# Articolo 11 <u>Diritto alla protezione della salute</u>

#### **§.1**

Il quadro giuridico di riferimento non ha subito variazioni nel periodo d'interesse per il presente rapporto.

#### **LE MISURE**

- Il **Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2010-2012** (Intesa Stato-Regioni 29 aprile 2010) è stato essenzialmente dedicato a <u>cinque</u> ambiti tematici: la <u>sorveglianza epidemiologica</u>, trasversale a ogni ambito, e 4 macro aree di intervento:
- 1. la <u>medicina predittiva</u>, ovvero quell'approccio che prima e/o dopo la nascita tende a scoprire e valutare in termini probabilistici i fattori che, per una specifica persona e in un dato contesto, possono favorire l'insorgenza di una malattia;
- 2. la <u>prevenzione universale</u>, che include programmi di prevenzione primaria in molteplici campi dai controlli ambientali alle attività di verifica di sicurezza, dalle vaccinazioni alla lotta alle altre malattie trasmissibili, dalla tutela della salute occupazionale agli interventi di tipo regolatorio ecc. con particolare enfasi, all'interno del PNP, sul contrasto ai determinanti delle malattie croniche;
- 3. la <u>prevenzione nella popolazione a rischio</u>, che include interventi di comunità finalizzati a porre una diagnosi prima possibile, affinché altrettanto prima possibile si possa intervenire sull'eventuale malattia, riducendone o posticipandone gli esiti e migliorando la qualità di vita del malato e del suo ambito familiare;
- 4. la <u>prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia</u> che, nell'attuale scenario epidemiologico caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione e dalla cronicità, intende incentivare il disegno e l'implementazione di percorsi che garantiscano migliorando l'integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali la continuità della presa in carico, con specifico riferimento ai target più fragili.

Per ciascuna macro area sono state individuate le linee di intervento generale (complessivamente 22) e, in relazione a ciascuna linea, gli obiettivi generali di salute. Su questa struttura, le Regioni hanno elaborato e adottato formalmente i Piani Regionali della Prevenzione (PRP), declinando, rispetto alla propria realtà territoriale, gli obiettivi centrali in obiettivi specifici e documentandone lo stato di attuazione. Al Ministero della Salute è stato invece affidato il compito di coordinare il processo di implementazione del PNP e di certificare presso il Comitato LEA (Livelli essenziali di assistenza) l'avvenuto raggiungimento degli obiettivi previsti dai PRP.

Nel corso del biennio 2012-2013 si è svolto il processo valutativo dei PRP sulla base di principi e regole definiti nell'Intesa Stato- Regioni del 10 febbraio 2011, nel corso della quale è stato adottato il "Documento per la valutazione dei PRP 2010-2012".

Con l'Accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni in data 7 febbraio 2013 si è provveduto a prorogare al 31 dicembre 2013 il PNP 2010-2012.

Nel complesso, nei 4 anni di vigenza del Piano, i PRP hanno prodotto 740 tra programmi e progetti, con una distribuzione tra macro aree che ha visto un investimento assolutamente prioritario nella prevenzione universale (470 progetti/programmi pari al 64% del totale) e, all'interno di questa, nella linea di intervento "Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate" (154 progetti/programmi, ovvero circa un terzo della prevenzione universale e un quinto dell'insieme dei progetti/programmi), la quale sostanzialmente declinava, a livello

regionale/locale, obiettivi e azioni del programma nazionale "Guadagnare Salute". Circa il 30% (200 progetti/programmi) della pianificazione regionale ha riguardato interventi di prevenzione nella popolazione a rischio; il 5% si è incentrato su interventi di prevenzione delle complicanze e recidive di malattia; il 4% è stato indirizzato alla medicina predittiva, includendo quasi esclusivamente in quest'ultima attività l'applicazione della Carta del rischio cardiovascolare. Tutte le Regioni hanno coperto le 4 macro aree, concentrando prevalentemente gli sforzi sulla "promozione della salute".

Il 13 novembre 2014 la Conferenza Stato-Regioni ha approvato l'Intesa sul Piano Nazionale della prevenzione 2014-2018. Il nuovo PNP, di portata quinquennale, intende delineare un sistema di azioni di promozione della salute e di prevenzione in grado di accompagnare il cittadino in tutte le fasi della vita, nei luoghi di vita e di lavoro. Sono stati individuati pochi macro obiettivi a elevata valenza strategica, perseguibili da tutte le Regioni attraverso la messa a punto di piani e programmi che, partendo dagli specifici contesti locali, nonché puntando su un approccio il più possibile intersettoriale e sistematico, permettano di raggiungere i risultati attesi:

1.ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie non trasmissibili

2. prevenire le conseguenze dei disturbi neurosensoriali

3.promuovere il benessere mentale nei bambini, adolescenti e giovani

4. prevenire le dipendenze da sostanze e comportamenti

5. prevenire gli incidenti stradali e ridurre la gravità dei loro esiti

6. prevenire gli incidenti domestici e i loro esiti

7. prevenire gli infortuni e le malattie professionali

8. ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute

9. ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie

10.attuare il Piano Nazionale Integrato dei Controlli per la prevenzione in sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria.

#### LO STATO DI SALUTE DEL PAESE

La salute percepita (uno dei principali indicatori di salute soggettiva riconosciuto a livello internazionale per la sua capacità di riflettere condizioni fortemente correlate con la sopravvivenza e la domanda di prestazioni sanitarie) non evidenzia variazioni significative nel tempo. Nel 2013<sup>1</sup>, la prevalenza, standardizzata per età, di chi dichiarava di stare male o molto male, rimaneva, infatti, stabile al 7,3% nella popolazione di 14 anni e più (era il 7,4% nel 2005) mentre il 67% degli intervistati valutava positivamente il proprio stato di salute (il 48,1% dichiarava di stare bene ed il 18,9% molto bene). Il 20,1% delle persone anziane esprimeva un giudizio negativo delle proprie condizioni di salute (quota complessivamente stabile rispetto al 2005). Nel tempo, per le dinamiche

3

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> ISTAT – "Tutela della salute e accesso alle cure. Anno 2013". 2014

territoriali si sono osservati andamenti opposti, con miglioramenti nel Centro-nord e peggioramenti nel Mezzogiorno e un ulteriore incremento delle disuguaglianze territoriali. In regioni come Sicilia, Calabria, Puglia e Campania, con prevalenze di cattiva salute già elevate nel 2005 rispetto alla media nazionale, continuava nel 2013 il trend di crescita e si raggiungevano quote rispettivamente del 30%, 29,7%, 27,4% e 26,7%. In Sardegna, pur con una prevalenza in calo, si registrava una quota elevata (26,6%). Le quote più basse si osservavano nella provincia di Bolzano (6,9%); seguivano la provincia di Trento (12,6%), la Lombardia (14,2%) e il Veneto (14,4%). Le variazioni territoriali osservate per la valutazione soggettiva delle condizioni di salute della popolazione anziana trovavano conferma nel trend di un altro indicatore di salute. Si rilevava, infatti, un ulteriore incremento nelle percentuali di anziani multi cronici nelle regioni del Mezzogiorno, tra le quali la posizione di maggiore svantaggio si registrava in Sardegna, con una quota pari a 51,5%, che tra le donne raggiungeva il 61,4%.

Il contrasto alla diffusione delle **patologie croniche** promosso dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) anche con il recente programma *Health 2020*, assume particolare rilevanza in paesi come l'Italia, che presenta uno dei più elevati tassi di invecchiamento in ambito europeo e internazionale. Nel 2013, circa una persona su due (46,9%) indicava almeno una patologia cronica in una lista di 23 patologie. Le patologie più frequenti nel totale della popolazione erano nell'ordine: l'ipertensione arteriosa (17,1%), l'artrosi/artrite (16,2%), le malattie allergiche (13,7%), la cefalea/emicrania ricorrente (10,8%).

Nel 2015 il 38,3% dei residenti in Italia dichiarava di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche rilevate (scelte tra una lista di 15 malattie o condizioni croniche). Il dato risultava stabile rispetto al 2014. Le patologie cronico-degenerative erano più frequenti nelle fasce di età più adulte: già nella classe 55-59 anni ne soffriva il 51,5% e tra le persone ultra settantacinquenni la quota raggiungeva l'85,2%. Ad essere colpite erano più frequentemente le donne, in particolare dopo i 55 anni.

Il 19,8% della popolazione dichiarava di essere affetto da due o più patologie croniche, con differenze di genere molto marcate a partire dai 45 anni. Tra gli ultra settantacinquenni la co-morbilità si attestava al 65,4% (57,3% tra gli uomini e 70,9% tra le donne). Rispetto al 2014 è diminuita la quota di chi dichiarava due o più patologie croniche nella fasce di età 45-54 anni (-2,8 punti percentuali). Nel 2015 le persone che, pur dichiarando di essere affette da almeno una patologia cronica, si percepivano in buona salute era pari al 42,3%.

Le malattie o condizioni croniche più diffuse erano: l'ipertensione (17,1%), l'artrosi/artrite (15,6%), le malattie allergiche (10,1%), l'osteoporosi (7,3%), la bronchite cronica e l'asma bronchiale (5,6%), il diabete (5,4%).

#### L'ASPETTATIVA DI VITA

L'aspettativa di vita in Italia nel 2012<sup>2</sup> si attestava ai primi posti nella graduatoria europea della speranza di vita alla nascita con **77,5** anni per gli uomini e **83,1** per le donne. La speranza di vita alla nascita è continuata ad aumentare fino al 2015<sup>3</sup>, anno nel quale si è registrata una diminuzione (**80,1** per gli uomini - da 80,3 del 2014- e **84,7** anni per le donne - da 85).

.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> Ministero della Salute – "Relazione sullo stato sanitario del Paese. Anni 2012-2013" - 2014

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> ISTAT – "Indicatori demografici. Stime per l'anno 2015" - 2016

#### NATALITA' E MORTALITA'

La tendenza alla crescita della fecondità in atto nello scorso decennio, che ha avuto un culmine nel 2010 (1,46 figli per donna), ha da tempo esaurito la sua spinta. Quel particolare periodo fu caratterizzata da recuperi delle nascite precedentemente rinviate (negli anni '90) da parte di donne di cittadinanza italiana e dall'emergere del nuovo modello di maternità espresso dalle donne straniere, man mano che la presenza di queste ultime risultava più stabile e radicata. Negli ultimi cinque anni, invece, il protrarsi degli effetti sociali della crisi economica ha innescato una nuova fase di diminuzione della fecondità.

Nel 2015 le nascite sono state stimate in 488 mila unità, quindicimila in meno rispetto al 2014 (503 mila) mentre il **tasso di natalità** è sceso dall'8,3 per mille del 2014 all'**8 per mille**, a fronte di una riduzione uniformemente distribuita sul territorio. Non si sono riscontrati incrementi di natalità in alcuna regione del Paese e soltanto Molise, Campania e Calabria hanno mantenuto il tasso invariato rispetto al 2014. Per il quinto anno consecutivo, nel 2015 si è registrata una riduzione del numero medio di figli per donna (TFT), sceso a 1,35.

Dalla rilevazione sui certificati di assistenza al parto (CeDAP – Ministero della Salute) riferiti all'anno 2013, sono risultati 1.362 nati morti, corrispondenti ad un tasso di natimortalità pari a 2,66 nati morti ogni 1.000 nati. L'1,1% dei nati aveva un peso inferiore a 1.500 grammi, il 6,3% tra 1.500 e 2.500 grammi, l'87,3% tra 2500 e 3999 ed il 5,3% superava i 4000 grammi di peso alla nascita; nel 2013 i nati a termine con peso inferiore ai 2500 grammi rappresentavano circa il 3,03% dei casi.

Nei test di valutazione della vitalità del neonato tramite indice di Apgar, il 99,4% dei nati aveva riportato un punteggio compreso tra 7 e 10 a 5 minuti dalla nascita.

Il tasso di mortalità infantile, che misura la mortalità nel primo anno di vita, ammontava nel 2013 a 3,20 bambini ogni mille nati vivi. Nel corso degli anni tale tasso ha continuato a diminuire su tutto il territorio italiano.

In Italia la mortalità materna resta un evento raro. In base a un progetto pilota di sorveglianza della mortalità materna, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità in sei regioni (Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia) è emerso che il Paese si conferma in linea con la media dei Paesi europei con un rapporto di mortalità materna pari a 10 decessi ogni 100.000 nati. Tra le regioni partecipanti il rapporto più basso (4,6 ogni centomila nati vivi) è stato rilevato in Toscana mentre il più alto (13,4)ogni centomila nati vivi) in Campania. La sorveglianza attiva, messa in piedi dal 2013 dal Centro Nazionale di Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità grazie a un finanziamento del Centro Controllo Malattie (CCM) del Ministero della Salute, ha creato una rete di circa trecento presidi sanitari pubblici e privati che coprono il 49% dei nati nel Paese. Il progetto intende rilevare nel dettaglio i percorsi assistenziali in modo da identificare eventuali criticità cliniche o organizzative e indicare le strategie di prevenzione delle morti evitabili.

Il 2015 è stato caratterizzato da un significativo aumento dei decessi, concentrato essenzialmente nelle classi di età molto anziane (75-95 anni). Il tasso di mortalità si è attestato al 10,7 per mille.

Nel complesso, i morti stimati sono stati 653 mila, 54 mila in più rispetto al 2014 (+9,1%). Il quadro complessivo del 2015 appare tuttavia meno eccessivo se confrontato con il 2012, anno in cui i decessi sono stati 612.883 (19.481 in più rispetto al 2011, +3,3%) mentre nel 2013 sono stati 600.744 (-12.139 rispetto al 2012, -2%) e nel 2014 598.364 (-2.380 rispetto al 2013, -0,4%). E' da sottolineare come la mortalità presenti, da almeno 30 anni, un chiaro andamento di fondo verso l'aumento progressivo. Ciò si deve al continuo miglioramento delle condizioni di sopravvivenza che, favorendo l'invecchiamento della popolazione, estende anno dopo anno la base delle persone anziane (e molto anziane) potenzialmente a rischio di subire l'evento di decesso.

L'incremento della mortalità è risultato omogeneo dal punto di vista del territorio. Rispetto al 2014 le variazioni hanno oscillato da un minimo del +5,8% nella Provincia di Bolzano a un massimo del +18,7% nella Valle d'Aosta. Le zone più interessate dall'aumento di mortalità sono state quelle del Nord-ovest, in particolare Piemonte e Lombardia che hanno registrato incrementi, rispettivamente, del 10,1% e del 10,6%. Nel Centro, Toscana e Umbria hanno mostrato un aumento del 10,3% mentre nel Mezzogiorno un +10,7% si è rilevato in Campania.

Secondo l'indagine "Le principali cause di morte in Italia", condotta dall'Istat nel 2012 e pubblicata nel 2014, le cause di morte più frequenti erano le malattie ischemiche del cuore (75.098 casi che rappresentano poco più del 12% del totale), le malattie cerebrovascolari (61.255, pari al 10% del totale) e le altre malattie del cuore (48.384, pari all'8%), seguite dai tumori maligni. Tra questi, con 33.538 decessi vi erano quelli che colpiscono trachea, bronchi e polmoni (6% del totale). A seguire, in quinta posizione, si posizionava un altro gruppo di cause appartenenti all'ampio settore dei disturbi circolatori, le malattie di origine ipertensiva che hanno provocato 31.247 decessi (5% del totale). Nello stesso anno risultavano in crescita anche le Demenze e l'Alzheimer che costituivano la sesta causa di morte con 26.559 decessi (4,3% sul totale annuo). Considerando il genere, si rilevava una maggiore frequenza di decessi per malattie ipertensive, demenze e Alzheimer nelle donne, mentre negli uomini prevalevano tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni nonché le malattie croniche delle basse vie respiratorie.

#### La prevenzione delle malattie cardio-cerebrovascolari

Come sopra evidenziato, le malattie cardio-cerebrovascolari sono tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità. Tali patologie sono di origine multifattoriale e prevenibili poiché dovute alla combinazione di più fattori di rischio modificabili (pressione arteriosa, colesterolemia totale e HDL, glicemia, abitudine al fumo, obesità e diabete). Inoltre, le malattie cardio-cerebrovascolari sono fra i determinanti delle malattie legate all'invecchiamento, producendo disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva.

Il citato PNP 2010-2012, prorogato al 31 dicembre 2013, e il nuovo PNP 2014-2018 contengono, tra le linee di intervento, anche la prevenzione delle malattie cardio-cerebrovascolari. Fra le misure adottate al fine di prevenire e monitorare l'andamento delle patologie cardio vascolari è da citare il "Progetto Cuore – epidemiologia e prevenzione delle malattie ischemiche del cuore" – coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. Il progetto è nato nel 1998 grazie a un finanziamento del Ministero della Salute, per realizzare tre obiettivi:

• impiantare un registro di popolazione per il monitoraggio degli eventi cardiovascolari

- realizzare un'indagine per valutare la distribuzione dei fattori di rischio, la prevalenza delle condizioni a rischio e delle malattie cardiovascolari nella popolazione adulta italiana
- valutare il rischio cardiovascolare nella popolazione italiana e realizzare strumenti di valutazione del rischio di facile applicazione in salute pubblica.

Il primo obiettivo è stato in parte realizzato mediante l'attivazione del **Registro nazionale degli eventi coronarici e cerebrovascolari**; il secondo è stato conseguito attraverso la costituzione dell'**Osservatorio epidemiologico cardiovascolare** (Oec) che, a oggi, ha effettuato due indagini sullo stato di salute della popolazione generale a distanza di dieci anni l'una dall'altra (Oec 1998-2002 e Oec/Hes 2008-2012) e la realizzazione di una **banca di campioni biologici**; il terzo obiettivo è stato perseguito attraverso il *follow up* delle coorti degli **studi longitudinali** iniziati alla metà degli anni '80, l'elaborazione delle funzioni di rischio cardiovascolare e la realizzazione della **carta del rischio** e del software di valutazione del **punteggio di rischio**.

La realizzazione di questi obiettivi ha prodotto negli anni risultati di grande rilievo per la prevenzione cardiovascolare e, alla fine del primo decennio, il progetto ha ampliato gli obiettivi aggiungendone altri tre:

- realizzare un piano di formazione per i medici di medicina generale per la valutazione del rischio cardiovascolare nella popolazione italiana
- spiegare il *trend* in discesa della mortalità per cardiopatia coronarica osservato negli ultimi decenni
- aggiornare le carte del rischio cardiovascolare e il software di valutazione del punteggio di rischio individuale.

L'attività di **formazione** dei medici di medicina generale, avviata nel 2005, ha via via interessato tutte le Regioni e continua con l'adesione di un numero sempre maggiore di medici che partecipano alla raccolta dati sul rischio cardiovascolare nell'ambito dell'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare.

Dal 2005 il progetto Cuore partecipa anche alle attività del *Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie* del Ministero della Salute, con i seguenti progetti:

- Il Progetto Cuore Epidemiologia e prevenzione delle malattie cardiovascolari
- Buone pratiche sull'alimentazione: valutazione del contenuto di sodio, potassio e iodio nella dieta degli italiani
- Piano di formazione per gli operatori delle *stroke unit* per la prevenzione e la gestione integrata dell'ictus con i medici di medicina generale;
- Azioni relative alla riduzione del consumo di sale in Italia: verifica delle ricadute dell'accordo con i panificatori e programma "meno-sale-più-salute"
- Coorti di popolazione adulta italiana seguite longitudinalmente per 20-30 anni: lo svantaggio socio-economico e gli esiti di salute.

I dati del *Progetto Cuore* vengono aggiornati periodicamente e messi a disposizione della comunità scientifica sul proprio sito web.

Come sopra indicato, la strategia complessiva di prevenzione comprende la promozione della salute e dei corretti stili di vita della popolazione e l'identificazione precoce dei soggetti in condizione di rischio.

#### La prevenzione oncologica

La sorveglianza delle patologie tumorali è un obiettivo essenziale dell'Unione Europea e dell'Italia; conoscere la distribuzione territoriale e le tendenze attuali di incidenza (nuovi casi che si verificano ogni anno), prevalenza (numero complessivo di persone malate), mortalità e sopravvivenza dei pazienti oncologici, è la necessaria premessa per impostare una programmazione sanitaria mirata a migliorare il controllo del cancro. Le informazioni sulla mortalità sono disponibili dalle statistiche ufficiali Istat (v. sopra).

Il Ministero della salute e le Regioni attingono le evidenze disponibili per orientare i documenti di programma (Piano Oncologico Nazionale) e per organizzare il sistema di offerta (screening, piuttosto che servizi di diagnosi e cura) con l'obiettivo di ridurre il rischio di tumore, rendere sempre più efficace la presa in carico della patologia, dalla fase diagnostica al follow-up, ridurre le diseguaglianze geografiche. La pianificazione della prevenzione ha integrato gli interventi di prevenzione secondaria e primaria; in questo quadro un pilastro fondamentale sono i programmi di screening oncologico. In Italia dal 2001 rientrano tra i Livelli essenziali di assistenza (LEA) e sono attivi gli screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto (v. sotto per i dati).

*Incidenza*. Secondo le stime CNESPS/ISS<sup>4</sup>, nel 2013 il tumore più frequente per l'intera popolazione italiana era il cancro colorettale, per il quale si stimavano più di 58.700 nuove diagnosi: 33.680 negli uomini e 25.050 nelle donne. Il tumore più diffuso tra gli uomini era il tumore della prostata, con oltre 43.000 nuovi casi, mentre tra le donne era il tumore della mammella con oltre 54.000 nuove diagnosi. Le tendenze indicavano: forte riduzione per il tumore dello stomaco, del tumore del polmone negli uomini e del tumore della cervice uterina nelle donne; costante aumento dei tumori colorettali negli uomini e della mammella nelle donne; stabilizzazione dell'incidenza del tumore prostatico, dopo una rapida crescita negli anni Novanta, e del cancro colorettale nelle donne. Patologie emergenti erano il melanoma della pelle e il tumore del polmone nelle donne. L'incidenza era in genere maggiore al Centro-Nord. Tuttavia, il divario con il Sud tendeva a ridursi e in alcuni casi a ribaltarsi (es. per i tumori del polmone negli uomini e della mammella nelle donne).

*Sopravvivenza*. La sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per l'insieme di tutti i tumori (esclusi quelli della cute non melanomi) era pari al 60% nelle donne e al 52% negli uomini. Tra le sedi tumorali più frequenti, quelle a migliore prognosi erano prostata (88%), mammella (85%) e colon-retto (59%), mentre quella a prognosi peggiore era il polmone (14%). Il tasso maggiore di sopravvivenza si registrava nelle regioni del Centro-Nord.

*Prevalenza*. In Italia nel 2013 si stimava che più di 660.000 donne abbiano avuto nel corso della propria vita una diagnosi di tumore al seno, circa 340.000 uomini una diagnosi di cancro prostatico e più di 390.000 persone un tumore colorettale. La prevalenza si stimava in rapido aumento per la maggior parte delle sedi tumorali e i valori più elevati si stimavano per il Centro-Nord.

#### La prevenzione della patologia diabetica

La lotta alla patologia diabetica richiede un duplice approccio: da un lato, questa deve essere indirizzata verso un rinnovato impegno nella prevenzione delle malattie croniche in generale, attraverso un'azione mirata a modificare gli stili di vita della popolazione, e dall'altro verso una

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute/Istituto Superiore di Sanità

riorganizzazione dell'assistenza al fine di prevenire o ritardare il più possibile l'insorgenza delle complicanze.

Il Ministero della salute, sin dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2003-2005, ha previsto un forte impegno del Servizio sanitario nazionale (SSN) nei confronti del diabete e, più in generale, delle malattie croniche, confermandolo, peraltro, in tutti i successivi PSN. Il SSN, quindi, in considerazione della complessità della materia, si è mosso secondo varie linee d'azione:

- Istituzione, da parte del Ministero della salute, della *Commissione Nazionale sulla Malattia Diabetica*, incaricata, tra l'altro, di redigere il **Piano sulla Malattia Diabetica**, che si connota come un documento quadro e si propone di dare omogeneità ai provvedimenti e alle attività regionali e locali, fornendo indicazioni per il miglioramento della qualità dell'assistenza che tengano conto dell'evoluzione registrata in ambito scientifico e tecnologico e dei nuovi modelli organizzativi diffusi in vaste aree del territorio;
- Attuazione dei PNP 2005-2007, prorogato poi fino al 2009, e 2010-2012, prorogato al 2013. Tutte le Regioni, sulla base di linee programmatiche elaborate dal Ministero della salute/CCM (Centro di prevenzione e controllo delle malattie), hanno definito e attivato specifici progetti all'interno di aree di intervento condivise e ritenute prioritarie.
- Sviluppo e coordinamento del programma "Guadagnare Salute rendere facili le scelte salutari" (v. sotto) che, attraverso l'attivazione di dinamiche intersettoriali e la partecipazione dei diversi portatori di interessi (Ministeri, Regioni, Enti locali, produttori, distributori ecc.), mira a promuovere e favorire l'assunzione di abitudini salutari da parte della popolazione per la prevenzione delle principali patologie croniche. L'obiettivo è adottare una strategia volta a facilitare scelte e comportamenti adeguati attraverso l'informazione e un'idonea impostazione delle azioni, senza condizionare direttamente le scelte individuali, ma adottando politiche di comunità.
- Finanziamento da parte del CCM e attuazione da parte dell'ISS/CNESPS del progetto IGEA (Integrazione, Gestione e Assistenza per la malattia diabetica www. epicentro.iss.it/igea) che ha previsto il coordinamento e il supporto ai progetti regionali dei PNP finalizzati, nel caso del diabete, a prevenirne le complicanze tramite l'adozione di programmi di Gestione Integrata della patologia. L'applicazione dei principi della Gestione Integrata alla patologia diabetica, nel medio-lungo periodo, potrà portare ad un miglioramento della gestione, riducendo le complicanze a lungo termine, ottenendo una maggiore appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci e dei presidi diagnostico-terapeutici e razionalizzando la spesa sanitaria. Il CCM ha, inoltre, finanziato vari altri progetti regionali dedicati alla prevenzione e gestione del diabete.

*Prevalenza*. In base ai dati Istat, in Italia nel 2013 si stimava una prevalenza del diabete noto del 5,4% (5,3% nelle donne, 5,6% negli uomini), pari a oltre 3 milioni di persone, con un trend crescente nell'ultimo decennio. La prevalenza aumentava al crescere dell'età fino a un valore di circa il 20% nei soggetti di età superiore a 75 anni La prevalenza era più bassa nelle Regioni del Nord (4,6%) rispetto a quelle del Centro (5,3%) e del Sud Italia (6,6%).

#### La prevenzione delle malattie respiratorie

Le malattie respiratorie croniche interessano ampi strati della popolazione, comprese le fasce di età più giovani; sono tra le principali cause di morbosità, disabilità e mortalità prematura e hanno un elevato impatto socioeconomico.

Quelle di maggiore interesse in termini di salute pubblica sono la bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e l'asma.

Il PSN 2006-2008 e il PNP 2010-2012 avevano inserito le malattie respiratorie croniche tra gli ambiti prioritari di intervento. Tale impostazione è stata seguita anche dal PNP 2014-2018 che le ha incluse nel primo dei macro-obiettivi individuati (v. sopra).

#### La prevenzione delle demenze

In data 30 ottobre 2014 è stato approvato dalla Conferenza Unificata l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento "Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze".

Le demenze, in crescente aumento nella popolazione generale, sono state definite secondo il Rapporto **OMS** ADI del 2012 "una priorità mondiale di salute pubblica". Il maggior fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età e l'Italia è uno dei paesi con la più alta presenza di anziani. Le demenze rappresentano una delle maggiori cause di disabilità. Il Piano nazionale intende promuovere e migliorare gli interventi relativi alle demenze sugli aspetti terapeutici specialistici e sul sostegno del malato e dei familiari lungo tutto il percorso di cura. Ouesti i 4 obiettivi principali del documento:

- Interventi e misure di Politica sanitaria e sociosanitaria
- Creazione di una rete integrata per le demenze e realizzazione della gestione integrata
- Implementazione di strategie e interventi per l'appropriatezza delle cure
- Aumento della consapevolezza e riduzione dello stigma per un miglioramento della qualità della vita.

Il Piano si propone di aumentare le conoscenze della popolazione generale, delle persone con demenze e dei loro familiari, ma anche dei professionisti del settore, ciascuno per i propri livelli di competenza e coinvolgimento, su prevenzione, diagnosi tempestiva, trattamento e assistenza delle persone con demenza con attenzione anche alle forme ad esordio precoce. Intende, inoltre, migliorare la capacità del SSN nell'erogare e monitorare i servizi attraverso la razionalizzazione dell'offerta e l'uso di metodologie di lavoro basate soprattutto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate al fine di rendere omogenea l'assistenza, con particolare attenzione alle disuguaglianze sociali e alle condizioni di fragilità e/o vulnerabilità socio-sanitaria.

#### LE STRUTTURE DI RICOVERO

Negli ultimi anni l'evoluzione normativa ha imposto un profondo processo di razionalizzazione e riorganizzazione della rete ospedaliera. Il 5 agosto 2014 è stato approvato, in sede di Conferenza Stato-Regioni, il Regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici

e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". Il Regolamento, disciplinato dalla legge 7 agosto 2102, n. 135 (cosiddetta "Spending Review"), fissa, tra l'altro, il numero minimo di posti letto delle strutture ospedaliere del SSN. Con l'adozione del Regolamento veniva avviata la fase applicativa del processo di riassetto strutturale e di riqualificazione della rete assistenziale ospedaliera, assicurando uniformità di trattamento sull'intero territorio nazionale nella definizione degli standard delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera. Fra i principali obiettivi del Regolamento in questione si annoverano:

- l'adozione di un criterio vincolante di programmazione ospedaliera in grado di indicare alle regioni il parametro della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie;
- l'individuazione di criteri uniformi per la classificazione delle strutture ospedaliere in tre livelli a complessità crescente (presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti; presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti; presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti), prevedendo per le strutture ospedaliere private accreditate, un numero di posti letto in grado di assicurare efficacia e sicurezza delle cure.

Nel 2011 <u>l'assistenza ospedaliera</u> si avvaleva di **1.120** istituti di cura; di questi, il **53%** erano pubblici e il rimanente **47%** privati accreditati. Si confermava il trend decrescente del numero degli istituti, già segnalato negli anni precedenti, anche per effetto della riconversione e dell'accorpamento di molte strutture. Il 66% delle strutture pubbliche era costituito da ospedali direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie Locali, il 10% da Aziende Ospedaliere ed il restante 23% dalle altre tipologie di ospedali pubblici. Il SSN disponeva di poco più di 211 mila posti letto per degenza ordinaria, di cui il 21% nelle strutture private accreditate, 20.678 posti per day hospital, quasi totalmente pubblici (90%) e di 8.263 posti per day surgery in grande prevalenza pubblici (79%). A livello nazionale erano disponibili **4,0** posti letto ogni 1.000 abitanti; in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti erano 3,4 ogni 1.000 abitanti. A livello territoriale la situazione non era omogenea: il Molise era fra le Regioni con la maggiore densità di posti letto (4,7 ogni 1.000 abitanti), mentre l'Umbria (3,5 posti letto) e la Campania (3,4 posti letto) erano fra quelle con la minor disponibilità. I posti letto destinati alla riabilitazione e lungodegenza erano, a livello nazionale, pari a **0,6** ogni 1.000 abitanti, anche in questo caso con una notevole variabilità regionale.

I dati del **2012** confermavano l'andamento dell'anno precedente: su un totale di **1.088** istituti di cura del SSN, il 53% afferiva al settore pubblico (con un'offerta pari a 158 mila posti letto) mentre il 47% al settore privato che eroga servizi anche per conto del SSN (41 mila posti letto). Complessivamente, nel 2012 si stimavano 3,3 posti ogni mille abitanti, un **tasso di ospedalizzazione** pari a 118,9 per mille ed una degenza media di otto giorni.

Nel **2013** si registrava, a livello nazionale, una diminuzione della dotazione di posti letto per acuti, che passavano da 202.736 unità (3,3 posti letto per 1.000 abitanti) a 189.359 (3,2 posti letto per 1.000 abitanti); anche per la post acuzie si riscontrava un lieve decremento dei posti letto, che passavano da 37.252 nel 2011 a 35.217 nel 2013, pur lasciando invariato l'indicatore medio nazionale dei posti letto non acuti (0,6 posti letto per 1.000 abitanti). La generale diminuzione del numero dei posti letto si è concentrata maggiormente nelle strutture di ricovero pubbliche e, nonostante le razionalizzazioni

e riorganizzazioni attuate da molte Regioni, la dotazione a livello nazionale dei posti letto per acuti è rimasta al di sopra degli standard stabiliti dalla legge n. 135/2012 e dal suo Regolamento attuativo, mentre quella dei posti letto post-acuti non raggiungeva ancora l'obiettivo di 0,7 posti letto per 1.000 abitanti.

Per l'assistenza ospedaliera il Servizio sanitario nazionale (SSN) si avvaleva di 632 istituti di cura pubblici.

Nel **2013**, le dimissioni ospedaliere per acuti (esclusa riabilitazione e lungodegenza) in regime ordinario e in day hospital sono state 8.981.339, corrispondenti a 1.491 dimissioni ospedaliere ogni 10 mila residenti.

E' proseguito il processo di deospedalizzazione determinando una progressiva e significativa diminuzione dei ricoveri nel tempo: tra il 2009 ed il 2014 le dimissioni ospedaliere hanno fatto registrare una riduzione media annua del 4,5% per cento e una riduzione complessiva del 16,7%. Tra il 2012 e il 2013 la diminuzione dell'attività ospedaliera per acuti è stata del 4,3%. La diminuzione dei ricoveri ha riguardato tutte le classi di età, eccetto quella dei 90 anni e oltre per cui le dimissione ospedaliere sono aumentate da circa 172 mila nel 2009 a oltre 217 mila nel 2013. La classe di età 70-79 anni, con quasi 1,6 milioni di casi, era quella con il numero più elevato di ricoveri, corrispondenti al 17,7% delle dimissioni totali. Tuttavia, in rapporto alla popolazione residente, i dati mostrano una situazione differente: era in corrispondenza del primo anno di vita che si registrava il rapporto più elevato con 4.734 dimissioni ogni 10 mila residenti. Seguivano, in ordine decrescente, la classe di età di 90 anni e oltre con un valore pari a 3.587, la classe 80-89 anni con 3.437 e solo in quarta posizione la classe di età di 70-79 anni con un valore pari a 2.814.

I dati relativi al **personale medico** mostravano, nel 2012, una composizione analoga a quella presente nelle strutture ospedaliere del Sistema sanitario nazionale: il 75,9 per cento prestava servizio presso le strutture pubbliche, il 9,5 per cento nelle strutture equiparate alle pubbliche ed il 14,6 per cento nelle strutture private accreditate.

Nelle strutture del SSN erano presenti 2 medici ogni mille abitanti, mentre tale valore arrivava a 4,4 per mille per il personale con il ruolo di infermiere. Ogni 2,2 infermieri c'era un medico: nelle strutture pubbliche tale rapporto era più alto rispetto a quelle equiparate alle pubbliche (2,4 rispetto a 1,9) e a quelle private accreditate (1,1).

Analizzando i dati del personale a livello territoriale, il valore più basso per presenza di medici si osservava nel Sud (1,7 medici per mille abitanti) e nel Nord-est (1,9 per mille): nella prima ripartizione la Calabria era la regione con il valore più basso (1,5), nella seconda lo era il Veneto (1,7).

#### La rete dell'emergenza-urgenza

Il SSN ha come principale compito istituzionale quello di garantire, in situazioni di emergenza e urgenza, interventi tempestivi e adeguati attraverso un'organizzazione capillare in grado di stabilizzare il paziente e trasportarlo in condizioni di sicurezza al presidio più appropriato. Tale organizzazione è rappresentata dalla rete di emergenza-urgenza, che a tal fine è articolata in:

- un sistema di allarme sanitario, costituito dalle Centrali Operative che rispondono alle chiamate al 118 e attivano il soccorso più tempestivo e appropriato alle condizioni del paziente;
- un sistema territoriale di soccorso, di base e avanzato, che assicura l'intervento, con mezzi di soccorso e personale formato, in tempi brevi (circa 8 minuti in area urbana e circa 20 minuti in area extraurbana);
- un sistema ospedaliero gerarchicamente differenziato su diversi livelli di operatività: punti di primo intervento, ospedali sede di pronto soccorso, ospedali sede di DEA (Dipartimento di Emergenza e Accettazione), di I e II livello.

La rete di emergenza-urgenza è attualmente in una fase di profonda riorganizzazione in tutte le Regioni. Ciò è conseguenza della più ampia riorganizzazione delle reti sanitarie assistenziali, finalizzata a ridurre gli squilibri presenti tra la risposta ospedaliera e quella territoriale per rispondere ai nuovi bisogni della popolazione. L'attenzione della programmazione nazionale si è rivolta prevalentemente al monitoraggio degli interventi di riorganizzazione delle reti di emergenza regionali, dell'attivazione delle reti assistenziali tempo-dipendenti, dello stato di avanzamento dei progetti sulla defibrillazione precoce, ai sensi del decreto del 18 marzo 2011, all'aggiornamento del metodo Triage e alla promozione della diffusione dell'Osservazione Breve Intensiva nei pronto soccorso. Particolare attenzione è stata posta al monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'emergenza-urgenza (Sistema 118 e presidi ospedalieri), in attuazione al decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 e sue successive modifiche che, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ha istituito il sistema informativo sulle prestazioni erogate in EMergenza-URgenza (Sistema EMUR). Tale decreto è a regime dal 1° gennaio 2012. Con l'obiettivo, inoltre, di individuare soluzioni assistenziali per la gestione dei codici bianchi e verdi, in alternativa al pronto soccorso, nel febbraio 2013 è stato emanato l'Accordo Stato-Regioni che prevede un modello organizzativo che assicura un'efficace risposta a tutte le richieste di assistenza sanitaria e sociosanitaria dei cittadini, garantendo un'adeguata progettazione di spazi, percorsi e team sanitari differenziati tra l'attività di emergenza e urgenza e l'attività di continuità assistenziale, nonché adeguati sistemi di ricezione delle richieste sia per le prestazioni di emergenza e urgenza sia per le richieste di cure primarie, continuativi nelle 24 ore, ma rigorosamente separati nei rispettivi percorsi. A fine 2013 risultano attive a livello nazionale 91 Centrali Operative 118.

Con l'obiettivo di promuovere l'informazione riguardo ai diversi servizi disponibili in caso di emergenza-urgenza, in collaborazione con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AgeNaS), nel corso del periodo 2012-2013, è stata realizzata la "Prima Campagna Informativa sul corretto utilizzo dei Servizi di Emergenza" nella convinzione che una corretta informazione sulle diverse possibilità di assistenza permetta ai cittadini di scegliere i servizi più adeguati ai propri bisogni e possa contribuire a migliorare l'efficacia dei servizi stessi. La campagna, rivolta a tutta la popolazione, con particolare attenzione ai giovani e ai cittadini stranieri, ha visto il coinvolgimento delle Società scientifiche, delle associazioni di volontariato, dei cittadini, nonché delle comunità straniere, e ha avuto risonanza a livello nazionale con la diffusione del video spot attraverso le principali reti televisive. Rilevanti sono state la partecipazione delle Regioni e le iniziative di diffusione della campagna informativa promosse a livello locale, in particolare nelle scuole.

Il flusso di dati EMUR, nell'anno **2012**, aveva registrato le informazioni pervenute dalle Regioni e Province Autonome. Le Regioni che avevano inviato i dati di attività del 118 erano complessivamente 19 su 21, con un buon grado di copertura rispetto alle Centrali Operative. Relativamente al pronto

soccorso, le Regioni e le Province Autonome che avevano inviato i dati del pronto soccorso erano complessivamente 20 su 21, con un buon grado di copertura rispetto alle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate dotate di pronto soccorso/DEA. Dall'analisi dei dati riferiti all'anno 2012, si rilevava che le chiamate pervenute al numero unico di emergenza 118 erano state circa 6 milioni, distribuite nelle 3 macro aree (Nord – Centro- Sud), con un numero di chiamate pari a 105 per 1.000 abitanti in media a livello nazionale. I dati evidenziavano un maggiore ricorso al numero di emergenza nella macro area del Nord, con 137 chiamate per 1.000 abitanti. Gli interventi effettuati con mezzi di soccorso dal sistema territoriale 118 sono stati pari a circa 3,8 milioni, con una media nazionale di 66 interventi per 1.000 abitanti. In questo caso i dati evidenziavano un numero più alto rispetto alla media nell'area del Nord e del Centro, mentre si registrava un numero molto più basso di interventi nel Sud e nelle Isole (40). Riguardo all'attività di pronto soccorso, nel 2012 si erano registrati in totale circa 18 milioni di accessi al pronto soccorso, distribuiti percentualmente nelle tre macro aree, 50% nel Nord, 25% nel Centro e 25% nel Sud e nelle Isole, con un tasso di accesso di 300 per 1.000 residenti in media.

In relazione all'esito del trattamento dopo l'accesso al pronto soccorso dai dati emergeva che, in media, il 73,0% dei pazienti veniva dimesso a domicilio, il 13,6% dei pazienti veniva ricoverato in reparto di degenza e il 5,2% veniva rinviato a strutture ambulatoriali.

#### L'ASSISTENZA TERRITORIALE

L'assistenza territoriale è costituita dalle strutture e dalle risorse di personale deputate all'assistenza di base, sia di tipo medico sia diagnostico e ad altri servizi come l'assistenza fornita in strutture residenziali o semiresidenziali. Si tratta di un'offerta più capillare sul territorio rispetto a quella di tipo ospedaliera. Questa forma di assistenza ruota attorno alla figura del medico di famiglia che rappresenta il principale riferimento per le cure di base del cittadino. I medici di medicina generale nel **2012** erano circa 45.000. L'offerta mostrava un leggero calo rispetto all'anno precedente, con un valore che andava da 7,8 a 7,6 medici ogni 10 mila abitanti mentre il numero di assistiti per medico era pari a 1.156. A livello territoriale, escludendo il caso della Provincia autonoma di Bolzano con un numero medio di 1.549 assistiti per medico, la variabilità regionale passava da 1.043 in Basilicata a 1.306 in Lombardia. Per quanto riguarda l'offerta di medici pediatri, sul territorio nazionale nel 2012 operavano circa 7.700 medici pediatri: circa 9 ogni 10 mila bambini fino a 14 anni. Il numero di bambini assistiti per pediatra risultava ancora in aumento, con circa 9 unità in più per medico dal 2011 al 2012. Valori superiori a 10 si avevano in Valle d'Aosta, Emilia-Romagna, Lazio, Abruzzo, Sicilia e Sardegna. Il numero medio di bambini assistiti era pari a 879 nel 2012. Si passava da 764 bambini assistiti in Sardegna a 1.006 in Veneto.

I servizi di guardia medica erano 4,9 ogni 100 mila abitanti, valore stabile rispetto al 2009. Stabile anche il numero di medici di guardia medica: nel 2012 erano 2 ogni 100 mila abitanti.

Gli ambulatori e i laboratori pubblici e privati convenzionati erano circa 16 ogni 100 mila abitanti nel 2012.

Un servizio 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 rappresentato dalle strutture per l'assistenza semiresidenziale e

residenziale. Nel periodo 2011-2012 si è assistito a un potenziamento di questi servizi: i posti letto nelle strutture per l'assistenza residenziale sono passati da 221 mila nel 2011 a 224 mila nel 2012, con un incremento pari a 1,6% in un anno; negli stessi anni i posti per l'assistenza semiresidenziale sono passati da circa 50 mila a 51 mila, corrispondente anche in questo caso a un aumento di +1,9%. In Italia si calcolavano circa 38 posti letto ogni 10 mila abitanti in strutture residenziali e circa 9 posti letto ogni 10 mila abitanti in strutture semiresidenziali. A livello territoriale l'offerta di posti letto in strutture residenziali e semiresidenziali presentava una significativa disparità fra Nord e Sud, con valori per le regioni settentrionali decisamente più elevati rispetto a quelli del Meridione.

In crescita anche <u>l'assistenza domiciliare integrata</u>. Nel corso del 2011 erano stati assistiti al proprio domicilio 605.896 pazienti, di cui l'83,2% over 65 anni e il 9,1% malati terminali. Mediamente a ciascun paziente erano state dedicate circa 22 ore di assistenza, erogata in gran parte da personale infermieristico (14 ore). Le ore dedicate a ciascun malato terminale risultavano, invece, pari a 23. Nel 2012 la situazione permaneva pressoché invariata. Anche per l'assistenza sanitaria erogata a domicilio si riscontravano differenze territoriali, ma meno marcate rispetto al passato. Il picco più elevato si registrava in Emilia-Romagna con quasi 12 anziani assistiti ogni 100 residenti. Nelle restanti regioni il livello di presa in carico era più modesto: si andava, infatti, da 8 anziani in Umbria a meno di 1 ogni 100 in Valle d'Aosta e nella Provincia autonoma di Bolzano. Nelle regioni del Nord si assistevano a domicilio mediamente 5 anziani ogni 100 (ma sulla media influiva molto il livello elevato dell'Emilia-Romagna); nelle regioni del Centro si scendeva a 3,6 e in quelle del Mezzogiorno a 3,4. In queste ultime, tra il 2004 e il 2012 si è registrato l'incremento maggiore del numero di anziani assistiti, la cui quota è più che raddoppiata. Rispetto all'ultima rilevazione si è assistito a un peggioramento del dato al Centro (in particolare nel Lazio e in Toscana) e a un miglioramento diffuso nel Mezzogiorno, in particolare in Sicilia.

#### LA SPESA SANITARIA

La spesa sanitaria pubblica misura l'impegno di risorse pubbliche per soddisfare il bisogno di salute dei cittadini attraverso prestazioni sanitarie. Sulla base dei dati del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), la spesa complessiva effettiva del Servizio sanitario nazionale – intesa quale somma dei costi di produzione delle funzioni assistenziali con il saldo della gestione straordinaria, con quello relativo alla compartecipazione al personale per attività libero-professionale intramoenia e con il saldo svalutazioni/rivalutazioni – ammontava, nell'anno 2012 a 113,683 miliardi di euro, di cui 113,036 miliardi di euro riferiti alle regioni e alle province autonome e 0,647 miliardi di euro per gli altri enti del SSN finanziati direttamente allo Stato. Il rapporto tra spesa complessiva sanitaria pubblica e Prodotto interno lordo (Pil) si attestava al 7,3%<sup>5</sup>, ovvero a 1.849 euro annui per abitante. La spesa sanitaria delle famiglie rappresentava l'1,8% del Pil nazionale. Rispetto al totale, la quota pubblica ammontava al 79,4%, il rimanente 20,6% era a carico delle famiglie. A livello territoriale, la ripartizione geografica con la maggior spesa pro capite era il Centro (1.931 euro). Sei regioni spendevano più di duemila euro per abitante: Valle d'Aosta, Liguria, Trentino-Alto Adige, Friuli-

\_\_\_

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze – "Relazione generale sulla situazione economica del Paese – 2012"

Venezia Giulia, Lazio e Marche; sei regioni spendevano meno di 1.800 euro per abitante: Veneto, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia. Nel Sud e nelle Isole la quota di spesa sanitaria pubblica sul totale della spesa era maggiore che nel resto d'Italia. Di riflesso, erano le regioni del Nord e del Centro quelle in cui le famiglie contribuivano in percentuale maggiore alla spesa sanitaria: 21,2% nel Nord-ovest, 24,3% nel Nord-est (il valore più elevato) e 21,7% al Centro. Le regioni in cui la spesa sanitaria delle famiglie era maggiore erano Friuli-Venezia Giulia ed Emilia-Romagna (superiore al 25%) mentre quelle in cui era minore erano Basilicata e Sardegna (15%).

#### LA COMPARTECIPAZIONE DEI CITTADINI AL COSTO DELLE PRESTAZIONI

Come indicato nei precedenti rapporti, tutte le regioni prevedono sistemi di compartecipazione alla spesa sanitaria che si differenziano sia in relazione alle prestazioni su cui si applicano, sia in relazione agli importi che i cittadini sono tenuti a corrispondere sia in relazione alle esenzioni previste. In particolare, se le misure di compartecipazione alla spesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali e per gli accessi di pronto soccorso inappropriati sono previste in tutte le regioni, alcune non prevedono alcun ticket (Valle d'Aosta, PA Trento, Friuli VG, Marche, Sardegna) per le prestazioni farmaceutiche convenzionate.

Per la **farmaceutica**, le norme nazionali non prevedono forme di compartecipazione e l'importo del ticket è differenziato e modulato in modo variabile nelle singole regioni. Nel **2015**<sup>6</sup>, in cinque regioni i non esenti dovevano versare un ticket di importo fisso per confezione (pari a 2 euro in Piemonte, Lombardia, PA Bolzano, Veneto, Liguria, Puglia) associato ad un costo massimo per ricetta (pari a 4 euro, 6,5 in Puglia). In quattro regioni (Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Basilicata) era previsto un ticket di importo variabile in ragione del reddito ed associato ad un costo massimo per ricetta. Tuttavia, gli importi previsti variano tra regione e regione (la quota per confezione arriva a 3 euro in Emilia Romagna e Umbria, a 4 euro in Toscana, a 2 in Basilicata). In tre regioni (Lazio, Abruzzo, Sicilia) è previsto un ticket per confezione differenziato in base al prezzo del farmaco ed in tre regioni (Molise, Campania, Calabria) al ticket per confezione, differenziato in base al prezzo del farmaco, è associata una quota fissa per ricetta. Nella PA Trento dal 1 giugno 2015 è previsto il pagamento di un ticket pari a 1 euro per ricetta.

In altre regioni l'importo del ticket (totale o parziale) è dovuto anche dagli esenti o da alcune categorie di esenti (Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia).

In tutte le regioni, incluse quelle in cui non erano previsti ticket, per le prestazioni farmaceutiche era richiesto a tutti i cittadini il pagamento della differenza tra il prezzo del farmaco acquistato ed il prezzo del farmaco equivalente.

Riguardo le **prestazioni specialistiche ambulatoriali** si fa presente che la legge 537/1993 aveva introdotto il pagamento fino all'importo massimo di 36,15 euro per ricetta a carico di tutti i cittadini e che il DL 98/2011 aveva reintrodotto, per i non esenti, il pagamento di una ulteriore quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro (prevista dal comma 796 lett. p della legge 296/2006, ed *abolita, per gli anni 2009, 2010 e 2011*, dall'articolo 61, comma 19, del DL 112/2008), consentendo però alle regioni di adottare misure alternative in grado di assicurare lo stesso gettito ed aggiuntive rispetto alle misure

-

<sup>&</sup>lt;sup>6</sup> Fonte: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

eventualmente già vigenti nelle singole regioni. Di conseguenza, l'importo del ticket che i cittadini sono tenuti a pagare per le prestazioni specialistiche ambulatoriali varia da regione a regione.

Nel 2015, 4 regioni non applicavano la quota ricetta di cui al DL 98/2011 (Valle d'Aosta, PA Bolzano, Basilicata. La PA Trento dal 1 giugno 2015 prevedeva una quota di 3 euro), 9 regioni (Abruzzo, Liguria, Lazio, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna) applicavano la quota aggiuntiva per ricetta di 10 euro, le restanti applicavano misure alternative alla quota fissa. Le misure alternative erano articolate secondo diverse modalità: in 5 regioni (Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche,) la quota ricetta veniva rimodulata in base al reddito familiare; in 3 regioni (Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia) la rimodulazione si basava sul valore della ricetta. Tuttavia, differivano sia le fasce di reddito applicate nelle regioni, sia le modalità di calcolo del reddito considerato (in alcune si utilizzava il reddito familiare, in altre l'ISEE), sia le fasce di valore delle ricette. Inoltre, alcune regioni prevedevano ticket differenziati per alcune prestazioni ad alto costo (es. TAC, RM, PET, chirurgia ambulatoriale).

Alla evidente variabilità derivante dall'articolazione del sistema di compartecipazione si aggiungeva la variabilità delle esenzioni. Nello stesso anno, a livello nazionale erano previste esenzioni per specifiche condizioni di salute (alcune patologie croniche, specifiche malattie rare, gravidanza, invalidità), per alcune attività di prevenzione (screening per alcuni tumori, test HIV), o per alcune categorie di cittadini individuate in base all'associazione tra condizioni personali, sociali e reddituali (cittadini di età inferiore a sei anni o superiore a sessantacinque anni, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a 36.151,98 euro; disoccupati e loro familiari a carico appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico; titolari di pensioni sociali e loro familiari a carico; titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant'anni e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico). Le regioni hanno frequentemente esteso le esenzioni previste a livello nazionale a ulteriori condizioni di salute o a ulteriori categorie di cittadini o hanno modificato i limiti di reddito. Ad esempio, in alcune regioni erano esenti tutti i disoccupati, i lavoratori in cassa integrazione o in mobilità o con contratto di solidarietà; in altre regioni erano stati esentati dalla partecipazione al costo i figli a carico dal terzo in poi, in altre erano esenti gli infortunati sul lavoro per il periodo dell'infortunio o affetti da malattie professionali, i danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati, le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e familiari, i residenti in zone terremotate.

### COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA TABELLE DI SINTESI DEI SISTEMI REGIONALI DI COMPARTECIPAZIONE RELATIVI A PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI E FARMACEUTICHE (AGGIORNATE SULLA BASE DELLA NORMATIVA DISPONIBILE AL 30 aprile 2015)

			ISURE DERIVANTI DAL DL iuntive rispetto alle misure	regionali
TICKET EX LEGGE	MISURE REGIONALI	QUOTA	MISURE ALTERNATIVE RICETTA EX DL	
537/1993	AGGIUNTIVE	10 EURO	Rimodulazione quota ricetta in base al reddito familiare	Rimodulazione quota ricetta in base al valore della ricetta
Tutte le regioni applicano ai non esenti il ticket max di 36,15€ ex L 537/1993 ad eccezione di:  Lombardia 36,00€  Toscana 38€  Marche 36,20  Calabria 45€  Sardegna 46,15€  Alcune regioni hanno stabilito ticket differenziati per specifiche prestazioni	Lazio quota ricetta aggiuntiva: FKT 5 €, RM e TAC 15 €, altre prestazioni 4€  Molise quota ricetta aggiuntiva RM e TAC 15€ FKT 5€ Altre prestazioni 4€  Campania quota ricetta aggiuntiva 5€ o 10€ in base al reddito e al numero di componenti del nucleo familiare  Sicilia 10% dell'importo tariffario eccedente i 36,15€	Abruzzo Liguria Lazio Molise Campania Puglia Calabria Sardegna Sicilia  NON APPLICATA  VdA Bolzano Basilicata  Trento: 3 euro da 1.6.2015	Veneto 5 o 10 €  Emilia Romagna da 0 a 15€ + ticket max 36,15€, eccetto le seguenti per le quali si paga solo quota fissa: TAC-RM da 36,15 a 70€, Viste specialistiche 23€ la prima visita e 18€ le successive, chirurgia ambulatoriale 46,15€  Marche da 0 a 15 €, TAC-RM da 36,20 a 70,20€  Toscana oltre al ticket (max 38 €), da 0 a 30 €, TAC-RM da 0 a 34 €, chirurgia ambulatoriale, Pet e scintigrafia da 0 a 40 €, prestazioni a cicli 0-34€, medicina fisica 0-82€; contributo 10 € per digitalizzazione delle procedure diagnostiche per immagini (max 30€ per anno). Per ALPI contributo aggiuntivo 10-30 € in base alla tariffa  Umbria da 0 a 15 € + ticket, eccetto TAC-RM per la quale si paga solo quota fissa da 0 a 34 €, escluse ricette di importo fino a 10€	Piemonte da 0 a 30 €  Lombardia da 0 a 30 €  Friuli VG da 0 a 20 €

Fasce di reddito applicate nelle regioni

Emilia Romagna,
Toscana, Umbria, Marche
fino a 36.151,98 €
fra 36.151,99 e 70.000 €
da 70.001 a 100.000 €
superiore a 100.000 €

Veneto
fino a 29.000 €
superiore a 29.000 €

#### Campania

Non esenti per patologia: esenti fino a 36.151,98 €
Per i pazienti con patologie suscettibili di esenzione, il diritto all'esenzione dipende dal reddito; Le fasce di reddito dipendono anche dal numero dei componenti del nucleo familiare: fino a 18.00 €, fino a 22.000 €, fino a 24.000 €, fino a 36.151,98 €, tra 36.151,98 € e 50.000 €

Basilicata
(solo per la farmaceutica)
fino a 14.000 €
da 14.000 a 22.000 €
da 22.000 a 30.000 €
superiore a 30.000 €

## Lombardia Fasce di reddito dipendenti anche dal numero dei componenti del nucleo familiare)

Modalità di calcolo delle fasce di reddito nelle regioni

ic lasce at redatio fielic regioni
reddito familiare fiscale ai sensi del DM 1993
reddito familiare
reddito familiare
reddito familiare
reddito familiare
reddito familiare ISEE
reddito lordo familiare fiscale o ISEE
reddito del nucleo familiare
reddito fiscale del nucleo familiare
reddito ISEE
reddito familiare
reddito familiare ISEE
reddito familiare fiscale

### PRINCIPALI CARATTERISTICHE DEI SISTEMI REGIONALI DI COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA FARMACEUTICA

Regione	Ticket per confezione *	Max per ricetta	Farmaci equivalenti (non coperti da brevetto) **
Valle d'Aosta	//	11	differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Piemonte	2€	4€	differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Lombardia	2€	4€	Ticket + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Bolzano	2€	4€	Ticket + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Trento	Dal 1.6.2015: 1 € per ricetta	//	differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Veneto	2€	4€	Ticket + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Friuli Venezia Giulia	//	//	differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Liguria	2€	4€	Ticket + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Emilia Romagna	Fasce reddito 0€ 1€ 2€ 3€	Fasce reddito 0€ 2€ 4€ 6€	Ticket + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Toscana	Fasce reddito 0€ 2€ 3€ 4€	Fasce reddito  0€ 2€ 6€ 8€ - Max prezzo del farmaco - Max 400€ anno per singolo utente	Ticket + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Umbria	Fasce reddito 0€ 1€ 2€ 3€	Fasce reddito  0€  2€  4€  6€  (Max prezzo del farmaco)	Ticket + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Marche	//	//	differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Lazio	Confezioni>5€: non esenti 4€ esenti 2€  Confezioni<=5€: non esenti 2,5€ esenti 1€		differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Abruzzo	Non esenti: Confezioni >5€: 2€ Confezioni<=5€: 0,50€	Non esenti: Confezioni >5€: 6€ Confezioni<=5€:	Eccetto esenti totali: - farmaci equivalenti prezzo <= riferimento AIFA: 0€ - farmaci equivalenti di prezzo >

	Esenti parziali:	1,50€	riferimento AIFA: 0,50€ a conf., max
	(In∨alidi) 0,25€	Esenti parziali: (Invalidi) 0,75€	1,50€ a ricetta, + diff.sul prezzo di riferimento
Molise	Non esenti: 0,50 € a ricetta + Farm branded >5€: 2€ Farm brev scad >5€: 0,50€ Esenti parziali:	Non esenti: 0,50 € a ricetta + Max 6€	Eccetto esenti totali: Ticket + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
	0,50 €a ricetta Non esenti: 2 € a ricetta		
	1,50€ (escl. equivalenti con prezzo allineato a rifer. regionale)		
Campania	Esenti per pat croniche e rare con multiprescriz. fino a 6 pezzi: ticket dalla 3' confezione di farmaco coperto da brevetto pari a 0,50€ (reddito < 36.151,98) o 1,00€ (reddito > 36.151,98 Esenti: 1€ a ricetta		Prezzo allineato a quello di riferimento regionale: 0€
	Non esenti: 1€ a ricetta	Non esenti:	1€ a ricetta + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Puglia	+ 2€ Esenti parziali: 1 € a ricetta	1€ a ricetta + 5,50€	Esenti totali: +differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Basilicata	Quota fissa per ricetta per fasce di reddito 1,00€ 2,00€		Quota fissa + differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Calabria	Non esenti: 1€ a ricetta + 2€ Esenti parziali: (invalidi) 1€ a ricetta	5€	Eccetto invalidi di guerra e vittime del terrorismo e della criminalità organizzata: differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso
Sicilia	Non esenti: Fasce di prezzo Fino a 25€: 4€ Oltre 25€: 4,50€  Soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti e rare: Ticket per confezione per		Eccetto invalidi di guerra e vittime del terrorismo e della criminalità organizzata: Ticket per confezione Fasce di prezzo Fino a 25€: 2€ Oltre 25€: 2,50€
	fasce di prezzo: - Fino a 25€: 1,5€ - Oltre 25€: 2€		Soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti e rare: - Farmaci generici 1€ / 1,50€
Sardegna	//	//	differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso

<sup>(\*)</sup> se non indicato diversamente il pagamento della compartecipazione è dovuto esclusivamente dai non esenti

<sup>(\*\*)</sup> se non indicato diversamente il pagamento della differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso è dovuto da tutti

Fonte: AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali)

#### I TEMPI DI ATTESA

Nelle Tavole successive viene illustrato il monitoraggio dei tempi di attesa per il ricovero, come previsto dall'Intesa Stato-Regioni per il Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012 del 28/10/2010. Il monitoraggio è stato reso possibile grazie al D.M. 135/2010, che ha introdotto nel flusso delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) il campo "data di prenotazione" ed il campo "classe di priorità del ricovero".

Tavola 1 - Distribuzione delle dimissioni e dei tempi medi di attesa (giorni) prima del ricovero per alcuni tipi di procedure per regione e classe di priorità della degenza con tipo ricovero programmato o non compilato e data di prenotazione valida - Attività per Acuti in Regime ordinario - Anno 2010

				In	terventi pe	r Tumore alla	a mammella	ı							- 1	nterventi pe	er Tumore al	la prostata				
REGIONE	Totale con	Ricoveri giorn		Ricoveri giorn		Ricoveri e giorr		Ricoveri anno		Cl. Prior. er comp		Totale con	Ricoveri giorn		Ricoveri e giorn		Ricoveri e giorr		Ricoveri anno		Cl. Prior. er comp	
	prenotaz.	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	prenotaz.	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media
Piemonte	1.053	774	28,5	112	22,0	14	16,3	9	22,3	144	19,7	1.343	900	47,1	204	48,1	26	36,4	2	26,5	211	12,4
Valle d'Aosta	17		-	17	21,7		-	-				83	16	48,0	63	58,0	4	84,5	-			-
Lombardia	1.487	931	16,9	89	22,3	26	27,7	35	12,9	406	20,5	1.486	611	29,8	401	63,6	129	78,9	23	20,0	322	39,6
P.A. Bolzano	67	20	14,3		-	-	-	8	8,3	39	14,7	93	5	22,2	18	3,8	-		14	30,0	56	26,1
P.A. Trento	175	162	19,4	8	20,8	5	37,4	-				88	16	39,3	8	31,5	21	46,3	43	42,9	-	-
Veneto	1.315	1.114	20,2	129	30,9	21	59,7	4	42,5	47	16,8	2.027	754	32,6	815	43,8	99	73,1	171	13,2	188	33,7
Friuli V.G.	418	-	-	-	-	-	-	-		418	25,6	180	-	-	-	-	-	-	-	-	180	44,5
Liguria	207	14	13,8	-	-	-	-	1	23,0	192	29,0	298	13	27,5	4	37,0	1	108,0	2	19,0	278	36,4
Emilia Romagna	1.249	838	25,4	58	31,4	4	27,8	7	14,6	342	26,4	1.617	781	37,6	224	55,4	56	56,9	12	75,8	544	39,7
Toscana	294	100	26,4	6	17,2	-	-	17	19,2	171	19,7	471	110	23,4	6	44,5	6	67,0	5	43,0	344	23,1
Umbria	222	80	18,7	20	44,8	1	92,0	1	6,0	120	31,8	217	77	32,6	11	51,1	3	104,3	1	27,0	125	36,3
Marche	371	182	17,0	13	37,8	3	42,7	35	18,2	138	39,4	476	186	32,5	27	42,4	1	92,0	14	43,9	248	68,9
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Abruzzo	159	5	11,8	-	-	1	14,0	-	-	153	33,0	220	11	23,1	1	35,0	-	-	1	5,0	207	47,0
Molise	3	3	4,3		-	-	-	-	-	-				-	-	-	-	-	-	-	-	-
Campania			-		-	-	-	-		-	-		-	-	-	-	-	-	-		-	-
Puglia	794	718	18,5	48	39,9	11	53,2	17	18,9	-	-	709	263	27,5	292	48,7	75	74,8	79	45,4	-	-
Basilicata	62	26	12,2	2	24,5	1	29,0	-		33	40,0	36	26	14,8	1	31,0	-	-	-		9	35,6
Calabria			-	-		-	-	-	-	-	-			-	-		-		-		-	-
Sicilia	506	-	-	-	-	-	-	-		506	11,7	422	-	-	-		-		-	-	422	28,7
Sardegna	326	148	25,0	34	35,0	4	42,0	140	27,6	-		121	37	28,0	44	43,3	4	77,3	36	10,9	-	-
ITALIA	8.725	5.115	21,5	536	28,8	91	38,6	274	22,5	2.709	23,2	9.887	3.806	35,8	2.119	49,9	425	69,8	403	26,9	3.134	36,6

Tavola 2 - Distribuzione delle dimissioni e dei tempi medi di attesa (giorni) prima del ricovero per alcuni tipi di procedure per regione e classe di priorità della degenza con tipo ricovero programmato o non compilato e data di prenotazione valida - Attività per Acuti in Regime ordinario - Anno 2010

				Ir	terventi pe	r Tumore al	colon retto									Interventi	per Tumore	all'utero				
REGIONE	Totale con	Ricoveri e giorn		Ricoveri e giorn		Ricoveri e giorn		Ricoveri e anno		Cl. Prior. er comp		Totale con	Ricoveri e giorn		Ricoveri e giorn		Ricoveri e giorn		Ricoveri e anno		Cl. Prior. er comp	
	prenotaz.	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	prenotaz.	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media
Piemonte	2.498	1.599	25,3	411	23,8	45	26,5	29	24,9	414	17,4	521	253	24,5	98	24,3	24	23,9	12	38,8	134	14,:
Valle d'Aosta	46	45	33,4		-	1	152,0					7	6	15,5	1	19,0				-		-
Lombardia	2.101	1.262	15,7	95	18,3	75	21,7	46	13,0	623	14,9	459	245	19,0	35	36,6	12	26,3	4	8,0	163	21,2
P.A. Bolzano	138	29	8,8	3	17,3	-	-	19	9,2	87	10,9	30	5	8,2		-	-	-	1	15,0	24	16,3
P.A. Trento	255	209	17,5	33	25,5	11	24,5	2	9,5	-	-	36	28	20,6	6	11,7	2	40,5	-	-	-	-
Veneto	2.251	1.926	22,2	164	32,1	34	86,8	23	31,2	104	22,5	408	290	19,9	57	38,3	6	88,2	2	11,5	53	26,8
Friuli V.G.	441	-	-		-	-	-	-	-	441	19,9	119	-	-		-	-	-		-	119	23,6
Liguria	582	27	10,7	1	8,0	1	118,0	6	15,2	547	25,4	129	7	14,4	1	8,0	-	-	1	7,0	120	27,0
Emilia Romagna	2.314	1.421	21,7	83	35,5	22	69,3	16	26,2	772	21,3	509	320	21,7	19	51,5	16	37,0	7	17,7	147	23,5
Toscana	803	285	20,1	16	20,3	2	133,0	2	110,0	498	19,1	158	72	15,4	2	18,5	-	-	3	19,0	81	22,0
Umbria	608	164	16,5	51	57,0	2	70,5	6	50,5	385	34,6	75	30	18,0	11	45,6	-	-	1	4,0	33	24,6
Marche	942	348	15,4	24	33,0	8	101,8	87	13,2	475	18,4	109	42	19,2	5	34,8	-	-	1	21,0	61	21,9
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Abruzzo	319	5	2,6	2	16,5	-	-	-	-	312	13,9	64	2	7,0	-	-	-	-	-	-	62	17,1
Molise	16	15	5,4	-	-	-	-	1	20,0	-	-	7	7	4,7	-	-	-		-	-	-	-
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-		-	-	-	-	-	-	-
Puglia	1.044	902	12,7	87	35,6	18	31,8	37	21,0	-	-	192	159	15,0	27	27,0	4	61,0	2	36,5	-	-
Basilicata	92	64	12,3	4	27,8	9	9,3	7	17,9	8	19,3	17	9	8,6	2	14,5	2	12,0	-	-	4	17,5
Calabria		-	-		-	-		-	-	-	-	-	-			-	-	-		-	-	-
Sicilia	1.228	-	-	-	-	-	-	-	-	1.228	12,8	265	-	-	-	-	-	-	-	-	265	16,9
Sardegna	581	308	27,7	41	43,9	6	63,5	226	17,7	-	•	124	55	14,9	7	18,7	1	27,0	61	23,2	-	-
TALIA	16.259	8.609	20,2	1.015	29,2	234	43,1	507	18,4	5.894	18,8	3.229	1.530	19,7	271	31,4	67	35,6	95	23,6	1.266	20,7

Tavola 3 - Distribuzione delle dimissioni e dei tempi medi di attesa (giorni) prima del ricovero per alcuni tipi di procedure per regione e classe di priorità della degenza con tipo ricovero programmato o non compilato e data di prenotazione valida - Attività per Acuti in Regime ordinario - Anno 2010

											Interv	enti per Ang	gioplastica co	oronarica (P	TCA)							
REGIONE	Totale con									Cl. Prior. er comp		Totale con	Ricoveri giorr		Ricoveri giorr		Ricoveri e giorr		Ricoveri e anno		Cl. Prior. e com	
	prenotaz.	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	prenotaz.	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media
Piemonte	1.199	353	11,0	161	25,7	118	15,5	2	132,5	565	8,1	4.311	867	6,7	1.206	28,2	382	31,6	192	31,2	1.664	17,
/alle d'Aosta	-	-	_	-	-	-	-	-	-	-	-	41	2	2,5	2	37,5	1	3,0	36	16,1	-	-
Lombardia	1.078	712	10,1	60	29,9	30	66,4	15	23,1	261	23,9	3.324	1.443	12,4	592	22,6	261	71,7	153	38,0	875	23,2
P.A. Bolzano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		104	23	8,8	-	-	-	-	4	7,8	77	15,1
P.A. Trento	144	93	23,4	45	63,4	6	125,0	-	-	-	-	180	137	9,5	35	6,3	8	8,8	-	-	-	-
/eneto	835	517	36,1	128	83,8	156	107,2	17	186,1	17	40,9	1.420	756	14,3	130	35,4	58	39,5	160	47,0	316	22,
Friuli V.G.	70	-	-	-	-		-	-	-	70	4,0	297	-	-	-	-	-	-	-	-	297	36,
Liguria	118	12	11,6	-	-	-	-	-	-	106	17,9	372	32	15,6	-	-	-	-	11	9,0	329	16,0
Emilia Romagna	736	479	9,4	31	35,1	1	10,0	-	-	225	25,1	3.439	1.987	13,6	251	32,2	43	90,2	3	188,7	1.155	25,3
Toscana	501	142	62,2	-	-	-	-	197	17,1	162	1,9	1.080	608	14,7	16	48,6	3	66,3	37	23,2	416	13,1
Umbria	180	36	10,4	6	44,7	1	80,0	-	-	137	15,8	549	103	14,8	4	26,0	7	1,6	5	61,2	430	19,4
Marche	476	-	-	-	-	-	-	-	-	476	18,5	264	53	15,5	12	33,8	1	22,0	-	-	198	19,4
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Abruzzo	247	-	-	-	-	-	-	-	-	247	31,2	391	12	10,2	-	-	-	-	-	-	379	9,2
Molise	26	26	9,6	-	-	-	-	-		-	-	45	45	5,8	-	-	-	-	-		-	-
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-		-			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Puglia	701	628	12,7	42	37,1	7	123,7	24	30,0	-	-	2.251	1.725	13,3	294	43,8	95	99,4	137	48,9	-	-
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	3	9,7
Calabria		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sicilia	407	-	-	-	-	-	-	-		407	14,6	4	-	-	-	-	-	-	-	-	4	10,8
Sardegna	220	126	31,0	52	71,4	21	95,7	21	35,5	-	•	293	45	6,6	43	31,1	5	78,8	200	17,0		
TALIA	6.938	3.124	18,5	525	49,8	340	71,3	276	31,2	2.673	16,6	18.368	7.838	12,5	2,585	29,3	864	54,5	938	34,0	6.143	20,2

Tavola 4 - Distribuzione delle dimissioni e dei tempi medi di attesa (giorni) prima del ricovero per alcuni tipi di procedure per regione e classe di priorità della degenza con tipo ricovero programmato o non compilato e data di prenotazione valida - Attività per Acuti in Regime ordinario - Anno 2010

				Inter	venti per Er	ndoarteriecto	mia carotid	lea								Intervent	i per Protesi	d'anca				
REGIONE	Totale con	Ricoveri e giorn		Ricoveri giorn		Ricoveri e giorn		Ricoveri e anno		Cl. Prior. e comp		Totale con	Ricoveri e giorn		Ricoveri e giorn		Ricoveri e giorr		Ricoveri e anno		Cl. Prior. er comp	rrata o non pilata
	prenotaz.	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	prenotaz.	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media
Piemonte	1.435	443	34,7	368	47,2	324	58,1	1	6,0	299	18,7	5.047	489	64,5	1.573	114,4	1.336	129,3	87	169,6	1.562	35,3
Valle d'Aosta	164	10	21,9	151	42,3	1	26,0	2	151,5		-	90	2	5,0	8	18,0	68	42,7	12	91,3		-
Lombardia	1.125	498	23,6	201	46,7	75	53,1	53	35,4	298	36,3	5.022	431	40,1	826	51,6	1.333	105,9	722	88,5	1.710	81,8
P.A. Bolzano	120	30	17,0	1	2,0	-	-	12	14,2	77	16,0	543	26	23,2	67	27,0	38	68,0	74	71,5	338	51,1
P.A. Trento	276	112	18,0	136	38,5	26	61,5	2	218,5		-	411	77	61,7	164	72,2	140	58,1	30	58,8		-
Veneto	1.667	773	37,8	536	57,8	74	187,9	32	89,5	252	52,8	5.979	479	43,4	1.382	61,8	2.822	117,2	809	137,4	487	152,5
Friuli V.G.	190	-	-	-	-	-	-	-	-	190	57,2	1.106	-	-	-	-	-	-	-	-	1.106	100,1
Liguria	287	16	54,4	2	46,0		-	2	61,5	267	34,3	1.239	7	38,1	45	53,6	28	182,8	53	80,5	1.106	114,0
Emilia Romagna	1.264	488	38,3	361	53,3	32	89,6	10	42,1	373	36,9	4.739	663	37,9	955	84,2	1.385	126,9	942	166,9	794	80,5
Toscana	465	61	35,0	96	72,9	3	99,3	6	13,2	299	58,6	2.562	271	30,3	417	57,9	549	69,2	555	51,7	770	55,0
Umbria	206	39	18,6	5	61,0	4	94,8	1	221,0	157	35,7	645	94	50,7	68	75,8	61	88,8	75	107,4	347	75,5
Marche	415	86	17,0	26	37,7	3	97,7	15	17,1	285	48,3	1.159	103	22,6	188	30,5	236	108,4	93	137,0	539	54,4
Lazio		-	-		-	-	-	-		-			-	-	-	-		-	-	-	-	-
Abruzzo	521	42	24,8	6	42,0	3	119,3	-	-	470	41,1	912	46	54,0	32	50,9	51	33,3	1	3,0	782	48,6
Molise	36	27	14,2	8	13,1	1	67,0	-	-	-	-	10	1	27,0	2	110,5	2	91,5	-	-	5	9,6
Campania	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-
Puglia	488	328	16,7	129	39,8	23	62,5	8	92,0	-	-	2.077	1.266	21,6	311	50,4	369	126,2	131	141,6	-	-
Basilicata	40	36	62,6	3	76,0	-	-	-	-	1	6,0	129	45	32,8	27	75,5	23	79,2	10	86,3	24	90,6
Calabria		-	-		-	-	-	-		-			-	-	-	-		-	-	-	-	-
Sicilia	594	-	-	-	-	-	-	-	-	594	36,5	1.594	-	-	-	-	-	-	-	-	1.594	42,6
Sardegna	150	46	34,4	21	47,5	5	53,2	78	65,0	-	-	689	97	77,1	164	48,1	18	102,5	410	57,2	-	-
ITALIA	9.443	3.035	30,9	2.050	50,6	574	77,2	222	56,6	3,562	40,0	33.953	4.097	37,7	6.229	75,0	8.459	113,5	4.004	112,8	11.164	71,1

Tavola 5 - Distribuzione delle dimissioni e dei tempi medi di attesa (giorni) prima del ricovero per alcuni tipi di procedure per regione e classe di priorità della degenza con tipo ricovero programmato o non compilato e data di prenotazione valida - Attività per Acuti in Regime ordinario - Anno 2010

					nterventi p	er Tumore a	polmone									Intervent	i per Tonsille	ectomia				
REGIONE	Totale con	Ricoveri e giorn		Ricoveri giorn		Ricoveri e giorn		Ricoveri anno		Cl. Prior. er comp		Totale con	Ricoveri giorr		Ricoveri giorr		Ricoveri e giorr		Ricoveri e anno		Cl. Prior. e comp	
	prenotaz.	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	prenotaz.	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media
Piemonte	419	234	17,7	178	39,9	3	13,0	_	_	4	19,3	4.658	373	47,4	1.272	83,5	2.059	83,4	384	90,8	570	52,8
/alle d'Aosta	12	1	3,0	11	13,5		-				-	167	21	54,2	9	111,4	137	137,9				-
ombardia	624	446	14,6	6	35,7	3	61,7	16	24,7	153	18,8	2.800	340	35,7	462	57,2	642	98,9	319	131,1	1.037	71,
P.A. Bolzano	39	7	21,4	-	-	-	-	4	11,8	28	12,1	500	22	20,6	83	12,7	4	86,3	117	75,0	274	49,4
P.A. Trento	27	26	19,0	1	21,0	-	-	-	-	-	-	99	7	35,4	57	81,2	23	170,3	-	-	12	94,6
/eneto	501	450	24,0	32	52,3	5	55,2	1	246,0	13	9,6	668	98	62,9	183	78,6	266	70,1	22	100,4	99	78,8
Friuli V.G.	54	-	-	-	-	-	-	-	-	54	12,3	727	-	-	-	-	-	-	-	-	727	64,
liguria	75	4	11,8	1	62,0		-	1	19,0	69	23,8	194	-	-	4	66,3	9	90,1	-		181	88,1
Emilia Romagna	692	443	16,5	3	43,7	55	7,1	-	-	191	20,5	3.507	353	44,4	888	82,6	762	144,9	294	137,4	1.210	105,0
Toscana	99	3	20,7	-	-	-	-	-	-	96	17,3	700	95	23,9	140	41,6	53	57,8	48	70,8	364	43,0
Umbria	105	19	11,1	6	70,3	-	-	1	6,0	79	21,0	490	63	31,8	29	63,8	50	113,1	6	165,5	342	74,3
Marche	124	25	21,0	-	-	-	-	-	-	99	22,5	1.243	127	27,9	216	99,9	77	99,6	168	47,9	655	76,0
azio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	-		-	-
Abruzzo	74	-	-	-	-	-	-	-	-	74	26,1	537	1	15,0	1	106,0	2	49,0	14	50,4	519	48,8
Molise	3	2	22,5		-		-	1	38,0		-	-	-	-	-	-	-		-			
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-
Puglia	221	160	16,1	30	16,7	18	20,1	13	8,3	-	-	1.214	423	36,4	319	67,1	376	127,3	96	160,0	-	-
Basilicata	19	18	6,3		-	-	-		•	1	10,0	12	1	3,0	-	-	-	•	-	•	11	11,1
Calabria		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sicilia	261	-	-	-	-	-	-	-	-	261	12,1	1.286	-	-	-	-	-	-	-	-	1.286	32,3
Sardegna	69	24	16,4		-		-	45	17,9	-	-	968	98	28,4	83	91,5	153	122,3	634	68,2		-
TALIA	3.418	1.862	17,9	268	38,3	84	14,9	82	20,3	1.122	18,1	19.770	2.022	39,3	3.746	76,2	4.613	102,2	2.102	95,1	7.287	65,1

Tavola 6 - Distribuzione delle dimissioni per alcuni tipi di procedure per regione, con percentuali con data di prenotazione valida, tipo ricovero programmato o non compilato, dimessi prenotati, attesa media prima del ricovero e degenza media preoperatoria – Attività per Acuti in Day Hospital – Anno 2012

REGIONE	Chemioterapia							Coronarografia						
	Totale dimissioni	% data pren. valida	Tipo ricovero non urgente		con	Attesa media in	Totale	% data	Tipo ricovero non urgente		con	Attesa media in		
			% programmato	% non compilato	prenotaz.	giorni	dimissioni	pren. valida	% programmato	% non compilato	prenotaz.	giorni		
Piemonte	11.778	70,4	_	100,0	8.290	7,9	631	89,5	_	100,0	565	30,		
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Lombardia	6.599	89,5	-	100,0	5.903	16,4	30	93,3	-	100,0	28	6,		
P.A. Bolzano	832	64,3	100,0	-	535	10,5	11	-	100,0	-		-		
P.A. Trento	532	93,8	100,0	-	499	6,8	11	90,9	100,0	-	10	16,		
Veneto	746	23,2	-	100,0	173	11,9	2.396	97,5	-	100,0	2.335	31,		
Friuli V.G.	2.743	79,0	-	100,0	2.167	15,4	20	90,0	-	100,0	18	36,		
Liguria	6.991	25,6	0,0	100,0	1.790	10,7	1.003	87,4	-	100,0	877	15,		
Emilia Romagna	94	29,8	-	100,0	28	19,6	88	100,0	-	100,0	88	37,		
Toscana	14.963	39,5	-	100,0	5.911	9,0	59	62,7	-	100,0	37	4,		
Umbria	1.537	8,8	-	100,0	136	13,0	-	-	-	-	-	-		
Marche	4.969	67,2	-	100,0	3.338	11,4	107	89,7	-	100,0	96	46,		
Lazio	23.268	58,4	100,0	-	13.591	12,5	38	47,4	100,0	-	18	11,		
Abruzzo	2.343	43,8	62,6	37,3	1.025	9,3	1	-	-	100,0	-	-		
Molise	14	57,1	-	100,0	8	3,0	-	-	-	-	-	-		
Campania	21.755	50,4	-	100,0	10.961	77,8	123	67,5	-	100,0	83	101,		
Puglia	5.438	81,5	-	100,0	4.434	17,9	5	80,0	-	100,0	4	38,		
Basilicata	1.888	52,7	-	100,0	995	7,9	-	-	-	-	-	-		
Calabria	5.379	70,8	24,0	75,9	3.811	9,7	2	100,0	50,0	50,0	2	16,0		
Sicilia	2.083	61,3	-	100,0	1.276	8,6	50	94,0	-	100,0	47	31,		
Sardegna	5.074	64,5	100,0	-	3.272	8,8	35	91,4	100,0	-	32	11,		
ITALIA	119.026	57,3	27,3	72,7	68.143	22,2	4.610	92,0	2,1	97,9	4.240	29,		

Tavola 7 - Distribuzione delle dimissioni per alcuni tipi di procedure per regione, con percentuali con data di prenotazione valida, tipo ricovero programmato o non compilato, dimessi prenotati, attesa media prima del ricovero e degenza media preoperatoria – Attività per Acuti in Day Hospital – Anno 2012

	Biopsia percutanea del fegato							Emorroidectomia						
REGIONE	Totale dimissioni	% data	Tipo ricovere	non urgente	con	media in	Totale dimissioni	% data pren. valida	Tipo ricovero non urgente		con	Attesa media in		
		pren. valida	% programmato	% non compilato	prenotaz.				% programmato	% non compilato	prenotaz.	giorni		
Piemonte	418	78,2	_	100,0	327	5,3	355	98,0	_	100,0	348	86,		
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	6	100,0	-	100,0	6	82,		
Lombardia	229	91,7	-	100,0	210	22,0	655	98,5	-	100,0	645	80,1		
P.A. Bolzano	56	69,6	100,0	-	39	21,4	54	51,9	100,0	-	28	17,8		
P.A. Trento	74	89,2	100,0	-	66	5,5	146	100,0	100,0	-	146	50,1		
Veneto	721	85,6	-	100,0	617	21,5	2.142	87,4	-	100,0	1.873	57,		
Friuli V.G.	136	73,5	-	100,0	100	13,7	82	98,8	-	100,0	81	31,6		
Liguria	111	49,5	-	100,0	55	13,8	520	86,7	0,6	99,4	451	95,7		
Emilia Romagna	7	85,7	-	100,0	6	9,2	404	95,8	-	100,0	387	68,4		
Toscana	369	26,6	-	100,0	98	9,6	366	76,8	-	100,0	281	59,		
Umbria	113	64,6	-	100,0	73	11,1	31	96,8	-	100,0	30	110,8		
Marche	168	90,5	-	100,0	152	28,0	56	89,3	-	100,0	50	24,0		
Lazio	803	80,7	100,0	-	648	13,5	1.147	64,4	100,0	-	739	51,4		
Abruzzo	78	38,5	50,0	48,7	29	13,8	187	81,8	47,6	52,4	153	31,6		
Molise	2	50,0	-	100,0	1	11,0	27	40,7	-	100,0	11	16,0		
Campania	313	63,9	-	100,0	200	49,6	991	69,6	-	100,0	690	39,8		
Puglia	124	91,1	-	100,0	113	20,0	213	92,0	-	100,0	196	58,		
Basilicata	8	50,0	-	100,0	4	10,0	21	100,0	-	100,0	21	47,6		
Calabria	76	92,1	10,5	89,5	70	16,8	90	80,0	7,8	92,2	72	60,		
Sicilia	641	49,9	-	100,0	320	22,1	2.121	82,7	-	100,0	1.755	21,8		
Sardegna	63	85,7	100,0	-	54	9,0	268	74,3	100,0	-	199	27,		
ITALIA	4.510	70,6	23,1	76,9	3.182	18,6	9.882	82,6	17,3	82,7	8.162	51,		

Tavola 8 - Distribuzione delle dimissioni per alcuni tipi di procedure per regione, con percentuali con data di prenotazione valida, tipo ricovero programmato o non compilato, dimessi prenotati, attesa media prima del ricovero e degenza media preoperatoria – Attività per Acuti in Day Hospital – Anno 2012

	Interventi per ernia inguinale									
REGIONE	Totale	% data	Tipo ricovero	non urgente	con	Attesa media in				
	dimissioni	pren. valida	% programmato	% non compilato	prenotaz.	giorni				
Piemonte	4.122	95,6	_	100,0	3.940	88,				
Valle d'Aosta	242	100,0	-	100,0	242	101,				
Lombardia	8.451	96,9	-	100,0	8.186	80,				
P.A. Bolzano	895	71,6	100,0	-	641	38,				
P.A. Trento	1.236	98,5	99,9	-	1.216	35,				
Veneto	4.196	94,9	-	100,0	3.984	59,				
Friuli V.G.	1.891	93,3	-	100,0	1.765	52,				
Liguria	2.294	85,2	0,1	99,9	1.954	100,				
Emilia Romagna	5.385	95,3	-	100,0	5.130	85,				
Toscana	6.207	63,1	-	100,0	3.919	63,				
Umbria	783	86,8	-	100,0	680	71,				
Marche	1.320	93,8	-	100,0	1.238	66,				
Lazio	8.054	84,3	100,0	-	6.784	49,				
Abruzzo	1.955	81,7	55,7	44,3	1.598	44,				
Molise	443	84,4	-	100,0	374	32,				
Campania	9.028	67,4	-	100,0	6.081	35,				
Puglia	2.149	78,6	-	100,0	1.690	46,				
Basilicata	753	98,7	-	100,0	743	57,				
Calabria	822	75,3	42,0	58,0	619	46,				
Sicilia	5.143	78,8	-	100,0	4.052	27,				
Sardegna	2.367	86,9	100,0	-	2.057	30,				
ITALIA	67.736	84,0	20,6	79,3	56.893	59,				

Il Comitato europeo dei diritti sociali, pur constatando che il Servizio sanitario nazionale italiano abbia raggiunto una copertura universale per una vasta gamma di servizi, rileva una possibile disparità nell'accesso alle cure sanitarie fondata sul reddito. Il Comitato ha chiesto al governo italiano un commento su tale questione.

Comme les précédents rapports le précisent, le droit à la santé et, par conséquent, le droit d'accéder aux soins sont garantis par la Constitution. En effet, l'article 32 de la Constitution italienne, en définissant la protection de la santé comme un «droit fondamental des personnes et un intérêt public général », oblige en fait l'État à promouvoir toute initiative appropriée et à adopter des comportements précis destinés à obtenir la meilleure protection possible de la santé en termes de généralité et de globalité. Le maintien d'un état de bien-être physique, mental et social complet constitue donc non seulement un droit fondamental pour l'homme et pour les valeurs qu'il véhicule en tant que personne, mais également un intérêt public général prééminent pour l'engagement et le rôle que l'homme est amené à remplir pour le développement et la croissance de la société civile. Par conséquent, d'un côté la règle engage le législateur à promouvoir des initiatives appropriées destinées à mettre en œuvre un système de protections adapté aux besoins d'une société qui croît et qui

progresse, et de l'autre, elle est contraignante car l'individu, en tant que citoyen, détient à l'égard de l'État un véritable droit subjectif à la protection de sa santé, considérée non seulement comme un bien personnel mais également comme un bien de toute la collectivité. Ainsi, la loi n° 833 de 1978 a permis de créer le Service national de santé (SSN) et la protection de la santé s'est donc étendue à tous, ne se limitant plus seulement à certaines catégories (travailleurs, retraités, leur famille et personnes particulièrement démunies sans couverture d'assurance obligatoire). Le Service national de santé est en effet défini comme l'ensemble des fonctions, des établissements, des services et des activités destinés à la promotion, au maintien et au rétablissement de la santé physique et mentale de toute la population, sans aucune distinction et selon des modalités assurant l'égalité des citoyens à l'égard du service. En termes de contenu, les principes de la généralité des destinataires (tous les citoyens sans distinction), de la globalité des services (prévention, soins et rétablissement) et de l'égalité de traitement ont ainsi été solennellement affirmés. Les citoyens européens et les citoyens de pays tiers en séjour régulier ont ensuite été assimilés aux citoyens italiens.

Nel caso specifico, il Comitato ha preso a riferimento per le sue conclusioni lo studio "Equity in access to health care in Italy: a disease-based approach" condotto dall'Università di Perugia e riguardante l'ineguaglianza nell'accesso alle cure sanitarie sulla base del reddito familiare. Lo studio in questione applica un modello matematico – più precisamente una variabile indicante il reddito – all'indagine Multiscopo condotta dall'Istat nel periodo 1999-2000. L'indagine intendeva registrare lo stato di salute percepito da un campione rappresentativo della popolazione italiana attraverso un'intervista nella quale si chiedeva alle persone coinvolte di precisare, sulla base di una griglia di risposte, il loro livello di salute, le eventuali patologie da cui erano affetti e la frequenza con la quale si rivolgevano alle strutture sanitarie pubbliche o private. Secondo lo studio dell'Università di Perugia, applicando la variabile reddituale alla suddetta indagine ne derivava un diverso approccio nel rivolgersi alle strutture sanitarie, pubbliche o private, a seconda del reddito familiare, dell'età e delle condizioni di salute. Le persone con redditi più elevati, più anziane o affette da patologie croniche ricorrevano più frequentemente agli specialisti ed alla sanità privata mentre, a parità di età e di condizioni di salute, le persone con redditi più bassi si rivolgevano più spesso alle strutture sanitarie pubbliche, sia ambulatoriali che ospedaliere.

Il SSN, come evidenziato in più occasioni, si avvale sia di strutture pubbliche che di strutture private accreditate per svolgere nel modo migliore il compito assegnatogli. I cittadini possono pertanto rivolgersi indifferentemente alle une o alle altre come a strutture e professionisti privati, a seconda delle loro esigenze e delle loro preferenze. In considerazione di quanto fin qui rappresentato, il fatto che dei cittadini con redditi medio-alti preferiscano rivolgersi ad una struttura privata pur potendo usufruire della stessa prestazione in una pubblica, non dà luogo a disparità di trattamento se la stessa prestazione è garantita dal SSN. Ciò che è davvero fondamentale è che il SSN continui ad assicurare le prestazioni alla generalità dei destinatari, soprattutto alle fasce più deboli della popolazione, attraverso la previsione dell'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (v. sopra).

À la suite d'une note de l'ILGA (International Lesbian and Gay Association) affirmant qu'en Italie les personnes transsexuelles ne peuvent pas obtenir la rectification de l'identité sexuelle sans se faire stériliser, le Comité européen des droits sociaux a demandé des éléments au gouvernement italien. À cet égard, il est à noter ce qui suit.

À ce jour, en Italie, le changement de sexe est réglementé par la loi n° 164 du 14 avril 1982. L'art. 3 de cette loi prévoit que "lorsqu'une modification des caractéristiques sexuelles, devant être effectuée par traitement médico-chirurgical, est nécessaire, le Tribunal l'autorise par un arrêt." La réattribution sexuelle chirurgicale doit être autorisée avec un arrêt car elle pourrait également entraîner le retrait des organes reproducteurs qui, en l'absence de maladies organiques le justifiant, est interdit dans l'ordre juridique italien car il porte atteinte à l'intégrité de la personne. La demande doit être présentée au président du Tribunal du lieu de résidence qui, à son tour, désignera le juge d'instruction. Lorsque la personne présente au Tribunal du lieu de résidence une demande de "rectification de la mention du sexe", selon la loi 164/82, le juge d'instruction peut prévoir un "conseil visant à vérifier les conditions psycho-sexuelles de l'intéressé" (art. 2, alinéa 4a). Le juge peut donc nommer d'office un expert judiciaire (C.T.U.) qui effectuera un certain nombre de réunions avec la personne ayant demandé la rectification, ainsi qu'une série d'enquêtes pour répondre à une ou plusieurs questions posées par le juge, dans les délais fixés par le Tribunal. À la fin de son travail, le C.T.U. préparera un rapport (généralement écrit) contenant les résultats des activités effectuées et répondant aux questions posées par le juge. Lors de la nomination d'office de l'expert juridique, la personne ayant demandé la rectification peut à son tour choisir son propre expert juridique de partie (C.T.P.) qui, après avoir obtenu l'autorisation du juge, assistera aux opérations d'expertise, participera aux audiences et sera admis à la Chambre du conseil, où il défendra les exigences du demandeur. Cette phase du parcours psychologique prévoit des entretiens psychologiques et des tests destinés à cerner l'histoire de la personne et à définir son profil psychologique. Le rapport résultant de l'élaboration des données issues des consultations, des tests de laboratoire et des tests psychologiques font l'objet d'une évaluation interdisciplinaire d'éligibilité dans le processus psychophysiologique de modification et est remise à l'utilisateur avec lequel un parcours personnalisé, correspondant à ses besoins réels, est convenu. Le changement peut avoir lieu plus tôt, en partie même par thérapie endocrinienne (administration d'hormones) pour laquelle, tel que rappelé par les juridictions judiciaires de Turin (arrêt n° 6673 - 06/10/1997), aucune autorisation n'est nécessaire. Toutefois, la jurisprudence se dirige vers la rectification de l'identité sexuelle sur les documents même à défaut de traitement médico-chirurgical. C'est d'ailleurs le cas de quatre arrêts – deux du Tribunal de Rome (1997 et 2011), une du Tribunal de Rovereto (2013) et une autre des juridictions judiciaires de Sienne (arrêt n° 412/2013) - qui n'ont pas jugé nécessaire l'opération de réattribution sexuelle chirurgicale. En effet, selon le juge du Tribunal de Sienne, "lorsqu'il n'y a pas de conflit psychique, l'opération chirurgicale n'apparaît pas nécessaire pour permettre de rectifier les actes d'état civil" et "obliger la personne à se faire opérer entraînerait une violation de ses droits fondamentaux et une atteinte probable à sa santé physique". Les éléments valorisés dans la motivation sont:

- la perception de l'identité de genre (dans ce cas, féminin);
- le fait d'atteindre une image corporelle permettant de vivre de manière satisfaisante aussi bien au niveau personnel que dans les relations avec les autres ;

- la stabilité dans la vie quotidienne dans le rôle entre hommes et femmes ;
- l'identification dans la vie sociale à travers le nom choisi.

Si riporta, di seguito, la risposta del governo italiano sul reclamo collettivo n.87/2012, presentata nel 2014 a seguito della riforma del sistema di presentazione dei rapporti della Carta Sociale europea emendata che prevede rapporti periodici semplificati per gli Stati membri che hanno accettato il sistema dei reclami collettivi.

« Réclamation collective n. 87/2012 : Fédération Internationale pour le Planning Familial c. Italie La réclamation n. 87/2012, enregistrée le 9 Aout 2012, porte sur l'article 11 (droit à la protection de la santé) seul ou en combinaison avec l'article E (non-discrimination) de la Charte sociale européenne révisée. Elle a été soulevée en raison du nombre élevé de médecins et de membres du personnel de santé qui invoquent l'objection de conscience, en ne pas assurant l'exercice effective du droit des femmes d'interrompre volontairement leur grossesse.

#### Réponse :

En juin 2013, le Ministre de la Santé, M.me Beatrice Lorenzin, a engagé, auprès du Ministère de la Santé, une « consultation technique » à laquelle ont été conviés tous les assesseurs régionaux et l'Institut Supérieure de Santé afin de démarrer une surveillance spécifique sur tout le territoire national pour l'application de la Loi 194/78. Ce processus de monitoring porte sur les actes d'interruption volontaire de grossesse (IVG) et sur l'exercice du droit à l'objection de conscience parmi les seuls gynécologistes, soit dans chaque structure d'hospitalisation soit dans les dispensaires familiaux.

Les résultats de ce monitoring, contenus dans la « Relation du Ministre de la Santé sur l'application de la loi en matière de protection sociale de la maternité et d'interruption volontaire de grossesse (l.194/78) » présentée le 15 Octobre 2014, montrent qu'au niveau régional il n'y a pas d'urgence en ordre à l'application de la loi n. 194/78 pour ce qui est, en particulier, du droit à l'objection de conscience et de l'accès au service. En particulier, il ressort que, à l'échelle régionale, le nombre total des structures d'hospitalisation ayant un département d'obstétrique et/ou de gynécologie est égal à 630, tandis que le nombre total de celles qui pratiquent l'IVG est égal à 403 (soit 64% du total), comme indiqué dans le tableau annexé.

Tableau 1 – Structures d'hospitalisation avec le département d'obstétrique et/ou de gynécologie par région

Regions	Total Structures d'Hospitalisation	Région dans laquelle ils pratiquent l'IVG	%
Piémont	48	32	66,7%
Vallée d'Aoste	1	1	100,0%
Lombardie	96	66	68,8%
Bozen	9	2	22,2%
Trento	8	5	62,5%
Vénétie	45	32	71,1%
Frioul-Vénétie Julienne	14	11	78,6%
Ligurie	12	12	100,0%
Emilie-Romagne	39	38	97.4%
Toscane	31	29	93,5%
Ombrie	13	12	92.3%
Marches	15	12	80,0%
Latium	47	24	51,1%
Abruzzes	12	9	75,0%
Molise	4	1	25,0%
Campanie	79	26	32,9%
Pouilles	39	23	59,0%
Basilicate	6	3	50,0%
Calabre	24	12	50,0%
Sicile	68	38	55,9%
Sardaigne	20	15	75,0%
TOTAL	630	403	64,0%

A partir de la comparaison entre les structures de naissance et celles exerçant l'IVG, non pas en termes absolus mais par rapport à la population féminine en âge de procréer, il ressort que tous les 4 structures pour l'accouchement il y en a trois dans lesquelles les IVG sont pratiquées.

Enfin, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse exercées par chaque gynécologiste non objecteur est adéquat (la moyen nationale s'élevé à environ 1.4 par semaine, en supposant 44 semaines de travail par an).

Afin de continuer à assurer une coordination et une comparaison à l'échelle nationale sur la pleine application de la loi 194/78 ainsi que de surveiller tous les problèmes qui peuvent survenir au niveau local, le Ministre de la Santé a jugé convenable de continuer la consultation technique, en convoquant à nouveau les représentants des Régions le 14 Janvier 2015.

En outre, en vue d'améliorer la qualité des données collectées par le système de surveillance IVG qui sont utiles dans le suivi de la mise en œuvre de ladite loi, le Centre national de prévention et de contrôle des maladies (CCM), coordonné par le Centre national d'épidémiologie, surveillance et promotion de la santé de l'Institut Supérieur de la Santé, a financé un projet spécial d'une durée de 12 mois.

En particulier, les problèmes existants au niveau local concernant la collecte des données et l'application de la loi 194/78, seront examinés avec les représentants régionaux. Un cours de

formation certifié par les délégués des Régions, relatif aux techniques de contrôle des données, à une évaluation à l'échelle locale et aux principaux problèmes relevés, sera mis en place. Ce cours aura lieu dans le mois d'octobre 2015.»

E' continuata nel 2015 l'attività del "Tavolo di lavoro per la piena applicazione della L.194" presso il Ministero della Salute.

Si è convenuto di continuare a stimare i tre parametri individuati in occasione del monitoraggio effettuato nel 2014 - i cui risultati sono stati pubblicati nella relazione al Parlamento del 15 ottobre 2014 - a livello sub-regionale (ASL/distretto), al fine di verificare un'adeguata applicazione della legge anche localmente e individuare eventuali criticità che potrebbero non emergere da un quadro aggregato a livello regionale.

In particolare, riguardo al **parametro 1**, offerta del servizio IVG in relazione al numero assoluto di strutture disponibili, il numero totale delle strutture con reparto di ostetricia e ginecologia, a livello nazionale, risulta pari a 632, mentre il numero di quelle che effettuano le IVG è pari a 379, corrispondente al 60% del totale. Il **parametro 2**, offerta del servizio IVG in relazione alla popolazione femminile in età fertile e ai punti nascita, rappresenta un termine di confronto per capire meglio il livello di attuazione della legge 194/78 contestualizzando i dati sulle strutture che effettuano IVG rispetto alla popolazione femminile in età fertile e rispetto ai punti nascita.

Si conferma la situazione dell'anno precedente: mentre il numero di IVG è pari a circa il 20% del numero di nascite, il numero di punti IVG è pari al 74% del numero di punti nascita, di molto superiore rispetto a quello che sarebbe se si rispettassero le proporzioni fra IVG e nascite.

E' stato effettuato un confronto fra punti nascita e punti IVG non solo in valore assoluto, ma normalizzato rispetto alla popolazione femminile in età fertile: a livello nazionale, ogni 100'000 donne in età fertile (15-49 anni), si contano 3.8 punti nascita, contro 2.8 punti IVG, con un rapporto di 1.4:1, cioè ogni 5 strutture in cui si fa IVG ce ne sono 7 in cui si partorisce.

Considerando quindi sia il numero assoluto dei punti IVG che quello normalizzato alla popolazione di donne in età fertile, la numerosità dei punti IVG appare più che adeguata, rispetto al numero delle IVG effettuate, tanto più nel confronto con i punti nascita.

I dati 2013 del parametro 3, offerta del servizio in relazione al diritto di obiezione di coscienza degli operatori (carico di lavoro medio settimanale di IVG per ogni ginecologo non obiettore), indicano una sostanziale stabilità del carico di lavoro settimanale per ciascun ginecologo non obiettore: considerando 44 settimane lavorative in un anno, il numero di IVG per ogni ginecologo non obiettore, settimanalmente, va dalle 0.5 della Sardegna alle 4.7 del Molise, con una media nazionale di 1.6 IVG a settimana (era 1.4 nel 2012 e 1.6 nel 2011). Come convenuto al Tavolo di lavoro, per la prima volta questo terzo parametro è stato valutato a livello sub-regionale. La situazione risulta diversa da regione a regione, ma nella grande maggioranza dei casi abbastanza omogenea all'interno del territorio regionale, ad eccezione di due regioni. E anche nelle regioni in cui si rileva una variabilità maggiore (Lazio e Sicilia), cioè in cui si rilevano ambiti locali con valori di carico di lavoro per ginecologo non obiettore che si discostano molto dalla media regionale (outlier), si tratta comunque di un numero di IVG settimanali sempre inferiore a dieci. In particolare i valori più elevati, 9.6 e 9.4, sono rispettivamente in una Asl della Sicilia e in una del Lazio; tutti gli altri valori risultano inferiori. Il numero di non obiettori risulta quindi congruo, anche a livello sub-regionale, rispetto alle IVG effettuate, e il carico di lavoro richiesto non dovrebbe impedire ai non obiettori di svolgere anche altre attività oltre le IVG e non dovrebbe creare problemi nel soddisfare la domanda di IVG. Eventuali difficoltà nell'accesso ai servizi, quindi, sono probabilmente da ricondursi a situazioni ancora più locali di quelle delle singole aziende sanitarie rilevate e probabilmente andrebbero ricondotte a singole strutture.

Inoltre, mettendo in relazione i dati regionali dei tempi di attesa e la relativa percentuale di ginecologi obiettori, valutandone la variazione dal 2006 al 2013, non emerge alcuna correlazione fra numero di obiettori e tempi di attesa: le modalità di applicazione della legge dipendono sostanzialmente dall'organizzazione regionale, risultato complessivo di tanti contributi che variano non solo da regione e regione ma anche all'interno della stessa regione.

Tasso di abortività (T.AB), obiezione di coscienza e tempi di attesa (T.AT). Raffronto tra l'anno 2006 e l'anno 2013 con dettaglio regionale

			Anno 2013			Anno 2006					
REGIONE	T.AB	N. IVG	% ginec. obiettori	% T.AT < 14 gg	% T.AT 22-28 gg	T.AB	N. IVG	% ginec. obiettori	% T.AT < 14 gg	% T.AT 22-28 gg	
ITALIA	7.6	102760	70.0	62.3	10.2	9.4	131018	69.2	56.7	12.4	
ITALIA SETT.	7.8	46814	63.5	61.7	10.3	9.8	59829	65.2	53.2	13.3	
Piemonte	9.1	8452	67.4	68.3	7.4	11.4	11030	62.9	51.1	13.7	
Val d'Aosta	9.0	252	13.3	65.1	9.1	9.6	274	16.7	40.5	7.8	
Lombardia	7.7	16778	63.6	54.4	13.5	10.0	22248	68.6	58.6	11.3	
Bolzano	5.1	608	92.9	52.0	12.7	4.9	564	74.1	44.7	15.2	
Trento	6.8	801	60.0	54.1	13.2	11.6	1358	64.0	62.7	11.1	
Veneto	5.4	5909	76.2	48.6	16.7	6.4	7090	79.1	34.0	23.4	
Friuli V.G.	6.8	1744	58.4	68.1	6.1	8.0	2107	59.8	54.4	11.0	
Liguria	9.9	3109	65.4	71.1	7.8	10.9	3700	56.3	51.1	14.1	
Emilia Romagna	9.6	9161	51.8	73.7	4.8	12.2	11458	53.5	56.8	11.1	
ITALIĂ CENTR.	8.3	21739	68.8	56.5	12.6	10.9	28888	71.0	55.2	13.4	
Toscana	8.5	6722	56.2	60.6	11.1	11.0	8879	55.9	63.3	9.3	
Umbria	8.6	1666	65.6	43.8	17.6	11.1	2178	70.2	51.0	13.3	
Marche	6.1	2050	68.8	66.8	8.6	7.4	2581	78.4	73.9	5.6	
Lazio	8.8	11301	80.7	54.0	13.5	11.8	15250	77.7	47.8	17.2	
ITALIA MERID.	7.4	24437	83.2	71.0	6.9	8.8	30716	71.5	63.6	9.9	
Abruzzo	7.9	2314	80.7	68.7	9.4	8.8	2709	45.5	71.9	4.9	
Molise	6.0	415	93.3	88.9	1.2	8.3	620	82.8	NR	NR	
Campania	7.1	9974	81.8	74.6	4.3	8.2	12049	83.0	62.1	10.3	
Puglia	8.9	8443	86.1	70.7	7.8	11.2	11333	79.9	60.9	11.5	
Basilicata	4.7	620	90.2	86.4	2.7	4.9	701	44.0	78.0	3.5	
Calabria	5.8	2671	72.9	55.4	12.5	6.6	3304	73.5	64.9	10.0	
ITALIA INSULARE	6.3	9770	74.1	59.2	11.4	7.0	11585	76.3	66.0	8.9	
Sicilia	6.6	7691	87.6	56.3	12.7	7.5	9303	84.2	62.0	10.5	
Sardegna	5.6	2079	49.7	69.4	7.0	5.5	2282	57.3	77.8	4.1	

I dati preliminari del 2014 mostrano che il fenomeno è in costante diminuzione. Per la prima volta il numero di IVG è inferiore a 100.000: nel 2014 sono state notificate dalle Regioni 97.535 IVG (dato provvisorio), con un decremento del 5.1% rispetto al dato definitivo del 2013 (102.760 casi), e un dimezzamento rispetto alle 234.801 del 1982, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia. Gli altri indicatori confermano questo andamento: il tasso di abortività (numero delle IVG per 1000 donne tra 15-49 anni), che rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG, nel 2014 è risultato pari a 7.2 per 1000, con un decremento del 5.9% rispetto al 2013 (7.6 per 1000) e un decremento del 58.5% rispetto al 1982 (17.2 per 1000).

Il rapporto di abortività (numero delle IVG per 1000 nati vivi) nel 2014 è risultato pari a 198.2 per 1000 (dato provvisorio) con un decremento del 2.8% rispetto al 2013 (204.0 per 1000), e un decremento del 47.9% rispetto al 1982 (380.2 per 1000).

#### **§.2**

Nei precedenti rapporti si era indicato che con il programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" (DPCM 4 maggio 2007), l'Italia aveva attivato una strategia globale per promuovere lo sviluppo umano, la sostenibilità e l'equità nonché per migliorare la salute, attraverso il coordinamento di tutti gli organismi interessati. A tal fine sono stati stipulati numerosi Protocolli d'Intesa che hanno attivato proficue collaborazioni fra interlocutori istituzionali e non di diversi settori (es. associazioni sportive, associazioni di produttori e distributori di alimenti ecc.), finalizzati alla realizzazione di iniziative di informazione e di promozione di stili di vita salutari.

Essendo noto che gli stili di vita non salutari, e in particolare quelli collegati alla dedizione all'alcol, al fumo, all'alimentazione scorretta e alla sedentarietà, rappresentano, direttamente o indirettamente, la principale causa di mortalità e morbilità prevenibile nella popolazione, il Ministero della salute ha voluto rendere strategica l'attività di promozione degli stili di vita salutari nei confronti di tutte le fasce di popolazione. Nel corso del biennio 2012-2013 è stato dato un ulteriore impulso all'impegno per comunicare i benefici che comporta l'adozione di uno stile di vita salutare. In particolare, tale interesse è stato indirizzato verso la conoscenza dei benefici collegati allo svolgimento dell'attività fisica ed alla lotta all'abuso di alcol. Per contrastare il principale fattore di rischio, prevenibile, collegato all'insorgenza dell'obesità e del sovrappeso, il Ministero ha quindi realizzato la campagna di comunicazione integrata "Datti una mossa!". In considerazione dell'importanza strategica della problematica il tema è stato inserito nel Programma delle iniziative di comunicazione del Ministero della salute per l'anno 2012. In considerazione dell'alta percentuale di sedentarietà che interessa in modo diffuso tutte le fasce di età, il target della campagna è stato rappresentato dalla popolazione generale. Per quanto riguarda gli obiettivi e il contenuto dei messaggi di comunicazione della campagna, si è puntato a coinvolgere la popolazione di tutte le età, rendendola responsabile del proprio benessere e invitandola direttamente ad adottare uno stile di vita attivo da un punto di vista motorio. La campagna - andata in onda, gratuitamente, sulle tre reti televisive della Rai a partire dal dicembre 2012 e per un totale di più di 130 passaggi - ha avuto come testimonial un noto allenatore di calcio. Per favorire e stimolare l'immedesimazione del target, e, in particolare, delle persone sedentarie, sono stati evitati toni eccessivamente istituzionali ed è stato utilizzato un linguaggio ironico. Anche l'ambientazione dello spot non ha rimandato ad attività propriamente sportive ma a situazioni che hanno a che fare con la quotidianità delle persone comuni.

Nella promozione di stili di vita salutari assume un'importanza particolare la sorveglianza nutrizionale, tenuto conto delle dimensioni dell'obesità in Italia, diffusa in varia misura in tutte le Regioni, sia tra gli adulti sia nell'età infantile. Il sistema di sorveglianza **OKkio alla SALUTE**, cui collaborano diverse Istituzioni – Ministero della salute, Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, Regioni, Centro di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (CRA-Nut) e Istituto Superiore di Sanità (ISS) –, ha permesso di ottenere dati comparabili tra le Regioni italiane su oltre

45.000 bambini di terza elementare. I dati del 2012 confermavano livelli elevati di eccesso ponderale, con il 22,2% dei bambini in sovrappeso e il 10,6% obeso, con percentuali più alte nelle Regioni del Centro e del Sud, anche se con una leggera diminuzione rispetto alle rilevazioni precedenti (2008: 23,2% in sovrappeso, 12,0% obeso; 2010: 22,9% in sovrappeso, 11,1% obeso).

Al miglioramento delle condizioni di vita per tutti gli strati sociali non è corrisposta una riduzione delle diseguaglianze di salute. Dai dati PASSI<sup>7</sup> 2009-2012 emergeva, infatti, che l'abitudine al fumo, la sedentarietà e l'obesità erano più frequenti nelle persone con basso livello di istruzione e che riferivano di avere molte difficolta economiche. Due adulti su cinque (42,0%) erano in eccesso ponderale, con il 31,0% in sovrappeso e l'11,0% obeso; l'eccesso ponderale era significativamente più frequente nella fascia di età più anziana (50-69 anni: sovrappeso 40,0%, obeso 16,0%), tra gli uomini (rispettivamente, 40,0% e 11,0%), tra le persone con molte difficoltà economiche (rispettivamente, 35,0% e 16,0%) e tra quelle con titolo di studio basso o assente (rispettivamente, 41,0% e 23,0%). La distribuzione dell'eccesso ponderale disegnava un gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni meridionali (Basilicata con il valore più alto, 49,0%, seguita da Campania e Molise con 48,0%, mentre la Provincia Autonoma di Bolzano, con il 34,0%, ha il valore più basso). Nel periodo 2008-2012, tuttavia, non si è evidenziato un aumento nella prevalenza dell'eccesso ponderale.

Nel 2014 hanno partecipato alla rilevazione 2.672 classi, 48.426 bambini e 50.638 genitori, distribuiti in tutte le Regioni italiane. I bambini in sovrappeso erano il 20,9% e i bambini obesi il 9,8%, compresi i bambini severamente obesi che da soli erano il 2,2%. Si registravano prevalenze più alte nelle Regioni del sud e del centro; tuttavia occorre sottolineare che rispetto alle precedenti raccolte dati si evidenziava una leggera e progressiva diminuzione della prevalenza di sovrappeso e obesità tra i bambini nella fascia di età 8-9 anni (dal 23,2% e 12% nel 2008/9, al 20,9% e 9,8% nel 2014).

Al fine di contrastare il fenomeno dell'obesità infantile, il Ministero dell'Istruzione di concerto con il Ministero Salute, già dagli anni settanta del secolo scorso, aveva avviato vari programmi di educazione alimentare rivolti agli alunni della scuola dell'obbligo. Le "Linee Guida per l'Educazione Alimentare nella Scuola Italiana", emanate nel 2011, costituiscono il quadro di base sul quale si sono innestate senza soluzione di continuità le "Linee Guida MIUR 2015 per l'Educazione Alimentare". Le presenti "Linee Guida MIUR 2015", configurano il quadro epistemologico nel quale collocare l'Educazione Alimentare nel Sistema Educativo di Istruzione e di Formazione italiano, anche alla luce delle eredità educative e culturali di EXPO 2015. Le "Linee Guida" individuano alcuni impegni prioritari di cui la Scuola deve farsi carico, quali:

- Assumere la responsabilità dell'Educazione Alimentare lungo tutto l'arco del percorso di istruzione e formativo, con una particolare attenzione alle dimensioni valoriali del cibo;
- Formare le giovani generazioni all'uso e al consumo consapevole del cibo;
- Stabilire alleanze positive con le famiglie e con la propria comunità, per favorire senso di appartenenza alla vita della Scuola, condividendo le strategie educative alimentari;
- Dare attenzione costante alla dimensione della territorialità, come espressione di un patrimonio valoriale legato localmente al rapporto uomo/ambiente (stagionalità, clima, consuetudini, ecc.);
- Conservare il passato della tradizione alimentare, formando all'innovazione, in particolare attraverso percorsi formativi a carattere tecnico e professionale, in raccordo con il mondo produttivo agroalimentare, con il sistema delle imprese, dei servizi, del turismo, della ristorazione, con le diverse realtà associative che operano in Italia e anche tramite le Camere di Commercio;

-

<sup>&</sup>lt;sup>7</sup> Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia

• Favorire una cultura della legalità che informando i comportamenti dei singoli dia forza alla collettività, rendendola capace di esprimere un consumo consapevole tale da contrastare all'origine l'illegalità.

Nell'ambito della promozione degli stili di vita salutari, il Ministero della Salute ha realizzato, nel biennio 2012-2013, un'intensa attività di informazione e sensibilizzazione finalizzata a contrastare l'abuso di alcol, in particolare nei giovani. Il consumo e l'abuso di alcol tra i giovani e gli adolescenti sono, infatti, fenomeni preoccupanti e in forte crescita (v. sotto). Tanto premesso, anche in attuazione di quanto disposto dalla legge n. 125/2001, che invita il Ministero della Salute a promuovere in questo settore specifiche iniziative d'informazione, è stata pianificata una serie coordinata di attività avvalendosi della collaborazione scientifica dell'Istituto superiore di sanita (ISS), presso il quale opera l'Osservatorio Fumo Alcol Droga (OSSFAD). La campagna "La vita è sempre una anche se hai bevuto" ha utilizzato strumenti e mezzi di comunicazione diversificati ed è stata avviata nel corso dell'estate 2012. In primo luogo si è fatto ricorso a tutte le più lette testate nazionali della carta stampata quotidiana e periodica e alla stampa on line. Successivamente è stato diffuso uno spot radiofonico nei circuiti delle emittenti commerciali più ascoltate a livello nazionale e locale. Inoltre, per favorire la penetrazione del messaggio tra i giovanissimi ci si è avvalsi della collaborazione attiva del portale Studenti.it che ha garantito più di 100.000 contatti targettizzati. Sempre per i giovanissimi è stata realizzata anche un'applicazione per telefonia mobile a contenuto informativo-ricreativo, sviluppata in collaborazione con l'azienda Sony, che ha ottenuto, in soli 20 giorni, 14.000 download e 220.146 impressiona. Tra le altre attività, particolare rilevanza hanno assunto poi gli incontri informativi nelle scuole medie primarie e secondarie che si sono sviluppati durante il corso dei due anni scolastici attraverso la collaborazione degli esperti scientifici dell'ISS. Per quanto riguarda gli eventi collegati alla campagna, il Ministero della Salute ha inoltre finanziato l'organizzazione delle edizioni 2012 e 2013 dell'Alcol Prevention Day, che rappresenta il momento dell'anno in cui la comunità scientifica e sanitaria fa il punto epidemiologico e discute sull'attuazione dei programmi di prevenzione alcoolica a livello nazionale e internazionale.

Nel corso del 2015, è stata realizzata l'iniziativa di informazione e sensibilizzazione: "Alcol Snaturato - Una serata speciale". "Alcol Snaturato" è il titolo della canzone che il Ministero della Salute ha prodotto avvalendosi della collaborazione di un famoso ed affermato gruppo musicale nazionale. L'obiettivo della campagna è stato quello di rendere "poco appeal", nei confronti dei ragazzi, il modello comportamentale di chi abusa di sostanze alcoliche e di correggere il difetto di percezione alimentato dai media che nei giovanissimi descrive l'alcol come facilitatore di successo.

Fra le aree del Programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" rientra anche il controllo del tabagismo.

Corretta informazione e comunicazione rappresentano importanti aspetti delle strategie di contrasto al fumo. Con un progetto del Ministero della salute/CCM, affidato all'ISS/OssFAD<sup>8</sup>, sono state realizzate iniziative tra i giovani e gli adolescenti. In collaborazione con il Gruppo di Ferrovie dello Stato Italiane e la "Fondazione Umberto Veronesi" è stata promossa l'iniziativa "sFRECCIA CONTRO IL FUMO" che ha previsto la distribuzione, dal 27 al 31 maggio 2013, sui treni "Freccia" di materiale di sensibilizzazione sul fumo e la presenza a bordo di specialisti dei CAF del SSN al fine di offrire consulenze gratuite per smettere di fumare ai viaggiatori. Nel dicembre 2013 è stata attivata

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Istituto Superiore di Sanità/Osservatorio Fumo Alcol Droghe

una Campagna di comunicazione rivolta agli adolescenti comprendente spot televisivo e radiofonico, informazione sulla stampa e attraverso canali web, applicazioni per smartphone e tablet. La campagna ha utilizzato lo stile comunicativo dei social network, con un linguaggio proprio dell'universo giovanile, per favorire tra "pari" processi di consapevolezza e responsabilizzazione per una vita senza fumo.

Il Ministero della salute, in collaborazione con l'ISS-OssFAD, ha inoltre attivato l'App "Quanto fumi?" per stimolare il fumatore a migliorare la propria salute, consentendo di valutare il grado di dipendenza e di entrare in contatto con il numero verde fumo dell'OssFAD.

La legge 5 giugno 1990 n. 135, recante "Programma di interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS", promuove la realizzazione da parte del Ministero di iniziative di informazione allo scopo di contrastare la diffusione del virus HIV. Il Ministero della Salute ha realizzato nel biennio 2012-2013 una nuova campagna di comunicazione denominata "Uniti contro l'AIDS si vince". La campagna è stata avviata in occasione della Giornata mondiale contro l'AIDS del 1° dicembre 2012 ed è proseguita nei primi mesi del 2013. "La trasmissione sarà interrotta il prima possibile. Uniti contro l'AIDS si vince" è lo slogan della campagna scelto da Ministero della Salute, Commissione nazionale per la lotta all'AIDS e Consulta delle associazioni per la lotta all'AIDS. Lo slogan indica senza possibilità di equivoci l'obiettivo da raggiungere insieme e costituisce la dichiarazione di impegno che coinvolge tutti i target, in una sorta di sfida, per sconfiggere definitivamente l'AIDS. In considerazione del modificato quadro epidemiologico che riguarda la diffusione della malattia e che evidenzia l'aumento dell'età mediana del contagio e il contatto sessuale non protetto come principale modalità di trasmissione, il target principale della campagna è stato individuato nella popolazione generale. In linea con le indicazioni della Commissione nazionale per la lotta all'AIDS, la campagna ha voluto rafforzare nella popolazione la consapevolezza che l'AIDS esiste ancora e che è possibile prevenirne la diffusione adottando idonee misure di prevenzione (comportamento responsabile e preservativo). La valutazione dell'efficacia della campagna, affidata all'Università di Bologna, ha evidenziato l'ottima riuscita delle iniziative. Difatti, la campagna ha registrato, anche a distanza di diversi mesi dalla messa in onda, un'alta visibilità, un forte ricordo dei messaggi proposti e un ampio gradimento nei confronti del testimonial e dell'iniziativa del Ministero. Tra gli altri dati, il 63,3% degli intervistati ha ricordato spontaneamente la campagna (dato che è salito addirittura al 78,3% con il ricordo indotto) e oltre l'80% delle persone ha trovato "credibile" o "molto credibile" il testimonial scelto dal Ministero. Il 64% delle persone ha ricordato che lo spot raccomandava misure di prevenzione specifiche e in particolare, tra queste, l'uso del preservativo (1'89,9%). Un'ulteriore valutazione effettuata via internet appena al termine della campagna su un campione altamente rappresentativo di oltre 2.500 persone ha fatto registrare risultati analoghi (visibilità > 74%, gradimento spot 81%, gradimento testimonial 77%).

Per promuovere fra <u>le donne</u> la cultura della cura della propria salute, il Ministero della Salute, unitamente alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha realizzato, nel corso del 2012, una campagna di sensibilizzazione rivolta direttamente a loro. "La mia salute di donna dipende anche da me", questo è lo slogan dello spot televisivo che sottolinea l'importanza di assumere, in modo consapevole, un atteggiamento più interessato e responsabile nei confronti della propria salute anche attraverso

l'adesione agli screening gratuiti del SSN. Per raggiungere il maggior numero di donne, il messaggio è stato diffuso attraverso il ricorso ai circuiti televisivi e radiofonici a livello nazionale. In particolare, tramite la collaborazione della Presidenza del Consiglio dei Ministri lo spot è stato trasmesso sulle tre reti Rai. Inoltre, un'area informativa per l'approfondimento delle singole tematiche dedicate alla salute delle donne (es. HPV, gravidanza, fertilità ecc.) è stata appositamente creata sul portale internet del Ministero della Salute (www.salute.gov.it.).

Accanto all'iniziativa sopra descritta, nel biennio 2013-2014 un'attenzione particolare è stata riservata alla campagna per la <u>promozione dell'allattamento al seno.</u> La campagna, denominata "Il latte della mamma non si scorda mai", è consistita nell'organizzazione di una manifestazione itinerante che si è svolta nelle piazze delle città italiane in collaborazione con le Istituzioni e le strutture sanitarie locali e le principali associazioni di promozione dell'allattamento al seno.

Di seguito, si indicano alcune delle principali campagne informative condotte nel periodo d'interesse per il presente rapporto.

# Campagna di comunicazione su cure palliative e terapia del dolore "Non più soli nel dolore".

568 strutture di cure palliative e terapia del dolore censite, oltre 1.000 richieste telefoniche allo 06.59945959 (numero attivo da giugno a dicembre 2013) evase, 600 nuove pagine tematiche pubblicate sul portale del Ministero della Salute, 24.000 sessioni utente, 68.000 visualizzazioni di pagina unica, 101.000 pagine visitate da internauti, 338 passaggi televisivi dello spot in Rai. Sono i numeri della Campagna di comunicazione sul dolore, ideata e realizzata nel 2013 dal Ministero della Salute in collaborazione con AgeNaS. La campagna, condivisa con le Regioni e le Province Autonome, è iniziata nel febbraio 2013 con la mappatura delle reti di *hospice* e dei centri di terapia del dolore presenti su tutto il territorio nazionale.

# Campagna antinfluenzale "Pochi gesti + la vaccinazione. È la somma che fa il totale!".

Campagna antinfluenzale e uso appropriato degli antibiotici contro le infezioni e l'influenza sono il terreno di contiguità su cui hanno operato in parallelo il Ministero della Salute e l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) nel biennio 2012-2013.

La campagna ha avuto come obiettivo l'aumento di consapevolezza, nella popolazione, in vista dell'adozione di misure non farmacologiche di igiene e protezione personale, favorendo così il concetto di vaccinazione come strumento di prevenzione nei confronti dell'influenza per il singolo e per la collettività. La vaccinazione antinfluenzale, infatti, è oggetto di Raccomandazioni annuali da parte del Ministero della Salute. Oltre ad uno spot televisivo di 30 secondi trasmesso dalle reti nazionali, da Canale 5, Rete 4 e dalle emittenti locali più diffuse nelle macro-aree del Nord e del Sud, è stato pubblicato un annuncio stampa su 3 quotidiani, un settimanale e un mensile. Infine, è stato previsto un banner internet.

# Campagna di comunicazione "Antibiotici? Usali solo quando necessario".

L'AIFA, con il patrocinio del Ministero della Salute ha realizzato nel 2012 la 4<sup>a</sup> edizione della Campagna di comunicazione *ad hoc*. Obiettivo dell'iniziativa, riproposta anche nel 2013, è stato quello di informare i cittadini dell'importanza di ricorrere agli antibiotici solo quando necessario e dietro prescrizione del medico, di non interrompere mai la terapia prima dei tempi indicati e di non

assumere antibiotici per curare infezioni virali o di origine non batterica, quali semplici raffreddori o influenza. Il canale principale tramite cui tali messaggi sono stati veicolati è stato il web. In particolare, è stato fatto ricorso anche agli account ufficiali dell'Agenzia su Facebook, Twitter e You Tube.

Il Comitato Europeo dei Diritti Sociali, nelle Conclusioni 2013, ha chiesto conferma della gratuità delle visite mediche e degli esami diagnostici per le donne in gravidanza. Al riguardo, si ribadisce quanto segue.

Le coppie che desiderano avere un bambino e le donne in stato di gravidanza hanno diritto ad eseguire gratuitamente, senza partecipazione alla spesa (ticket), alcune prestazioni specialistiche e diagnostiche utili per tutelare la loro salute e quella del nascituro. L'elenco di tali prestazioni è contenuto nel Decreto del Ministero della Salute del 10 settembre 1998.

In particolare, il Decreto prevede che siano erogate **gratuitamente**:

- le visite mediche periodiche ostetrico-ginecologiche;
- alcune analisi, elencate nell'allegato A al Decreto, da eseguire prima del concepimento, per
  escludere la presenza di fattori che possano incidere negativamente sulla gravidanza. Se la storia
  clinica o familiare della coppia evidenzia condizioni di rischio per il feto, possono essere eseguite
  in esenzione tutte le prestazioni necessarie ed appropriate per accertare eventuali difetti genetici,
  prescritte dal medico specialista;
- gli accertamenti diagnostici per il controllo della gravidanza fisiologica indicati, per ciascun periodo di gravidanza, dall'allegato B al Decreto. In caso di minaccia d'aborto, sono da includere tutte le prestazioni specialistiche necessarie per il monitoraggio dell'evoluzione della gravidanza;
- tutte le prestazioni necessarie ed appropriate per la diagnosi prenatale in gravidanza, nelle specifiche condizioni di rischio per il feto indicate nell'allegato C al Decreto, prescritte dallo specialista;
- tutte le prestazioni necessarie ed appropriate per il trattamento di malattie (preesistenti o insorte durante la gravidanza) che comportino un rischio per la donna o per il feto, prescritte di norma dallo specialista.

### I PROGRAMMI DI SCREENING

La pianificazione della prevenzione ha integrato gli interventi di prevenzione secondaria e primaria; in questo quadro un pilastro fondamentale sono i programmi di screening oncologico. In Italia dal 2001 rientrano tra i Livelli essenziali di assistenza (LEA) e sono attivi gli screening per i tumori della **mammella**, **della cervice uterina** e del **colon-retto**.

Gli ultimi dati disponibili indicano un generale aumento della partecipazione/adesione a tutti i **tre** programmi di screening. Nel 2012, complessivamente più di 10 milioni di persone sono state invitate a sottoporsi a uno dei tre screening raccomandati e sono stati effettuati più di 5 milioni di esami. In linea generale la diffusione dei programmi regionali è aumentata, particolarmente nelle aree del Centro-Nord e in modo specifico per lo screening colorettale, che ha raggiunto il 57% di copertura

(+9% rispetto al 2011). Il Sud e le Isole sono risultati ancora in ritardo soprattutto per lo screening mammografico (riduzione degli inviti del 15,8% tra il 2011 e il 2012) e colorettale (copertura sotto il 20%), mentre per quello cervicale i livelli di adesione hanno raggiunto quelli del resto del Paese. Secondo le evidenze scientifiche e le indicazioni di pianificazione, lo screening di primo livello basato sul pap test si avvia a scomparire e a essere sostituito dal test sulla presenza di DNA del papilloma virus (HPV-DNA test). Nel corso del 2012 più di 300.000 donne (l'8% della popolazione target) sono state invitate a test mediante HPV e il 42% ha accettato l'invito.

Il Comitato europeo dei diritti sociali ha ripetutamente 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. Come accennato nel precedente rapporto, allo stato attuale non risultano essere stati condotti monitoraggi sull'attività che i suddetti dipartimenti hanno svolto nelle varie regioni italiane e, pertanto, non si è in grado di fornire le informazioni richieste.

**§.3** 

#### PROTEZIONE AMBIENTALE

E' stata pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 28 maggio 2015, n. 122 la Legge 22 maggio 2015, n. 68 in materia di riforma dei reati ambientali con l'obiettivo di garantire un netto salto di qualità nella protezione della salute e dei beni naturali. Il provvedimento introduce nel codice penale un nuovo titolo dedicato ai "Delitti contro l'ambiente" (Libro II, Titolo VI-*bis*, artt. 452-*bis*-452-*terdecies*), all'interno del quale sono previste le **nuove fattispecie** di:

- inquinamento ambientale;
- disastro ambientale;
- traffico ed abbandono di materiale radioattivo;
- impedimento di controllo;
- omessa bonifica.

Inquinamento ambientale e disastro ambientale rappresentano i cardini del sistema e risultano puniti rispettivamente con pene detentive che vanno da un minimo di 2 ad un massimo di 6 anni, mentre il disastro sanziona la condotta tipica con la reclusione da 5 a 15 anni. E' stata inoltre prevista la **pena accessoria** della **incapacità di contrattare con la P.a.** per le fattispecie di: inquinamento ambientale, disastro ambientale, traffico ed abbandono di materiale radioattivo, impedimento di controllo e traffico illecito di rifiuti (quest'ultimo già previsto all'interno del Codice dell'Ambiente). Si è intervenuto anche sui **termini prescrizionali** i quali subiscono un allungamento in relazione all'aggravarsi della fattispecie. Viene inoltre introdotta la **confisca obbligatoria, anche per equivalente**, delle cose che costituiscono il prodotto, il profitto del reato o che servirono a commetterlo, anche per il delitto di traffico illecito di rifiuti. Tale misura risulta tuttavia esclusa ove l'imputato abbia provveduto alla messa in sicurezza e, ove necessario, alla bonifica e al ripristino dello stato dei luoghi, nonché nel caso in cui detti beni appartengano a terzi estranei al reato. Per taluni illeciti quali il disastro ambientale, l'attività organizzata per il traffico illecito di rifiuti e per l'ipotesi aggravata di associazione per delinquere, la nuova legge introduce anche la **confisca quale** 

misura di prevenzione dei valori ingiustificati o sproporzionati rispetto al proprio reddito. Previsto altresì che, con la sentenza di condanna o di applicazione della pena, il Giudice debba ordinare anche il recupero e, se tecnicamente possibile, il ripristino dello stato dei luoghi, ponendo i costi a carico del condannato e delle persone giuridiche obbligate al pagamento delle pene pecuniarie in caso di insolvibilità del primo. Significativo infine l'intervento in tema di ravvedimento operoso. Quest'ultimo, originariamente previsto come causa di non punibilità, ad oggi opera come circostanza di attenuazione della pena - dalla metà a due terzi, ovvero da un terzo alla metà - in favore di chi, rispettivamente, prima della dichiarazione di apertura del dibattimento di primo grado, eviti che l'attività illecita sia portata a conseguenze ulteriori provvedendo alla messa in sicurezza, alla bonifica o al ripristino dello stato dei luoghi; ovvero collabori concretamente con l'Autorità di Polizia o Giudiziaria alla ricostruzione dei fatti e all'individuazione dei colpevoli.

# Inquinamento atmosferico

La qualità dell'aria è monitorata sul territorio italiano da numerose stazioni collocate in ambiente urbano, industriale e rurale. Le statistiche, elaborate dall'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Ricerca Ambientale nel 2013, hanno monitorato 679 stazioni distribuite sul territorio nazionale. Le criticità inerenti la qualità dell'aria erano principalmente riconducibili al PM10, PM2,5, NO2 e O3 e interessavano maggiormente le Regioni del Nord Italia. L'XI Rapporto sulla Qualità dell'Ambiente Urbano (2013) segnalava che la concentrazione del B(a)P, un marker della famiglia degli IPA selezionato per la propria cancerogenicità, eccedeva nel 2012 il limite di qualità dell'aria in oltre il 20% delle aree urbane considerate. In sintesi, sebbene l'inquinamento atmosferico mostri, per alcuni inquinanti, un trend discendente negli anni, il rischio per la salute a esso ascrivibile permane soprattutto nelle aree urbane. A seguito di tali rilevazioni, oltre il 70% delle aree urbane considerate nello studio citato aveva redatto un piano di qualità che consentiva loro di rientrare nei limiti prescritti dalla normativa. Le misure previste in tali piani erano prevalentemente mirate al contenimento del traffico e all'efficienza dei sistemi di produzione di energia e, in misura minore, alla riduzione delle emissioni negli impianti industriali e del carico azotato nei reflui degli allevamenti zootecnici.

# Tutela delle acque

Il biennio 2012-2013 è stato caratterizzato da una serie di azioni rivolte:

- al miglioramento dell'efficienza, del controllo e dell'informazione per i servizi idrici;
- all'analisi di rischio per la gestione di emergenze idro-potabili a carattere territoriale, con particolare riguardo ai regimi di deroga per arsenico, boro e fluoro nelle acque destinate al consumo umano;
- all'adozione di nuovi strumenti legislativi per la sicurezza e l'informazione su dispositivi di trattamento delle acque destinate a consumo umano;
- alla ridefinizione e potenziamento delle strategie di prevenzione della contaminazione delle acque con potenziali risvolti sanitari.

Attualmente in Italia la qualità delle acque destinate a consumo umano per uso potabile, domestico e in produzione alimentare è assicurata dalla buona qualità delle risorse di origine (per più dell'85% acque sotterranee, naturalmente protette) e su prassi rigorose e consolidate sul piano normativo che regolano la filiera idro-potabile, su cui si innesta un esteso sistema di controlli da parte del gestore

idrico e delle Autorità Sanitarie, coadiuvate dalle Agenzie Regionali di Prevenzione. Sul piano nazionale, i risultati dei monitoraggi evidenziavano la generale rispondenza dei requisiti di qualità delle acque destinate al consumo umano alla normativa vigente (D.Lgs. 31/2001) con un tasso minimale di non conformità, circostanziate per territorio e durata, per lo più riguardanti parametri indicatori, cui raramente sono associati rischi sanitari, sottoprodotti di disinfezione (tra i quali i trialometani, per i quali l'Italia assume un valore parametrico notevolmente più restrittivo dello standard europeo) o inquinanti di origine antropica, tra cui residui di solventi clorurati (tri- e tetracloroetilene), nitrati e pesticidi contaminanti l'ambiente e le risorse idriche da destinare a consumo umano.

# La protezione del suolo

La protezione ambientale è senz'altro una delle priorità delle politiche attuate in sede di Unione Europea e, con le politiche sociali ed economiche, rappresenta il fulcro intorno a cui ruotano le politiche di sviluppo sostenibile.

E' attualmente all'attenzione delle Commissioni parlamentari un disegno di legge in materia di contenimento del consumo del suolo e riuso del suolo edificato (C. 2039 Governo).

#### **Rumore**

Il quadro normativo di riferimento è rimasto invariato.

#### SICUREZZA ALIMENTARE

Si riporta di seguito il riepilogo<sup>9</sup> nazionale delle attività di vigilanza e di controllo degli alimenti e delle bevande in Italia nel corso del 2014 a livello ispettivo.

I Servizi Igiene degli Alimenti e Nutrizione ed i Servizi Veterinari dei Dipartimenti di Prevenzione delle A.S.L. hanno complessivamente controllato **287.823** unità operative (impianti e attrezzature dei locali, strutture e mezzi di trasporto), delle quali **50.720** (pari al **17.6%**) hanno mostrato infrazioni durante le ispezioni. Le percentuali più elevate di irregolarità sono state riscontrate nella ristorazione (**29,2%**) seguite da produttori e confezionatori che vendono prevalentemente al dettaglio (**20,8%**). In particolare, le percentuali più elevate di infrazioni riguardano l'igiene generale e l'igiene del personale e delle strutture. Le unità operative controllate ammontano al **19%** di quelle che sono state segnalate dai Dipartimenti di Prevenzione delle A.S.L. sul territorio nazionale (**1.510.365**).

Complessivamente sono state effettuate **472.856** ispezioni e sono stati adottati **66.628** provvedimenti amministrativi e **1.115** notizie di reato.

Nell'anno 2014 i Nuclei Antisofisticazioni e Sanità hanno eseguito 59.654 controlli, di cui 37.529 nei settori d'interesse del Piano Nazionale Integrato, pari al 63 % delle ispezioni totali. Le verifiche hanno consentito di riscontrare 12.407 non conformità, pari al 33% rispetto ai controlli compiuti.

L'analisi dei risultati ottenuti evidenziava che:

<sup>9</sup> Fonte: Ministero della Salute – "Vigilanza e controllo degli alimenti e delle bevande in Italia – anno 2014"

- la maggior parte delle non conformità riguardavano i comparti della ristorazione (41%), delle farine, pane e pasta (35%), degli alimenti vari (33%) e quello delle carni ed allevamenti (31%);
- le non conformità erano determinate, perlopiù, dalla responsabilità degli operatori di settore;
- l'andamento poteva essere ritenuto in linea con i risultati degli anni precedenti.

Le attività poste in essere hanno consentito di segnalare 10.479 O.S.A. (Operatori del Settore Alimentare) all'Autorità Amministrativa e 1.777 all'Autorità Giudiziaria nonché di procedere all'arresto di 11 persone.

Sono state, altresì, elevate 17.343 sanzioni amministrative (per un valore di € 15.317.623) e 3.011 sanzioni di natura penale nonché posti sotto sequestro 10.186.270 kg/litri di alimenti e chiuse/sequestrate 949 strutture, per un valore totale di € 458.567.477.

Le infrazioni più ricorrenti hanno riguardato, in ambito:

politic, Freue al.	
$\hfill\Box$ detenzione/somministrazione di alimenti in cattivo stato di conservazione, per il 29% violazioni rilevate;	delle
☐ frode in commercio, per il 23% delle violazioni rilevate;	
- amministrativo:	
☐ le carenze igienico strutturali, per il 62% degli illeciti contestati;	
☐ l'irregolare etichettatura, per il 9 % degli illeciti contestati.	

# SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA

### Gli incidenti domestici

- penale, i reati di:

Nel 2014<sup>10</sup> quasi 700.000 persone – 11,3 ogni 1.000 – hanno dichiarato di essere rimaste coinvolte in un incidente domestico nei tre mesi precedenti l'intervista. Si tratta, nel complesso, di 783.000 incidenti nei tre mesi, con una media di 1,1 incidenti per persona colpita.

Il fenomeno è connotato per genere ed età: le donne, gli anziani e i bambini sono le categorie maggiormente a rischio di incidenti domestici.

Il 70,4% di tutti gli incidenti ha avuto come vittima una donna, con un numero di incidenti subìti più che doppio rispetto a quelli che hanno colpito gli uomini (551.000 incidenti subìti da donne contro 232.000 degli uomini). Oltre un terzo degli incidenti (36%) riguardava una persona di 65 anni e più e il 4,5% ha avuto come vittima un bambino sotto i 5 anni.

In considerazione dell'importanza che il problema degli incidenti domestici riveste per la sanità pubblica e tenuto conto della rilevanza sociale per l'impatto psicologico che questi hanno sulla popolazione, che considera la casa il luogo sicuro per eccellenza, il Ministero della Salute ha inteso includere tale criticità tra i macro obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 (v. sopra). In particolare, le azioni da intraprendere per la prevenzione degli incidenti in considerazione delle informazioni fornite dalla sorveglianza ospedaliera di pronto soccorso comprendono:

\_

<sup>&</sup>lt;sup>10</sup> Fonte: Istat – Report "Gli incidenti domestici. Anno 2014"

- il miglioramento della sicurezza delle abitazioni;
- il miglioramento della conoscenza del fenomeno e delle azioni di prevenzione di operatori sanitari, medici di medicina generale e operatori delle professioni sanitarie ;
- la formazione e informazione della popolazione maggiormente a rischio di incidente domestico, dei genitori e dei *care giver*;
- gli interventi di miglioramento dello stato di salute della popolazione anziana mirati al potenziamento dell'equilibrio e del coordinamento motorio.

\*\*\*\*

# **Tabagismo**

Secondo i dati Istat, nel 2013, su 51,9 milioni di abitanti con età superiore ai 14 anni i fumatori erano circa 10,8 milioni (20,9%), di cui 6,6 milioni di uomini (26,4%) e 4,2 milioni di donne (15,7%). Nel 2003, prima dell'entrata in vigore della legge 3/2003, la prevalenza dei fumatori era del 23,8% (31,0% uomini e 17,4% donne) con un calo complessivo del 12,0% (-14,8% gli uomini e -9,8% 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 36,2%; per le donne, la classe con una prevalenza più alta era quella tra i 45 e i 54 anni, con una percentuale del 22,1%. La prevalenza tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni, con un valore di 20,4% (25,9% i maschi e 14,7% le femmine), era in leggero calo. La più alta percentuale di fumatori si osservava nell'Italia Centrale (22,5%), seguivano il Sud e le Isole (21,0%) e il Nord (20,0%). Dall'elaborazione dei dati dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli risultava che nel 2013 le vendite dei prodotti del tabacco si erano ridotte del 5,4%, rispetto al 2012 ed in particolare le vendite di sigarette si erano ridotte del 5,7% (quasi 2 pacchetti in meno al mese acquistati da ciascun fumatore). La diminuzione delle vendite di sigarette nel periodo 2004-2013 era pari a circa il 25,1%. Nel 2013, per la prima volta da 10 anni, le vendite del tabacco trinciato erano leggermente diminuite (-0,7%), anche se, dal 2004, le vendite di questo tipo di tabacco, arrivato a rappresentare il 5,1% del mercato (le sigarette il 92,8%), erano più che quintuplicate.

La strategia italiana contro il tabagismo si sviluppa su tre direttrici: proteggere la salute dei non fumatori, ridurre la prevalenza dei nuovi fumatori, sostenere la cessazione dal fumo. La legge 3/2003 art. 51, che ha regolamentato il fumo in tutti i locali chiusi pubblici e privati, rappresenta uno strumento efficace di salute pubblica, il cui bilancio a oggi è positivo. La necessità di rafforzare la tutela della salute dei non fumatori, in particolare dei minori, ha portato all'introduzione (legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189 del decreto legge 13 settembre 2012) del divieto di vendita delle sigarette ai minori di 18 anni, innalzando il limite dei 16 anni previsto dall'art. 25 del Regio decreto 1934. Su mandato del Ministro della Salute, il Comando Carabinieri per la Tutela della Salute (NAS) effettua controlli a campione su tutto il territorio nazionale sull'applicazione della legge. Dal 2002 al 2013 i NAS hanno compiuto quasi 32.000 controlli 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 2013, i NAS hanno eseguito 5.642 ispezioni (+12,0%), inclusi 1.283 controlli ai distributori automatici di

sigarette, alle rivendite di tabacchi e di sigarette elettroniche, contestando 217 infrazioni, la maggior parte delle quali presso discoteche, sale scommesse e ospedali.

Con la legge di conversione 8 novembre 2013 n. 128 del decreto legge 12 settembre 2013 n. 104, il divieto di fumo è stato esteso anche alle aree all'aperto di pertinenza delle scuole. La stessa norma introduce, inoltre, il divieto di utilizzo delle sigarette elettroniche nei locali chiusi e nelle aree all'aperto di pertinenza delle istituzioni scolastiche, nonché il divieto di pubblicità di liquidi e ricariche contenenti nicotina nei locali frequentati da minori, in televisione nelle fasce orarie 16.00-19.00, sulla stampa per minori e nei cinema. Il contrasto al tabagismo è previsto da atti istituzionali di programmazione in tutte le Regioni che, anche attraverso progetti promossi dal Ministero della Salute/CCM, hanno sperimentato, a livello locale, modelli di intervento e programmi di comunità per la prevenzione del fumo tra i giovani e nei luoghi di lavoro, il rafforzamento della rete degli operatori dei servizi, il sostegno ai Centri antifumo-CAF e la formazione al "colloquio motivazionale" di operatori sanitari [medici di medicina generale (MMG), ostetriche, farmacisti ecc.] e non sanitari (insegnanti, educatori ecc.).

#### Alcol

Nell'ultimo decennio si è andato progressivamente affermando il consumo di alcol occasionale e al di fuori dei pasti, mentre risulta meno diffuso, pur persistendo nella popolazione adulta e anziana, il modello tradizionale di consumo basato sull'assunzione di vino durante i pasti.

Secondo i **dati ISTAT**, nel corso del 2014 aveva consumato almeno una bevanda alcolica il 63% degli italiani di 11 anni e più (pari a 34 milioni e 319 mila persone), con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (76,6%) rispetto alle femmine (50,2%).

Il 22,1% dei consumatori (12 milioni circa di persone) beveva quotidianamente (33,8% tra i maschi e 11,1% tra le femmine).

Nel decennio 2005-2014 l'ISTAT ha rilevato la diminuzione della quota di consumatori totali (dal 69,7% del 2005 al 63,0% del 2014), la diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 31% del 2005 al 22,1% del 2014), l'aumento dei consumatori occasionali (dal 38,6% del 2005 al 41,0% del 2014), l'aumento dei consumatori fuori pasto (dal 25,7% del 2005 al 26,9% del 2014).

Nel 2014 si osservava un lieve calo rispetto all'anno precedente dei consumatori giornalieri (nel 2013 rappresentavano il 22,7% e nel 2014 il 22,1%) mentre continuavano a crescere i consumatori fuori pasto (nel 2013 erano il 25,8% e nel 2014 il 26,9%).

Il consumo fuori pasto è soprattutto diffuso tra i giovani (18-24 anni) e i giovani adulti (25-44), che lo adottano spesso nell'ambito di occasioni e contesti legati al divertimento e alla socializzazione. Continuava la crescita negli ultimi dieci anni del consumo fuori pasto tra le femmine che sono passate dal 14,9% del 2005 al 16,5% del 2014; tale crescita si è verificata in tutte le fasce di età, mentre il dato complessivo dei consumi fuori pasto tra i maschi risultava in lieve diminuzione (37,3% nel 2005, 36,1% nel 2014).

Desta particolare allarme il fenomeno del *binge drinking*, con gravi rischi per la salute e la sicurezza non solo del singolo bevitore ma anche dell'intera società. Nel 2014, il 10,0% degli uomini e il 2,5% delle donne di età superiore a 11 anni dichiarava di aver consumato 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi, corrispondenti ad oltre 3.300.000 persone di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere e

della classe di età della popolazione. Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano progressivamente nel secondo decennio di vita e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=21,0%; F=7,6%); oltre questa fascia di età le percentuali diminuiscono nuovamente per raggiungere i valori minimi nell'età anziana (M=2,1%; F=0,3%).

L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazione più a rischio per entrambi i generi era quella dei 16-17enni (M=46,91%, F=39,5%), che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e quella degli uomini così detti "giovani anziani", cioè i 65-74enni. Verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 700.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni erano consumatori a rischio per patologie e problematiche alcolcorrelate.

Lo **studio sui consumi alcolici nelle Regioni Italiane** dimostrava che il consumo di alcol nell'anno era più diffuso nel Centro-nord, soprattutto nel Nord-est, ed in particolare tra i maschi. Nel 2014, rispetto all'anno precedente, si osservava una diminuzione nel consumo di alcol nell'anno nel Nord-est (da 68,7 a 67%) e al Centro (da 65,5% a 62,3%). Nell'Italia meridionale si registrava una riduzione soprattutto nel consumo di alcol giornaliero (da 22,1% a 20,3%).

Considerando l'ampiezza demografica dei Comuni, la quota di consumatori nell'anno era più elevata nei Comuni metropolitani e nei Comuni con più di 50.000 abitanti; nei Comuni fino a duemila abitanti era, invece, più alta la percentuale dei consumatori giornalieri. Rispetto al 2013, si riducevano in maniera significativa sia la quota di consumatori nell'anno sia quella di consumatori giornalieri nei Comuni con più di 50.000 abitanti.

Dall'analisi del **tipo di bevande** consumate si confermava la tendenza già registrata negli ultimi dieci anni che vedeva una progressiva riduzione della quota di consumatori che bevevano solo vino e birra, soprattutto fra i più giovani e le donne, e un aumento della quota di chi consumava, oltre a vino e birra, anche aperitivi, amari e superalcolici, aumento che si registrava nei giovani e giovanissimi ma in misura percentuale maggiore negli adulti oltre i 44 anni e fra gli anziani. Tra i giovani di 18-24 anni era in crescita il consumo di altri alcolici (aperitivi alcolici, *alcolpops*) oltre a vino e birra.

L'alcoldipendenza è a tutt'oggi un ambito che necessita di grande attenzione per le implicazioni sanitarie e sociali che ne derivano. La stima puntuale del numero di alcoldipendenti presenti in Italia ha presentato difficoltà di vario tipo e non esistono ancora dati ufficiali in merito. Per una valutazione del fenomeno è comunque utile tener conto, fra gli altri elementi, del numero di alcoldipendenti in trattamento nei Servizi alcologici pubblici (circa 500 distribuiti in tutto il Paese presso cui operano **4.600** unità di personale, fra cui medici, infermieri professionali e psicologi) nonché del numero dei soggetti e delle famiglie che frequentano a scopo riabilitativo i gruppi di auto-mutuo aiuto o le associazioni no profit che operano in collaborazione con gli stessi servizi pubblici o in maniera autonoma. Nel 2013 e nel 2014 sono stati presi in carico presso i Servizi dedicati o nei gruppi di lavoro all'interno dei Servizi rispettivamente 69.880 e 72.784 soggetti. L'utenza è andata tendenzialmente aumentando nel tempo; negli anni più recenti il trend crescente è soprattutto evidente per gli utenti già in carico e rientrati. Il rapporto M/F mostra una maggiore presenza maschile, che risulta ancor più evidente al Centro-sud. Nel tempo si è assistito ad un progressivo invecchiamento dell'utenza, particolarmente evidente nell'ultimo triennio, che ha riguardato tutte le categorie di utenti. Tuttavia, come atteso, i nuovi utenti erano più giovani degli utenti già in carico o rientrati: nel 2014 si osservava che il 12,4% dei nuovi utenti aveva meno di 30 anni mentre per i vecchi questa percentuale era pari al 6,7%; gli ultracinquantenni erano invece il 35,5% dei nuovi utenti e il 43,4% di quelli già in carico, confermando un'età media superiore degli utenti già in carico.

Analizzando i programmi di trattamento si osserva che nel 2014 il 25,7% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 24,8% al "counseling" rivolto all'utente o alla famiglia, il 5,5% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 15,8% si è scelto un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 2,5% degli alcoldipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per l'11,1% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 4,1% del totale degli utenti rilevati (2,7% in istituti pubblici, 1,4% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero era rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol.

Dal "Rapporto Globale su alcol e salute 2014" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità risultava che l'Italia, con un consumo medio pro capite di 6,1 litri, presentava un valore vicino a quello raccomandato dall'Organizzazione stessa ai Paesi della Regione europea per l'anno 2015 (6 litri l'anno per la popolazione al di sopra dei 15 anni e 0 litri per quella di età inferiore). Questo dato riconosciuto a livello internazionale sembra confermare la validità delle politiche di contrasto attivate a livello nazionale e regionale e incoraggia, in linea con gli orientamenti della legge 125/2001, un loro ulteriore rafforzamento. Pertanto, nello spirito della legge 125/2001, il Ministero della Salute ha sostenuto e sostiene politiche sull'alcol in linea con gli orientamenti approvati in ambito internazionale, sia a livello di Unione Europea che di Organizzazione Mondiale della Sanità. A tale proposito particolare valenza strategica rivestono la Strategia Comunitaria 2006-2012 per la riduzione dei danni alcol correlati, la Strategia Globale 2010 dell'OMS per la riduzione del consumo dannoso di alcol e, più recentemente, il Piano di azione per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 (Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Disease 2013-2020-WHO), nell'ambito del quale è prevista per i prossimi anni una riduzione del consumo dannoso di alcol pari al 10%. E' da sottolineare che l'Italia ha recentemente raggiunto un importante obiettivo fissato dal nuovo Piano di Azione Europeo per l'Alcol 2012-2020 introducendo il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni (Legge n. 189/2012).

Specifiche azioni di prevenzione dell'alcolismo, delle patologie ad esso correlate nonché di divulgazione di stili di vita salutari, sono contenute nel Programma "*Guadagnare Salute*" e nel PNP 2014-2018 (v. sopra).

Si rinvia a quanto sopra indicato riguardo le campagne di comunicazione legate al consumo ed abuso di alcol.

# **Tossicodipendenze**

Il quadro legislativo di riferimento è costituito dal D.P.R. 09.10.1990 n° 309, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza* e dal Testo Unico delle leggi in materia di stupefacenti, Legge 22 dicembre 1975, n. 685, che ha subito numerose modifiche, le più rilevanti delle quali sono:

- 1. Legge 26 Giugno 1990, n.162 "Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza".
- 2. Legge 8 febbraio 2001, n.12 "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore".

- 3. Legge 21 febbraio 2006, n.49 "Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, recante Misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'Amministrazione dell'interno e le disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi".
- 4. Legge 15 marzo 2010, n.38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".
- 5. Legge 16.05.2014 n. 79 recante Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 20 marzo 2014, n. 36, recante "Disposizioni urgenti in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, nonché di impiego di medicinali meno onerosi da parte del Servizio sanitario nazionale".

Nel 2014<sup>11</sup> il Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) ha condotto un'indagine su un campione di 52.351 soggetti di età compresa tra i 18 ed i 64 anni residenti in Italia. La tecnica adottata è stata quella di un questionario inviato per posta. In totale i questionari compilati pervenuti ammontavano a 8.465, con una percentuale di adesione allo studio pari al 16,9%. L'analisi generale dell'andamento dei consumi di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi, riferiti alla popolazione rispondente in età 15-64 anni, mostrava un aumento generale dei consumatori soprattutto per la cannabis (hashish o marijuana) e per le sostanze stimolanti (ecstasy e/o amfetamine/metamfetamine).

Nel corso dello stesso anno anche l'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR) ha condotto un'indagine campionaria consistente nella somministrazione di un questionario postale anonimo ad un campione di circa 23.500 residenti di età compresa tra i 15 e i 74 anni, estratto in maniera casuale dalle liste anagrafiche dei comuni selezionati nell'ambito del disegno campionario. Il tasso di rispondenza finale era pari a circa il 35%. Sulla base delle risposte ottenute, si stimava che circa il 10% degli italiani con età compresa tra i 15 e i 64 anni, avesse assunto di recente almeno una sostanza illegale, ovvero nel corso dell'ultimo anno. Tale comportamento riguardava poco meno di 4 milioni di persone; di questi l'87% aveva consumato solo una sostanza, mentre il restante 13% due o più. Il consumo di almeno una sostanza illegale aveva riguardato circa il 20% dei giovani adulti 15-34enni, coinvolgendone più di 2.500.000, e tra questi la percentuale dei poli consumatori era sovrapponibile a quella della popolazione generale (13%), interessando oltre 330.000 15-34enni. Tra i maschi si rilevava una maggiore diffusione del consumo di sostanze psicoattive: a ogni consumatrice corrispondevano quasi 2 consumatori (maschi 12,5%; femmine 7,1%), ma era nelle fasce di età più giovani che si concentrava la maggior prossimità alle sostanze (24,6% maschi contro il 14,5% delle femmine).

Nella popolazione generale tra i 15 e i 64 anni, il 32% aveva provato cannabis almeno una volta nella vita, poco più di 12.500.000. La prevalenza era pari quasi al 40% se si considerava la fascia d'età 15-34 anni, coinvolgendo oltre 5 milioni di sperimentatori tra i giovani.

La cocaina era, dopo la cannabis, la sostanza illecita più diffusa. Si stimava che quasi 3.000.000 di italiani l'avessero usata almeno una volta nella vita (7,6%) e poco più di 430.000 ne avessero fatto uso nell'ultimo anno (1,1%), 240.000 dei quali erano 15-34enni, con una prevalenza pari all'1,8%. Erano i maschi a far rilevare prevalenze più elevate (1,4% contro lo 0,7% delle femmine), e tra i 15-34enni si osservavano prevalenze più di tre volte superiori rispetto alle coetanee (2,8% vs 0,8%).

-

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> Fonte: Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento delle Politiche Antidroga - *Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*.

Il consumo almeno una volta nella vita degli stimolanti (amfetamine, ecstasy, MDMA, ecc.) aveva coinvolto oltre un milione e mezzo di italiani di 15-64 anni (4,1%), mentre il consumo recente degli stimolanti si attestava allo 0,5%, coinvolgendo circa 180.000 persone, 155.000 delle quali avevano un'età compresa tra i 15 e i 34 anni (corrispondente all'1,2% della popolazione di pari età). Anche in questo caso, le prevalenze maschili risultavano superiori a quelle delle coetanee. Rispetto ai consumi recenti, le prevalenze in entrambe le fasce d'età si riducevano: erano poco più di 30.000 i 15-64enni che avevano consumato stimolanti nel mese antecedente la compilazione del questionario (0,1%), dei quali quasi 26.000 erano giovani adulti (0,2%).

Il consumo nella vita di allucinogeni (LSD, funghi allucinogeni, ketamina, ecc.) aveva coinvolto quasi un milione e mezzo di italiani (3,7%), quasi un terzo dei quali di età compresa tra i 15 e i 34 anni (4,3%). Il consumo recente di allucinogeni era pari allo 0,3% e aveva riguardato quasi 120.000 soggetti, consumo che tra i 15-34enni aveva interessato poco più di 90.000 individui (0,7%). Era soprattutto tra questi ultimi che i maschi risultavano in quota quasi doppia a quella delle coetanee. Nella popolazione totale, invece, le prevalenze per genere risultavano abbastanza simili.

Il consumo di eroina (inclusi altri oppiacei, quali oppio, morfina, metadone, ecc.) almeno una volta nella vita aveva coinvolto quasi 800.000 italiani tra i 15 e i 64 anni (2%), meno della metà dei quali giovani adulti: poco più di 300.000, pari al 2,5% della popolazione 15-34enne. Negli ultimi 12 mesi il consumo di eroina aveva riguardato lo 0,8% della popolazione generale, circa 320.000 persone. Come rilevato per le altre sostanze, la quota maschile risultava superiore a quella femminile, in particolare tra i giovani adulti. Tra questi ultimi il consumo recente di eroina aveva interessato circa 190.000 persone.

Le Regioni e le Province Autonome (di seguito P.A.), in funzione delle competenze loro attribuite, organizzano la rete dei servizi coerentemente con l'analisi dei bisogni e della domanda di trattamento localmente elaborata e con le strategie di politica sanitaria adottate. Negli anni Novanta, con l'emersione della diffusione dell'eroina e delle patologie infettive correlate, sono state emanate importanti normative di settore, tra cui quelle di istituzione e di funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze con l'articolo 27 della Legge 26 giugno 1990, n.162, e nell'ambito del citato DPR 309/90, con l'art.118 veniva definita l'organizzazione dei Ser.T. (Servizi per le Tossicodipendenze) presso le unità sanitarie locali.

Con la revisione del Titolo V della Costituzione, le Regioni e le P.A. hanno assunto piena responsabilità circa l'organizzazione dei servizi sanitari regionali, nel rispetto dei LEA emanati con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri e definiti nell'ambito di Accordi in Conferenza Unificata Stato-Regioni.

Con la Legge 79 del 2014 i Ser.T. sono stati rinominati *Ser.D. – servizi pubblici per le dipendenze*. Tale modifica evidenzia il cambiamento culturale e di mandato istituzionale ormai riconosciuto a questi servizi: non si tratta più di assistere tossicodipendenti, principalmente da eroina, ma di fornire servizi di elevata specializzazione a soggetti con diverse tipologie di patologie da dipendenza, sia da sostanze illegali e legali che con dipendenze senza sostanza. I Ser.D. assicurano l'accesso diretto alle cure nella garanzia dell'anonimato, in un'ottica di integrazione multidisciplinare. Ogni paziente riceve un trattamento personalizzato, in funzione della valutazione diagnostica, attraverso la costruzione di un percorso terapeutico individuale costruito in accordo col paziente stesso. Il piano di trattamento, definito dal Ser.D., può essere realizzato in ambito ambulatoriale/domiciliare, semiresidenziale o residenziale.

Oltre ai trattamenti per i soggetti presi in carico, i Ser.D. assicurano attività di prevenzione e di reinserimento, anche in collaborazione con altre articolazioni del SSR e con altri Enti Locali. Dalla rilevazione delle Regioni e P.A. risultano presenti sul territorio nazionale **581** Ser.D. La gestione dei Ser.D. è quasi esclusivamente pubblica ad eccezione di 10 servizi in Regione Lombardia, accreditati con gestione privata.

Nel 2014 i Ser.D. hanno assistito complessivamente 131.121 soggetti tossicodipendenti di cui 39.600 erano nuovi utenti (30,2%) e 91.521 soggetti che risultavano già in carico dagli anni precedenti (69,8%). Circa l'86% degli utenti censiti erano di sesso maschile (rapporto M/F pari a 6,1); tale percentuale arrivava al 91% nei nuovi utenti e scendeva all'84% negli utenti già in carico. Analizzando l'utenza totale per classi di età si notava una maggiore concentrazione dai 25 ai 54 anni. In particolare, dall'analisi per sesso, si osserva che nei maschi in totale le età più frequenti erano tra i 30 e i 54 anni; le classi più numerose erano 35-39 anni, 40-44 anni (classe modale) e 45-49 anni. Le utenti totali femmine avevano più frequentemente tra i 25 e i 49 anni e, in questo *range*, si distribuivano equamente nelle varie classi di età (frequenza nelle classi quinquennali intorno al 14%). Sempre dai dati SIND emerge che il numero totale degli operatori dei Ser.D. nel 2014 si attestava a 7.958 unità (n. 6.924 unità se si considerano le unità equivalenti ovvero il personale part time considerato 50% del full time). Mediamente, in Italia, i Ser.D. hanno il 52% di figure professionali corrispondenti al medico e all'infermiere. Il restante 48% è composto da figure professionali quali: psicologo, assistente sociale, educatore, altro.

I programmi <u>residenziali</u> e <u>semiresidenziali</u> costituiscono una risorsa importante, ampiamente utilizzata dai servizi nell'ambito dei progetti terapeutici personalizzati. L'assistenza residenziale e semiresidenziale garantisce un'offerta totale su scala nazionale di **13.700 posti**. La quasi totalità di tale offerta è gestita da organizzazioni del Privato, attore da sempre importante nel sistema della rete dei servizi e nella costruzione dei modelli di intervento per le patologie da dipendenza.

Nel 2014 il numero di utenti assistiti in strutture si attestava a 11.736.

Il personale delle Comunità Terapeutiche private nel 2014 raggiungeva le 5.140 unità. La figura professionale prevalente era quella dell'educatore professionale (oltre il 44%).

Nel 2014 la spesa complessiva ammontava a circa 675 milioni di euro. Il 61% della spesa (411.135.659 milioni di euro) risultava essere destinato alle attività di tipo ambulatoriale e domiciliare mentre il 35% (237.208.344 milioni di euro) era invece destinato a tutte le attività di tipo residenziale/semiresidenziale, effettuate perlopiù dai servizi privati. Da stime effettuate tali attività si rivolgevano a circa il 15% della popolazione complessiva assistita. Il restante 4% (27.132.158 euro) era destinato a sperimentazioni e finanziamenti al terzo settore.

#### Le vaccinazioni

Nell'ottica di recepire le indicazioni dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS e di aggiornare il Piano del 2003, il 23 marzo 2011 è stato approvato, in sede di Intesa Stato-Regioni, il "Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015", che

ha spostato gli obiettivi di eliminazione del morbillo e la prevenzione dei casi di rosolia congenita (< 1 caso/100.000 nati vivi) al 2015 ed ha introdotto l'obiettivo di eliminazione della rosolia. Il PNEMoRc ha delineato le azioni e le strategie per raggiungere gli obiettivi specifici:

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

Al 31 dicembre 2013 tutte le Regioni e Province Autonome, tranne due, hanno inserito i dati della sorveglianza integrata nella piattaforma web *ad hoc* sviluppata dall'Istituto Superiore di Sanità.

Nel 2012 la copertura vaccinale media nazionale per la prima dose di vaccino contro il morbillo entro i 2 anni di età è stata del 90,0%, mentre quella per la prima dose di vaccino contro la rosolia è stata pari all'89,2%. Solo due Regioni (Umbria e Marche) hanno raggiunto una copertura vaccinale ≥ 95%. Non sono attualmente disponibili dati nazionali di copertura vaccinale per la seconda dose di vaccino, né in gruppi specifici di popolazione.

Nella tabella sottostante è indicato il tasso di copertura vaccinale in Italia, suddiviso per regione e per tipo di vaccinazione, riferito all'anno 2014.

	Co	perture vaccina	li* (per 100 al	oitanti) calcolat	e sui riepiloghi i	nviati dalle Re	gioni e PP.AA.	(per singolo an	tigene)			
PECIONE (Provide de Autonomo	Polio <sup>(a)</sup>	D:(0 : (0)	Tetano <sup>(s)</sup>	Pertosse <sup>(a)</sup>	Epatite B <sup>(n)</sup>	Hib <sup>(b)</sup>	Morbillo <sup>(c)</sup>	Parotite <sup>(c)</sup>	Rosolia <sup>(c)</sup>	Varicella <sup>(c)</sup>	Meningococco C	Pneumococco
REGIONE/Provincia Autonoma	Polio	Difterite <sup>(a)</sup>									coniugato <sup>(b)</sup>	coniugato <sup>(b)</sup>
Piemonte	95,91	95,91	96,12	95,84	95,55	95,35	89,66	89,66	89,66	1,10	86,78	92,
/alle D'Aosta	90,61	90,78	91,30	90,09	90,18	89,66	77,61	77,17	77,09	0,43	77,78	84,4
ombardia	95,02	94,96	95,14	94,83	94,87	94,33	89,49	89,36	89,40	n.i.	79,43	79,4
Prov Auton Bolzano	88,46	88,44	88,52	88,43	87,99	87,68	68,77	68,68	68,75	2,95	61,31	80,6
Prov Auton Trento	92,74	92,70	93,09	92,57	92,43	92,14	84,21	84,17	84,21	1,21	81,73	87,1
/eneto	91,71	91,76	92,09	91,70	91,43	91,04	87,10	86,98	87,03	84,16	88,10	85,5
Friuli Venezia Giulia	92,20	92,57	92,57	92,08	91,70	91,67	83,51	83,38	83,39	60,28	82,62	82,3
Liguria	95,74	95,74	95,80	95,69	95,61	95,22	82,82	82,76	82,82	11,60	83,12	92,1
Emilia Romagna	94,80	94,72	95,07	94,44	94,49	94,00	88,26	88,06	88,06	0,55	88,28	92,5
Toscana	95,43	95,56	95,71	95,56	95,37	95,12	89,31	89,15	89,23	77,12	87,82	93,8
Umbria	95,90	95,63	95,64	95,54	95,25	95,52	88,97	88,81	88,79	0,59	86,50	94,1
Marche	93,66	93,63	93,70	93,63	93,50	93,45	81,39	81,39	81,39	1,49	76,64	89,6
Lazio	97,55	97,54	97,54	97,53	97,95	97,06	88,54	88,54	88,54	6,15	n.i.	91,2
Abruzzo	96,58	96,57	96,57	96,57	96,57	96,55	85,68	85,68	85,68	4,70	62,20	83,6
Molise	96,65	96,65	96,65	96,65	96,65	96,65	86,27	86,27	86,27	37,30	74,15	94,6
Campania	93,19	93,19	93,19	93,19	93,19	93,09	83,66	83,66	83,66	7,88	42,72	76,6
Puglia	94,64	94,64	94,64	94,64	94,64	94,63	85,07	85,07	85,07	81,65	77,75	93,4
Basilicata	98,84	98,84	98,84	98,84	98,84	98,84	90,00	90,00	90,00	72,47	86,33	98,4
Calabria	96,07	96,07	96,07	96,07	96,07	96,04	83,20	83,20	83,20	51,07	66,21	92,0
Sicilia	93,48	93,48	93,48	93,48	93,48	93,47	83,95	83,95	83,95	79,02	60,17	91,7
Sardegna	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.
MEDIA NAZIONALE	94,66	94,65	94,77	94,58	94,56	94,25	86,63	86,57	86,58	35,99	74,94	87,2
(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi												
b) Ciclo vaccinale di base completo - 3 dosi b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età												
c) 1° dose entro 24 mesi												
-,												
ggiornamento 11/8/2015												

#### SICUREZZA STRADALE

Nel 2014<sup>12</sup>, in Italia si sono verificati 177.031 incidenti stradali con lesioni a persone, che hanno provocato la morte di 3.381 persone (entro il 30° giorno) e il ferimento di altre 251.147. Rispetto al

-

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> Fonte: Istat

2013, il numero di incidenti è sceso del 2,5%, quello dei feriti del 2,7% mentre per il numero dei morti la flessione è stata più contenuta: -0.6%. Sulla base dei dati di dimissione ospedaliera, i feriti gravi sono stati circa 15.000 mentre il numero di feriti gravi in incidente stradale per ogni decesso era pari a 4,4. Sulle strade urbane italiane si sono verificati 133.598 incidenti, con 180.474 feriti e 1.505 vittime; sulle autostrade gli incidenti sono stati 9.148, con 15.290 feriti e 287 decessi. Sulle strade extraurbane, ad esclusione delle autostrade, si sono verificati 34.285 incidenti che hanno comportato 55.383 feriti e 1.589 vittime. Gli incidenti più gravi sono avvenuti sulle strade extraurbane (escluse le autostrade) dove si sono registrati 4,63 decessi ogni 100 incidenti. Nello stesso anno si sono registrati 1.491 decessi tra conducenti e passeggeri di autovetture, seguiti da motociclisti (704), pedoni (578), ciclisti (273), occupanti di mezzi pesanti (159), ciclomotori (112) e altre modalità di trasporto (64). Per gli uomini, la classe di età con il maggior numero di decessi era quella tra i 20 e 24 anni (219). Valori molto elevati si riscontravano anche in corrispondenza delle fasce di età 25-29 anni (195) e 45-49 anni (206). Per le donne, il numero maggiore di vittime si registrava fra le 20-24enni (49) e nelle età più anziane 75-79 e 80-84 anni (rispettivamente 65 e 57). In quest'ultimo caso la frequenza elevata in corrispondenza delle età più avanzate è attribuibile al maggiore coinvolgimento delle donne in incidenti stradali nel ruolo di pedone.

Nel biennio 2012-2013 la Fondazione ANIA per la Sicurezza Stradale ha presentato una campagna di comunicazione che intendeva ricordare a tutti il valore della vita puntando sui rischi che si corrono e si possono correre sulla strada. Non è stata casuale la scelta del *claim "Non spegnere la luce"*, accompagnato dal *"Pensaci"*. Lo spot della campagna della Fondazione ANIA è stato trasmesso sulle principali televisioni nazionali, con un calendario di messa in onda che ha previsto passaggi sulle reti digitali e satellitari nazionali nonché passaggi pianificati sulle principali emittenti nazionali e una versione per la carta stampata, che è stata riportata sulle principali testate nazionali e riproposta nel circuito delle grandi affissioni in alcune città italiane. La versione televisiva della campagna è stata realizzata con 6 differenti spot.

Nel 2015 la Fondazione ANIA per la Sicurezza Stradale ha proposto la nuova versione degli spot ispirati ai Comandamenti. Come nell'anno precedente, sono stati toccati i principali temi legati all'incidentalità stradale in Italia: dal numero totale delle vittime della strada alle principali cause degli incidenti, ovvero la guida in stato psicofisico alterato e la distrazione. Attenzione puntata anche sui giovani che ogni anno muoiono negli incidenti stradali e sui ciclisti. La campagna è andata in onda per oltre un mese sulle tv nazionali, in tutti i cinema italiani e sul web.

Dopo un lungo iter parlamentare è stata recentemente emanata la Legge 23 marzo 2016 n. 41<sup>13</sup> che introduce nell'ordinamento italiano il reato di omicidio stradale. Un sinistro stradale con esito mortale o con lesioni gravi o gravissime sarà soggetto alle nuove pene, previste rispettivamente dagli articoli 589 bis e 590 bis del Codice penale. In caso di omicidio, la pena base va da 2 a 7 anni, mentre il conducente di veicoli a motore rischia fino a 12 anni di reclusione in caso di guida in stato di ebbrezza o di stupefazione, per arrivare fino a 18 anni in caso di morte di più persone. Anche in materia di lesioni personali stradali il legislatore fa sentire il suo monito, con previsioni fino a 7 anni di reclusione. Le misure in ordine alla sospensione della patente sono ispirate al massimo rigore. Una volta ritirata la patente a seguito di omicidio o lesioni stradali, misura già prevista, la sospensione

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> "Introduzione del reato di omicidio stradale e del reato di lesioni personali stradali, nonché disposizioni di coordinamento al d.lgs. 30 aprile 1992, n. 285 e del d.lgs. 28 agosto 2000 n. 74"

temporanea disposta dal prefetto potrà arrivare a 5 anni, prorogabili a 10 in caso di intervenuta sentenza di condanna non definitiva. La condanna definitiva, poi, prevede non solo la revoca del documento, ma anche l'impossibilità di conseguire una nuova patente che, nei casi più gravi, può arrivare a 30 anni. La legge n. 41 non solo ribadisce l'obbligatorietà degli accertamenti per stabilire se il conducente si trovasse sotto l'effetto di stupefacenti o in stato di ebbrezza, ma ne prevede l'esecuzione coattiva in caso di rifiuto dell'interessato.