

ARTICOLO 11

Diritto alla protezione della salute

§. 1

Il quadro giuridico non ha subito variazioni nel periodo di riferimento.

Come indicato nel precedente rapporto, la revisione costituzionale del 2001, ha introdotto all'art. 117, comma 2, lett. m, la competenza esclusiva statale in ordine alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Alle Regioni è affidata invece la potestà concorrente in materia di: "tutela della salute, tutela e sicurezza del lavoro, professioni, ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione, alimentazione, ordinamento sportivo, previdenza complementare e integrativa, armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario".

In tale sistema, il Piano Sanitario Nazionale, è il principale strumento di pianificazione a livello nazionale e definisce il "grande sistema sanitario" nel quale si muovono numerosi soggetti di governo, posti in un sistema sussidiario sia in termini verticali che orizzontali, con responsabilità diverse. Il Piano sviluppa il tema delle modalità di attuazione delle relazioni tra i soggetti istituzionalmente legittimati a definire le politiche sanitarie in relazione agli obiettivi generali del Piano stesso e a quelli individuati nelle politiche regionali per la salute.

In particolare, il **Piano Sanitario Nazionale 2011-2013** si pone come obiettivo la promozione del "benessere e della salute dei cittadini e delle comunità", nella consapevolezza che "la vera ricchezza del sistema sanitario è la salute dei cittadini". Esso si basa, dunque, sui principi di:

- responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute della comunità e della persona;
- eguaglianza ed equità d'accesso alle prestazioni;
- libertà di scelta;
- informazione e partecipazione dei cittadini;
- gratuità delle cure nei limiti stabiliti dalla legge;
- globalità della copertura assistenziale come definito dai livelli essenziali di assistenza (LEA).

Il Piano, valorizzando le eccellenze del servizio sanitario, investe in settori strategici quali, la prevenzione, la ricerca e le innovazioni mediche.

Tra gli obiettivi che il Piano si prefigge, vi è la promozione e l'attuazione di una serie di interventi, tra cui:

- prestazioni sulla base del quadro clinico del paziente;
- percorsi diagnostici terapeutici (Pdt), fissando i relativi tempi massimi di attesa;
- gestione degli accessi attraverso l'uso del sistema CUP (centro unico di prenotazione);

- vigilanza sistematica delle situazioni di sospensione della prenotazione e dell'erogazione delle prestazioni;
- comunicazione sulle liste d'attesa attraverso campagne informative e apertura di Uffici relazione con il pubblico.

LO STATO DI SALUTE DEL PAESE

Uno degli indicatori globali delle condizioni di salute della popolazione, utilizzato in ambito internazionale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è quello della percezione dello stato di salute.

Da un'indagine condotta dall'ISTAT nel **2011**, i cui risultati sono riportati nell'*Annuario statistico italiano 2011*, il **71,1%** della popolazione residente in Italia ha valutato buono il proprio stato di salute. La quota è stabile rispetto all'anno precedente, sia per gli uomini che per le donne. Restano sempre svantaggiate le donne: 67,2% rispetto al 75,1% degli uomini.

La percezione di un buono stato di salute decresce all'avanzare dell'età. Tra le persone anziane scende al 39,4% per la fascia d'età 65-74 anni, fino a raggiungere il 22,7% tra gli ultrasessantacinquenni. A parità di età, già dai 35 anni si evidenziano nette differenze di genere: nella fascia di età 35-44 anni 83,5% degli uomini si considera in buona salute contro il 80,6% delle coetanee; le differenze maggiori si hanno tra i 65-74 anni (44,8% contro il 34,7%) e i 75 anni e oltre (28,2% contro il 19,2%).

A livello territoriale la quota di persone che si dichiara in buona salute è leggermente più elevata al Nord (71,9%) rispetto al Centro (70,4%) e al Mezzogiorno (70,3%). Tra le regioni italiane le situazioni migliori rispetto alla media nazionale si rilevano in Valle d'Aosta (73,7%), Lombardia (72,9%), in Friuli-Venezia Giulia (72,7%) e soprattutto a Bolzano e Trento (rispettivamente 83,5% e 80,1%).

Un altro importante indicatore per valutare lo stato di salute di una popolazione è la presenza di patologie croniche, soprattutto in un contesto, come quello italiano, caratterizzato da un alto tasso di invecchiamento della popolazione. Il 38,4% dei residenti in Italia ha dichiarato di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche rilevate (scelte tra una lista di 15 malattie o condizioni croniche); tale quota risulta stabile dal 2009. Le patologie cronico – degenerative sono più frequenti nelle fasce di età anziane: già nella classe 55-59 anni ne soffre il 54,8% e tra le persone ultrasessantacinquenni la quota raggiunge l'86,2%. Come per la salute percepita, sono le donne a essere più svantaggiate, in particolare dopo i 44 anni.

Inoltre, il 20% della popolazione ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche. Tra le persone oltre i 75 anni la quota raggiunge il 67,8% (59,0% tra gli uomini e 73,4% tra le donne).

La quota di persone che nonostante si dichiarino affette da almeno una patologia cronica si percepiscono in buona salute risulta pari al 42,2%, in aumento rispetto agli ultimi due anni.

Le malattie o condizioni croniche più frequentemente riferite sono: l'artrosi/artrite (17,1%), l'ipertensione (15,9%), le malattie allergiche (10,3%), l'osteoporosi (7,2%), la bronchite cronica e l'asma bronchiale (6,1%), il diabete (4,9%).

SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA

Nel **2009**, secondo una stima dell'ISTAT, la speranza di vita alla nascita per gli uomini era pari a 78,8 anni mentre per le donne era di 84,1 anni. Analizzando la popolazione per regione si evidenzia un'eterogeneità nel quadro generale di invecchiamento. In particolare, la Liguria mantiene la caratteristica di regione più anziana mentre all'estremo opposto si trova la Campania, dove il processo di invecchiamento è in una fase meno avanzata.

NATALITA E MORTALITA

Secondo i dati forniti dall'ISTAT, nel corso del **2008** sono nati 576.659 bambini (13.000 nati in più rispetto all'anno precedente). L'incremento delle nascite si registra soprattutto nelle Regioni del Centro e del Nord, mentre nelle Regioni meridionali permane la tendenza al decremento. La tendenza all'aumento delle nascite è da mettere in relazione alla maggiore presenza straniera regolare. Negli ultimi anni, infatti, l'incidenza delle nascite di bambini stranieri sul totale dei nati della popolazione residente in Italia ha fatto registrare un fortissimo incremento, raggiungendo il 12,6% dei nati vivi; in valori assoluti si trattava di 72.000 nascite nel 2008. Il **tasso di natalità** varia da 7,5 nati per mille abitanti in Liguria a 11,1 nella provincia autonoma di Bolzano, rispetto alla media nazionale di **9,6 per mille**.

Nel **2011** sono nati 556.000 bambini. Il tasso di natalità nazionale ha raggiunto il **9,7 per mille**.

Dalla rilevazione dei dati del certificato di assistenza al parto (CeDAP) – anno 2008, dati Ministero della Salute ai sensi del D.M. 16 luglio 2001 – si evidenzia che la distribuzione dei nati per classi di peso alla nascita è pressoché invariata rispetto a quella registrata negli anni precedenti. Pesi inferiori ai 1500 grammi si osservavano in circa l'1% dei nati, il 6% aveva un peso compreso tra 1500 e 2499 grammi, l'87% aveva un peso tra 2500 e 3999 e quasi il 6% supera i 4000 grammi di peso alla nascita. Sono stati rilevati, inoltre, 1.543 nati morti corrispondenti ad un **tasso di natimortalità pari a 2,79 nati morti ogni 1000 nati** e 4.517 nati con malformazioni.

Il tasso di mortalità materna in Italia è rimasto invariato dal 1998 e risulta pari a **3/100 000** parti.

Nel periodo **2008-2011** il tasso di mortalità era del **9,7 per mille**. Questo risulta più elevato nelle regioni a più forte invecchiamento: Liguria, Piemonte, Friuli-Venezia Giulia e Emilia-Romagna.

Attualmente le malattie cronico - degenerative, legate al processo di invecchiamento dell'organismo si confermano quali principali cause di morte. **Le malattie cardiovascolari** e i **tumori** rappresentano le prime due cause di morte, responsabili nel **2008** di ben 7

decessi su 10 (396.692 su 578.190 decessi totali). Fra gli uomini, le malattie del sistema circolatorio sono divenute la prima causa di morte nel 2008 (97.953 decessi su 281.824 totali), superando i tumori (97.441). Tra le donne, invece, le malattie cardiovascolari si confermano principale causa di morte con 126.531 decessi (43% del totale), mentre i tumori, responsabili di 76.767 decessi (25%), rappresentano la seconda causa di decesso. Molto meno frequenti, rispetto alle malattie del sistema circolatorio ed ai tumori, sono tutte le altre cause: le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la terza causa di decesso sia per gli uomini sia per le donne (7% e 6% rispettivamente), seguite dalle cause violente fra gli uomini (5%) e dalle malattie endocrine e del metabolismo fra le donne (5%), prevalentemente imputabili al diabete mellito che, da solo, è responsabile del 4% di tutti i decessi femminili.

Le malattie del sistema circolatorio sono prerogativa delle fasce più anziane della popolazione. Esse rappresentano la causa principale di morte dopo gli 85 anni di età sia per gli uomini sia per le donne. I tumori, prerogativa della popolazione adulta e matura, rappresentano la prima causa di decesso dopo i 45 anni e fino agli 84 anni di età per gli uomini ed ai 64 anni per le donne, prima del "sorpasso" ad opera delle malattie del sistema circolatorio. Il tumore del polmone fra gli uomini (la cui mortalità è 7,95 su 10.000) e il tumore della mammella fra le donne (3,67 su 10.000) sono responsabili del maggior numero di morti attribuibili a neoplasie. Questi due tumori sono i più frequenti fra la popolazione dopo i 45 anni di età.

L'analisi per regione di residenza evidenzia significative differenze territoriali nella mortalità, indipendenti dalle diverse strutture per età delle popolazioni poste a confronto. Alla Campania spetta il titolo di regione con la più alta mortalità d'Italia sia per gli uomini che per le donne. Dopo la Campania, la mortalità più alta, sia maschile che femminile, si registra in Sicilia.

LE MISURE

La *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010* testimonia che il Servizio Sanitario Nazionale italiano ha risposto positivamente alle grandi sfide dovute ai mutamenti demografici ed epidemiologici con il miglioramento dei livelli di sopravvivenza, conseguente ad una diminuzione della mortalità ed all'innalzamento dell'aspettativa di vita della popolazione. I risultati sono stati conseguiti attraverso l'attuazione di politiche condivise tra lo Stato e le Regioni volte a garantire la corretta applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) su tutto il territorio nazionale, contrastando le disuguaglianze nell'accesso e nella fruizione dei servizi.

Si segnala, in particolare:

- lo sviluppo di nuovi modelli di assistenza sanitaria con particolare attenzione alle cure primarie e alla continuità assistenziale ospedale/territorio, coinvolgendo attivamente i medici di medicina generale che devono assicurare una copertura 24h sul territorio, anche con l'obiettivo di decongestionare le attività di emergenza/urgenza all'interno delle strutture ospedaliere;

- la recente riforma delle farmacie, introdotta dalla Legge 69/2009¹ e successivi decreti attuativi, che prevede nuovi compiti per le farmacie stesse (la possibilità di effettuare prenotazioni dei servizi sanitari e ritiro dei referti, la possibilità di effettuare prestazioni analitiche e strumentali finalizzate all'autocontrollo, la possibilità di usufruire di prestazioni fisioterapiche e infermieristiche, il supporto all'assistenza domiciliare tramite la messa a disposizione anche di operatori sociosanitari, la disponibilità di defibrillatori semiautomatici);
- il Nuovo Piano nazionale di governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012, stipulato con Accordo Stato-Regioni. Il Piano prevede il rafforzamento dell'impegno delle Regioni al fine di garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari da realizzarsi con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli. Fra gli elementi innovativi occorre elencare: l'aggiornamento dell'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa da parte delle Regioni e delle Province Autonome; l'individuazione delle aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di percorsi diagnostici terapeutici a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento; la messa a sistema dei flussi informativi per il monitoraggio delle prestazioni sia ambulatoriali sia di ricovero; l'informazione trasparente al cittadino attraverso la presenza dei tempi di attesa sui siti web di Regioni e Province Autonome e di Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate;
- l'Accordo Stato-Regione *"Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso di nascita e per la riduzione del taglio cesareo"* siglato a fine 2010. A seguito dell'accordo, è stato definito un Programma nazionale articolato in 10 linee d'azione;
- la Legge 38/2010² che offre un quadro normativo per le cure palliative e la terapia del dolore per i malati di tutte le fasce di età, con particolare attenzione per l'età infantile, e per le relative reti assistenziali, con l'intento di rendere omogenee le prestazioni su tutto il territorio;
- l'adozione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) che permetterà di avere informazioni sanitarie individuali esaustive. Il sistema potrà essere utilizzato anche per i sistemi informativi veterinari e per la sicurezza alimentare;
- l'inizio della messa in rete dei vari tipi di interventi assistenziali che, sul territorio nazionale, caratterizzano la sanità pubblica. In particolare, nell'ambito delle attività finalizzate alla diffusione dell'*eHealth*, sono da segnalare interventi volti a favorire la realizzazione di sistemi informativi territoriali di supporto alla cura del paziente oltre che al governo del SSN: i Centri Unici di Prenotazione (CUP), il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), la telemedicina, la trasmissione telematica delle ricette mediche e dei certificati di malattia.

¹ *"Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile"*

² *"Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore"*

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Con il termine malattie cardiovascolari s'intendono tutte le malattie del sistema circolatorio che vedono come origine prevalente l'arteriosclerosi, come la cardiopatia coronarica, gli accidenti cerebrovascolari, le malattie dell'aorta, dei vasi epiaortici, delle arterie renali e viscerali e le arteriopatie periferiche. Come sopra indicato, le malattie del sistema circolatorio costituiscono in Italia la più importante causa di mortalità e morbidità e assorbono, di conseguenza, rilevanti risorse sociosanitarie. Attraverso gli studi epidemiologici è ampiamente dimostrato che il rischio di ammalarsi di una malattia cardiovascolare è reversibile. Inoltre, riducendo i fattori di rischio si riducono conseguentemente non solo gli eventi ma anche la loro gravità. L'infarto e l'ictus sono fattori di rischio che possono essere modificati attraverso la promozione di corretti stili di vita e, laddove ciò non fosse sufficiente, attraverso un'appropriata terapia farmacologica. Pertanto, la prevenzione cardiovascolare si articola in più fasi, quali:

- **prevenzione primaria.** Ha come obiettivo il controllo dei determinanti di malattia. La strategia di prevenzione finalizzata al contrasto di queste patologie si rivolge sia alla collettività che ai singoli e si attua sia attraverso azioni centrali di sistema, indirizzate agli interventi normativi, alla comunicazione ecc., sia attraverso azioni locali che coinvolgono attivamente e specificamente l'intera popolazione. Mira a favorire nella popolazione l'adozione di corretti stili di vita fin dalla giovane età (es. programmi di prevenzione nelle scuole; programmi di prevenzione dal fumo per donne in gravidanza; coinvolgimento dell'industria alimentare ecc.) in modo da mantenere, nel corso degli anni, uno stile di vita salutare che possa preservare dall'insorgere di patologie cardiovascolari. In questa direzione, l'Italia si è dotata di un programma indirizzato alla promozione della salute quale bene collettivo. Il programma, denominato *"Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari"*, prevede il coinvolgimento di Ministeri, Istituti scientifici e di ricerca, Regioni, Province e Comuni. Gli obiettivi di salute che prioritariamente si prefigge sono la lotta al tabagismo, la promozione di un'alimentazione salubre e dell'attività fisica. Oltre al Programma sopra menzionato, è stato istituito un sistema di sorveglianza sullo stato di salute e la qualità di vita della popolazione ultra 64enne il cui scopo è quello di mettere a disposizione degli operatori sanitari informazioni utili per le politiche socio-sanitarie da attuare al fine di migliorare la qualità della vita di questa fascia di popolazione. Il sistema, denominato *"Passi d'argento"*, è in grado di offrire un quadro completo sui bisogni della popolazione ultra-sessantaquattrenne e sulla qualità degli interventi dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. Nel biennio 2008-2010, il sistema è stato sperimentato in 16 regioni italiane ed ha coinvolto 800 operatori dei servizi sociali e sanitari che hanno intervistato un campione di 8.000 persone con più di 64 anni, basandosi su un questionario standardizzato.
- **Medicina predittiva.** Ha come obiettivo la valutazione di insorgenza di una patologia. Attualmente la medicina predittiva si identifica con la Carta del rischio cardiovascolare. Al fine di identificare il rischio dell'insorgenza di una malattia

cardiovascolare, l'Istituto Superiore di Sanità ha messo a punto dei sistemi di valutazione del rischio basandosi sui dati raccolti attraverso studi epidemiologici condotti a partire dagli anni Ottanta (Progetto Cuore). Conoscendo pochi fattori (età, sesso, pressione arteriosa sistolica e trattamento con terapia antipertensiva, colesterolemia, abitudine al fumo di sigaretta, presenza di diabete) è possibile valutare la probabilità, per le persone di età compresa fra i 35 ed i 69 anni, di ammalarsi nei successivi 10 anni di infarto del miocardio o ictus. L'individuazione precoce di soggetti ad alto rischio di sviluppare una malattia cardio-cerebrovascolare è l'obiettivo di salute che questa fase di prevenzione si prefigge.

- **Prevenzione secondaria.** Ha come obiettivo la massima anticipazione diagnostica di una patologia. Le misure di prevenzione secondaria sono finalizzate a prevenire gli eventi acuti nella popolazione ad alto rischio. Gli obiettivi di prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari finalizzati a ridurre la mortalità causa-specifica possono essere realizzati mediante interventi di sanità pubblica o mediante attività svolta dai professionisti negli ambiti di erogazione delle cure specialistiche.
- **Prevenzione terziaria.** Ha come obiettivo la riduzione dell'impatto negativo di una patologia, ripristinando le funzioni, riducendo le complicazioni e le probabilità di recidiva.

PREVENZIONE ONCOLOGICA

Nel loro complesso i tumori sono una patologia dell'età adulto-avanzata; infatti il rischio di ammalarsi o di morire quasi raddoppia nelle fasce d'età più avanzate. Nel periodo d'interesse, l'incidenza dei tumori nel loro complesso è risultata in crescita in entrambi i sessi mentre la mortalità è in diminuzione sia nei maschi che nelle femmine.

L'Italia è da anni impegnata nella riduzione dell'incidenza dei tumori attraverso la ricerca, la prevenzione, il miglioramento delle cure e dell'assistenza. Per quanto attiene alla prevenzione, questa riguarda due ambiti principali: la prevenzione primaria e secondaria.

Prevenzione primaria. L'obiettivo di ridurre l'incidenza dei tumori si realizza attraverso interventi rivolti alla popolazione in generale, a suoi sottogruppi nonché ai singoli individui. E' evidente che alcuni determinanti di salute siano fuori dal controllo del Sistema Sanitario e, tra questi, rischi rilevanti per l'insorgenza della patologia quali l'abitudine al fumo e all'alcool, alimentazione non salutare e scarsa attività fisica. Pertanto, una risposta cruciale è stata fornita attraverso l'attuazione di politiche intersettoriali, fondate sulla collaborazione tra il settore della salute e gli altri settori della società, sia pubblici sia privati, con l'intenzione di facilitare l'assunzione di corretti stili di vita da parte della popolazione. Gli interlocutori principali sono la scuola, il mondo della produzione (in particolare quello degli alimenti), i trasporti, l'urbanistica, il lavoro. A livello nazionale, il Programma *"Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari"* è il principale strumento di promozione delle scelte salutari. Fra gli obiettivi che si prefigge vi sono:

- la lotta al tabagismo
- la promozione dell'attività fisica e la lotta all'obesità
- il contrasto all'abuso di alcolici
- il miglioramento della qualità dell'aria, dell'acqua, del suolo e la riduzione dell'inquinamento.

Tali indicazioni sono state compiutamente recepite, nel corso del 2010, in due atti:

- Il Piano Nazionale per la Prevenzione (PNP) 2010-2012, approvato dall'Intesa Stato-Regioni il 29 aprile 2010;
- Il Documento di indirizzo per il ridurre il carico di malattia del cancro (cosiddetto Piano Oncologico Nazionale) approvato dall'Intesa Stato-Regioni il 10 febbraio 2011.

Prevenzione secondaria (screening). La prevenzione secondaria dei tumori ha per obiettivo la riduzione della mortalità causa-specifica; è perseguita mediante interventi di sanità pubblica o mediante iniziative dei professionisti negli ambiti di erogazione della medicina specialistica. Già a partire dal 2001, i programmi di screening sono stati inclusi nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) per quanto atteneva ai tumori della mammella, cervice uterina e colon retto. Nel 2008 il *"First Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening"* ha evidenziato un positivo aumento di tali attività in Italia e ha ribadito l'importanza di proseguire nella loro implementazione. La programmazione italiana ha agito su due piani: l'inserimento dell'erogazione dei programmi di screening nel Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2005-2007 e il sostegno alle infrastrutture regionali mediante i finanziamenti previsti dalla Legge 138/2004³ e alla Legge 286/2006⁴; tale doppio livello di pianificazione è stato poi assunto nel nuovo PNP 2010-2012.

Nel 2006 sono stati censiti in Italia **130** programmi di screening mammografico, presenti in tutte le 20 Regioni (9 al Nord, 4 al Centro e 7 al Sud). Lo stato di avanzamento dei programmi di screening è riscontrabile nei Rapporti dell'Osservatorio Nazionale Screening. I dati di attività mostrano che il Paese ha esteso i programmi di screening: nel **2009**, dei 2.464.701 di donne invitate per lo **screening mammografico**, 1.370.272 si sono presentate e sono stati diagnosticati 5.945 casi di carcinoma della mammella.

Relativamente allo **screening per il tumore alla cervice uterina**, nello stesso anno sono state invitate 3.547.457 donne. Di queste 1.393.243 hanno effettuato lo screening che ha consentito di individuare 13.554 adenomi avanzati.

Le persone invitate per lo screening **colon-rettale** sono state 2.975.278; di queste 1.423.063 sono state visitate e sono stati diagnosticati 3.662 casi di tumore.

³ "Conversione in legge con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica"

⁴ "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 3 ottobre 2006, n. 262, recante disposizioni urgenti in materia tributaria e finanziaria"

PREVENZIONE DEL DIABETE E DELLE MALATTIE METABOLICHE

L'ISTAT ha stimato che nel 2008 in Italia 2,8 milioni di persone erano affette da diabete , con una prevalenza del 4,8% (5,2% nelle donne, 4,4% negli uomini) a livello nazionale. La prevalenza più bassa si registrava al Nord (3,9%) rispetto al Centro (5,3%) e al Sud Italia (5,8%). Indipendentemente dall'area geografica, la prevalenza aumenta con l'età. Infatti, si passava dal 2,9% nella classe di età 45-54 anni al 18,8% nelle persone con età superiore ai 75 anni. I dati del 2010 indicano che la prevalenza è in regolare aumento nell'ultimo decennio. Nello stesso anno, infatti, risultava diabetico il 4,9% della popolazione (5,2 per le donne e 4,5% per gli uomini), pari a circa 3 milioni di persone. Riguardo la distribuzione geografica della prevalenza, i dati del 2010 confermavano la tendenza riscontrata negli anni precedenti.

I dati ISTAT sono stati sostanzialmente confermati da quelli rilevati dal sistema PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), programma continuo di sorveglianza della popolazione italiana adulta sui principali fattori di rischio comportamentali (sedentarietà, scorretta alimentazione, fumo, alcool, rischio cardiovascolare, sicurezza domestica, screening oncologico, ecc.) affidato dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute all'Istituto Superiore di Sanità.

Nello stesso anno, il *Rapporto Osservasalute 2010*, redatto dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane che ha sede presso l'Università Cattolica di Roma, per valutare l'impatto del diabete sul nostro sistema sanitario ha calcolato, sulla base dei dati Istat, i tassi di dimissione ospedaliera e di mortalità correlati alla patologia, utilizzando come riferimento la popolazione residente. I tassi di dimissione in regime di ricovero ordinario o di day-hospital relativi al periodo 2007-2008, utili per verificare l'appropriatezza dell'assistenza erogata a livello territoriale, mostrano valori più elevati della media nazionale per le Regioni del Sud e le Isole, mentre le Regioni del Centro-nord hanno valori più bassi. Per ambedue le tipologie di ricovero, i tassi standardizzati di dimissione ospedaliera sono maggiori negli uomini, con un rapporto nazionale di circa 1,4:1.

Inoltre, vista la correlazione diretta tra obesità/sovrappeso e diabete di tipo 2, è importante monitorare tale condizione tra la popolazione italiana. Relativamente al 2009, l'ISTAT ha rilevato che in Italia, nella popolazione adulta la percentuale di sovrappeso era pari al 36,6% (maschi 45,6%, femmine 28,1%), mentre gli obesi erano il 10,6% (maschi 11,6%; femmine 9,5%). Nel Sud e nelle Isole si rilevava la percentuale più elevata di persone obese e in sovrappeso (11,8% e 39,8% rispettivamente). Complessivamente, si stimavano in Italia circa 6 milioni di adulti obesi.

Accanto ai programmi di sorveglianza sullo stato nutrizionale rivolti alla popolazione adulta, altri programmi sono stati indirizzati ai più giovani e, più specificamente, ai bambini ed ai ragazzi. E', infatti, dimostrato che un bambino obeso ha maggiori probabilità di un normopeso di essere in eccesso ponderale anche da adulto, con il conseguente maggiore rischio di sviluppare patologie correlate a tale condizione, diabete in particolare.

Al fine di avere un quadro aggiornato del fenomeno obesità e sovrappeso tra i bambini italiani, il CCM ha affidato all'Istituto Superiore di Sanità il coordinamento del progetto *"Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni"*. Il progetto è diviso in 2 indagini: la prima è stata svolta nel 2008 e nel 2010 ed è denominata "OKkio alla SALUTE" (sorveglianza nutrizionale e sui fattori di rischio comportamentali su un campione rappresentativo di alunni delle scuole primarie, che verrà dettagliatamente illustrata nel §2 del presente rapporto); la seconda si è svolta nell'anno scolastico 2009-2010 e fa parte dello studio europeo HBSC (*Health Behaviours in School-aged Children*).

La prevalenza di sovrappeso e obesità rilevata nel 2008 da OKkio alla SALUTE è risultata alquanto elevata nel 2008: a livello nazionale il 23,2% dei bambini risultava sovrappeso mentre il 12% era obeso; cioè più di 1 bambino su 3 aveva un peso superiore a quello che avrebbe dovuto avere per la sua età. Riportando questi valori a tutta la popolazione di bambini di età 6-11 anni, si stimava più di 1 milione di bambini in sovrappeso o obesi in Italia. Si sono evidenziate, inoltre, notevoli differenze per Regione: dal 49% di bambini in sovrappeso o obesi in Campania al 23% nella stessa condizione in Valle d'Aosta. Generalmente, comunque, nelle Regioni del Sud si sono rilevati valori più elevati. La seconda raccolta dati di OKkio alla SALUTE (42.000 bambini coinvolti) ha fornito valori non molto dissimili da quanto rilevato nel 2008, con il 22,9% dei bambini misurati in sovrappeso e l'11,1% in condizioni di obesità.

Lo studio HBSC 2009-2010 ha riguardato 77.000 ragazzi tra gli 11 e i 15 anni, mostrando, tra l'altro, una maggiore frequenza di ragazzi in sovrappeso e obesi tra gli undicenni (29,3% nei maschi, 19,5% nelle femmine) rispetto ai quindicenni (25,6% nei maschi, 12,3% nelle femmine) e lo svolgimento di minore attività fisica tra i ragazzi di 15 anni (47,5% nei maschi, 26,6% nelle femmine) rispetto ai tredicenni (50,9% nei maschi, 33,7% nelle femmine).

Si rinvia al §2 del presente articolo per le misure relative alla prevenzione dell'obesità infantile adottate in ambito scolastico.

Considerato che la diagnosi precoce, la gestione del paziente e l'offerta assistenziale richiedono notevoli risorse, trattandosi di una patologia molto frequente é necessario che i percorsi terapeutici siano integrati ed organizzati nella rete del Servizio Sanitario Regionale, all'interno di ciascun contesto geografico.

In questo contesto, PNP 2010-2012 persegue i seguenti obiettivi:

- Individuare precocemente la malattia nella popolazione a rischio aumentato, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza (secondo un'indagine multiscopo dell'ISTAT più del 50% della popolazione adulta controlla annualmente la glicemia)
- Predisporre protocolli per il controllo e la gestione integrata del diabete
- Definire percorsi assistenziali con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale, della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica e dell'educazione terapeutica dei pazienti, considerando anche la frequente presenza di comorbidità
- Valutare, per ciascuna Regione, la rete assistenziale per le acuzie e la cronicità e introdurre criteri di standardizzazione e razionalizzazione

- Favorire l'implementazione di sistemi informativi e banche dati che facilitino la gestione e la valutazione dei programmi

PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE

Le malattie infettive rappresentano una priorità della Sanità Pubblica, principalmente a causa della loro contagiosità e, conseguentemente, diffusibilità. Sebbene diverse malattie infettive possano essere efficacemente prevenute, l'impegno per il loro controllo e, ove possibile, per la loro eliminazione ed eradicazione deve essere costante. Per molte malattie trasmissibili, alcune endemiche, l'Italia si è dotata di programmi dedicati di prevenzione che vedono impegnate risorse umane e finanziarie al fine di mantenere un livello di benessere globale per la collettività. Il punto cardinale della strategia di prevenzione è rappresentato dalla sorveglianza che fornisce indicazioni per la pianificazione e l'attuazione degli interventi preventivi.

In Italia, la sorveglianza delle malattie infettive si basa sul Sistema di notifica obbligatorio che, come previsto dal DM 15 dicembre 1990 "*Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive*", prevede la segnalazione obbligatoria, da parte dei medici, dei casi di malattie elencate nel decreto stesso. Oltre alla normativa nazionale, occorre tenere conto anche di quella comunitaria. In particolare, la Decisione della Commissione Europea del 28 aprile 2008, recante la modifica della Decisione 2002/253/CE, definisce i casi per i quali si rende necessaria la dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza sanitaria istituita ai sensi della Decisione 2119/98/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio. Dalle citate Direttive deriva l'obbligo di raccogliere, analizzare, validare e comunicare i dati, a livello europeo e internazionale, delle malattie infettive verificatisi nei singoli Paesi.

Nell'ambito della prevenzione assumono rilevanza alcuni atti programmatici e legislativi di concerto fra Stato e Regioni la cui finalità è quella di prevenire attivamente alcune problematiche per la salute ritenute prioritarie (es. rischio cardiovascolare, complicanze del diabete, screening oncologici, vaccinazioni), attraverso un insieme articolato di interventi indirizzati alla popolazione in generale o a gruppi a rischio, con un coinvolgimento integrato dei vari soggetti del SSN impegnati nelle attività di prevenzione primaria e secondaria. In questo contesto, il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010) prosegue ed amplia il percorso già avviato con il PNP 2005-2007. Nel caso delle malattie infettive, il nuovo PNP ha introdotto tra le tematiche d'interesse anche le patologie non prevenibili tramite vaccinazione.

Il Piano prevede, altresì, delle Azioni Centrali del Ministero della Salute a supporto della progettazione e successiva attuazione degli adempimenti da parte delle Regioni. In tale cornice, vengono individuati Progetti nazionali nell'ambito delle malattie infettive e delle vaccinazioni, in cui i temi affrontati sono di rilievo nazionale ed internazionale.

HIV

Con il D.M. 31 marzo 2008, il Ministero della Salute ha istituito il sistema di sorveglianza nazionale delle nuove diagnosi di infezione da HIV, provvedendo ad aggiungere l'infezione all'elenco delle malattie infettive sottoposte a notifica obbligatoria. Fino al 2008, infatti, solo l'AIDS era sottoposto a notifica obbligatoria, mentre l'infezione da HIV (in fase pre-AIDS) non lo era.

La sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, che riporta i dati relativi alle persone che risultano positive al test HIV per la prima volta, è stata attivata in tutte le regioni italiane.

I dati riportati da questo sistema di sorveglianza indicano che nel 2010 sono stati diagnosticati 5,5 nuovi casi di HIV positività ogni 100.000 residenti. L'incidenza è maggiore al centro-nord rispetto al sud ed alle isole.

L'incidenza è di 4,0 nuovi casi tra italiani residenti e 20,0 nuovi casi tra stranieri residenti. Nel 2010, quasi una persona su tre diagnosticate come HIV positive era di nazionalità straniera.

Le stime più recenti indicano che il numero delle persone viventi con infezione da HIV (compresi i casi con Aids e le persone che ignorano di essere infette) è aumentato passando da 135.000 casi nel 2000 a 157.000 casi nel 2010, principalmente per effetto della maggiore sopravvivenza legata alle terapie antiretrovirali.

LE MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE

Le malattie respiratorie croniche rappresentano una vasta gamma di gravi condizioni patologiche che include l'asma, le riniti allergiche, la bronco pneumopatia cronica ostruttiva ed altre. Nel loro insieme costituiscono un serio problema di salute pubblica e rappresentano la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e quelle neoplastiche. La prevalenza di tali patologie è prevista in aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione.

Le patologie respiratorie insorgono a causa dell'azione di un insieme di fattori di rischio che si possono classificare in due categorie: fattori di rischio individuali (genetici e legati alla familiarità) e fattori di rischio ambientali (fumo di sigaretta, esposizione professionale, inquinamento atmosferico outdoor e indoor, condizioni sociali, dieta, infezioni).

La lotta alle malattie respiratorie si realizza attraverso interventi finalizzati alla prevenzione sia primaria (come la lotta al fumo e la lotta agli inquinanti presenti negli ambienti di vita e di lavoro) sia secondaria. In questo ultimo campo, è di fondamentale importanza la diagnosi precoce per individuare la patologia cronica in fase iniziale ed impedire la progressione della patologia respiratoria verso livelli più severi.

Posto che l'obiettivo è dunque la riduzione di incidenza e mortalità per malattie respiratorie, il contributo che la prevenzione può dare in questo settore assistenziale è di tipo metodologico. Il PNP 2010-2012 persegue i seguenti obiettivi:

- Individuare screening di popolazione per l'identificazione precoce di tali patologie, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza;
- Predisporre protocolli terapeutici per il controllo dei principali fattori di rischio, secondo criteri di efficacia e analisi costi-benefici dei diversi principi attivi; in particolare si valuterà sia l'utilizzo di farmaci sia quello di presidi-protesi nonché adeguati protocolli per l'ossigenoterapia;
- Definire percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale e della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica;
- Valutare per ciascuna Regione, la rete assistenziale per le acuzie e le cronicità e introdurre criteri di standardizzazione e razionalizzazione.

LE DEMENZE

In Italia le persone affette da Alzheimer sono circa 1 milione e si stima che negli anni a venire, con l'aumento della popolazione anziana, il numero dei malati sia destinato a crescere.

Pertanto, il tema delle demenze è stato inserito tra le priorità d'azione all'interno del Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012. L'attenzione primaria è stata posta su temi quali:

- governo clinico complessivo
- promozione delle migliori pratiche basate su evidenze cliniche
- definizione di percorsi assistenziali validati e condivisi

E' compito delle Regioni inserire progettualità specifiche, declinate a livello territoriale e locale, nei propri Piani Regionali di Prevenzione (PRP). A sostegno del lavoro delle Regioni, il Ministero della Salute ha previsto anche una serie di **Azioni di Supporto Centrali** basate sulla condivisione dei documenti sulla gestione integrata, scaturiti da progetti di ricerca finanziati in precedenza, e sulla formazione multidisciplinare e multiprofessionale dei diversi soggetti, anche informali quali i familiari, coinvolti nel lavoro di cura.

Un secondo strumento a sostegno dell'operatività nel settore delle demenze è stato individuato nell'Accordo Stato-Regioni dell'8 luglio 2010 e s'incentra su **Obiettivi di Piano per le Regioni**. L'Accordo ha previsto lo stanziamento e l'assegnazione alle Regioni di 20 milioni di euro, finalizzati al finanziamento di progetti specifici nell'area dell'assistenza ai pazienti affetti da demenza.

Attualmente, il quadro dell'assistenza in Italia rimane essenzialmente quello delineatosi nel 2000 a seguito del Progetto *Cronos*, con la realizzazione delle Unità di Valutazione Alzheimer. In particolare, il Decreto Ministeriale 20 luglio 2000 prevedeva che le Regioni e

le Province autonome identificassero le strutture per la diagnosi e il trattamento della demenza di Alzheimer (UVA) in modo da garantire la massima accessibilità a tutti i pazienti interessati. I criteri suggeriti nel protocollo del Progetto *Cronos* erano centrati sull'identificazione di unità funzionali basate sul coordinamento delle competenze neurologiche, psichiatriche, internisti che e geriatriche presenti nell'ambito dei dipartimenti ospedalieri e dei servizi specifici aziendali, della medicina generale e dei servizi di assistenza domiciliare in modo da garantire:

- la capacità di valutare il soggetto con disturbi cognitivo - comportamentali seguendo un percorso diagnostico strutturato
- la capacità di mantenere un contatto e un'interazione continua con il medico di famiglia in modo da garantire la continuità delle cure dell'ammalato
- la disponibilità di strutture per l'erogazione di farmaci per il trattamento sintomatico della demenza di Alzheimer

Negli anni 2002 e 2006 sono state eseguite due rilevazioni sulle UVA. Dalle rilevazioni è scaturito che queste ammontano a circa **500** distribuite su tutto il territorio nazionale e si avvalgono di oltre **2000** operatori tra medici specialisti (neurologi, geriatri e psichiatri), medici specializzandi, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali e personale tecnico – amministrativo.

Per ciascun paziente ammesso a trattamento, dopo i primi quattro mesi, le farmacie consegnano gratuitamente i farmaci sulla base delle prescrizioni rilasciate dal medico di famiglia del malato.

LE STRUTTURE DI RICOVERO

Il servizio ospedaliero è a tutt'oggi il settore sanitario che assorbe più risorse economiche, ma si sta orientando sempre più verso il trattamento delle patologie acute e delle casistiche più complesse, nel tentativo di razionalizzare l'utilizzo delle risorse e di trasferire le prestazioni che richiedono cure mediche di bassa intensità verso i servizi sanitari territoriali. I documenti di programmazione sanitaria, nazionali e regionali, stilati negli ultimi anni raccomandano infatti lo sviluppo ed il potenziamento dei servizi assistenziali alternativi al ricovero in regime ordinario come il day hospital, la day surgery, il day service, la lungodegenza riabilitativa residenziale, l'attività ambulatoriale, l'assistenza domiciliare.

Nel **2008** l'assistenza ospedaliera si è avvalsa di **1.271** istituti di cura, di cui il **51,5** per cento pubblici. Nel **2009**, gli istituti di cura ammontavano a **1.172**, di cui il 54% pubblici ed il rimanente 46% privati accreditati. L'andamento decrescente del numero degli istituti è dovuto alla riconversione ed all'accorpamento di molte strutture nell'ottica della razionalizzazione delle risorse di cui sopra.

Il **66%** delle strutture pubbliche è costituito da ospedali direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie Locali, il **12%** da Aziende Ospedaliere ed il **22%** dalle altre tipologie di ospedali pubblici.

Il SSN dispone di poco più di **220.000 posti letto** per degenza ordinaria, di cui il 20% nelle strutture private accreditate, 22.754 posti per day hospital, quasi totalmente pubblici (91%) e di 8.141 posti per day surgery in grande prevalenza pubblici (81%). A livello nazionale sono disponibili 4,2 posti letto ogni 1.000 abitanti; in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti sono 3,6 ogni 1.000 abitanti. Sempre a livello nazionale, i posti letto dedicati alla riabilitazione e lungodegenza sono 0,6 ogni 1.000 abitanti.

Particolare interesse ha rivestito in questi ultimi anni **l'area dell'emergenza**: nel 2009 il 51% degli ospedali pubblici risultava dotato di un dipartimento di emergenza e oltre la metà del totale degli istituti (59,1%) di un centro di rianimazione. Il pronto soccorso era presente in oltre l'80% degli ospedali mentre il pronto soccorso pediatrico nel 15%. I reparti direttamente collegati all'area dell'emergenza dispongono per il complesso degli istituti pubblici e privati accreditati di 4.750 posti letto di terapia intensiva (7,6 per 100.000 abitanti), 1.063 posti letto di terapia intensiva neonatale (1,9 per 1.000 nati vivi) e 2.741 posti letto per unità coronarica (4,6 per 100.000 abitanti).

Oltre alle strutture ospedaliere, il SSN si avvaleva di **9.658 strutture per l'assistenza specialistica ambulatoriale**, **5.715 per l'assistenza territoriale residenziale**, **2.510 per l'assistenza territoriale semiresidenziale**, **5.444 per l'altra assistenza territoriale** e **968 per l'assistenza riabilitativa**. Per quanto riguarda la natura delle strutture, erano in maggioranza pubbliche quelle che erogavano assistenza ospedaliera (54,4%) ed altra assistenza territoriale (86%). Diversamente, le strutture eroganti assistenza riabilitativa nonché le strutture di assistenza territoriale residenziale erano prevalentemente private accreditate (rispettivamente 75,8% e 74,2%).

Inoltre, al 31 dicembre 2009 si rilevavano **13.207 presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari**, per un'offerta complessiva di 429.220 posti letto (7,11 ogni 1.000 residenti). Più del 70% dei posti letto si collocava in "unità di servizio" di tipo socio-sanitario ed era rivolto prevalentemente ad ospitare anziani non autosufficienti, mentre la quota residua era destinata a servizi residenziali di tipo socio-assistenziale. Oltre la metà dei posti letto complessivamente rilevati si concentrava nelle regioni del Nord, dove si registravano 10 posti letto ogni 1.000 residenti mentre al Sud la quota di offerta si riduceva a 3 posti letto ogni 1.000 residenti. Gli ospiti delle strutture residenziali ammontavano complessivamente a 404.170, dei quali oltre 300.000 erano anziani con almeno 65 anni (74%), poco più di 80.000 erano adulti tra i 18 e i 64 anni (20%) e circa 23.000 erano minori (6%). La titolarità delle strutture censite apparteneva, nel 70% dei casi, a enti privati che le gestivano direttamente. I titolari pubblici che non gestivano direttamente le strutture si affidavano più frequentemente ad altre istituzioni pubbliche nel Nord (63% dei casi), mentre nel Centro e nel Mezzogiorno la gestione veniva spesso affidata al settore privato. Nel complesso la gestione delle strutture residenziali in Italia era affidata per il 60% dei casi al settore privato (di cui il 40% al non profit).

Per quanto riguarda il **tasso di ospedalizzazione**, parallelamente all'andamento dell'offerta di posti letto, è andato diminuendo nel tempo, in particolare in regime

ordinario (da 180 ricoveri per 1.000 abitanti nel 1997 a 138 nel 2007). Tassi particolarmente elevati si registravano in Abruzzo e Molise, pari rispettivamente a 168 e 176 per 1.000 residenti mentre quelli più bassi in Piemonte e Basilicata, rispettivamente attestati entrambi a 111 per 1.000 residenti. Tassi elevati si riscontravano anche in Puglia, Emilia Romagna, Lombardia e Lazio.

Nel **2009** le schede di dimissioni ospedaliere⁵ ammontavano a circa 11,7 milioni, le giornate di ricovero erano quasi pari a 73,5 milioni. Rispetto al 2008 si osservavano diminuzioni significative sia per l'attività in regime ordinario che per quella in day hospital. I ricoveri per acuti in regime ordinario erano diminuiti del 1,8 per cento in termini di dimissioni e del 2,8 per cento in termini di giornate di degenza. Tuttavia, i cambiamenti più rilevanti hanno riguardato l'attività di day hospital: il volume di dimissioni si è ridotto del 8,7 per cento nell'attività per acuti e del 3,6 per cento nell'attività di riabilitazione.

Tali cambiamenti derivano dalla spinta della normativa in direzione di una deospedalizzazione verso il regime ambulatoriale e territoriale. Rimaneva sostanzialmente stabile l'attività di lungodegenza (+1 per cento).

La degenza media in regime ordinario per acuti si mantiene sostanzialmente stabile nel tempo e nel 2009 era pari a 6,7 giorni. I posti più alti delle graduatorie sono occupati dai ricoveri connessi alla gravidanza e al parto, alle malattie cardiache e vascolari, alle malattie dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente, al trattamento delle neoplasie.

I ricoveri nei reparti per acuti erano la tipologia più frequente (92,4 per cento), ammontando a circa 10,8 milioni di cui il 70 per cento in regime ordinario e il restante 30 per cento in day hospital. Approfondendo l'analisi di questa tipologia di ricoveri è evidente la diminuzione nel tempo nell'utilizzo delle strutture ospedaliere: il tasso di dimissione ospedaliera per acuti era passato da 212,4 per 1.000 residenti nel 1999 a 178,9 nel 2009. Il trattamento dei pazienti per acuti in regime di *day hospital* rispetto al regime ordinario era aumentato nello stesso periodo dal 20% al 30% ed era andata riducendosi nel tempo la variabilità regionale: mentre nel 1999 la percentuale di dimissioni dal *day hospital* variava da un minimo del 3,5% in Molise a un massimo del 28,6% in Liguria, nel 2009 il minimo era pari a 19,6% in Puglia e il massimo a 42,7% in Liguria.

La geografia dei tassi di dimissione ospedaliera per acuti mostra come la riduzione del ricorso all'ospedalizzazione abbia interessato quasi tutte le regioni eccetto Molise, Campania e Sicilia.

I tassi di dimissione ospedaliera in regime ordinario per acuti erano diminuiti mediamente del 25% tra il 1999 e il 2009 e la riduzione era stata ancora più consistente nelle province autonome di Trento e Bolzano, in Liguria, Abruzzo, Basilicata e Calabria. Al contrario i tassi di dimissione ospedaliera per acuti in day hospital nello stesso periodo avevano subito un aumento del 22% determinato da incrementi nell'utilizzo delle strutture ospedaliere in regime diurno, particolarmente consistenti nella provincia autonoma di

⁵ La scheda di dimissione ospedaliera (Sdo) rappresenta lo strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti pubblici e privati in tutto il territorio nazionale ed è stata istituita dal Ministero della salute con il decreto ministeriale del 28 dicembre 1991, e definita parte integrante della cartella clinica. La Sdo contiene sia le informazioni anagrafiche, sia le informazioni cliniche relative a tutto il periodo di degenza del paziente fino alla sua dimissione.

Bolzano e in Molise, che partivano da valori particolarmente bassi, e nelle regioni Lazio, Campania, Basilicata e Sicilia.

L'ASSISTENZA TERRITORIALE

L'obiettivo dell'assistenza sanitaria territoriale è la promozione della salute mediante attività educative, medicina preventiva, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello. I settori di intervento sono: l'assistenza offerta dalla medicina di base, il servizio di continuità assistenziale, le cure domiciliari, l'assistenza agli anziani e ai disabili.

Per quanto riguarda **l'assistenza distrettuale**, nel **2008** gli ambulatori e i laboratori pubblici e privati convenzionati erano circa 16 ogni 100.000 abitanti.

L'assistenza domiciliare integrata costituisce un servizio sanitario di fondamentale importanza in una società come quella italiana in cui il processo di invecchiamento della popolazione è molto evidente. Tale servizio assicura al domicilio del paziente prestazioni di medicina generale, specialistica, infermieristiche domiciliari e di riabilitazione, di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle aziende, di assistenza sociale. Nel **2008** il servizio era attivo in **154 Asl** su 157. Nell'ultimo anno di disponibilità dei dati la maggior parte delle regioni (18 su 21) aveva il servizio attivo nella totalità delle Asl. I pazienti assistiti al proprio domicilio sono aumentati nel corso degli anni: da 414 mila nel 2006, a 475 mila nel 2007, fino ad arrivare a 494 mila nel 2008. Gli anziani ultrasessantacinquenni che usufruivano dell'assistenza domiciliare costituivano una quota molto rilevante del totale: a livello nazionale la percentuale ammontava all' 81%.

Per quanto riguarda i **Centri unificati di prenotazione** sono aumentate in percentuale le Asl che hanno attivato il servizio, passando da 121 (su 171 Asl) nel 2007 a 141 (su 157) nel 2008.

Le Asl che fornivano un servizio di trasporto per pazienti sottoposti a dialisi erano 89 (su 171) nel 2007 ed 88 (su 157) nel 2008.

Nel 2008, le Asl che avevano il **Dipartimento di salute mentale** attivo erano **154**, quelle che avevano attivo il **Dipartimento materno - infantile** erano **129** e quelle che avevano attivo il **Dipartimento di prevenzione** erano 151.

Un'altra tipologia di servizi che svolge un ruolo importante sia nel favorire il processo di deospedalizzazione sia nel garantire una risposta adeguata alla domanda sanitaria proveniente da persone non autosufficienti o con gravi problemi di salute è rappresentata dalle **strutture per l'assistenza semiresidenziale e residenziale**. Nel periodo 2007-2008 si è assistito a un potenziamento di questi servizi: i posti letto nelle strutture per l'assistenza residenziale sono passati da circa 188 mila nel 2007 a 191 mila nel 2008, con un incremento pari al 2% in un anno; negli stessi anni i posti per l'assistenza semiresidenziale sono passati da 41 mila a 43 mila, corrispondente in questo caso a una variazione del 4 per cento.

IL PERSONALE MEDICO E INFERMIERISTICO

Il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale nel **2009**, ultimo anno rilevato, è costituito dal personale delle Aziende Sanitarie Locali, compreso quello degli istituti di cura a gestione diretta, dal personale delle Aziende Ospedaliere e dal personale delle Aziende Ospedaliere integrate con l'università. Tale personale ammontava a **646.083** unità, di cui **318.878** al Nord, **140.663** al Centro e **186.542** al Sud e risultava così ripartito: il 70,2% ruolo sanitario, il 18,0% ruolo tecnico, l'11,6% ruolo amministrativo e lo 0,2% ruolo professionale.

I **medici e gli odontoiatri** erano **107.333**, così distribuiti: **45.243** al Nord; **24.464** al Centro e **37.626** al Sud.

Il **personale infermieristico** ammontava, sempre nel 2009, a **264.093** unità su tutto il territorio nazionale. Al Nord gli infermieri erano **129.216**, al Centro **60.670** e nel Mezzogiorno **74.207**.

Per quanto riguarda l'**assistenza distrettuale**, i medici di medicina generale nel 2008 erano circa **47.000**, con un'offerta di circa 8 medici ogni 10.000 abitanti. Sebbene il contratto dei medici di medicina generale preveda che si possano assistere fino ad un massimo di 1.500 pazienti, il dato medio nazionale è significativamente al di sotto di tale soglia: 1.124 assistiti per medico.

Nel medesimo anno operavano sul territorio nazionale circa **7.700 medici pediatri**: circa 9 ogni 10.000 bambini fino a 14 anni. Il numero medio di bambini assistiti da ciascun pediatra era pari a 841.

I medici e gli operatori sanitari delle **strutture di ricovero pubbliche ed equiparate** ammontavano, nel 2009, a **99.854 medici** e **247.239 infermieri**.

LA SPESA SANITARIA

La spesa sanitaria pubblica misura quanto viene destinato per soddisfare il bisogno di salute dei cittadini in termini di prestazioni sanitarie (inclusi tutti i suoi costi: servizi amministrativi, interessi passivi, imposte e tasse ecc.).

La spesa sanitaria pubblica complessiva dell'Italia ammontava nel **2010** a circa **111 miliardi di euro**, pari al 7,2% del PIL e con una spesa *pro capite* di circa 1.842 € (fonte Ministero Economia e Finanze).

Nel **2008**, la spesa sanitaria pubblica ammontava a circa **107 miliardi di euro** (6,9% del PIL). In particolare, la spesa per i servizi sanitari forniti direttamente è stata di **61.205 milioni di euro** (3,9% del PIL) mentre quella per i servizi sanitari in regime di convenzione si attestava su **39.593 milioni di euro** (2,5% del PIL). Nel medesimo anno, la spesa per abitante in Italia era pari a 1.800 euro, analogamente a quanto si osservava per la ripartizione del Nord. Al di sopra del valore medio nazionale si collocava la ripartizione del Centro (1.881 euro *pro capite*), mentre per il Mezzogiorno la spesa era pari a 1.753 euro. Su base nazionale, il 36,8% dei 1.800 euro annui per abitante di spesa sanitaria pubblica è stato destinato a servizi in regime di convenzione, mentre oltre la metà (56,8%) riguardava la fornitura di servizi erogati direttamente. La spesa in convenzione era essenzialmente

indirizzata verso l'assistenza farmaceutica (28,4%), l'assistenza medica (25,3%) e le prestazioni fornite dalle case di cura private (23,9%).

Secondo quanto riportato nella *“Relazione generale sulla situazione economica del Paese – 2010”* redatta dal Ministero dell'Economia e delle finanze, le risorse destinate al finanziamento del SSN per l'anno 2010 ammontavano complessivamente a **108,842 miliardi di euro**, di cui 108,280 miliardi di euro riferiti alle regioni e alle province autonome e 0,563 miliardi di euro riferiti ad altri enti del SSN finanziati direttamente dallo Stato. Il rapporto tra finanziamento complessivo del SSN e PIL si attestava al 7,0%, valore pari a quello dell'anno precedente. Il finanziamento medio *pro capite* nazionale era di 1.084 euro, di cui 1.794 riferiti alle regioni e alle province autonome.

LA COMPARTECIPAZIONE DEI CITTADINI AL COSTO DELLE PRESTAZIONI

Come indicato nei precedenti rapporti, tra le risorse che affluiscono alle Regioni per il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza vanno computate – oltre agli ordinari trasferimenti statali – anche le compartecipazioni dei cittadini al costo delle prestazioni. Il gettito annuale corrispondente alle quote di partecipazione al costo delle prestazioni dovute dagli assistiti concorre, infatti, alle disponibilità finanziarie complessive per il finanziamento del SSN.

L'introduzione di ticket farmaceutici, in particolare, è una delle misure che garantiscono, a livello regionale, il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata entro il tetto programmato, fissato a livello nazionale.

La recente manovra finanziaria (art. 17, comma 6, del decreto legge n. 98 del 2011, convertito nella legge n. 111/2011) ha reintrodotto l'obbligo per gli assistiti non esenti (v. rapporti precedenti) di pagare una quota fissa di 10 euro su tutte le ricette di assistenza specialistica ambulatoriale, in aggiunta all'ordinario ticket già in vigore (v. tabella riportata nel precedente rapporto) e pari alla tariffa delle singole prestazioni fino all'importo massimo di 36,15 euro per ricetta. Solo alcune regioni (in particolare l'Emilia Romagna, la Toscana e l'Umbria) hanno deciso di modulare la quota fissa di 10 euro in più quote di diverso importo, in relazione al reddito degli assistiti ed hanno stabilito particolari modalità e termini per consentire loro di certificare tale reddito.

§.2

Iniziative in ambito scolastico

Alimentazione e stili di vita

Nel precedente paragrafo è stato illustrato il progetto OKkio alla SALUTE consistente in un'indagine condotta dal Ministero della Salute e coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, 18 regioni italiane e con la partecipazione dell'Istituto nazionale di ricerca e nutrizione. L'obiettivo che si prefigge è quello di stimare la prevalenza di sovrappeso e obesità nei bambini della scuola primaria e di esaminare i fattori associati al fine di adottare iniziative efficaci per il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei bambini. L'iniziativa è collegata sia al programma europeo *"Guadagnare salute"* sia al Piano nazionale della prevenzione.

In linea con gli orientamenti delle istituzioni internazionali e con il programma *"Guadagnare salute"* di cui sopra, il Ministero della Salute si è interessato alla ristorazione scolastica con la costituzione di un gruppo di lavoro specifico che ha definito le *"Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica"*. Il documento, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 29 aprile 2010, si rivolge a tutti gli operatori della ristorazione scolastica e focalizza l'attenzione su alcuni aspetti sostanziali, al fine di fornire indicazioni per migliorare la qualità dei pasti nei vari aspetti, in particolare quello nutrizionale. Tale documento contiene, inoltre, indicazioni per organizzare e gestire il servizio di ristorazione, definire il capitolato d'appalto e fornire un pasto adeguato ai fabbisogni per le diverse fasce d'età, educando il bambino all'acquisizione di abitudini alimentari corrette. La corretta gestione della ristorazione, oltre che produrre e distribuire i pasti nel rispetto dei Livelli di assunzione giornalieri raccomandati di nutrienti per la popolazione italiana (LARN), può svolgere un ruolo di rilievo nell'educazione alimentare coinvolgendo bambini, famiglie e docenti. Un aspetto di fondamentale rilevanza è assunto dalla formazione dei docenti e degli addetti al servizio. La formazione s'incentra sui principi dell'alimentazione, sull'importanza dei sensi nella scelta alimentare, sulle metodologie idonee a condurre i bambini al consumo variato di alimenti, sull'importanza della corretta conservazione, preparazione e porzionatura dei pasti.

In continuità con le linee d'indirizzo di cui sopra, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) ha pubblicato, nel 2011, le *"Linee guida per l'educazione alimentare nella scuola italiana"*. Le Linee guida, oltre a fornire alcuni orientamenti innovativi in materia di educazione alimentare, intendono introdurre tale insegnamento nei programmi d'istruzione curriculare degli Istituti scolastici. A tal fine, queste devono tenere conto sia dei recenti processi di riordino dei vari gradi dell'istruzione, da quella di base all'istruzione secondaria di secondo grado, sia delle indicazioni dell'Unione Europea in tema di sviluppo delle competenze chiave. Nel contempo, le Linee Guida valorizzano quanto autonomamente è stato realizzato nelle scuole in materia di educazione alimentare.

Agganciato al programma *“Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari”* e promosso dal Ministero della Salute è l’opuscolo *“Cinque bravi coniglietti”*, rivolto ai bambini delle classi prima e seconda della scuola primaria. Il progetto, inserito nel programma *“Scuola e Salute”*, è un utile strumento per introdurre i bambini alla scoperta di temi fondamentali per il loro benessere: **alimentazione, sport e movimento, giochi e lettura, comportamenti corretti**. In sintesi, l’opuscolo si presenta come una guida agli stili di vita sani e corretti, ricca di spunti e percorsi didattici per aiutare i bambini a imparare le buone abitudini.

Nel precedente rapporto si era illustrato il progetto pilota nazionale **“Frutta Snack”** avente la finalità di incentivare fra i ragazzi delle scuole secondarie di II grado il consumo di frutta e verdura a scuola ed, indirettamente, in famiglia, al fine di conservare il benessere psicofisico e prevenire malattie e squilibri nutrizionali. Il progetto prevedeva un’azione diretta, il supporto alle scuole, il coinvolgimento degli insegnanti e degli alunni tramite attività formative e di animazione, la realizzazione di una campagna di sensibilizzazione e la produzione di materiale informativo. La sperimentazione era stata avviata nel periodo compreso tra dicembre 2006 e maggio 2007 ed aveva coinvolto 3 regioni rappresentative del nord, del centro e del sud Italia (Emilia-Romagna, Lazio, Puglia).

Il progetto ha visto l’adesione di un numero di istituti superiore a quello preventivato. Hanno aderito complessivamente **82** scuole superiori, per **1.975** classi e **42.544** studenti di tutti gli ordini: Licei, Istituti tecnici e Istituti professionali. Nell’attività di formazione sono stati coinvolti 119 insegnanti. L’installazione degli 82 distributori, forniti alle scuole in comodato d’uso gratuito, e la loro gestione logistica è stata effettuata da ditte specializzate che hanno collaborato all’iniziativa. La campagna d’informazione e sensibilizzazione è stata rivolta prioritariamente agli studenti ma anche alle loro famiglie, ai cittadini ed ai media.

Il progetto ha ricevuto l’apprezzamento degli insegnanti, che hanno chiesto la prosecuzione dell’esperienza, e degli studenti che hanno dichiarato di avere aumentato di consumi di frutta e verdura.

Accanto ai progetti sopra menzionati, occorre citare il programma nazionale **“Guadagnare Salute negli Adolescenti”**, coordinato dalla Regione Piemonte e volto a:

- a) costruire un programma unitario di interventi di protezione e promozione della salute rivolti agli adolescenti su tutto il territorio nazionale;
- b) promuovere strategie di prevenzione e di promozione della salute in adolescenza efficaci e che rispondano a criteri di buona pratica.

Il programma prevede l’organizzazione e la realizzazione di un piano nazionale per l’avvio di interventi coordinati e unitari di prevenzione e promozione della salute in adolescenza su cinque aree tematiche:

- 1) **tabacco, alcol e sostanze**. Progetto di prevenzione del consumo di alcol nei contesti del divertimento e del tempo libero tramite unità mobili.
- 2) **Incidenti stradali**.

- 3) **Sessualità.** Progetto di promozione della salute sessuale nel contesto scolastico tramite l'intervento di educatori.
- 4) **Promozione dell'alimentazione sana e dell'attività fisica.** Intervento nel contesto scolastico tramite l'azione degli insegnanti sulla base di progetti nazionali.
- 5) **Benessere e salute mentale.**

Alle Regioni e Province Autonome è stata offerta la possibilità di sperimentare sul proprio territorio i progetti selezionati nel biennio **2010-2012**. Al programma nazionale hanno aderito 18 Regioni e la Provincia Autonoma di Trento, per un totale di 69 progetti.

Il finanziamento complessivo a disposizione delle Regioni per lo sviluppo locale dei 69 progetti ammonta a € 1.500.000,00. Per ciascun progetto è previsto un finanziamento di € 21.428,57 trasferito alle 18 Regioni aderenti e alla Provincia Autonoma di Trento tramite la convenzione con la Regione Piemonte.

All'interno dei **2097⁶** Consultori familiari pubblici presenti su tutto il territorio nazionale è contenuto il servizio "Spazio Giovani", dedicato alle ragazze e ai ragazzi dai 14 ai 20 anni. Al servizio si accede liberamente, senza prescrizione medica. Il servizio è gratuito e garantisce il rispetto della privacy. Il servizio è predisposto in maniera da creare un'atmosfera informale che faciliti la relazione, la creazione di percorsi socio sanitari, l'accompagnamento verso i servizi specialistici. Il personale (ginecologi, psicologi, ostetriche, assistenti sociali, assistenti sanitari, educatori, dietologi e dietisti) ha una formazione specifica per accogliere i giovani e rispondere ai loro problemi, oltre che a fornire assistenza. Gli Spazi Giovani, in collaborazione con altri servizi della USL, con Enti ed istituzioni del territorio (comuni, scuole, centri di aggregazione sportiva e ricreativa, associazioni, ecc.) realizzano progetti di educazione alla salute rivolti ai giovani e agli adulti di riferimento (insegnanti, genitori, educatori, allenatori sportivi, ecc.). I progetti offerti sono: educazione socio-affettiva, educazione sessuale, prevenzione AIDS e malattie sessualmente trasmesse, educazione alimentare, prevenzione dell'uso di sostanze, ecc.

Nel 2008 (ultima annualità monitorata) il **65%** dei Consultori familiari pubblici ha svolto corsi di **educazione sessuale** dedicati a giovani ed adolescenti.

Il Comitato europeo dei diritti sociali, nelle Conclusioni 2009, ha chiesto di indicare la frequenza con la quale i dipartimenti materno – infantili delle Aziende Sanitarie Locali forniscono i vari servizi da queste previsti nell'ambito della medicina scolastica. Al riguardo si fa presente che al momento non è stato condotto alcun monitoraggio sull'attività da questi svolta nelle varie regioni italiane e, pertanto, non si è in grado di fornire delle informazioni richieste.

⁶ Fonte: Ministero della Salute "Organizzazione e attività dei Consultori Familiari Pubblici in Italia – anno 2008" pubblicato nel 2010

§.3

Tabagismo

La prevenzione del tabagismo è una delle aree di azione del Programma *“Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari”* (v. sopra), promosso dal Ministero della Salute e approvato con D.P.C.M. 4 maggio 2007.

La strategia italiana si sviluppa su tre direttive:

1. **Proteggere la salute dei non fumatori**, attraverso il sostegno e il monitoraggio della Legge n. 3/2003 che ha esteso la tutela a tutta la popolazione e rivoluzionato l’atteggiamento culturale nei confronti del fumo che da regola è diventata eccezione;
2. **Ridurre la prevalenza dei nuovi fumatori**, attraverso programmi di prevenzione nelle scuole di vario ordine e grado e campagne multimediali;
3. **Sostenere la cessazione degli attuali fumatori**, attraverso una serie di interventi che riguardano la formazione di professionisti sanitari e non, i programmi di comunità, i Centri Anti Fumo e le aziende libere dal fumo, la regolazione degli ingredienti, i pacchetti, i prezzi e la fiscalità dei prodotti del tabacco.

Secondo i dati ISTAT, nel 2011 in Italia su 52 milioni di abitanti con età superiore ai 14 anni i fumatori erano circa 11,6 milioni (22,3%) di cui 7,1 milioni di uomini (28,4%) e 4,5 milioni di donne (16,6%). Nel 2003, prima della citata Legge n. 3/2003, la prevalenza dei fumatori era del 23,8% (31% gli uomini e 17,4% le donne) con un calo complessivo del 6,3% (-8,4% gli uomini e -4,6% le donne). I valori più alti per gli uomini si avevano tra i giovani adulti di età compresa tra i 25 e i 34 anni, con una percentuale del 38,9%, mentre per le donne la classe con una prevalenza più alta era quella tra i 45 e i 54 anni con una percentuale del 23,3%. Risultava stabile, invece, la prevalenza tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni con un valore di 21,4% (26,5% i maschi e 15,9% le femmine).

Come indicato nel precedente rapporto, nel gennaio 2005 è entrata in vigore la Legge n. 3/2003 (art. 51: “tutela della salute dei non fumatori”) che regola il fumo in tutti i locali chiusi pubblici e privati – compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell’ospitalità. L’attività di monitoraggio dell’applicazione della legge è tuttora in corso e si articola su 5 livelli:

1. vendite dei prodotti di tabacco
2. effetti sulla salute
3. controllo del rispetto della legge
4. tentativi di smettere e terapia del tabagismo
5. altre attività di prevenzione e comunicazione.

1. Dall'elaborazione dei dati dell'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (AAMS), nel corso del 2010⁷ si stima che le **vendite di sigarette** si sono **ridotte del 2,4% rispetto al 2009** (quasi 1 pacchetto in meno al mese acquistato da ciascun fumatore). Per la prima volta dal 1997, le vendite sono scese sotto la soglia dei 90 milioni di kg. **Rispetto al 2004, la diminuzione della vendita di sigarette è pari a circa il 12%.**
2. Per quanto riguarda gli **effetti sulla salute**, sono stati condotti diversi studi che mostrano una riduzione degli eventi coronarici acuti tra il 2004 e gli anni successivi all'introduzione della legge con valori che vanno dal **-4% al -13% dei ricoveri per infarto tra le persone in età lavorativa (inferiore ai 70 anni).**
3. Su mandato del Ministro della Salute, dal 2005, i Carabinieri per la tutela della salute – NAS effettuano controlli a campione su tutto il territorio nazionale nei luoghi in cui si applica il divieto di fumo. Al **31/12/2011 i NAS hanno compiuto 22.000 controlli in tutta Italia**, presso diverse tipologie di locali (stazioni ferroviarie, ospedali, ambulatori, musei e biblioteche, aeroporti, uffici postali, sale scommesse, discoteche, pub e pizzerie), che hanno evidenziato il sostanziale rispetto della norma. Nel **2011 i NAS hanno eseguito 3.824 ispezioni**, anche ritornando nei luoghi maggiormente a rischio di mancato rispetto della legge (discoteche e ospedali). Tali ispezioni hanno portato a contestare **220 infrazioni** (il 5,8% del totale): 94 a persone che fumavano dove vietato (pari al 2,5%) e 126 per mancata o errata affissione del cartello di divieto o per presenza di locali per fumatori non a norma (pari al 3,3% del totale). Nel 2010 i controlli erano stati 3.916, con 299 infrazioni (il 7,5% del totale).
4. Secondo i dati ISTAT gli ex fumatori erano 12,2 milioni nel 2011 (23,4%); di questi 7,7 milioni erano uomini e 4,5 milioni erano donne (16,7%). Secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI (v. sopra), nel 2009 il 60% dei fumatori che erano stati da un medico o un operatore sanitario nel corso dell'anno, aveva ricevuto il consiglio di smettere di fumare. Un ruolo molto importante per aiutare i fumatori a smettere di fumare può essere svolto, inoltre, dai servizi per la cessazione dal fumo (Centri Antifumo) operanti presso le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliere o le strutture del volontariato per il supporto specialistico offerto alle persone nei trattamenti di disassuefazione. Secondo il censimento dell'ISS-OSFAD, aggiornato a **dicembre 2010**, erano attivi in Italia **396 Centri Antifumo**, di cui 303 afferenti al SSN, e 93 alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT). L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) svolge attività di consulenza, supporto e informazione sulle problematiche legate al tabagismo attraverso il Telefono Verde contro il Fumo 800 554088 dell'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga. Presso la LILT è invece attivo il numero verde 800 998877, che consiste in un servizio telefonico condotto da figure professionali, medici e psicologi della Lega Tumori, per aiutare "a distanza" quei

⁷ Fonte: Ministero della Salute – *Attività per la prevenzione del tabagismo – Rapporto anno 2011* – pubblicato a gennaio 2012

fumatori che non hanno la possibilità di seguire direttamente, in un servizio territoriale, un programma di supporto per smettere di fumare.

5. Nell'ambito della prevenzione del tabagismo, nel 2009 il Ministero della Salute aveva realizzato la campagna *"Il fumo uccide, difenditi!"*, una campagna multimediale che privilegia l'approccio incoraggiante/positivo/propositivo, avvalendosi di un testimonial – un noto attore cinematografico e teatrale – immediatamente riconoscibile dal pubblico, credibile e autorevole. Nel 2010 l'attività di comunicazione dei rischi del fumo e l'invito a smettere e a far smettere di fumare è continuato con una nuova campagna di comunicazione, dal titolo multimediale *"Io non fumerò mai!"*, rivolta principalmente ai giovanissimi.

Per sostenere le attività di prevenzione del tabagismo e dare attuazione agli obiettivi previsti per il fumo dal Programma "Guadagnare salute", il Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute ha promosso, fin dalla sua costituzione nel 2004, l'attuazione di numerosi progetti, in gran parte affidati al coordinamento delle Regioni e dell'Istituto Superiore di Sanità. In totale, dal 2004 al 2011, sono stati approvati 17 progetti volti a contrastare il tabagismo (con un finanziamento totale di oltre 7 milioni e mezzo di euro). Tali progetti hanno, tra l'altro, consentito la realizzazione di un percorso di formazione sulla pianificazione regionale degli interventi di prevenzione, cura e controllo del tabagismo che ha facilitato l'inserimento della lotta al tabagismo negli atti istituzionali di programmazione di tutte le Regioni. Inoltre, sono stati sperimentati a livello locale interventi di prevenzione rivolti ai giovani.

Alcol

Il decennio **2000-2010** ha registrato una crescita del consumo di bevande alcoliche e di superalcolici fra i giovani e i giovani adulti, spesso lontano dai pasti e con frequenza occasionale. L'aumento dei consumi fuori pasto è stato rilevante nel decennio sia fra gli uomini che tra le donne, che hanno registrato un aumento quasi pari a quello degli uomini. Il consumo fuori pasto si è particolarmente radicato tra i più giovani e i giovanissimi: nella fascia di età 18-24 anni i consumatori fuori pasto sono passati dal 33,7% al 41,9% e tra i giovanissimi di età compresa tra i 14 e i 17 anni, dal 14,5% al 16,9%.

Anche il *binge drinking*, modalità di bere di importazione nordeuropea che implica il consumo di numerose unità alcoliche in un breve arco di tempo, si è ormai diffuso stabilmente a partire dal 2003, registrando un costante aumento in entrambi i sessi, e nel 2010 ha riguardato il 13,4% degli uomini e il 3,5% delle donne.

Complessivamente, secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, nel **2010**, il 25,4% degli uomini ed il 7,3% delle donne di età superiore a 11 anni, circa 8.600.000 persone, consumavano alcolici senza rispettare le indicazioni di consumo delle agenzie di sanità pubblica, esponendosi a rischi alcolcorrelati.

Per una valutazione del fenomeno alcoldipendenza va tenuto conto, oltre che degli alcoldipendenti in trattamento presso i servizi alcolologici pubblici, anche di coloro che

frequentano a scopo riabilitativo i gruppi di auto-mutuo aiuto e le associazioni di volontariato *no profit* che operano sia in maniera autonoma sia in collaborazione con i servizi delle strutture pubbliche. Nel 2009, il 42,8% dei servizi ha collaborato con i Club di Alcolisti in trattamento (53,4% nel 2008), il 33,9% con i gruppi di A. A⁸. (41% nel 2008) e il 10,5% con altri gruppi di auto-mutuo aiuto (14,4% nel 2008). Al **31.12.2009** sono stati rilevati **514** servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza distribuiti in 19 Regioni e Province Autonome: il 95,0% erano di tipo territoriale, il 3,3% di tipo ospedaliero e l'1,7% di tipo universitario. In totale nel 2009 sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza **3.579** unità di personale, di cui 685 addette esclusivamente (19,1% del totale) e 2894 addette parzialmente (80,9% del totale). La proporzione più alta di addetti esclusivi spetta agli infermieri professionali (28,2%), seguiti dai medici (22,8%), dagli assistenti sociali (16,8%) e dagli psicologi (15,8%); gli addetti parziali sono più frequentemente infermieri professionali (24,7%), medici (23,1%) e psicologi (17,5%).

Nel **2009** gli alcol-dipendenti presi in carico presso i servizi alcologici territoriali pubblici sono stati **65.360**, valore per la prima volta inferiore rispetto a quello rilevato nell'anno precedente (66.548) e che interrompe il trend di crescita presente fin dal 1996. Gli utenti maschi sono stati 51.294 (51.491 nel 2008) mentre le femmine 14.066 (15.057 nel 2008). Il rapporto M/F era pari a 3,6 considerando il totale degli utenti (gli uomini rappresentano il 78,5% dell'utenza totale) e a 4,0 nei nuovi utenti.

In linea con le indicazioni contenute nelle linee guida di cui all'Accordo Stato Regioni 21/1/1999 *"Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti"*, le funzioni effettivamente svolte dai servizi o gruppi di lavoro nel corso del 2009 sono state le seguenti. Un'alta percentuale di servizi ha svolto attività di accoglienza, osservazione e diagnosi (69,3%), ha definito (67,9%) e/o attuato (69,3%) programmi terapeutico - riabilitativi; gli interventi di prevenzione sono stati effettuati dal 67,3% dei servizi. Per le funzioni di coordinamento, le percentuali di attivazione più basse sono riferite a quelle che coinvolgono le rilevazioni epidemiologiche (50,0%) e gli interventi di altre strutture o servizi sanitari pubblici (52,7%); le più alte sono attribuibili al coordinamento con il servizio sociale pubblico (64,6%), con i servizi ospedalieri (63,8%) e con il medico di famiglia (62,8%). I piani operativi di formazione del personale e di sensibilizzazione hanno coinvolto il 56,0% dei servizi rilevati.

Nel **2009** l'età media degli utenti rilevati era pari a 45,1 anni; le donne continuavano ad avere un'età media più elevata dei maschi (46,8 vs 44,4) ed i nuovi utenti erano mediamente più giovani rispetto agli utenti già in carico o rientrati (42,9 vs 46,1). Gli utenti di 20-29 anni tra il 2008 e il 2009 sono passati dal 9,6% al 10,5% e tra loro i nuovi utenti sono passati dal 14,2% al 15,4%.

Al contrario, per gli alcoldipendenti al di sotto dei 20 anni si è registrata anche per il 2009 una sostanziale stabilità su valori intorno allo 0,6%. Riguardo i nuovi utenti di tale fascia di età, che nel 2009 rappresentavano l'1% del totale dei nuovi utenti, si confermava la tendenza ad una costante lieve diminuzione delle prevalenze a partire dal 2006.

⁸ Alcolisti Anonimi

Nel 2009, l'8,6% degli utenti dei servizi alcolologici faceva uso concomitante di alcol e sostanze stupefacenti. Il valore risultava inferiore a quello rilevato nel 2008 (10%), a conferma della tendenza al calo di questo comportamento, a partire dal 2007.

Al fine di contrastare l'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche nonché d'indirizzare la popolazione verso stili di vita salutari, il governo italiano e, in particolare, il Ministero della Salute hanno adottate diverse misure, fra le quali:

- **Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS)**, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 marzo 2007. Si tratta di un documento programmatico di indirizzi concordati tra Ministero e Regioni, secondo le previsioni della legge 125/2001, con la finalità di promuovere l'implementazione di un insieme di strategie e azioni finalizzate a rafforzare le attività di prevenzione e a ridurre la mortalità e morbidità alcolcorrelate in Italia. In esso la riduzione dei danni causati dall'alcol, secondo gli orientamenti adottati nei più recenti Piani Sanitari Nazionali, viene riconosciuta come un importante obiettivo di salute pubblica e viene ribadita la necessità di politiche e di azioni volte a favorire la prevenzione e la corretta informazione al fine di evidenziare gli aspetti di rischio connessi con il bere. Per il PNAS è stata prevista una durata triennale (1 gennaio 2007- 31 dicembre 2009).
- **Il Programma "Guadagnare salute-Rendere più facili le scelte salutari"**(v. sopra). Fra gli obiettivi del Programma rientrano anche le iniziative finalizzate a ridurre l'abuso di alcol e ad educare ad un consumo consapevole e moderato. In particolare, questo si prefigge di:
 - 1 Ridurre la disponibilità di bevande alcoliche nell'ambiente di vita e di lavoro e lungo le principali arterie stradali
 - 2 Favorire il contenimento della quantità di alcol nelle bevande alcoliche
 - 3 Informare correttamente i consumatori
 - 4 Evitare gli incidenti stradali alcolcorrelati
 - 5 Rafforzare gli interventi di prevenzione primaria e secondaria nella medicina di base
 - 6 Trovare alleanze con il mondo del lavoro
 - 7 Proteggere i minori dal danno alcolcorrelato
 - 8 Formare gli operatori.
- **Il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012**. Relativamente alla prevenzione alcolologica, il Piano prevede una serie di azioni rivolte alla promozione della salute, all'educazione, alla formazione e alla comunicazione finalizzate ai seguenti obiettivi:
 - riduzione delle diverse categorie di consumatori di alcol a rischio, quali i consumatori fuori pasto, i consumatori di quantità giornaliere non compatibili con una buona salute, i *"binge drinkers"*, i consumatori che guidano in stato di alterazione psicofisica dovuta all'alcol, i consumatori all'interno dei luoghi di lavoro, da valutare con dati ISTAT, ISS e con sistemi di sorveglianza specifica;
 - recepimento delle linee strategiche del Piano Nazionale Alcol e Salute;

-stipula di accordi con le associazioni di categoria per garantire maggiore responsabilità nella vendita e nella distribuzione delle bevande alcoliche. Il PNP prevede anche azioni centrali di sostegno alle Regioni per la prevenzione alcolica. Conseguentemente, tutte le Regioni hanno elaborato dei Piani Regionali di Prevenzione, articolandoli in programmi/progetti riguardanti le diverse macroaree e linee di intervento ed inviandoli al Ministero della Salute per la prevista valutazione. Al gennaio 2011 erano pervenuti al Ministero complessivamente 641 programmi/progetti, di cui 114 relativi alla prevenzione dei fattori di rischio comportamentali, riferiti in molti casi anche alla prevenzione dell'uso dannoso di alcol. Sono inoltre pervenuti progetti finalizzati alla prevenzione degli incidenti stradali (28) e sul lavoro (67) derivanti dall'uso e dall'abuso di alcol.

I progetti/programmi esclusivamente o specificamente mirati alla prevenzione dei danni alcol correlati nell'ambito delle varie linee di intervento sono in totale 12, presentati da 10 Regioni e Province Autonome (Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Calabria, Sicilia e Provincia Autonoma di Trento).

- **Il Piano Nazionale Sanitario 2011-2013.** Nel quadro degli orientamenti definiti nella Strategia dell'Unione Europea per la riduzione dei danni alcolcorrelati, approvata dal Consiglio dell'U.E. nel novembre 2006, , il Piano individua i seguenti obiettivi da perseguire nel triennio:

- operare a livello culturale per modificare correttamente la percezione del bere in quanto comportamento a rischio e diffondere informazioni precise e univoche sul rischio connesso;
- adottare politiche e azioni di prevenzione mirate, tenendo conto delle implicazioni di rischio che il bere comporta nelle diverse fasce di popolazione, con particolare riferimento agli anziani, ai giovani e alle donne;
- adottare politiche e azioni di prevenzione specifiche, riferite a peculiari condizioni di vita e di lavoro, con particolare riguardo alla guida, alle attività lavorative, alla gravidanza, alla condizione di dipendenza;
- promuovere l'identificazione precoce e l'intervento breve per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati nella medicina di base e nei contesti lavorativi;
- accrescere la disponibilità e l'accessibilità di appropriati trattamenti per i soggetti con comportamenti di grave abuso e per gli alcolodipendenti, predisponendo percorsi che garantiscano la continuità della presa in carico, l'integrazione con i servizi sanitari contigui e con i servizi sociali, la valutazione di efficacia degli interventi;
- sostenere il monitoraggio e la sorveglianza in relazione al consumo di alcol, al suo impatto sulla salute e sui servizi socio-sanitari, alle politiche di contrasto attivate.

L'art. 3 comma 4 della legge 125/2001 dispone uno stanziamento annuale di risorse su apposito capitolo di bilancio del Ministero della Salute ai fini del monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcolcorrelati, da realizzarsi secondo modalità che garantiscano l'elaborazione e la diffusione dei dati a livello regionale e nazionale.

Per l'anno 2010 sono stati stanziati per il monitoraggio dei dati Euro **468.702**, ripartiti tra tutte le Regioni.

Le Tossicodipendenze

Come illustrato nei precedenti rapporti, lo strumento legislativo che disciplina l'intera materia è il Decreto del Presidente della Repubblica n. 309/1990 (Testo Unico sulle tossicodipendenze) e successive modifiche (Legge n. 45 del 1999 e Legge n. 49 del 2006).

Nel *"Report Nazionale sull'uso di sostanze stupefacenti e sullo stato delle tossicodipendenze in Italia"*, redatto nel 2012 dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sono contenuti gli esiti di un'indagine condotta su un campione rappresentativo di oltre 18.000 italiani. E' stato stimato che il numero totale dei consumatori (intendendo con questo termine sia quelli occasionali sia quelli con dipendenza da sostanze con uso quotidiano) era pari a 2.327.335. L'analisi generale dell'andamento del numero dei consumatori di sostanze stupefacenti nel corso degli ultimi due anni, riferiti alla fascia di popolazione 15-64 anni, conferma la tendenza alla contrazione del numero dei soggetti, già osservata nel 2010 per tutte le sostanze considerate. Il confronto dei consumi di stupefacenti tra gli studenti della fascia di età 15-19 anni a partire dal 2002 evidenzia una progressiva contrazione della prevalenza di consumatori di cannabis, caratterizzata da una certa variabilità fino al 2008, e da una sostanziale stabilità dal 2010 ad oggi. La cocaina, dopo un tendenziale aumento fino al 2007, segna una costante e continua contrazione della prevalenza di consumatori fino al 2012, con maggiore variabilità nell'ultimo biennio. I consumatori di sostanze stimolanti (ecstasy e amfetamine) seguono l'andamento della cocaina fino al 2011. Risulta in costante e continuo calo il consumo di eroina sin dal 2004.

I soggetti con dipendenza da sostanze (tossicodipendenti con bisogno di trattamento) risultavano essere 562.400 nel 2010. Il totale delle persone in trattamento presso i Ser.T (v. sotto) sono stati 172.211 nel 2011 (176.430 nel 2010). Questi dati sono stati calcolati dal flusso informativo del Ministero della Salute con un indice di copertura dei servizi di assistenza del 90%. Le regioni con maggior percentuale di utenti in carico per uso primario di eroina erano, nell'ordine: Umbria, Basilicata, Trentino Alto Adige e Liguria. Le regioni con maggior percentuale di utenti in carico per uso primario di cocaina erano, nell'ordine: Lombardia, Sicilia, Campania e Valle d'Aosta.

Le strutture socio-sanitarie attive dedicate alla cura ed al recupero di persone con bisogno assistenziale legato all'uso di sostanze psicoattive sono complessivamente **1.630**: 563 (34,5%) servizi pubblici per le tossicodipendenze(Ser.T.); 1.067 strutture socio-riabilitative, in prevalenza strutture residenziali (66,4%).

La distribuzione delle strutture socio-sanitarie sul territorio nazionale evidenzia una maggiore concentrazione nelle regioni del Nord ed in particolare in Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna.

I costi imputabili alle attività di contrasto ammontano a circa 2 miliardi di euro (7,1% del totale), di cui quasi la metà (48,2%) per la detenzione, il 18,7% per le attività delle forze dell'ordine, il 32,6% per le attività erogate dai tribunali e dalle prefetture.

I costi socio-sanitari ammontano a 1,8 miliardi di euro, di cui il 40,2% per la cura delle patologie correlate, il 40,0% per l'assistenza dei soggetti presso i servizi per le dipendenze, ed il 14,2% per l'assistenza nelle strutture socio-riabilitative.

La quota di investimenti finanziari nel settore della prevenzione è aumentata di circa il 60% .

Le regioni che più hanno investito in prevenzione selettiva, in termini assoluti, sono state rispettivamente: Toscana, Lombardia, Emilia Romagna e Lazio.

L'importo totale investito nel 2011 è stato di circa 28.125.000 euro in prevenzione universale e di altri 19.873.000 in prevenzione selettiva per un totale di 47.998.000 euro.

Il Dipartimento Politiche Antidroga in tutto il 2011 ha finanziato progetti di prevenzione universale (campagna nazionale) e prevenzione selettiva (progetti per genitori, scuole, posti di lavoro, incidenti stradali) per il 21 % del proprio budget annuale per un totale di 1.497.000 euro.

Relativamente ai trattamenti erogati dai Servizi per le tossicodipendenze, secondo le informazioni pervenute dal Ministero della Salute (flusso dati in perfezionamento) e in base alle stime del 2011, i trattamenti erogati sono stati 186.073. Dal profilo della distribuzione percentuale dei trattamenti erogati nel 2011 si può notare che per il 66,4% si tratta di trattamento farmacologico (prevalentemente metadone, 75,1%) mentre per il 33,4% il trattamento è di tipo psico-sociale e/o riabilitativo non integrato con farmaci.

In tutti i piani regionali si è registrato una forte presenza di programmi di reinserimento sociale e lavorativo con un investimento globale da parte delle regioni nel corso del 2011 di circa 9,4 milioni di euro. Il 75% delle regioni riteneva prioritario l'attivazione di programmi di reinserimento lavorativo con alta accessibilità ai servizi per l'occupazione. Contemporaneamente il 50% delle regioni ha attivato interventi per il completamento dell'istruzione scolastica.

Nel 2011 sono state affidate ai servizi sociali 2.306 persone, le quali sono andate a sommarsi a quelle già in affidamento (2.436). Il totale dei soggetti in affidamento era quindi pari a 4.742 soggetti.

Riguardo i decessi droga correlati, ormai da tempo si registra una tendenza al decremento. Nel 1999 i decessi sono stati 1.002, nel 2011 sono stati 362 (374 nel 2010). I decessi nel genere femminile hanno subito un aumento proporzionale rispetto a quelli del genere maschile (9,0% nel 2009 13,3% nel 2011). Si evidenzia anche un aumento dell'età media del decesso che è risultata di 37 anni.

* * *

LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE

Le vaccinazioni

Come indicato nel precedente rapporto, il Piano Nazionale Vaccini (PNV) 2005-2007 perseguiva gli obiettivi di mantenere elevate coperture vaccinali, come previsto dai Piani Sanitari Nazionali 1998-2000 e 2003-2005, e di promuovere appropriati interventi vaccinali per quelle malattie che non hanno ancora raggiunto livelli di copertura ottimali.

Successivamente al PNV 2005-2007, il Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, oltre agli obiettivi per la prevenzione delle malattie suscettibili di vaccinazione, si era prefissato di:

- mantenere le coperture vaccinali per le malattie per le quali è posto l'obiettivo dell'eliminazione o del significativo contenimento;
- migliorare le coperture vaccinali nei soggetti ad alto rischio;
- definire strategie vaccinali per i nuovi vaccini;
- informatizzare le analisi vaccinali;
- potenziare la sorveglianza epidemiologica e del monitoraggio delle coperture vaccinali;
- realizzare iniziative di informazione e comunicazione.

Copertura vaccinale

Nel 2011 le coperture per Poliomielite, anti-Difterite e Tetano (DT), o Difterite, Tetano e Pertosse (DTP) – DT DTP – ed epatite B (HBV) erano uniformemente distribuite su tutto il territorio nazionale, con una media superiore al **96%**. Per quanto riguarda la vaccinazione morbillo-parotite-rosolia (MPR) la media di copertura nazionale si attestava al **90,7%**. Relativamente all'HIB (Haemophilus Influenzae di tipo B), negli ultimi anni si è osservato un aumento progressivo della copertura, che ha raggiunto, nel 2011 il **95,9%**.

SICUREZZA ALIMENTARE

Il sistema delle tutele e dei controlli sui prodotti alimentari nonché l'articolazione dei vari istituti preposti a tale scopo, già illustrato nei precedenti rapporti, non ha subito variazioni nel periodo d'interesse per il presente rapporto.

Si riportano, di seguito, i risultati della vigilanza e del controllo ufficiale effettuato sugli alimenti a livello nazionale da parte delle Amministrazioni centrali e territoriali deputate (Regioni, Aziende Sanitarie Locali, Laboratori del controllo ufficiale, Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, Ministero dell'Ambiente, Guardia di Finanza, laboratori chimici delle Dogane), contenuti nella relazione *“Vigilanza e controllo degli alimenti e delle bevande in Italia – anno 2011”*, redatta dal Ministero della Salute.

Nel corso del **2011** i Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione e i Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL hanno complessivamente controllato **358.196** unità operative, pari al **24,7%** delle strutture segnalate sul territorio nazionale (1.448.072). Le unità con infrazioni sono state **53.180**. Le percentuali più elevate di irregolarità si sono riscontrate soprattutto nel settore della ristorazione e nella categoria dei produttori e confezionatori, con irregolarità prevalentemente a carico dell'igiene personale e delle strutture.

Il Comando dei Carabinieri attraverso l'operato dei NAS (Nuclei Antisofisticazioni e Sanità) svolge altrettante attività ispettive per la tutela della salute; infatti nel **2011** ha effettuato **58.689 ispezioni** di cui 38.700 nei settori d'interesse del Piano Nazionale Integrato notificando **4.189 infrazioni penali**.

Le attività ispettive del 2006 hanno prodotto un'enorme mole di campioni, derivanti da prodotti alimentari, per un totale di 107.383. Gli accertamenti analitici sono stati svolti presso Laboratori pubblici, che attraverso l'applicazione di metodiche accreditate e all'avanguardia, hanno potuto rilevare non conformità in 3.557 campioni, pari al 3,3% del totale, prevalentemente a causa di contaminazioni biologiche.

SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA

Gli incidenti domestici

Gli incidenti domestici rappresentano un problema di grande interesse per la sanità pubblica e di rilevanza sociale per l'impatto psicologico che hanno sulla popolazione, che considera la casa il luogo sicuro per eccellenza.

In Italia, secondo l'indagine multiscopo *"Aspetti della vita quotidiana – Anno 2006"* condotta dall'ISTAT sulle famiglie italiane, gli **incidenti in ambito domestico** hanno coinvolto, nei tre mesi precedenti l'intervista, circa 3,2 milioni di persone. Il 60% degli incidenti hanno riguardato donne (oltre 2 milioni). Seguono tra le categorie più colpite i giovani fino a 14 anni (dove la prevalenza è maggiore tra i maschi) e gli anziani, in particolare gli ultraottantenni. I dati sono stati confermati dall'INAIL per gli anni 2007 e 2008.

Al fine di contrastare tale realtà, nel **2011** è stato varato un Piano nazionale del Ministero della Salute, realizzato in collaborazione con il CCM e la Regione Friuli Venezia - Giulia. L'obiettivo è quello di supportare e di offrire assistenza ai piani regionali di prevenzione degli incidenti domestici, promuovendo l'aggiornamento professionale degli operatori coinvolti, scelti tra gli operatori dei Servizi Territoriali ed Ospedalieri. Un'attenzione particolare è rivolta alla rilevazione dei fattori di rischio infortunistico presenti nelle abitazioni, connessi anche alle caratteristiche dei soggetti che vi dimorano (bambini, anziani, soggetti affetti da disabilità, soggetti con abitudini di vita a rischio). I referenti sono indicati dalle singole Regioni e costituiscono il primo nucleo di una rete di esperti nell'area della prevenzione degli incidenti domestici.

All'interno di tale progetto, è stato presentato il manuale tecnico *"Infortuni nelle abitazioni"* che raccoglie tutti gli aspetti del rischio infortunistico nelle abitazioni, dalla sicurezza degli impianti all'analisi dei comportamenti a rischio, dalle diverse fragilità delle persone che nella casa vivono, alle problematiche legate all'intervento degli operatori della prevenzione che operano nelle istituzioni.

Inoltre, è stato attivato un sito internet interattivo per conoscere e calcolare il rischio di incidenti nelle abitazioni. Il sito è il risultato del Progetto *"Supporto ed implementazione delle attività di sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici e stradali"*, affidato dal Ministero della Salute all'INAIL.

SICUREZZA STRADALE

Secondo l'ISTAT, in Italia nel **2010** si sono registrati 211.404 incidenti stradali con lesioni a persone. Il numero dei morti è stato pari a 4.090, quello dei feriti ammontava a 302.735. Rispetto al 2009 si è registrata una leggera diminuzione del numero degli incidenti (-1,9%) e dei feriti (-1,5%) e un calo più consistente del numero dei morti (-3,5%).

Rispetto all'obiettivo fissato dall'UE nel Libro Bianco del 2001, che prevedeva la riduzione della mortalità del 50% entro il 2010, in Italia la diminuzione si è attestata al 42,4%, avvicinandosi, pertanto, all'obiettivo prefissato.

Oltre alle novità contenute nella Legge 2 ottobre 2007, n. 160 *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 3 agosto 2007, n. 117, recante disposizioni urgenti modificative del codice della strada per incrementare i livelli di sicurezza nella circolazione”*⁹, occorre segnalare l'adozione della Legge n. 120 del 29 luglio 2010, *“Disposizioni in materia di sicurezza stradale”*, che ha introdotto sanzioni più restrittive per chi guida in stato di ebbrezza e contiene una serie di novità relative alla somministrazione e alla vendita di bevande alcoliche.

Inoltre, fra gli obiettivi che il Piano Nazionale per la Prevenzione 2010-2012 intende perseguire vi è anche quello di ridurre la mortalità e le invalidità correlate agli incidenti stradali, con particolare riguardo a quelli determinati dall'uso di sostanze stupefacenti e/o alcoliche, eccesso di velocità e di quelli dovuti al mancato utilizzo di protezioni passive (corretto uso di casco, cinture e utilizzo dei seggiolini per bambini). In particolare il Piano ha previsto le seguenti linee d'intervento:

- interventi in ambito scolastico, attraverso l'inserimento fra gli insegnamenti curriculari della sicurezza stradale e favorendo corsi in ambito scolastico per il conseguimento del patentino per ciclomotori;
- campagne di comunicazione;
- utilizzo/attivazione di sistemi di sorveglianza.

INQUINAMENTO ATMOSFERICO

L'inquinamento atmosferico rappresenta uno dei principali fattori di rischio ambientale e sanitario. Le tematiche associate alle emissioni di gas serra, al riscaldamento globale e all'impatto del cambiamento climatico - e delle politiche connesse - sulla salute e sull'ambiente sono state discusse durante la 5^a Conferenza Ministeriale su Ambiente e Salute, tenutasi a Parma nel 2010, che ha visto riuniti i Ministri della Salute e dell'Ambiente dei 53 Stati della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Nella dichiarazione finale i Governi si sono impegnati a ridurre entro il 2020 l'impatto dell'ambiente sulla salute, anche attraverso la realizzazione di programmi nazionali volti a migliorare la qualità dell'aria e a liberare l'ambiente da agenti chimici

⁹ v. rapporto precedente

tossici. Tra le diverse sfide sulle quali i Ministri si sono impegnati, vi è la ricerca di politiche adeguate in settori quali, ad esempio, lo sviluppo urbano e i trasporti.

Alla fine del **2010** si è concluso il ***Programma Strategico Nazionale Ambiente e Salute*** (finanziato dal Ministero della Salute), finalizzato a valutare *“l’impatto sanitario associato alla residenza in siti inquinati, in territori interessati da impianti di smaltimento/incenerimento rifiuti e all’esposizione a inquinamento atmosferico in aree urbane”*. Il Programma ha rappresentato il primo esempio di approcci di ricerca multidisciplinare a livello nazionale nel campo dei determinanti ambientali della salute. Tra i sei progetti di ricerca afferenti al Programma Strategico, tre hanno riguardato in modo specifico il tema degli effetti sanitari correlati all’inquinamento atmosferico.

La necessità di contenere la contaminazione dell’ambiente e dell’aria ha indotto le istituzioni sovranazionali e nazionali a un continuo aggiornamento della normativa di regolamentazione delle attività antropiche e di mantenimento di accettabili standard di qualità. In particolare, il d.lgs. 155/2010, che ha recepito nell’ordinamento nazionale la Direttiva 2008/50/CE, ha ripreso tutta la normativa inerente la qualità dell’aria ambiente, inserendo un valore limite annuale per il materiale particolato PM_{2,5}, introducendo un “indicatore di esposizione media” e confermando l’attenzione su specifici microinquinanti, quali arsenico, cadmio, mercurio, nichel e idrocarburi policiclici aromatici e sulle loro deposizioni al suolo.

Al fine di reperire informazioni sullo stato della qualità dell’aria, l’Italia si è dotata di 708 stazioni di monitoraggio, 411 collocate in ambiente urbano, 205 in aree suburbane e 92 in zone rurali che controllano i principali contaminanti sul territorio nazionale.

RUMORE

Nell’ambito della lotta all’inquinamento acustico, l’Unione europea ha definito un approccio comune per evitare, prevenire o ridurre gli effetti nocivi dell’esposizione al rumore ambientale. A tal fine è stata adottata la Direttiva 2002/49/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, trasposta nell’ordinamento nazionale con il D.Lgs. 19 agosto 2005, n. 194. La direttiva mirava a combattere il rumore cui sono esposte le persone nelle zone edificate, nei parchi pubblici o in altre zone silenziose degli agglomerati, nelle zone silenziose in aperta campagna, nei pressi delle scuole, degli ospedali e di altri edifici e zone particolarmente sensibili al rumore mentre non prendeva in considerazione il rumore generato dalla persona esposta stessa, dalle attività domestiche o dal vicinato, né il rumore sul posto di lavoro o a bordo di mezzi di trasporto o dovuto ad attività militari svolte nelle zone militari. Fra gli obiettivi che si prefiggeva vi erano la mappatura acustica realizzata sulla base di metodi comuni, l’informazione al pubblico e l’attuazione di piani di azione a livello locale. Gli Stati membri, pertanto, erano tenuti a rendere pubbliche le informazioni relative alle autorità e agli enti responsabili dell’elaborazione e, se del caso, dell’adozione delle mappe acustiche strategiche. Entro 5 anni dalla sua entrata in vigore, gli Stati membri avrebbero dovuto notificare alla Commissione gli assi stradali principali su cui

transitavano più di 6 milioni di veicoli l'anno, gli assi ferroviari principali su cui transitavano più di 60.000 convogli l'anno, gli aeroporti principali e gli agglomerati urbani con più di 250.000 abitanti situati nel loro territorio.

A seguito della trasposizione della direttiva nella legislazione nazionale, le Province, i Comuni e la rete autostradale si sono dotate di specifici piani di azione per il contenimento dell'inquinamento acustico in ambito urbano e sulla rete stradale.

Tuttavia, l'Unione Europea intende fissare un nuovo insieme di metodi di valutazione acustica, per arrivare, entro il 2017, a disegnare una nuova mappa del rumore. Ciò consentirà di superare le differenze evidenziate dal confronto tra le mappature degli Stati membri attraverso l'elaborazione di criteri comuni ed organici sui quali fondare i nuovi piani di azione.

Per quanto attiene, invece, la normativa in materia di prevenzione dei lavoratori dall'esposizione al rumore, non si segnalano variazioni.

INQUINAMENTO DEL SUOLO E DEL SOTTOSUOLO

Il D.Lgs. 3 aprile 2006, n. 152 *"Norme in materia ambientale"* è stato oggetto di due importanti interventi di modifica. Il primo attraverso il decreto legislativo 16 gennaio 2008, n. 4 *"Ulteriori disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152, recante norme in materia ambientale"* ed il secondo tramite il decreto legislativo 29 giugno 2010, n. 128 *"Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152, recante norme in materia ambientale, a norma dell'articolo 12 della legge 18 giugno 2009, n. 69"*. Le modifiche ed integrazioni introdotte dai due decreti hanno portato a una completa riscrittura della Parte II, Titolo III, del Testo Unico Ambientale, interessando tutti gli aspetti principali, tra cui: definizioni, aspetti procedurali e amministrativi, elenchi dei progetti soggetti a V.I.A. (Valutazione Impatto Ambientale), sanzioni.

TUTELA DELLE ACQUE

Con il citato decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152, l'Italia ha altresì recepito la direttiva 2000/60/CE (*Direttiva Quadro sulle Acque*). Gli obiettivi che la direttiva si prefiggeva erano la prevenzione del deterioramento qualitativo e quantitativo, il miglioramento dello stato delle acque nonché un utilizzo sostenibile basato sulla protezione a lungo termine delle risorse idriche disponibili. Essa, inoltre, stabiliva che i singoli Stati membri dovessero tutelare le acque a livello di "bacino idrografico" e che l'unità territoriale di riferimento per la gestione del bacino fosse individuata nel "distretto idrografico", area di terra e di mare, costituita da uno o più bacini limitrofi e dalle rispettive acque sotterranee e costiere. Ciascun Stato membro avrebbe dovuto analizzare le caratteristiche di ogni distretto idrografico; esaminare l'impatto provocato dalle attività umane sullo stato delle acque superficiali e sotterranee; effettuare un'analisi economica dell'utilizzo idrico. Relativamente ad ogni distretto, doveva essere predisposto un programma di misure che tenesse conto delle analisi effettuate e degli obiettivi ambientali fissati dalla direttiva, con

lo scopo ultimo di raggiungere uno “*stato buono*” di tutte le acque entro il 2015. I programmi di misure sono indicati nei Piani di Gestione che gli Stati membri dovevano predisporre per ogni singolo bacino idrografico.

Il decreto di recepimento della direttiva divideva il territorio nazionale in 8 distretti idrografici e prevedeva per ogni distretto la redazione di un piano di gestione, attribuendone la competenza alle Autorità di distretto idrografico. Successivamente, il decreto legge n. 208 del 30 dicembre 2008, convertito con modificazioni nella Legge 27 febbraio 2009, n. 13, recante “*Misure straordinarie in materia di risorse idriche e di protezione dell’ambiente*”, stabiliva che l’adozione dei piani di gestione avvenisse a cura dei Comitati istituzionali delle Autorità di bacino di rilievo nazionale, integrati dai componenti designati dalle regioni il cui territorio ricadesse nel distretto a cui si riferiva il piano.

AMIANTO

Il quadro normativo è rimasto invariato.