è possibile individuare tre classi:

- trattamenti da iniziare entro 15 giorni;
- trattamenti da iniziare entro 30 giorni;
- trattamenti da iniziare oltre i 30 giorni

Criteri di appropriatezza diagnostico-terapeutici in oncologia

La definizione di criteri di appropriatezza diagnostico-terapeutica ha lo scopo di fornire raccomandazioni cliniche per la diagnosi, il trattamen-

to e il follow-up in relazione alla tipologia, sede e allo stadio di malattia ed a tutte le variabili cliniche e biologiche rilevanti per la definizione del miglior standard diagnostico e terapeutico. È infatti dimostrato che la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni mediche possono significativamente influenzare i risultati dei trattamenti nel settore dei tumori, e quindi le possibilità stesse di sopravvivenza dei pazienti. In considerazione della connotazione interdisciplinare della patologia oncologica, dove si incontrano le competenze dell'oncologia medica, delle chirurgie specialistiche e generali, delle altre specialità mediche, dell'imaging (diagnostica per immagini e medicina nucleare), della radioterapia, e dell'integrazione di anatomia patologica e biologia molecolare, la definizione di criteri di appropriatezza necessita di approfondite analisi scientifiche attraverso l'esame accurato degli studi clinici prodotti dalla letteratura internazionale ma soprattutto di fattibilità e riproducibilità. Per perseguire tale scopo il Ministero ha promosso la stesura di un apposito documento da parte di gruppi interdisciplinari di professionisti particolarmente esperti su sei patologie neoplastiche a più elevata incidenza e mortalità nonché di particolare interesse sotto il profilo dell'innovazione nelle tecniche di diagnosi e trattamento. L'obiettivo finale di tale documento è anche quello di produrre indicazioni, per ogni singola patologia, delle dotazioni strutturali, tecnologiche, di expertise ed organizzative che dovranno essere presenti in ogni singola unità ospedaliera ai fini dell'accreditamento della stessa ad eseguire diagnosi e terapia in quella determinata patologia. Il raggiungimento di tali obiettivi sarà facilitato dall'implementazione della strutturazione delle Reti Oncologiche Regionali dei servizi clinico-assistenziali e dalla individuazione dei Dipartimenti

Oncologici su base territoriale, nonché dalla istituzione della Rete Oncologica Nazionale che dovrebbe includere tutte le strutture oncologiche di eccellenza sia sotto il profilo clinico-assistenziale che scientifico. Tutto ciò permetterà di favorire un'attività assistenziale di più elevato livello e maggiormente omogenea sul territorio nazionale e garantirà un contenimento dei tempi d'attesa e dei costi attraverso una maggiore appropriatezza delle indicazioni.

Appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza alle malattie cardiovascolari

Il tema dell'appropriatezza dell'assistenza alle malattie cardiovascolari, è stato oggetto di specifico approfondimento nell'ambito del gruppo di lavoro scientifico istituito presso il Ministero, allo scopo di fornire gli elementi necessari per la definizione di standard adeguati per le strutture e l'organizzazione funzionale dell'assistenza alle malattie cardiovascolari, indicando le procedure e gli indicatori considerati di maggiore importanza o irrinunciabili ai fini dell'accreditamento delle strutture.

Il modello di assistenza alle Malattie Cardiovascolari identifica nel Dipartimento Cardiovascolare la componente organizzativa garante dell'efficienza e completezza dei percorsi diagnostico-terapeutici erogabili e dell'integrazione delle varie fasi della promozione della salute cardiovascolare, con la finalità di fornire al cittadino punti di accesso al sistema adeguati al suo stato di salute o di malattia.

Il modello dipartimentale dovrebbe assicurare l'integrazione ed il coordinamento di momenti assistenziali diversi per tipologia ed intensità di cura, aggregando strutture tra loro affini e interdipendenti pur mantenendo specifici ambiti di autonomia e responsabilità.

I requisiti descritti nel documento elaborato dal gruppo di lavoro, definiscono le funzioni, le competenze professionali richieste, gli standard operativi e strumentali, i requisiti organizzativi delle diverse componenti funzionali che costituiscono la rete integrata dei servizi per l'assistenza alle Malattie Cardiovascolari: rete dell'emergenza cardiologica, rete di assistenza integrata ospedale-territorio per il cardiopatico cronico, riabilitazione e prevenzione delle malattie cardiovascolari, cardiologia riabilitativa, cardiologia in età pediatrica.

Un aspetto rilevante è rappresentato dall'integrazione Ospedale-Territorio, la cui programmazione deve essere resa effettiva in base ad alcuni punti cardine:

- l'integrazione Ospedale-Territorio nasce dall'inserimento degli ospedali in una rete funzionale che deve tener conto di quale sia l'ospedale di primario riferimento;
- le relazioni tra i differenti elementi che compongono il sistema devono essere costruite sui percorsi assistenziali e sui livelli di gravità/acuzie;
- l'integrazione delle strutture richiede l'integrazione dei professionisti (specialisti ospedalieri e ambulatoriali, professionisti delle cure primarie e operatori dei distretti) nella definizione ed attuazione delle strategie assistenziali;
- il riequilibrio delle risorse tra ospedale e territorio deve avvenire evitando di compromettere l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza ospedaliera, configurata secondo la legge 833/1978, e senza correre il rischio che vengano a crearsi pericolosi vuoti assistenziali.

Sanità in rete

L'evoluzione socio-demografica della popolazione, la necessità di bilanciare risorse disponibili e qualità dell'assi-

stenza sanitaria prestata, sono di stimolo alla definizione di nuove modalità di erogazione dei servizi sanitari. La realizzazione della sanità in rete assume una notevole importanza, soprattutto, in un quadro in profondo mutamento ed evoluzione del SSN caratterizzato da una quota di popolazione anziana sempre più preponderante e un'assistenza necessariamente più centrata sui servizi territoriali per far fronte a patologie croniche. In tale contesto, l'applicazione delle nuove tecnologie rappresenta una valida opportunità per definire un migliore bilanciamento, tra l'esigenza di maggiore qualità delle prestazioni e un oculato impiego delle risorse disponibili.

Le iniziative di sanità in rete in corso a livello nazionale si collocano nel contesto della cornice strategica definita dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario e sono coerenti con il Piano di Sanità Elettronica. I progetti attuali sono riconducibili principalmente ai seguenti ambiti di intervento:

- identificazione del cittadino;
- innovazione nelle cure primarie: connessione in rete dei medici del SSN, digitalizzazione e trasmissione elettronica delle prescrizioni e dei certificati di malattia;
- disponibilità della storia clinica del paziente: Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) per l'archiviazione e l'accesso alle informazioni sanitarie individuali;
- accesso ai servizi sanitari: sistema articolato a rete di Centri Unici di Prenotazione (CUP) che consentano ai cittadini di prenotare le prestazioni SSN su tutto il territorio nazionale;
- il ridisegno strutturale ed organizzativo della rete di assistenza mediante la telemedicina.

Ad oggi, lo sviluppo della sanità in rete in Italia sta procedendo con apprezzabile dinamismo, con iniziative progettuali rilevanti in corso su tutto il territorio nazionale. Tuttavia la situazione riscontrata risulta fortemente dif-

ferenziata, non solo in termini di maturità dei sistemi informativi regionali, ma anche in riferimento alle soluzioni applicative adottate, ai modelli architetture, agli standard semantici, alle modalità di utilizzo dei sistemi stessi. Questo è conseguenza delle diverse modalità di utilizzo dell'innovazione tecnologica nei contesti regionali, con differenti modelli organizzativi implementati nei SSR, oltre che frutto di una differenziata capacità di investimento.

È pertanto opportuno che gli sforzi progettuali, attuali e futuri, abbiano quali denominatori comuni, da un lato, la dematerializzazione dei documenti sanitari a beneficio dei sottostanti processi gestionali e organizzativi, dall'altro, l'armonizzazione delle soluzioni di sanità in rete, allo scopo di garantire omogeneità nella generazione dei Livelli Essenziali di Informazioni (LEI). A tal fine, è fondamentale anche agevolare la condivisione delle iniziative intraprese sul territorio nazionale e la messa a sistema delle migliori pratiche. Ambiti prioritari di applicazione dei suddetti denominatori comuni sono in particolare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), i Centri Unici di Prenotazione (CUP) e la telemedicina.

Affinché la sanità in rete concorra effettivamente a migliorare l'assistenza sanitaria, si pone l'esigenza di far sì che le risorse disponibili siano impiegate in investimenti coerenti con le reali necessità del SSN. Perché ciò sia possibile, è necessaria un'azione di coordinamento volta a definire indirizzi condivisi dal livello centrale e regionale, finalizzati ad orientare coerentemente gli sforzi progettuali nell'ambito di una cornice unitaria di natura politico-strategica.

Gli investimenti in tecnologie ed edilizia sanitaria

Le politiche di programmazione degli investimenti pubblici dedicati al

patrimonio strutturale e tecnologico del Servizio Sanitario Nazionale, a 20 anni di distanza dall'art. 20 della legge 67/88, hanno seguito l'andamento delle politiche generali di riqualificazione dell'offerta assistenziale che oltre agli iniziali obiettivi individuati dal legislatore (l'ammodernamento del patrimonio sanitario pubblico e realizzazione di residenze assistenziali) hanno, soprattutto negli ultimi anni, considerato anche le nuove esigenze organizzative legate all'adeguamento alle norme di sicurezza degli edifici e degli impianti, al riequilibrio tra ospedale e territorio, e alla realizzazione degli spazi per l'esercizio della libera professione intramoenia.

Alla data del 31 dicembre 2008 risultano sottoscritti n. 47 tra Accordi di Programma e Accordi integrativi dal Ministero e dalle Regioni e Province Autonome, di cui n. 6 sono Accordi di Programma Quadro all'interno di Intese istituzionali di programma e n. 41 sono Accordi di Programma. È risultato appaltabile circa il 79,5% delle risorse impegnate in Accordi sottoscritti. Persistono comunque forti differenziazioni nei tempi di sottoscrizione e di attuazione degli accordi, a motivo delle diverse complessità regionali. La diversa evoluzione nella utilizzazione delle risorse dipende, oltre che dall'esperienza maturata nei diversi contesti regionali, anche dalla solidità programmatica, assicurata dalla presenza di un piano regionale di riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera e/o più in generale del sistema di servizi sanitari del territorio, condizioni che hanno consentito una rapida ed efficace attuazione.

In generale è maturata una crescente condivisione tra le Regioni e il Ministero di una "cultura della programmazione", che abbia una visione sistemica e prospettica del patrimonio sanitario pubblico e che si lasci alle spalle quelle logiche di investimento, che hanno caratterizzato la prima fase del programma di investimenti, che

hanno portato ad interventi mirati e dettati da esigenze locali.

Alla luce di ciò, per l'attuazione della seconda fase del programma è stato scelto l'Accordo di programma, quale strumento di programmazione negoziata. In tale situazione ha assunto un ruolo determinante il Documento Programmatico attraverso cui ciascuna realtà regionale illustra e definisce le strategie e gli obiettivi (generali e specifici) degli investimenti previsti nell'Accordo stesso.

Per agevolare la predisposizione di questi documenti è stata elaborata una metodologia per la valutazione ex ante (MexA) che fornisce un supporto metodologico alle Regioni per la formulazione dei Documenti Programmatici per la sottoscrizione degli Accordi di programma e si pone quale strumento per la valutazione ex ante dei Documenti Programmatici da parte del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici.

Fondi strutturali europei 2000-2006 e Quadro Strategico Nazionale 2007-2013

La programmazione degli interventi strutturali di tutte le Amministrazioni italiane (sia centrali che Regionali) per il periodo 2007- 2013 si baserà sulle politiche di coesione che rappresentano per il settore salute una grande opportunità in quanto sono risorse essenziali per attivare ed innescare, ad integrazione delle risorse ordinarie, processi di crescita, di sviluppo e di coesione soprattutto per le Regioni del Mezzogiorno, che scontano enormi ritardi e difficoltà rispetto alle altre Regioni del Paese.

Sulla base del contributo fornito dalle diverse Amministrazioni centrali e dalle Regioni e sulla base di un importante confronto tra le Amministrazioni e le parti economiche e sociali si è arrivati alla formulazione del Quadro Strategico Nazionale

(QSN) ossia il documento di programmazione con cui l'Italia persegue gli obiettivi previsti dalla politica di coesione comunitaria 2007-2013.

Con riferimento specifico al settore salute, un riferimento importante è contenuto all'interno della parte relativa ai "Servizi essenziali e obiettivi misurabili" in cui il tema legato all'assistenza sanitaria erogata presso il domicilio del paziente è stata inserita tra gli obiettivi di servizio.

Il raggiungimento di standard adeguati nell'ambito dei servizi di cura per la popolazione anziana rappresenta uno dei parametri con cui sarà giudicata anche l'efficacia delle politiche di coesione, trattandosi di un servizio essenziale per la qualità della vita che contribuisce a connotare un'area come più o meno sviluppata.

La ricerca sanitaria: realtà e prospettive

La strategia del Ministero per quanto riguarda la ricerca ha avuto quale obiettivo primario quello di favorire la costituzione di reti di eccellenza nell'ambito del SSN, promuovendo la collaborazione tra Istituti appartenenti alla propria rete istituzionale, Regioni, IRCCS, ISS, IZS, ISPELS con le Università e gli altri Istituti pubblici e privati di ricerca. Negli anni 2007 e 2008 il Ministero ha promosso le reti strutturali, affidando ad esse progetti coordinati con le diverse istituzioni (ISS, IRCCS, IZS, ISPELS, Regioni, Università) anche al fine di facilitare l'accesso ai fondi europei del VI e VII Programma Quadro, ai fondi del PNR 2006-2008 e ai fondi per i progetti di ricerca industriale ex Legge 297/99. Il Ministero ha finanziato progetti per sperimentare modelli di cura per le malattie rare, per quelle a maggior impatto sociale (oncologia, cardiologia, diabetologia, terapia del dolore) e progetti per i soggetti più fragili come gli anziani, anche coinvolgendo le organizzazioni del volontariato.

Al fine di favorire un potenziamento della ricerca sanitaria nel SSN, è necessario prevedere l'integrazione delle risorse, come già attuato attraverso le due grandi reti collaborative Alleanza Contro il Cancro e la rete delle neuroscienze, dare certezza sulla trasparenza e sulla serietà delle scelte effettuate e nella allocazione delle risorse, coordinare gli investimenti in tecnologia al fine di evitare sprechi e duplicazioni, valutare il risultato pratico degli investimenti in ricerca al fine di determinarne la bontà sia in termini di aumento della conoscenza che di applicazioni pratiche nonché l'impatto delle risorse investite nella riorganizzazione delle procedure diagnostiche terapeutiche e nel miglioramento delle cure. Non ultimo è opportuno favorire l'internazionalizzazione anche attraverso la ricerca di sinergie nelle piattaforme tecnologiche previste dall'Unione Europea.

Scenario Internazionale

Nell'ambito del territorio dell'Unione Europea la mobilità sanitaria rientra nel più ampio complesso di norme attinenti alla libera circolazione dei cittadini. Conseguentemente ogni anno l'Italia matura crediti e debiti nei confronti degli altri paesi europei per i quali vige l'impianto normativo previsto dai Regolamenti comunitari 1408/71 e 574/72.

Con riferimento al biennio 2007-2008, sono stati effettuati rimborsi per prestazioni sanitarie fornite ad assistiti italiani per € 93.943.894,62 e, viceversa, sono stati incassati € 39.750.509,74 per prestazioni sanitarie fornite dall'Italia a cittadini dell'U.E. (anno 2007); nel 2008 sono stati pagati € 138.351.386,38 mentre sono stati incassati € 66.029.582,53.

Con riferimento ai paesi extraeuropei e al delicato problema dell'immigrazione clandestina, si noti come l'immigrato irregolare che ricorre alle strutture del SSN ha la possibilità di

conservare l'anonimato pur in presenza del tesserino STP (Straniero temporaneamente presente): tale condizione offre indubbiamente maggiore facilità di accesso ai servizi sanitari rispetto agli altri Paesi, senza tuttavia una garanzia di continuità assistenziale.

Da segnalare che nell'anno 2007 ha avuto inizio, ed è proseguito nell'anno 2008, l'intervento dell'Italia nell'ambito dell'European Action Plan for Benghazi per la cura di patologie legate al virus HIV. Il ruolo dell'Italia è risultato tra i più consistenti dei Paesi partecipanti al Piano d'Azione, sia dal punto di vista finanziario che di numero di casi presi in carico.

Etica del trattamento: il contributo del Consiglio Superiore di Sanità

Negli 2007-2008 è stato particolarmente intenso il lavoro svolto dal Consiglio Superiore di Sanità, l'organo di consulenza tecnico-scientifica del Ministro, il quale si è espresso, come del resto è previsto nella sua missione istituzionale, su numerose materie e settori attinenti alla Salute del Paese.

Il Consiglio, infatti, è intervenuto su temi attinenti la programmazione sanitaria, le professioni sanitarie anche con riferimento alla formazione del personale, sulle aziende ospedaliere e gli altri presidi pubblici e privati, sull'igiene e sulla sicurezza del lavoro; inoltre si è espresso su materie quali la profilassi delle malattie infettive, la sicurezza alimentare, la tutela della salute e il benessere degli animali, sui farmaci ad uso umano e prodotti chimici usati in medicina, sui presidi medico-chirurgici e su ogni tema in merito al quale il Ministro abbia inteso acquisirne il parere.

L'attività del Consiglio si è concretizzata in oltre 400 pareri, alcuni dei quali hanno avuto per oggetto temi e vicende particolarmente complesse che hanno suscitato un acceso dibattito tra il pubblico (si pensi, ad esempio, alla vicenda di Piergiorgio Welby).

Problematiche emergenti e prospettive

Il punto di vista del Libro Bianco “La vita buona nella società attiva”

Gli elementi cardine del nuovo modello sociale, proposto dal Libro Bianco “La vita buona nella società attiva” sono rinvenibili sia nella cura della salute, sia nel benessere della società, da perseguire attraverso comportamenti e stili di vita responsabili e, soprattutto, coerenti con un’economia di mercato caratterizzata da un lato dall’esigenza di una migliore coesione sociale e maggiore attenzione ai bisogni delle persone, e dall’altro da una sostenibilità del sistema sanitario e socio-assistenziale, sempre più difficilmente perseguibile. Difatti, le proiezioni indicano una spesa sanitaria nazionale più che raddoppiata nel 2050, in assenza di politiche correttive e di riequilibrio.

Il nuovo modello proposto privilegia un approccio multidisciplinare di servizi rivolti alla persona, nella sua integralità, attraverso un’offerta che sia personalizzata e differenziata, rispetto al formarsi dei bisogni, e che sappia stimolare comportamenti e stili di vita responsabili.

La salute pertanto identifica più la promozione del benessere e lo sviluppo delle capacità personali, secondo le differenti condizioni di ciascuno, prima ancora che cura della malattia. In tale quadro, l’attore pubblico è chiamato a determinare le linee guida degli interventi e ad assicurare il controllo sulla qualità, con particolare attenzione al territorio, dimensione principe per l’attuazione coerente del modello proposto, in quanto ambito più idoneo a realizzare risposte integrate e quanto più preventive ai bisogni attuali e potenziali della persona.

Il Libro Bianco pone anche la necessità di un ripensamento dei LEA, affinché divengano strumento in grado di conciliare la sostenibilità del sistema, i

diritti del cittadino, l’accesso ai servizi, l’appropriatezza e sicurezza delle cure, e trovino altresì una dimensione quantitativa oltre che qualitativa, correlata alle migliori pratiche diagnostiche e terapeutiche, alla medicina basata sull’evidenza, a processi di *benchmarking*, almeno interregionali, sui costi delle principali funzioni assistenziali.

Appropriatezza e programmazione ospedaliera

La rimodulazione dell’offerta ospedaliera, che ha come obiettivo la contrazione del numero di posti letto per abitanti, ha bisogno di politiche che favoriscano modelli assistenziali virtuosi che spostino in regimi diversi da quelli del ricovero la diagnosi, cura e riabilitazione di specifiche patologie attraverso l’attivazione di processi di continuità assistenziale che colleghino fortemente l’assistenza ospedaliera a quella territoriale.

In tale ambito, risulta strategico intervenire sull’appropriatezza clinica ed organizzativa nell’erogazione delle prestazioni ospedaliere, anche ai fini della remunerazione dei relativi DRG (riportati negli allegati al vigente DPCM sui LEA), così come è cruciale la revisione degli standard attualmente definiti normativamente e corrispondenti a 4,5 posti letto per mille abitanti e al tasso di ospedalizzazione di 180 per mille, compreso il day hospital.

Relativamente al dimensionamento delle reti ospedaliere e al processo di riduzione del numero dei posti letto, l’obiettivo da porsi è quello di ridurre verso i 3 posti letto ordinari per acuti ogni mille abitanti il parametro di riferimento nazionale, cui aggiungere 0,7-1 posti letto per mille abitanti riferiti alle attività di riabilitazione, post acuzie e neonati sani. È necessario, comunque, che su tutto il territorio

nazionale si adottino modelli assistenziali che permettano la riduzione dei ricoveri ordinario per acuti.

Valutazione dei costi standard dei livelli essenziali di assistenza

Un'adeguata definizione dei costi standard presuppone che nelle singole Regioni siano stati implementati sistemi di controllo e di contabilità analitica e colmata ogni eventuale carenza di dati sui flussi di produzione e dei sistemi gestionali. Nonostante il sistema di contabilità del SSN sia notevolmente evoluto e standardizzato rispetto ad altri settori della Pubblica Amministrazione parimenti caratterizzati da un forte decentramento, tali carenze, in molte realtà regionali, ancora oggi sono rilevanti e determinano, in alcune realtà, disallineamenti tra dati gestionali e registrazioni contabili, inficiando così la determinazione e l'applicazione del costo standard. I servizi sanitari vengono prodotti (o garantiti) in base a caratteristiche e modalità che spesso sono peculiari delle singole regioni.

La variabilità nei costi dei servizi sanitari tra le varie realtà regionali non dipende solo dall'efficienza allocativa e realizzativa, ma anche da fattori diversi quali la diversa composizione per età della popolazione, da cui dipende un ricorso più o meno accentuato ai servizi sanitari; la diversità dei contesti economico sociali regionali che influenza il rapporto domanda/offerta di servizi sanitari e la diversa composizione della spesa sanitaria totale rispetto alle due componenti: spesa pubblica e spesa privata e la possibilità da parte delle Regioni di maggiori dimensioni, geografiche e di popolazione, di avvalersi di economie di scala meno accessibili alle Regioni di minori dimensioni. Nel quadro sopra delineato, Governo e Regioni sono impegnate in tavoli tecnici interistituzionali che analizzano le compo-

nenti della spesa sanitaria per definire i costi standard dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie.

Dalla continuità assistenziale all'assistenza h24

La migliore aspettativa di vita, l'invecchiamento della popolazione ed il conseguente incremento della incidenza delle malattie croniche e degenerative che hanno caratterizzato lo stato di salute del nostro paese in questo ultimo decennio, hanno posto l'esigenza di promuovere il territorio quale sede primaria di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio sanitari. Da qui l'esigenza di riorganizzare il sistema delle cure primarie per consentire l'individuazione di percorsi socio-assistenziali sempre più individualizzati volti a soddisfare i bisogni del crescente numero di malati con patologie gravemente invalidanti, non più ammessi negli ospedali o da questi dimessi molto precocemente perché " clinicamente stabili". Contemporaneamente si è accelerato il processo di cambiamento strategico del ruolo dell'ospedale che dovrà pertanto perdere le caratteristiche di generalismo per diventare sempre di più luogo di trattamenti specializzati e tecnologicamente supportati per la cura delle condizioni acute, in ambienti intensivi e sub intensivi.

Anche lo sviluppo del Day Hospital e della Day surgery e l'estensione delle varie forme di dimissioni protette saranno fortemente condizionati dalla capacità del territorio di farsi carico delle necessità socio-assistenziali di pazienti sottoposti a procedure/interventi appropriati in ricovero ospedaliero brevissimo o breve, i quali, per particolari esigenze assistenziali, necessitano successivamente di interventi propri del livello territoriale (ad es. terapia del dolore, controllo di sintomi associati a procedure, nausea, vomito etc.). In questo settore, il rac-

cordo territorio-ospedale non potrà che incrementare l'appropriatezza del regime di ricovero.

La riorganizzazione delle cure primarie è destinata ad avere importanti ricadute anche sulla qualità della risposta ai bisogni socio-sanitari complessi, soprattutto nei casi in cui spesso la mancata presa in carico congiunta dei servizi sociali tende a vanificare anche il più complesso intervento sanitario. In particolare, i servizi territoriali di assistenza primaria H24, per i quali il Ministero ha dato specifiche indicazioni alle Regioni, permettono di incrementare la capacità di risposta assistenziale 7 giorni su 7 per 24 ore al giorno alla richiesta da parte dei cittadini di effettiva continuità delle cure, ed incanalare la quota di domanda assistenziale oggi rappresentata dagli accessi impropri alle strutture di emergenza (codici bianchi e verdi) verso risposte più appropriate. La reingegnerizzazione delle cure primarie e delle attività del medico di medicina generale, non può che essere attuata adeguando opportunamente i modelli organizzativi individuati alle caratteristiche demografiche, epidemiologiche e strutturali dei vari contesti local-regionali nella consapevolezza che nessun modello organizzativo possa, allo stato attuale, considerarsi in grado di solo di affrontare le nuove sfide assistenziali e che l'assetto che andrà a consolidarsi dovrà essere definito sulla base delle evidenze di efficacia e di efficienza.

Formazione specifica in Medicina Generale

Il tema della formazione specifica in medicina generale è andato diffondendosi in Italia ed in Europa sul finire degli anni '80. Con la Direttiva Europea 86/457/CEE del 1986, si sanciva l'obbligo per gli Stati Membri di prevedere l'istituzione di un corso di formazione specifica.

Obiettivo era quello di preparare il medico di medicina generale ad adempiere meglio ad una funzione basata, in buona parte, sulla conoscenza personale dell'ambiente dei pazienti e consistente nella protezione dell'individuo considerato nel suo insieme oltre che, ovviamente, nella dispensazione delle cure opportune.

A più di venti anni di distanza dall'attivazione in Italia del corso di formazione specifica in medicina generale, occorre osservare che, in relazione all'autonomia regionale, si è realizzato sul territorio nazionale uno sviluppo estremamente variegato dell'offerta formativa. Questa ampia variabilità, pur rappresentando una ricchezza per il sistema paese, non sempre garantisce sul territorio nazionale una formazione omogenea. Occorre, quindi individuare i requisiti essenziali comuni del processo di formazione e sviluppare un percorso formativo adeguato che comprenda la definizione degli obiettivi, della metodologia di insegnamento ed apprendimento, dell'articolazione e della organizzazione dei corsi. Tuttavia, pur prevedendo una "griglia" formativa comune su tutto il territorio nazionale, il corso dovrà poter soddisfare le specifiche esigenze regionali, avuto particolare riguardo ai modelli organizzativi in materia di assistenza e cure primarie.

Le prospettive sanitarie e sociali nella popolazione anziana - Il ruolo della riabilitazione

Le previsioni demografiche nazionali dell'ISTAT, secondo la proiezione dei dati al 2050, rivelano che la popolazione sarà composta per il 33,6% di ultrasessantacinquenni e soltanto per il 12,7% da giovani (sino a 14 anni di età). L'indice di vecchiaia, che misura il rapporto numerico tra anziani e giovani, passa da 138 anziani per 100 giovani nel 2005, a 222 nel 2030 ed al valore di 264 nel 2050.

Il progressivo invecchiamento della popolazione impone di incrementare e migliorare il coordinamento e l'integrazione dei servizi sociali, assistenziali e sanitari. Negli ultimi anni i paesi a maggior sviluppo economico hanno dovuto ripensare culturalmente e rimodulare strutturalmente le prestazioni sanitarie erogabili. In particolare si è abbandonata la visione ospedalocentrica dei servizi sanitari per lasciar posto a nuove strategie che tengono conto della gestione della cronicità e delle politiche di prevenzione della disabilità.

In quest'ottica le scienze riabilitative potranno avere una importanza e un ruolo cruciali.

Il passaggio dalla cura della malattia al prendersi carico in toto della persona malata, pone nuovamente al centro dell'agire la persona nella sua interezza. Questo approccio valorizza obiettivi nuovi quali l'attenzione alla qualità della vita e il reinserimento, congruo e condiviso, nel mondo lavorativo. Tali principi sono alla base del percorso per la stesura di un Piano Nazionale della Riabilitazione, che rappresenta un ulteriore raccordo nel nuovo rapporto tra Stato e Regioni, che prevede oltre al Piano Sanitario Nazionale, anche il Piano Nazionale della Prevenzione, ai LEA e l'applicazione del metodo delle Evidence Based Prevention and Practice e che va a completare l'integrazione delle reti assistenziali.

Sviluppo tecnologico

In Italia, la distribuzione sul territorio delle tecnologie è molto disomogenea con una forte prevalenza nelle aziende ospedaliere al nord e maggiore carenza nel centro-sud. Nell'universo delle tecnologie sanitarie si possono individuare due ampi ambiti di intervento: apparecchiature biomediche, con finalità diagnostiche e terapeutiche, e tecnologie dell'informazione e della comunicazione, a supporto della sanità in rete.

Allo stato attuale la distribuzione sul territorio delle apparecchiature biomediche (articolate nelle tre classi principali di analisi diagnostiche chimiche, bioimmagini e radioterapia, interventi terapeutici) non appare adeguata né al reale fabbisogno, né a criteri di economicità e corretto impiego, sia dal punto di vista di funzionamento nonché di appropriatezza nell'utilizzo delle apparecchiature, a causa prevalentemente dell'assenza di una metodologia di *Health Technology Assessment* di definizione di criteri di acquisizione, distribuzione e uso sul territorio delle strumentazioni mediche.

Con riferimento alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, lo sviluppo tecnologico può consentire un modo diverso di "fare sanità", basato su modalità innovative, e sempre più personalizzate, di erogazione dei servizi sanitari che consentano sia di tracciare il percorso del paziente sin dal primo momento di interazione con la rete dei servizi sia di diffondere informazioni a beneficio dei cittadini, utili al miglioramento dell'assistenza e della programmazione sanitaria.

In tale ambito, le iniziative progettuali attuali e future dovranno considerare, quali denominatori comuni, la dematerializzazione dei documenti sanitari e l'armonizzazione delle soluzioni di sanità in rete, allo scopo di garantire omogeneità nella generazione dei Livelli Essenziali di Informazioni.

Terapie innovative

L'innovazione terapeutica è un obiettivo centrale per la salute pubblica in quanto da questa dipendono in larga misura la qualità ed il costo della cura. Gli strumenti alla base delle terapie innovative sono essenzialmente i farmaci e le tecnologie innovative (es. radioterapia) o una combinazione delle due.

In ambito farmacologico, l'AIFA, ha provveduto a consolidare esperienze

specifiche di *Health Technology Assessment* coniugando al suo interno la valutazione del rapporto rischio-beneficio con quello rischio-efficacia. Inoltre tra le Agenzie europee, l'AIFA ha altresì sviluppato procedure di *risk sharing e payment by results*, al fine di guidare l'appropriatezza prescrittiva, tracciando al meglio sia la spesa farmaceutica sia i parametri d'uso del nuovo farmaco, cercando di colmare i livelli di incertezza specifici e inevitabili nelle prime fasi di commercializzazione.

Di altrettanto grado di innovazione ed importanza sono le terapie 'tecnologiche', ovvero quelle in cui il meccanismo d'azione che sottende la cura è basato sull'utilizzo di una tecnologia, (tipicamente la radioterapia), tecniche interventistiche e nanotecnologie. Questo settore delle terapie è in rapida crescita e costituisce un metodo terapeutico nuovo ed efficace, alternativo o complementare al trattamento farmacologico. Va comunque incoraggiata una politica che sfrutti al meglio tutte le possibilità terapeutiche disponibili e ne favorisca le combinazioni, anche nell'ottica di un rapporto ottimale costi/beneficio.

Istituzione di unità di rischio clinico

Il tema della responsabilità professionale del personale sanitario è stato recentemente oggetto di un'approfondita ed attenta riflessione da parte della Commissione parlamentare Igiene e Sanità del Senato.

Il problema del contenzioso per danni a persone causati da personale sanitario, soprattutto medici, ha subito un notevole incremento negli ultimi anni, comportando da un lato un sempre maggior ricorso dei pazienti all'autorità giudiziaria, e dall'altro, atteggiamenti "difensivi" del personale sanitario preoccupato di tutelare la propria immagine professionale. Tale situazione potrebbe

influenzare le scelte diagnostico-terapeutiche del medico che potrebbero essere tese non solo a contemplare la salute del paziente ma anche a salvaguardare la propria situazione professionale.

È necessario salvaguardare la salute del paziente e permettendo al personale sanitario di operare in condizioni ottimali.

La citata commissione ha elaborato una proposta legislativa finalizzata a garantire un'adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutto il personale sanitario per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie di terzi con giusto diritto di risarcimento prevedendo un'assicurazione obbligatoria delle strutture, anche per definire in modo chiaro le responsabilità tra i diversi componenti del sistema, e stabilendo che, per danni subiti dai pazienti che chiedono assistenza (ricovero o altre prestazioni sanitarie) ad una struttura ospedaliera (pubblica o privata) sia quest'ultima a risponderne civilmente.

Progetto Isole Minori

Il progetto Isole Minori è nato con l'obiettivo di verificare le criticità e le eventuali carenze che caratterizzano l'attuale risposta sanitaria alla domanda delle popolazioni delle Isole Minori, e di formulare proposte e soluzioni appropriate e coerenti con i Livelli Essenziali di Assistenza, con le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale e dei Piani delle Regioni di appartenenza; con le esperienze organizzative e gestionali considerate "buone pratiche" e mutuabili nel Paese, attraverso una vera e propria proposta operativa di miglioramento specifica per ciascuna realtà.

Nell'ambito del progetto si è pensato di definire una metodologia di analisi con l'obiettivo di adottare le stesse strategie nelle isole minori del nostro Paese, peraltro collocate in Regioni

diverse caratterizzate da organizzazioni sanitarie diverse.

L'approccio metodologico dell'analisi si è concentrato sulle caratteristiche della domanda ospedaliera, ambulatoriale e di urgenza sanitaria, nonché morbilità e mortalità rispetto a gruppi di popolazione, patologie e branche specialistiche più rilevanti. Una delle principali criticità nella programmazione sanitaria nelle piccole comunità è rappresentato dalla scelta di quali servizi offrire in loco e per quali altri, invece, prevedere il trasfe-

rimento dei pazienti. A questo proposito, un aspetto molto delicato è rappresentato dalle gravidanze e dai parti: alcuni ospedali sulle isole offrono assistenza per le gravidanze a basso rischio, inclusi i cesarei d'emergenza, mentre quelle a rischio maggiore devono essere necessariamente trasferite.

In ultimo, cresce la necessità di pianificare azioni "coordinate e integrate" dentro e fuori dall'isola con le funzioni del continente, per rispondere ai fabbisogni in modo puntuale.