

ARTICOLO 11

Diritto alla protezione della salute

§. 1

Nei rapporti precedenti del governo italiano si era precisato che il diritto alla tutela della salute è, innanzitutto, garantito dalla Costituzione. L'articolo 32, infatti, tutela la salute come "diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti". L'espressione "diritto alla salute" sintetizza una pluralità di situazioni giuridiche soggettive quali il diritto all'integrità psico-fisica e quello ad un ambiente salubre, il diritto ad ottenere prestazioni sanitarie, alle cure gratuite agli indigenti nonché il diritto a non ricevere prestazioni sanitarie, se non quelle previste obbligatoriamente per legge, a tutela oltre che della persona del destinatario, di un interesse pubblico della collettività. Il Servizio sanitario nazionale è sorto per dare attuazione soprattutto a questo insieme di diritti – quello a prestazioni sanitarie, inclusive della prevenzione, della cura e della riabilitazione – anche attraverso l'interazione fra pubblici poteri e, in determinati casi, anche fra istituzioni pubbliche e private.

Le modifiche legislative successive all'emanazione della legge n. 833/78, di riordino del sistema sanitario nazionale, non hanno inciso sul nucleo essenziale del sistema e dei suoi principi di fondo, così sintetizzabili: responsabilità pubblica della tutela della salute; universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari; globalità di copertura in base alle necessità assistenziali di ciascuno, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza; finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale; "portabilità" dei diritti in tutto il territorio nazionale e reciprocità di assistenza con le altre regioni.

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

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

In particolare, il **Piano Sanitario 2006-2008** pone l'attenzione sulla capacità di instaurare sinergie, integrazioni e corrette relazioni. Stabilisce per tutti i soggetti operanti gli obiettivi di consolidamento e di rinnovamento del sistema, nel rispetto dei criteri di fondo su cui basare la scelta degli obiettivi, che devono essere capaci di garantire i diritti e i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), nel rispetto dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e nei limiti ed in coerenza con le risorse programmate nei documenti di finanza pubblica per il concorso dello Stato al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Fa propri gli obiettivi di salute già individuati dal PSN 2003-2005 ed in particolare: la promozione della salute e la lotta alle malattie trasmissibili, alle grandi patologie, al dolore e alla sofferenza nei percorsi di cura, l'umanizzazione dell'ospedale e le cure palliative, la prevenzione e la presa in carico della non autosufficienza, la tutela della salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza, la tutela della salute mentale e la prevenzione e presa in carico delle dipendenze, la salute delle fasce sociali marginali.

Il Piano tiene presente l'esigenza di aggiustamenti strutturali dell'offerta a fronte delle nuove esigenze emergenti (innalzamento dell'età media della popolazione e necessità di maggiori risorse).

Per garantire questo adeguamento è necessario puntare contemporaneamente:

- al miglioramento delle condizioni di salute;
- alla razionalizzazione degli interventi;
- all'implementazione di un processo di miglioramento qualitativo (anche sotto il profilo dei risultati di salute);
- alla razionalizzazione delle risorse e alla loro rifinalizzazione più appropriata, coinvolgendo i cittadini e le reti di cittadinanza in operazioni di *governance* creativa nelle quali cittadino, associazioni di tutela e reti di cittadinanza divengano sponsor e attori del sistema sanitario nazionale garantendo la partecipazione consapevole;
- al superamento del divario nell'offerta tra le diverse realtà regionali.

Nella realizzazione di questi obiettivi, il Piano prende atto della difficoltà legata alla diversa evoluzione dei servizi regionali perché non tutte le Regioni sono in grado di rispondere allo stesso modo al bisogno del proprio territorio, soprattutto per quanto riguarda le più evolute risposte tecnologiche e terapeutiche. A tal proposito, nel periodo di vigenza del Piano si prevede la promozione di nuove forme di mutualità reciproca e il governo della mobilità, non dimenticando il nuovo contesto europeo in cui si colloca l'Italia.

Il Piano, inoltre, provvede ad individuare regole e principi di comportamento a livello nazionale che trovino attuazione attraverso accordi tra le Regioni finalizzati ad ottimizzare e qualificare le prestazioni di alta specialità e promuovere l'autonomia regionale nella produzione di media – bassa complessità.

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005–2007, che viene confermato al 2008, definisce una parte delle priorità degli interventi di prevenzione da sviluppare nel triennio successivo. Le principali tematiche in esso contenute, sono:

- la prevenzione cardiovascolare suddivisa nelle seguenti iniziative:
- diffusione della carta del rischio cardiovascolare a gruppi di soggetti;
- prevenzione della obesità nelle donne in età fertile e nel bambino;
- prevenzione attiva delle complicanze del diabete di tipo II nell'adulto e nel bambino, aumentando la *compliance* del paziente;
- prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto accidenti cardiovascolari, cosicché non si ripetano;
- gli screening :
- dei tumori al seno;
- del cancro della cervice uterina;

- del cancro del colon- retto;
- la prevenzione degli incidenti:
 - stradali;
 - domestici;
 - sul lavoro;
- le vaccinazioni:
 - implementazione coperture vaccinali, attestabili attraverso l'anagrafe vaccinale;
 - implementazione dell'offerta vaccinale per i soggetti appartenenti alle categorie a maggior rischio;
 - miglioramento della qualità dei servizi e delle attività vaccinali.

Altri obiettivi di prioritario interesse sono la prevenzione dei rischi e la promozione della salute, sviluppati tramite:

- sinergie con la rete delle Agenzie per la Protezione Ambientale, per la realizzazione di programmi a tutela dell'ambiente, inteso quale fattore di qualità della salute, partendo dall'analisi dei dati epidemiologici integrati con quelli ambientali (cosiddetta epidemiologia ambientale);
- programmi per il controllo e la promozione della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro, in sintonia con le linee europee, consolidando i livelli di integrazione interistituzionale già presenti;
- promozione della sicurezza alimentare con l'adeguamento agli standard europei di controllo basati sull'analisi del rischio secondo principi di efficacia ed imparzialità;
- promozione della sanità pubblica veterinaria con la razionalizzazione delle attività di monitoraggio, il miglioramento del sistema di raccolta delle informazioni e l'implementazione delle anagrafi delle specie di maggior interesse zootecnico;
- individuazione di modelli operativi più efficaci per la promozione degli stili di vita sani.

Tra gli interventi sugli stili di vita si ritengono prioritari:

- lo sviluppo di programmi multisettoriali di contrasto al tabagismo in linea con le indicazioni dell'OMS e dell'Unione Europea, che prevedono la prevenzione del fumo tra i giovani, il sostegno alle politiche di tutela dal fumo passivo e il supporto alla disassuefazione;
- la promozione attiva di abitudini non sedentarie;
- la promozione attiva di corrette abitudini alimentari anche attraverso il sostegno alla produzione e alla vendita di alimenti o di gruppi di alimenti il cui consumo abituale è associato a bassa frequenza delle patologie correlate a scorrette abitudini alimentari e le attività di *counseling* nutrizionale in tutte le occasioni di incontro tra operatori sanitari ed utenti/pazienti.

Il Piano individua come prioritaria una sinergia con il mondo della scuola per lo sviluppo di programmi di prevenzione e promozione della salute rivolta alle classi di popolazione più giovane.

Per ciascun ambito, l'Intesa del 23 Marzo 2005 delinea le finalità generali ed affida funzioni di coordinamento e di verifica al Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM), con il compito di indicare le linee operative, fornire

assistenza tecnica e, successivamente, certificare l'attuazione dei piani regionali (art. 4, lett. e).

LO STATO DI SALUTE DEL PAESE

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

Da un'indagine condotta dall'ISTAT nel **2007**, i cui risultati sono riportati nell'*Annuario statistico italiano 2007*, il **73,3%** della popolazione residente in Italia ha valutato buono il proprio stato di salute: circa tre persone su quattro hanno dato un punteggio tra 4 e 5, considerando una scala che va da 1 a 5. La quota è stabile rispetto all'anno precedente, sia per gli uomini che per le donne. Restano sempre svantaggiate le donne: 70,2% rispetto al 76,6% degli uomini.

La percezione di un buono stato di salute decresce all'avanzare dell'età. Tra le persone anziane scende al 44,9% dei giovani anziani (65-74 anni) fino a raggiungere il 26,5% tra gli ultrasettantacinquenni. A parità di età, già dai 45 anni si evidenziano nette differenze di genere: nella fascia di età 45-54 anni il 76,1% degli uomini si considera in buona salute contro il 71,8% delle coetanee; la distanza aumenta ancor più tra i 60-64 anni (62,0% contro il 53,5%). Tra le regioni italiane si rilevano quote più elevate rispetto alla media nazionale in Puglia (76,9%), in Campania (78,2%) e a Bolzano e Trento (rispettivamente 77,8% e 74,8%).

Un altro importante indicatore per valutare lo stato di salute di una popolazione è la presenza di patologie croniche, soprattutto in un contesto, come quello italiano, caratterizzato da un alto tasso di invecchiamento della popolazione. Il 38,4% dei residenti in Italia ha dichiarato di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche rilevate (scelte tra una lista di 15 malattie o condizioni croniche), quota in lieve aumento rispetto all'anno precedente. Le patologie cronico-degenerative, più frequenti nelle fasce di età anziane, già nella classe 55-59 anni interessano oltre la metà della popolazione (56,8%) e tra le persone ultrasettantacinquenni la quota raggiunge l'87,3%. Come per la salute percepita, sono le donne a essere più svantaggiate, in particolare dopo i 50 anni. Le differenze di genere più marcate si riscontrano nella fascia di età 65-74 anni: 71,1% per gli uomini e 80,8% per le donne. Inoltre, il 20,7% ha dichiarato di essere affetto da una o più patologie croniche, con quote che superano la metà della popolazione tra gli anziani.

La quota di persone che nonostante si dichiarino affette da almeno una patologia cronica si percepiscono in buona salute risulta pari al 47,5%, in aumento rispetto agli ultimi due anni.

Le malattie o condizioni croniche più frequentemente riferite sono: l'artrosi/artrite (19,4%), l'ipertensione (15,3%), le malattie allergiche (9,9%), l'osteoporosi (7,4%), la bronchite cronica e l'asma bronchiale (6,7%), diabete (4,6%). Rispetto al **2006** sono aumentate complessivamente di oltre un punto percentuale l'ipertensione e l'artrosi/artrite, in particolare tra i molto anziani, e le patologie allergiche.

SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA

Nel **2006**, secondo una stima dell'ISTAT, la speranza di vita alla nascita per gli uomini era pari a 78,3 anni mentre per le donne era di 83,9 anni, con un vantaggio di 5,6 anni a favore di quest'ultime. Il primato della regione più longeva, tanto per gli uomini quanto per le donne spetta, come negli anni precedenti, alle Marche: 79,2 sono gli anni che mediamente può sperare di vivere un uomo e 84,8 per una donna. Si conferma fanalino di coda la Campania, con una speranza di vita pari a 76,9 e 82,7 anni rispettivamente per gli uomini e per le donne.

Nel complesso, dal 2002 al 2006, gli uomini italiani hanno guadagnato 1,1 anni di speranza di vita alla nascita, le donne 1,0 anni. A 65 anni, nel 2006 un uomo può aspettarsi di vivere ancora 17,7 anni, mentre una donna 21,5 anni.

NATALITA E MORTALITA

Secondo i dati forniti dall'ISTAT, nel corso del **2006** sono nati 560.010 bambini (5.988 nati in più rispetto all'anno precedente). Pertanto il saldo naturale, dato dalla differenza tra nati e morti, è risultato pari a 2.118 unità, leggermente positivo come nel 2004, primo anno di interruzione della serie negativa a partire dal 1993. L'incremento delle nascite si registra soprattutto nelle Regioni del Centro (+ 2,6%), del Nord-Ovest (+2,5%) e del Nord Est (+1,8%), mentre nelle Regioni meridionali (-0,9%) e nelle isole (-1,3%) permane la tendenza al decremento. La tendenza all'aumento delle nascite è da mettere in relazione alla maggiore presenza straniera regolare. Negli ultimi anni, infatti, l'incidenza delle nascite di bambini stranieri sul totale dei nati della popolazione residente in Italia ha fatto registrare un fortissimo incremento, passando all'1,7% al 10,3% dei nati vivi; in valori assoluti si è passati da poco più di 9000 nati nel 1995 ai quasi 58.000 nel 2006. Il **tasso di natalità** varia da 7,5 nati per mille abitanti in Liguria a 11,1 nella provincia autonoma di Bolzano, rispetto alla media nazionale di **9,5 per mille**.

Dalla rilevazione dei dati del certificato di assistenza al parto (CeDAP) – anno 2005, dati Ministero della Salute ai sensi del D.M. 16 luglio 2001 – rilevati su un totale di 560 punti nascita, si evidenzia che la distribuzione dei nati per classi di peso alla nascita è pressoché invariata rispetto a quella registrata negli anni precedenti. Pesi inferiori ai 1500 grammi si osservano in circa l'1% dei nati, il 5,8% ha un peso compreso tra 1500 e 2499 grammi, l'86,5% ha un peso tra 2500 e 3999 e quasi il 6% supera i 4000 grammi di peso alla nascita. Sono stati rilevati, inoltre, 1.458 nati morti corrispondenti ad un **tasso di natimortalità pari a 2,85 nati morti ogni 1000 nati** e 3.078 nati con malformazioni.

Nel **2006** il numero dei decessi è stato inferiore a quello dell'anno precedente. Il tasso di mortalità risulta più elevato nelle regioni a più forte invecchiamento: Liguria, Piemonte, Friuli-Venezia Giulia e Emilia-Romagna presentano **tassi di mortalità superiori alla media nazionale (9,5 per mille)**.

I dati relativi alla mortalità per gli anni 2005-2007 sono reperibili nella banca dati dell'ISTAT all'indirizzo: <http://demo.istat.it> . Per quanto riguarda, invece, la mortalità per causa gli ultimi dati disponibili si riferiscono al 2005 e sono consultabili sul sito www.istat.it/dati/dataste/20080604_00/ (Decessi caratteristiche demografiche e sociali).

LE PATOLOGIE

LE MALATTIE INFETTIVE

La sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le malattie a trasmissione sessuale

La disponibilità delle nuove terapie antiretrovirali ad elevata efficacia (HAART) ha consentito un significativo miglioramento della sopravvivenza nelle persone sieropositive, la diminuzione dei casi di malattia conclamata e la riduzione della mortalità correlata all'infezione.

Anche per il 2005 come per il 2004, dalla sorveglianza epidemiologica dei casi notificati di AIDS e dai sistemi di sorveglianza regionali dei casi di infezione da HIV si rileva l'aumento dell'incidenza dell'infezione acquisita per trasmissione sessuale tra persone mature. Negli ultimi anni è stata sempre più rilevante la percentuale dei pazienti con AIDS che non erano a conoscenza del loro stato di sieropositività che avrebbero potuto beneficiare tempestivamente di adeguata terapia. La diagnosi precoce è fondamentale ai fini della tutela del singolo e della collettività, poiché consente il trattamento terapeutico precoce e la prevenzione di possibili comportamenti a rischio, conseguenti alla non consapevolezza del proprio stato di sieropositività.

AIDS

In Italia il sistema di sorveglianza dei nuovi casi di AIDS, registro Nazionale AIDS, è attivo dal 1982 presso il Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità. I dati cumulativi notificati al COA dal 1982 al 2005 sono 56.076, di questi 43.495 (77,6%) erano casi di sesso maschile, 746 casi pediatrici (1,3%) con età inferiore ai 13 anni o con infezione trasmessa da madre a figlio e il 6,8 % erano stranieri.

A dicembre 2005, risultano deceduti 34.757 pazienti.

Dai dati del Registro Nazionale AIDS, la diminuzione dei casi di AIDS notificati e dei relativi decessi è stata registrata a partire dal 1996; tale diminuzione risulta correlata alla maggior efficacia delle nuove terapie antivirali ed è stata registrata anche per l'anno 2005 in cui sono stati notificati 1.577 nuovi casi di AIDS.

Sempre nell'anno 2005, la distribuzione geografica dei casi per Regione presenta tassi di incidenza mediamente meno elevati nelle regioni meridionali rispetto a quelle

settentrionali e centrali. I tassi di incidenza più elevati si registrano in Lombardia, Lazio, Emilia-Romagna e Liguria.

Nel corso degli anni, si è verificato un costante aumento dell'età mediana dei casi di AIDS, nel 2005, essa è stata di 41 anni per i maschi e 38 anni per le femmine; sono stati notificati 3 casi pediatrici.

In concomitanza si osserva un aumento della proporzione dei casi che hanno contratto l'infezione per contatto sessuale; i contatti eterosessuali costituivano l'11,8% dei casi notificati nel 1994, nel 2005, sono il 42%.

Infezioni da HIV

Ad oggi, l'adozione delle terapie antiretrovirali e un'assistenza medica sempre più aggiornata e specializzata ha consentito ai pazienti sieropositivi il miglioramento della sopravvivenza e della qualità della vita.

Sempre dai dati di sorveglianza forniti dal COA, si evince che il quadro epidemiologico dell'HIV/AIDS sta cambiando: si osserva una stabilizzazione dell'incidenza dei casi di AIDS a livelli inferiori al 50% rispetto al 1995, anno del picco, e delle nuove infezioni da HIV; si rileva un incremento del numero totale di persone viventi con infezione da HIV (totale stimato di 110.000-130.000 persone con infezione da HIV al 2005 e un numero stimato di nuove infezioni HIV per anno pari a 3500).

Il monitoraggio delle nuove diagnosi di infezioni da HIV rappresenta, pertanto, il metodo migliore per descrivere le modificazioni in atto nell'epidemia, nonché per fornire gli strumenti necessari a pianificare interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità hanno avviato un programma di "Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV in Italia".

Il progetto prevede di valutare, tra l'altro, l'incidenza e l'andamento temporale e geografico delle nuove diagnosi da HIV-positività, monitorare l'andamento nel tempo della prevalenza dell'infezione da HIV, studiare le caratteristiche socio-demografiche, epidemiologiche e cliniche dei soggetti infetti di recente e acquisire elementi utili per la programmazione degli interventi di sanità pubblica.

Dal 1985 al 2005 il sistema di sorveglianza delle infezioni da HIV è stato attivo nelle seguenti regioni: Lazio, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Puglia, Veneto e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano; nella regione Emilia Romagna, il sistema è attivo nella provincia di Modena.

Sifilide e gonorrea

In base ai dati ricavati dalle notifiche obbligatorie per l'anno 2005, la sifilide è risultata più frequente rispetto alle infezioni gonococciche delle vie genitali sia nella classe di età 15-24 anni (2,9 casi per 100.000 rispetto a 1,1 casi per 100.000) che 25-64 anni (3,4 casi per 100.000 rispetto a 1,1 casi per 100.000). Per quanto concerne l'andamento nel periodo 2000-2005, globalmente si è osservato un notevole aumento dell'incidenza della sifilide +320,3% su base nazionale nella classe di età 15-24 anni e +329,1% nella classe di età 25-64 anni) meno marcato per la gonorrea (+33,3% su base nazionale nella classe di età 25-24 anni e +52,2% nella classe di età 25-64 anni). Le Regioni e a maggiore incidenza sia nella classe di età 15-

24 anni che 25-64 anni sono la Provincia Autonoma di Trento e il Lazio per la sifilide (rispettivamente 12,4 e 10,2 casi per 100.000 nella classe di età 15-24; 10,0 e 10,1 casi per 100.000 nella classe di età 25-64), la Provincia Autonoma di Trento per la gonorrea nella classe di età 15-24 (6,2 casi per 100.000) e la Provincia Autonoma di Bolzano nella classe di età 25-64 (3,4 casi per 100.000 nella classe di età 25-64 anni).

LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

La diffusione delle malattie cardiovascolari in Italia è da anni uno dei più importanti problemi di sanità pubblica nonché la principale causa di morte. I quozienti più elevati di mortalità, secondo i dati contenuti nell'“*Annuario Statistico 2007*” dell'Istat, sono proprio quelli relativi alle malattie del sistema circolatorio, pari a 415 per il totale della popolazione. Nel 2002 (ultimi dati definitivi disponibili) le malattie del sistema circolatorio hanno provocato 237.198 vittime, delle quali 131.472 donne e 105.726 uomini. Si stima, inoltre, che il tasso di incidenza degli eventi coronarici maggiori sia intorno a 227 casi ogni 100.000 abitanti e di quasi 98 ogni 100.000 donne. Il tasso di incidenza è più alto al Sud sia per gli uomini (quasi 240 ogni centomila uomini) che per le donne (104 ogni 100.000). Al Nord è al di sotto della media nazionale (221 per gli uomini e 93 per le donne) mentre al Centro è di 228 per gli uomini e di 100 per le donne.

L'effetto età è particolarmente evidente e questo ha una ulteriore rilevanza, stante la condizione di invecchiamento della popolazione italiana. Tra i 35 ed i 49 anni le malattie del sistema circolatorio rappresentano il 21,9% delle cause di morte, aumentando al 34% nella fascia di età tra i 60 e i 79 anni ed al 53,4% per i molto anziani. Chi sopravvive ad una forma acuta di patologia cardiovascolare diventa un malato cronico (prevalenza 4,4 su 1000), con notevoli ripercussioni sulla sua qualità della vita e sui costi economici e sociali a carico della collettività.

Sulla base della situazione epidemiologica descritta, il Ministero della Salute (ora Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali) ha avviato, nel corso degli ultimi anni, una serie di iniziative e di progetti mirati.

La Legge 138 del 2004, “*Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica*”, ha istituito presso il Ministero della Salute il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM). Il CCM sta sviluppando una rete di sorveglianza, *intelligence* e reazione rapida contro attuali e potenziali pericoli per la salute, predisponendo piani operativi dettagliati.

Per la realizzazione dei suddetti piani, sono stati istituiti Comitati Scientifici di progetto all'interno del CCM, tra i quali uno si occupa in modo specifico della prevenzione del rischio cardiovascolare attraverso la realizzazione del “**Progetto Cuore**”. Il progetto è finalizzato a ridurre il rischio cardiovascolare nella popolazione sana e si articola in tre aree progettuali: prevenzione individuale, prevenzione di comunità e sorveglianza.

La prevenzione individuale mira a migliorare l'insieme degli interventi che un operatore sanitario, primo fra tutti il medico generale, può effettuare nell'ambito del rapporto con la persona che assiste, per ridurre il rischio cardiovascolare.

La prevenzione di comunità mira a modificare i fattori di rischio cardiovascolari: fumo, alimentazione, attività fisica attraverso interventi diretti all'intera popolazione o a gruppi di essa. Questi interventi consistono in modifiche dei sistemi regolatori (come, ad esempio: l'aumento dei prezzi delle sigarette o i divieti di fumare nei luoghi chiusi, la chiusura di parti delle città al traffico per aumentare l'attività fisica, ecc.) e attraverso programmi educativi rivolti a comunità da realizzarsi in ambito nazionale, regionale e locale. Tra questi si cita il progetto "Cuore", che ha come obiettivo la riduzione dei fattori di rischio tramite interventi sui principali determinanti di salute, ossia sullo stile di vita:

- alimentazione ricca di grassi prevalentemente saturi, sale e calorie;
- eccesso di alcool;
- inattività fisica;
- fumo di sigaretta

L'ultima tappa del progetto prevede un'attività di sorveglianza che mira a stimare la frequenza nella popolazione dei fattori di rischio cardiovascolari maggiori e dei decessi per cause cardiovascolari, al fine di individuare eventuali cambiamenti e valutare il raggiungimento degli obiettivi di salute. La sorveglianza si attua attraverso l'Osservatorio Cardiovascolare, uno studio di prevalenza sui fattori di rischio, il Registro degli Eventi Cardiovascolari e il Registro delle Cause di Morte.

LE MALATTIE RESPIRATORIE E ALLERGICHE E LE MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE

Le malattie respiratorie sono tra le patologie croniche più diffuse nella popolazione italiana, interessando larghi strati della popolazione, comprese le fasce di età più giovani e sono causa di mortalità prematura, con elevati costi sociosanitari ed economici. Queste rappresentano per numerosità la terza causa di morte in Italia, dopo le malattie dell'apparato cardiocircolatorio e le neoplasie. Secondo quanto riportato nella "Relazione sullo stato sanitario del Paese – 2005-2006" del Ministero della Salute (ora Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali), nel 2003 (fonte ISTAT), ultimo anno rilevato, la bronchite cronica e l'asma colpivano più del 20% della popolazione di età superiore ai 65 anni e rappresentavano per questa fascia di età la terza causa di patologia cronica, dopo l'artrosi/artrite e l'ipertensione.

In base alle definizioni epidemiologiche correnti, i dati di prevalenza e mortalità per Broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO) - una sindrome complessa caratterizzata da una riduzione di flusso aereo non completamente reversibile – sono comprensivi in maniera non uniforme di bronchite cronica, enfisema ed asma. Il 50% dei decessi per cause respiratorie è attribuibile alla BPCO (ISTAT, Cause di Morte, 2005). In generale i tassi di mortalità sono più elevati nel Sud rispetto al Nord del Paese e sono più elevati nei maschi rispetto alle femmine e nella fascia di età al di sopra dei 65 anni.

I TUMORI

Secondo quanto riportato nella citata *“Relazione sullo stato sanitario del Paese- 2005-2006”*, pubblicata nel 2008, si stima che nel 2006 sono stati diagnosticati oltre 250.000 nuovi casi di tumore maligno (età 0-84 anni) - in particolare 132.747 fra gli uomini e 120.233 fra le donne - mentre oltre 160.000 decessi riconoscono un tumore come causa. Ogni anno vi sono oltre 940.000 ricoveri oncologici in Italia. Tra i residenti vi sono quasi 800.000 persone che nei cinque anni precedenti hanno avuto una diagnosi di tumore e sono ancora in vita. La sopravvivenza a 5 anni per il complesso dei tumori (esclusi i tumori cutanei diversi dal melanoma) è del 47% fra gli uomini e del 60% fra le donne. Le diagnosi tumorali sia negli uomini che nelle donne sono in aumento. Questo incremento è amplificato dal crescente invecchiamento della popolazione. La mortalità per il complesso dei tumori è in diminuzione. Tra gli uomini si osserva un aumento rilevante dei casi di tumore della prostata mentre sono in riduzione sia le diagnosi che i decessi per tumore del polmone in aumento, invece, fra le donne.

Una rete costituita per il monitoraggio delle nuove diagnosi tumorali nella popolazione residente è rappresentata dai Registri dei Tumori che appartengono all'Associazione Italiana Registri Tumore (AIRTum). Attualmente i Registri Tumori sono presenti su circa il 26% del territorio nazionale, prevalentemente nel Centro-Nord, ossia su un'area che conta circa 15.000.000 di residenti.

Sulla base dei più recenti dati dell'AIRTum, prodotti in collaborazione con il Ministero della Salute, i cinque tumori che vengono diagnosticati più frequentemente tra gli uomini sono: i tumori della cute diversi dal melanoma (pari al 15,2% delle diagnosi tumorali); il tumore della prostata (14,4%); il tumore del polmone (14,2%); il tumore della vescica (9,0%) e quello del colon (7,7%). Tra le donne i più diagnosticati sono: il tumore della mammella (24,9%); i tumori cutanei diversi dal melanoma (14,8%); il tumore del colon (8,2%); il tumore del polmone (4,6%) e quello dello stomaco (4,5%).

Negli ultimi dieci anni l'ordine di frequenza dei tumori si è modificato sostanzialmente soprattutto fra gli uomini dove si segnala una forte crescita del tumore della prostata, legata all'introduzione e alla diffusione del test per la ricerca dell'Antigene Prostatico Specifico (PSA) nella popolazione che è avvenuta in Italia a partire dai primi anni '90 e che ha portato in pochi anni ad un raddoppio delle diagnosi di questo tumore, divenuto il tumore più frequente negli uomini dopo i tumori della cute diversi dal melanoma. Al suo primato ha contribuito anche la riduzione, ormai stabile e costante, dell'incidenza del tumore del polmone negli uomini legata al cambiamento delle abitudini al fumo di tabacco (v. sopra).

Il tumore alla mammella si conferma il tumore di gran lunga più frequente tra le donne, rappresentando un quarto di tutti i tumori diagnosticati. Il tumore della mammella mostra un andamento in crescita nel tempo delle diagnosi di nuovi casi. Questo fenomeno è legato, in parte, alla presenza in Italia di **130 programmi di screening mammografico** (al **2006**), presenti in 20 Regioni (9 al Nord, 4 al Centro, 7 al Sud) che hanno coinvolto, secondo i dati del Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (www.gisma.it), oltre

2.000.000 di donne nella fascia di età 50-69 anni, soprattutto al Nord e al Centro, ed a cui hanno aderito più di 1.150.000 donne.

Lo screening mammografico ha visto incrementare la sua diffusione tra il 2003 ed 2005, passando da una copertura del 55% ad una di oltre il 75%. L'aumento ha riguardato tutte le aree geografiche. Alla fine del 2005 permaneva, tuttavia, uno squilibrio fra Nord e Centro da un lato e Sud e Isole dall'altro. Infatti mentre nelle prime due macro zone la copertura si avvicina al 100%, al Sud e nelle Isole tale copertura ha raggiunto il 40%. Il dato del 2006 rivela, inoltre, un sensibile miglioramento dell'estensione di screening della mammella nell'Italia meridionale: con l'eccezione della Puglia (attiva però dal 2007), programmi di screening sono presenti in tutte le Regioni.

Per quanto riguarda lo **screening cervicale** circa due terzi del territorio nazionale è coperto da programmi organizzati. Il differenziale fra Centro-Nord e Italia Meridionale e Insulare è in questo caso meno marcato. Nel periodo 2003-2005, la copertura variava dal 70% del Nord al 90% del Centro ed al 50% del Sud. Nel 2006 erano attivi in Italia 122 programmi che avevano una popolazione obiettivo di 11.362.580 donne, pari al 69% della popolazione femminile di 25-64 anni. Sempre nello stesso anno si è registrata un'attivazione completa (nel senso che erano attivi programmi che includevano nella loro popolazione obiettivo tutte le donne di età tra 25 e 64 anni nella Regione stessa) in 14 Regioni e Province Autonome: Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, Trentino-Alto Adige; Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Molise e Basilicata.

Rispetto agli screening citologico e mammografico, in Italia i programmi di **screening del carcinoma colorettale** si sono sviluppati molto più recentemente. Prima del 1999, infatti, era attivo soltanto un programma in tutto il Paese.

L'attivazione di nuovi programmi ha visto un andamento graduale fino al 2004 (18 programmi attivi) e una notevole accelerazione nel 2005 (52 programmi) che è proseguita nel corso del 2006. A fine 2006, infatti, i programmi attivi erano 69, distribuiti su 11 Regioni. Interamente coperte da programmi di screening sono le seguenti Regioni: Basilicata, Emilia-Romagna, Lombardia, Umbria e Valle d'Aosta.

IL DIABETE

In Italia nel 2005, l'ISTAT stima una prevalenza del diabete noto pari al 4,2% (4,4% nelle donne, 4,0% negli uomini). In base a questi dati si può stimare che vi sono circa 2,5 milioni di persone con diabete. La prevalenza è più bassa al Nord (3,9%) rispetto al Centro (4,1%) e al Sud (4,6%). Indipendentemente dall'area geografica, la prevalenza aumenta con l'età, passando dal 2,5% nella classe d'età 45-54 anni al 16,3% nelle persone con età superiore a 75 anni.

Il Ministero della Salute, con il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, ha previsto un forte impegno del Servizio Sanitario nazionale nei confronti del diabete e delle malattie metaboliche.

Particolare attenzione viene posta sulle complicanze a lungo termine della patologia diabetica, principale fonte di riduzione di qualità e durata della vita per i pazienti e di aumento dei costi per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Infatti, in base ai dati di

prevalenza del diabete stimati dall'ISTAT nel 2005, si calcolava una spesa media di circa 163 euro per persona affetta da tale patologia. Sempre nel 2005 sono state utilizzate giornalmente 43 dosi giornaliere di mantenimento ogni 1000 abitanti, con una spesa complessiva di 407 milioni di euro. Per questo motivo, il Ministero della Salute ha introdotto le complicanze del diabete tra le aree di intervento prioritarie previste dal Piano di Prevenzione Attiva 2004-2006 e dal successivo Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007, attraverso cui il SSN mira a promuovere l'adesione consapevole dei cittadini agli interventi di prevenzione delle principali patologie (malattie cardiovascolari, diabete, tumori, malattie infettive).

Il Ministero della Salute, quindi, in considerazione della complessità della materia, ha previsto diverse linee di attività:

- 1) istituzione, presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, della Commissione Nazionale sulla Malattia Diabetica con l'obiettivo di valutare, insieme alle Regioni, le iniziative e i modelli assistenziali adottati nelle diverse realtà locali; di proporre interventi a favore del soggetto diabetico e delle fasce di popolazione a rischio e di definire il Piano Nazionale per la Malattia Diabetica, mirato a migliorare l'assistenza ai diabetici alla luce delle nuove conoscenze scientifiche e tecnologiche;
- 2) aggiornamento, da parte della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, del Decreto Ministeriale 28 maggio 1999, n. 329, che individua la malattia diabetica tra le condizioni di malattia cronica e invalidante che dà diritto all'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza sanitaria correlate;
- 3) finanziamento, tramite la Direzione Generale della Comunicazione, della Giornata Nazionale del Diabete e delle attività correlate;
- 4) attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, che prevede la realizzazione di progetti regionali basati su linee operative messe a punto dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) e finalizzati, nel caso del diabete, a prevenirne le complicanze tramite l'adozione di programmi di *disease management*, una strategia di gestione delle malattie croniche che comporta:
 - la partecipazione attiva del paziente alla gestione della malattia, attraverso programmi di educazione e di supporto;
 - l'attivazione di sistemi che garantiscano la regolare esecuzione dei controlli periodici da parte del paziente;
 - l'attivazione di un sistema di monitoraggio informatizzato;
- 5) predisposizione, attraverso il CCM e in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, del progetto IGEA (Integrazione, Gestione e Assistenza per la malattia diabetica) che prevede il coordinamento e il supporto ai progetti regionali con l'obiettivo di valutare se la gestione del paziente diabetico, attuata secondo un modello di *disease management*, è attuabile, migliora la *compliance* al follow-up ed ai trattamenti e riduce gli esiti sanitari a breve ed a lungo termine.

LE DEMENZE

Le demenze comprendono un insieme di patologie (demenza di Alzheimer, vascolare, fronte-temporale, a corpi di Lewy, ecc.) che hanno un impatto notevole in termini di sanità pubblica sia perché un sempre maggior numero di famiglie ne sono coinvolte, sia perché richiedono una qualificata rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali. Esse rappresentano una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione in generale ed in particolare nella popolazione anziana, dal momento che il principale fattore di rischio associato all'insorgenze delle demenze è l'età.

In Italia, a partire dal 1987, sono stati condotti alcuni studi di popolazione per stimare la prevalenza e l'incidenza della demenza di Alzheimer. Secondo quanto riportato nella *"Relazione sullo stato sanitario del Paese – 2005/2006"*, le stime ricavate da tali studi, applicate alla popolazione italiana, indicano una prevalenza il cui range è compreso tra valori molto distanti, che arrivano a spaziare tra 184.000 e 627.000. Anche il numero di casi di demenza incidenti per anno varia notevolmente, passando da circa 150.000 a 400.000.

Negli ultimi anni si è delineata la necessità di un governo clinico complessivo delle demenze che sia in grado di utilizzare nella pratica clinica le migliori evidenze scientifiche disponibili, al fine di migliorare la qualità della cura attraverso la definizione di standard nazionali che consentano anche di superare le disuguaglianze. Percorsi assistenziali sono rivolti soprattutto alle patologie cronico-degenerative nelle quali l'approccio farmacologico non è risolutivo nel modificare l'evoluzione della patologia stessa.

Questi possono essere definiti come piani multidisciplinari e interprofessionali relativi ad una specifica categoria di pazienti in uno specifico contesto locale, la cui attuazione è valutata mediante indicatori di processi e di esito con finalità di:

- assicurare la continuità e il coordinamento dell'assistenza
- migliorare gli esiti
- ridurre al minimo i rischi per i pazienti
- contenere le variazioni non necessarie nei trattamenti
- eliminare il più possibile i ritardi e gli sprechi.

Nonostante le diversità rappresentate dai differenti modelli organizzativi regionali, vi sono numerosi esempi da citare quali la rete di 503 UVA (Unità di Valutazione) sull'intero territorio, costituita nell'ambito del progetto CRONOS, per la diagnosi ed il trattamento della demenza di Alzheimer. In considerazione del peso e dell'importanza del fenomeno delle demenze e delle sue implicazioni sul tessuto sociale, il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) hanno avviato nel 2005 un'attività di ricognizione delle diverse realtà normative ed organizzative a livello regionale. Questa attività ha come obiettivo quello di operare un costante confronto tra Amministrazioni centrali e regionali per individuare strategie comuni di intervento anche nell'ambito di una programmazione operativa.

LE STRUTTURE DI RICOVERO

Nel 2005 l'assistenza ospedaliera si è avvalsa di **1.222 istituti di cura pubblici e privati accreditati**, rispettivamente con **214.225 e 51.130 posti letto**. Il 68% delle strutture pubbliche è costituito da ospedali direttamente gestiti dalle Aziende USL, il 15% da Aziende Ospedaliere ed il restante 17% dalle altre tipologie di ospedali pubblici. In particolare, la distribuzione degli ospedali pubblici in relazione al numero di posti letto, sempre riferita all'anno 2005, mostra una prevalenza delle strutture di minore dimensione: gli ospedali fino a 120 posti letto costituiscono il 30,9% e quelli tra 121 e 400 posti letto il 42,5% del totale.

Inoltre, nel 2005 sono state rilevate **842 strutture riabilitative** con **15.383 posti** per l'**attività di tipo residenziale** (pari a 22,7 posti ogni 100.000 abitanti) e **13.280** per l'**attività di tipo semiresidenziale** (pari a 26,3 posti ogni 100.000 abitanti) che evidenzia nel quinquennio 2001-2005 un incremento del numero dei posti di riabilitazione di tipo semiresidenziale.

Nello stesso anno le **strutture extraospedaliere di tipo residenziale e semiresidenziale** disponevano di **206.027 posti**, pari a 352 per 100.000 abitanti. Nel periodo 1997-2005 il numero dei posti per 100.000 abitanti è passato da 142 a 352. Il 72% dei posti sono stati dedicati all'assistenza degli anziani, il 12,5% all'assistenza psichiatrica, il 15,5% all'assistenza di disabili psichici e fisici.

A livello nazionale, nel 2005, erano disponibili 4,6 posti letto ogni 1000 abitanti; in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti (regime ordinario e Day Hospital) erano 4 ogni 1000 abitanti.

Sul sito web del Ministero della Salute (www.ministerosalute.it), alla voce dati statistici, sono disponibili gli indirizzi delle strutture di ricovero e gli indirizzi delle Aziende Sanitarie Locali, aggiornati al 2008 e suddivisi per Regione e città.

Dal *"Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero"* relativo al 2005, elaborato dal Ministero della Salute attraverso la lettura del flusso informativo sulle schede di dimissione ospedaliera (SDO) di 1.337 strutture ospedaliere pubbliche e private emerge che i ricoveri in ospedale sono stati quasi 13 milioni, le giornate di degenza oltre 79 milioni e gli interventi chirurgici 4.700.000. Il numero dei ricoveri complessivi risulta in lieve diminuzione rispetto agli anni precedenti, dovuto ad una significativa riduzione dei ricoveri in regime ordinario (circa 140.000 in meno rispetto al 2004) e di un contemporaneo e consistente aumento dei trattamenti in day hospital (circa 97.000 in più rispetto all'anno precedente). Nel 2005 sono aumentate anche le dimissioni dalla riabilitazione (16.000 casi in più rispetto al 2004), sia nella modalità ordinaria che nella modalità diurna, mentre sono diminuiti i dimessi dai reparti di lungodegenza (circa 3.000 in meno rispetto al 2004). Si riportano, di seguito, le cifre del 2005 per tipologia di ricovero:

- Acuti – ricoveri ordinari: 8.200.636
- Acuti – day hospital: 3.913.856
- Riabilitazione – ricoveri ordinari: 283.708
- Riabilitazione – day hospital: 67.761
- Lungodegenza: 97.712

I tassi di ospedalizzazione, coerentemente con l'andamento del numero dei ricoveri, sono diminuiti e pari a 137,8 per 1.000 abitanti e a 66,3 per la modalità diurna (strutture pubbliche e private accreditate).

Il ricorso al ricovero è proporzionalmente maggiore negli uomini, ad eccezione delle classi di età corrispondenti all'età fertile delle donne. Nella fascia di età fra i 25 e i 44 anni circa 134 ricoveri su 1.000 sono appannaggio delle donne contro i 63 dei maschi, mentre dai 65 ai 74 anni circa 293 ricoveri su 1.000 riguardano gli uomini e 196 le donne. In media i ricoveri ordinari degli uomini hanno costi superiori a quelli delle donne. La remunerazione media a prestazione è infatti di 2.850 euro per le femmine e di 3.255 euro per i maschi.

La durata della degenza si è attestata da alcuni anni su 6,7 giorni e cresce nelle età più anziane: 8 giorni dai 65-74 anni, 9 nella classe di età di 75 anni e più. Per la lungodegenza (settore pubblico) e la riabilitazione la durata si protrae mediamente intorno ai 26 giorni.

La degenza media pre-operatoria continua a ridursi. A livello nazionale è pari a 2 giorni; le durate inferiori si osservano nelle Marche (1,5) e in Friuli Venezia-Giulia (1,4).

L'incremento delle prestazioni di ricovero diurno riguarda soprattutto la *day surgery* o la *"one day surgery"* che prevede un pernottamento a seguito di intervento chirurgico.

E' da segnalare, inoltre, un minore ricorso all'assistenza ospedaliera per patologie croniche, quali diabete e asma, trattabili efficacemente nei centri territoriali in modalità ambulatoriale.

La mobilità ospedaliera, ossia il ricorso al ricovero in strutture collocate al di fuori della propria regione di residenza, è stabile negli anni e si attestava, nel 2005, al 7,3% per il regime ordinario e al 6,2% per il regime diurno.

Nell'intesa del 23 marzo 2005, premessa al PSN 2006-2008, le Regioni hanno sancito la necessità di ridurre il tasso di ospedalizzazione a 160 per 1.000 abitanti ed il numero dei posti letto a 4,5 per mille, di cui almeno 1 posto letto per mille dedicato alla riabilitazione e lungodegenza.

LE LISTE DI ATTESA

La legge finanziaria per il 2006 ha previsto l'adozione, d'intesa con le Regioni, di un Piano Nazionale di contenimento delle liste di attesa. Il Piano, approvato il 28 marzo 2006, ha introdotto alcune significative novità che si traducono in vantaggi per il cittadino attraverso l'attuazione dei Piani regionali e aziendali. Inoltre, l'impostazione su cui poggia il Piano consente di individuare con chiarezza la catena di responsabilità. Il problema, infatti, viene affrontato su due dimensioni, per ciascuna delle quali si individuano precise responsabilità nella gestione dei tempi di attesa.

La **prima** si riferisce all'**obbligo previsto per le Regioni di dotarsi di uno strumento programmatico unico e integrato**, con l'obiettivo di garantire un generalizzato abbattimento dei tempi di attesa agendo sia sul lato della domanda (le prescrizioni) che su quello dell'offerta, in modo che in tutti i punti del sistema regionale si possa registrare una velocizzazione della capacità di risposta alla richiesta di prestazioni appropriate. Viene

previsto che in tutte le Regioni si proceda all'attivazione (o al completamento) del **Centro Unico di Prenotazione regionale (CUP)**, quale strumento in grado di assicurare tempestività, trasparenza e sinergia per facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie specialistiche e ospedaliere. La responsabilità per questa dimensione è affidata alle Regioni.

La **seconda** dimensione si riferisce al livello locale. Vengono individuate 100 prestazioni prioritarie e si stabilisce che al cittadino è comunque assicurata dalla propria azienda sanitaria locale l'erogazione di queste prestazioni presso specifiche strutture pubbliche o accreditate, nei tempi di attesa comunque fissati dalla Regione e dal Ministero della Salute. In questo caso la responsabilità è affidata al **Direttore generale dell'Azienda sanitaria locale**, che è garante nei confronti dei propri assistiti. Infatti, sarà quest'ultimo ad assumere le opportune iniziative e gli opportuni accordi con le strutture sanitarie operanti sul proprio territorio o in quelli vicini e garantire che per ciascuna delle 100 prestazioni vi sia una o più strutture che garantiscano il rispetto del tempo massimo di attesa previsto.

In corrispondenza dei sopra citati livelli di responsabilità (regionale e locale) individuati, il Piano ha previsto diverse procedure di **monitoraggio** delle liste di attesa: del sistema, delle prestazioni e delle attività di prenotazione. Sul sito del Ministero della Salute (ora Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali) www.ministerosalute.it è possibile consultare il primo ed il secondo *"Rapporto nazionale sull'utilizzo di Internet quale strumento di comunicazione dei dati su tempi e liste di attesa nei siti Web delle Regioni e P.A. e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale"* – pubblicati rispettivamente ad ottobre 2005 e a dicembre 2007 – ed i *"Piani regionali di contenimento dei tempi di attesa – I risultati del monitoraggio al 30 marzo 2007"*.

Il Piano nazionale ha anche previsto uno stanziamento di 150 milioni di euro per i Piani regionali, di cui 50 milioni per l'attuazione dei CUP. Alle Regioni, inoltre, è stato consentito di accedere ai 2.000 milioni di euro previsti dalla legge finanziaria per il 2006 (Legge 23 dicembre 2005, n. 266) per il ripiano dei disavanzi pregressi, resi disponibili proprio per affrontare il problema delle liste di attesa.

L'ASSISTENZA TERRITORIALE

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

Per quanto riguarda **l'assistenza distrettuale**, nel 2005 gli ambulatori e i laboratori pubblici e privati convenzionati erano circa 18 ogni 100.000 abitanti.

L'assistenza domiciliare integrata costituisce un servizio sanitario di fondamentale importanza in una società come quella italiana in cui il processo di invecchiamento della popolazione è molto evidente. Tale servizio assicura al domicilio del paziente prestazioni di medicina generale, specialistica, infermieristiche domiciliari e di riabilitazione, di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle aziende, di assistenza

sociale. Nel **2005** il servizio era attivo in **184 Asl** su 195. Sempre nello stesso anno la maggior parte delle Regioni (15 su 21) aveva il servizio attivo nella totalità delle Asl. I pazienti assistiti al proprio domicilio sono aumentati nel corso degli anni: 316.000 nel 2003 e 396.000 nel 2005, con un aumento del 25%. Gli anziani ultrasessantacinquenni che usufruiscono dell’assistenza domiciliare costituiscono una quota rilevante del totale: a livello nazionale la percentuale ammonta a 84,2%, variando da 52,2% della Provincia Autonoma di Trento a 92,5% della Val d’Aosta.

In crescita anche le Asl che forniscono un trasporto per pazienti sottoposti a dialisi: erano 92 nel 2003, sono diventate 97 nel 2005. Sempre nello stesso periodo di riferimento sono aumentate di 12 unità le Asl che hanno attivato il Dipartimento di salute mentale e di 7 quelle che hanno attivato il **Dipartimento materno-infantile, attivo in 145 ASL su 195**.

Un’altra tipologia di servizi che svolge un ruolo importante sia nel favorire il processo di deospedalizzazione sia nel garantire una risposta adeguata alla domanda sanitaria proveniente da persone non autosufficienti o con gravi problemi di salute è rappresentata dalle **strutture per l’assistenza semiresidenziale e residenziale**. Nel periodo 2003-2005 si è assistito a un potenziamento di questi servizi: i posti letto nelle strutture per l’assistenza residenziale sono passati dai circa 155.000 del 2003 ai quasi 170.000 del 2005, con un incremento pari a circa il 10%; negli stessi anni i posti per l’assistenza semiresidenziale sono passati da 31.000 a 36.000, corrispondente a una variazione del 17%.

IL PERSONALE MEDICO E INFERMIERISTICO

Il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale nel **2005**, ultimo anno rilevato, ammontava a **647.719** unità, di cui **314.003** al Nord, **126.289** al Centro e **207.427** al Sud.

I **medici e gli odontoiatri** erano **105.652** (18,03 ogni 10.000 abitanti), così distribuiti: **44.778** al Nord (16,85 ogni 10.000 abitanti); **21.618** al Centro (19,16 ogni 10.000 abitanti) e **39.256** al Sud (18,92 ogni 10.000 abitanti).

Il **personale infermieristico** ammontava, nel 2005, a **252.506** unità (43,08 per 10.000 abitanti) su tutto il territorio nazionale. Al Nord gli infermieri erano 121.863 (45,87 per 10.000 abitanti), al Centro 52.396 (46,44 per 10.000 abitanti) e nel Mezzogiorno 78.247 (37,70 per 10.000 abitanti).

Per quanto riguarda **l’assistenza distrettuale**, i medici di medicina generale nel 2005 erano circa **47.000**, con un’offerta di circa 8 medici ogni 10.000 abitanti. Sebbene il contratto dei medici di medicina generale preveda che si possano assistere fino ad un massimo di 1.500 pazienti, il dato medio nazionale è significativamente al di sotto di tale soglia: 1.080 assistiti per medico.

Sempre nel 2005 operavano sul territorio nazionale circa **7.500 medici pediatri**: circa 9 ogni 10.000 bambini. Il numero medio di bambini assistiti da ciascun pediatra è pari a 1.029.

I medici e gli operatori sanitari delle **strutture di ricovero pubbliche ed equiparate** ammontavano, nel 2005, a **103.658 medici** e **230.251 infermieri**.

LA SPESA SANITARIA

Con il termine spesa del Servizio sanitario nazionale (SSN) si intende quella sostenuta dalle strutture pubbliche del servizio stesso (Aziende unità sanitarie locali e Aziende ospedaliere) e da quelle private accreditate (tra cui Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico "IRCCS" e Policlinici universitari, sia pubblici che privati) nonché da altri enti (tra cui Croce Rossa Italiana, Istituti zooprofilattici sperimentali) per l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), così come individuati dal DPCM del 29 novembre 2001.

Complessivamente, nel 2005, la spesa sanitaria si è attestata a **95.158 milioni di euro**, pari al 6,7% del PIL e con una spesa *pro capite* di circa 1.624 € (fonte ISTAT). In particolare, la spesa per i servizi sanitari forniti direttamente è stata di **52.164** milioni di euro mentre quella per i servizi sanitari in regime di convenzione, sempre nel 2005, si attestava su **37.427** milioni di euro.

Nel 2005, il valore più elevato di spesa *pro capite* è stato raggiunto dal Centro (1.756 €), il più basso nel Mezzogiorno (1.590 €). Considerando le sole prestazioni sanitarie, che assorbono il 94% della spesa, il 39% viene erogato da strutture private in regime di convenzione. Ciò è particolarmente evidente nel Mezzogiorno e nel Nord-ovest, mentre il Nord-est è maggiormente caratterizzato dalle prestazioni dirette. La spesa in convenzione è indirizzata per il 31,7% ai farmaci; per il 22,6% alle prestazioni fornite dalle case di cura private; l'assistenza medica rappresenta complessivamente il 25,5%, ripartita tra spesa per medici generici (17%) e prestazioni specialistiche (8,5%). In particolare, nel Nord-ovest le prestazioni fornite dalle case di cura private (il 27% della spesa in convenzione) sono equiparabili alla spesa farmaceutica (27,7%).

Nel **2007** il SSN ha speso circa 102,5 miliardi di euro, con un incremento del 2,9% rispetto all'anno precedente. La spesa per il personale rappresenta il 32,5% dei costi complessivi, circa 33 miliardi. La spesa farmaceutica si attesta al 15% del totale. Riguardo la spesa *pro capite*, la media nazionale è di 1.731 €, passando dai 1.965 € della Lombardia ai 1.581 € della Calabria.

Secondo quanto riportato nella *"Relazione generale sulla situazione economica del Paese – 2007"* redatta dal Ministero dell'Economia e delle finanze, la spesa per l'**assistenza ospedaliera** è cresciuta, nel **2007**, dell'**1,1%**, mentre nel **2006** era aumentata del **6,4%**. L'aumento è dovuto all'andamento dell'assistenza ospedaliera privata e convenzionata (+5,7%), mentre l'assistenza ospedaliera pubblica è rimasta sostanzialmente stabile (+0,2%). La spesa per le altre prestazioni sanitarie ha registrato nel 2006 un ulteriore rallentamento (2,2%, dopo il 3,5% del 2006).

La **spesa farmaceutica** territoriale *pro capite* del SSN nel **2006** è stata di **228,80 €**, con un aumento del 9,0% rispetto al 2001 ed una riduzione del 1,2% rispetto al 2005. Il Lazio e le regioni meridionali, in particolare Sicilia, Calabria, Puglia e Campania, tendono ad avere una spesa *pro capite* nettamente superiore al valore medio nazionale.

IL FINANZIAMENTO PUBBLICO DEI LEA

Il SSN è finanziato, per il 95% circa, attraverso la fiscalità generale e, in particolare, con imposte dirette (addizionale IRPEF ed IRAP) e indirette (compartecipazione all'IVA, accise sulla benzina) – il cui gettito rappresenta un'entrata propria delle Regioni -, cui si aggiungono residuali trasferimenti erariali. Inoltre, le aziende sanitarie locali dispongono di entrate dirette derivanti dai ticket sanitari e dalle prestazioni rese a pagamento.

La procedura di riparto delle risorse disponibili si articola nelle seguenti fasi:

- a) annualmente, la legge finanziaria individua il fabbisogno sanitario nazionale, determinato sulla base di una stima preventiva delle risorse disponibili necessarie per il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza;
- b) fissato il fabbisogno nazionale, si procede alla determinazione del fabbisogno regionale con un Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni, successivamente recepito dal CIPE (Comitato Interministeriale Programmazione Economica). La determinazione delle risorse da erogare a ciascuna Regione a copertura della spesa sanitaria viene effettuata tenendo presenti più aspetti: il fabbisogno sanitario; la popolazione residente; la capacità fiscale; la dimensione geografica di ciascuna regione. Nella prassi, il riparto avviene sulla base del criterio della quota capitaria ponderata, per cui la quota capitaria (che non è altro che il valore medio pro capite nazionale necessario per assicurare la copertura del fabbisogno finanziario dei livelli essenziali di assistenza) viene corretta sulla base di alcune variabili destinate a rappresentare il bisogno di assistenza di ogni singolo individuo (età; genere, limitatamente alla sola assistenza farmaceutica; tasso di mortalità perinatale e di mortalità infantile; densità abitativa) e poi moltiplicata per il numero dei residenti in ciascuna Regione.

La Legge finanziaria 2005 (Legge 30 dicembre 2004, n. 311) ha previsto uno stanziamento di 88,195 miliardi di euro per l'anno 2005, di 89,96 miliardi di euro per il 2006 e di 91,759 miliardi di euro per il 2007.

LA COMPARTECIPAZIONE DEI CITTADINI AL COSTO DELLE PRESTAZIONI

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

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

L'introduzione di compartecipazioni alla spesa farmaceutica non costituisce, tuttavia, l'unico strumento di contenimento della spesa farmaceutica funzionale al rispetto del

tetto programmatico, in quanto analoghi risultati vengono conseguiti anche attraverso l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci.

Per le prestazioni di diagnostica strumentale e specialistica ambulatoriale, è dovuta una partecipazione al costo pari all'85% della corrispondente tariffa determinata dalla regione di appartenenza del soggetto erogatore, fino ad un importo massimo di spesa di € 51,65 per singola ricetta. Ogni ricetta può contenere un massimo di 8 prestazioni della stessa branca specialistica. Prestazioni di branche specialistiche diverse devono essere prescritte su ricette diverse.

La legge finanziaria per il 2007 (Legge 27/12/2006 n. 296) ha previsto che, a decorrere dal 1° gennaio 2007, tutti i cittadini, anche se esenti dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria (v. rapporto precedente), che non abbiano ritirato i risultati di visite e/o esami diagnostici e di laboratorio entro i 30 giorni dalla data di effettuazione della prestazione sono tenuti al pagamento per intero del costo della prestazione usufruita. Per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso non seguite da ricovero, effettuabili in regime ambulatoriale senza pregiudizio del paziente e per le quali non si riscontra carattere di emergenza o urgenza, le regioni possono fissare una partecipazione al costo in relazione alle prestazioni erogate, fino ad un importo massimo di € 51,65 per accesso (ridotto a € 30,99 per gli assistiti che hanno diritto all'esenzione parziale). L'accesso al Pronto soccorso da parte dei cittadini non esenti la cui condizione è stata classificata come **"codice bianco"** è inoltre subordinato al pagamento di un ticket statale di € 25,00; sono comunque esenti dal pagamento del ticket i bambini di età inferiore a 14 anni, gli ultrasessantacinquenni con un reddito inferiore ai 36.151,98 €, i pensionati sociali e al minimo, gli invalidi, i disoccupati, gli esenti per patologia e altre categorie). E' stata, inoltre, introdotta una **quota fissa di 10 € su visite specialistiche ed esami diagnostici** (esclusi gli esenti); il ticket è in vigore in dal 1° gennaio 2007 in tutte le Regioni le quali dovranno decidere di confermare o di eliminare la quota fissa. Nell'attesa, i 10 € vengono sommati ai ticket in vigore nel 2006, riportati nella seguente tabella:

Tabella 1: i ticket su esami, visite e pronto soccorso in vigore nel 2006

REGIONI	ESAMI DIAGNOSTICI	VISITE SPECIALISTICHE	PRONTO SOCCORSO
Abruzzo	Max € 36,15 per ricetta che può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca	Visita € 20,66 Controllo € 12,91	Si, se non viene valutata prestazione da pronto soccorso
Basilicata	Max € 36,15 per ricetta che può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca	Visita € 20,66 Controllo € 12,91	No ticket
Calabria	Max € 36,15 per ricetta che può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca	Visita € 20,66 Controllo € 12,91	No ticket
Campania	Max € 36,15 per ricetta che può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca	Visita € 18,59 Controllo € 12,91	No ticket
Emilia - Romagna	Max € 36,15 per ricetta che può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca	Visita € 18 Controllo € 13	Accesso € 23 – pagamento di tutte le prestazioni effettuate
Friuli – Venezia Giulia	Max € 36 per ricetta che può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca	Visita € 25,5 Controllo € 16	Sì, se non viene valutata prestazione da pronto soccorso
Lazio	Max € 36,15 per ricetta che può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca	Visita € 13,63 Controllo € 12,76	No ticket
Liguria	Max € 36,15 per ricetta che può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca	Visita € 20,66 Controllo € 12,91	Sì, € 3,10
Lombardia	Max € 46 per ricetta che può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca	Visita € 16,53 Controllo € 12,91	Sì, se non viene valutata prestazione da pronto soccorso: € 35 per visita; € 50 per visita + prestazione
Marche	Max € 36,20 per ricetta che può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca	Visita € 16,50 Controllo € 12,90	Sì, se non viene valutata prestazione da pronto soccorso
Molise	Max € 36,15 per ricetta che può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca	Visita € 20,66 Controllo € 12,91	No ticket
Piemonte	Max € 36,15 per ricetta che può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca	Visita € 18,60 Controllo € 11,65	No ticket

Puglia	Max € 36,15 per ricetta che può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca	Visita € 19,21 Controllo € 12,01	Sì, se non viene valutata prestazione di pronto soccorso
Sardegna	Max € 36,15 per ricetta che può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca	Visita € 17,04 Controllo € 11,36	Sì, se non si viene ricoverati
Sicilia	€ 2 per quota ricetta + € 36,15. Quando la ricetta supera € 36,15, si paga il 10% della differenza tra somma totale tariffe di ricetta e € 36,15	Visita € 20,91 Controllo € 15,13	No ticket
Toscana	Max € 36,15 per ricetta che può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca	Visita € 18,60 Controllo € 12,90	Sì se non viene valutata prestazione di pronto soccorso
P.A. Trento	Max € 36,15 per ricetta che può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca	Visita € 20,65 Controllo € 12,90	No ticket
P.A. Bolzano	Max € 36,15 per ricetta che può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca	Visita € 18,10 Controllo € 11,90	Sì, se non viene valutata prestazione di pronto soccorso
Umbria	Max € 36,15 per ricetta che può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca	Visita € 16,53 Controllo € 12,91 (€ 16,53 se richiesta dal medico di base)	Sì, se non viene valutata prestazione di pronto soccorso
Valle d'Aosta	Max € 36,15 per ricetta che può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca	Visita € 22,70 Controllo € 14,20	Sì, se non viene valutata prestazione di pronto soccorso
Veneto	Max € 36,15 per ricetta che può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca	Visita € 18,95 Controllo € 13,15	Sì, se non viene valutata prestazione di pronto soccorso

Fonte: Ministero della Salute – anno 2006

La Legge finanziaria per il 2008 (Legge 24 dicembre 2007, n. 244) ha previsto l'abolizione del ticket da 10 € sulle ricette per la specialistica e la diagnostica mentre per i farmaci di fascia C, ossia i farmaci a pagamento, il medico deve indicare nella ricetta il solo principio attivo lasciando al farmacista il compito di fornire spiegazioni sul prezzo e sugli effetti del farmaco.

§.2

Con riferimento al caso di non conformità contenuto nelle Conclusioni 2007 si fa presente quanto segue.

Il governo italiano, nel corso degli ultimi anni, ha mostrato un'attenzione crescente verso i temi della salute, della prevenzione e del miglioramento della qualità della vita, soprattutto nei riguardi della popolazione in età scolare.

In quest'ottica è stato sottoscritto, in data 3 luglio 2003, un accordo di collaborazione tra il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (ora Ministero della Pubblica Istruzione) e Federalimentare al fine di definire ed attivare percorsi formativi per la diffusione di una corretta educazione alimentare, in grado di indirizzare i giovani verso comportamenti consapevoli ed equilibrati. In seguito a tale accordo sono state realizzate alcune iniziative, quali: l'attivazione del Progetto *"Alimentazione, movimento, stili di vita: istruzioni per l'uso"*; lo svolgimento del Concorso *"Il linguaggio del cibo: storia dell'alimentazione in Italia dalle origini ai nostri giorni"*, indetto nell'anno scolastico 2004-2005 ed attuato in collaborazione con il Ministero per i beni culturali ed ambientali; l'elaborazione di Linee guida per un corretto stile di vita.

Inoltre, il Ministero della Pubblica Istruzione, in collaborazione con il Ministero della Salute, ha predisposto il programma *"Missione Salute"* alla cui realizzazione concorrono la scuola, le famiglie, il volontariato, il no-profit, il territorio e le istituzioni sanitarie di prevenzione. Nell'ambito del programma è stato siglato, nell'ottobre 2006, un Protocollo d'Intesa fra il Ministero della Pubblica Istruzione e la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT). La LILT, tramite le proprie sezioni provinciali e i coordinamenti regionali, ha organizzato interventi nelle scuole di ogni ordine e grado, a partire dalle ultime classi delle elementari, sui temi del tabagismo, dell'alcool e dell'alimentazione. L'impegno congiunto del Ministero della P.I. e della LILT è rivolto alla promozione, al sostegno ed allo sviluppo di iniziative per la divulgazione delle informazioni relative alle patologie tumorali, in modo da consentire una corretta forma di vita e concorrere alla prevenzione dei tumori.

Al fine di incentivare fra i giovani il consumo di alimenti salutari, il Ministero della Salute, attraverso il ***"Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007"***, ha invitato le Regioni a favorire nelle scuole scelte alimentari corrette dal punto di vista nutritivo e dell'introito energetico, favorendo interventi che prevedano una maggiore attenzione alla ***distribuzione di spuntini a base di frutta o verdure fresche***.

Il Progetto pilota ***"Frutta Snack"*** si colloca in questo contesto e vuole sperimentare la promozione di merende salutari a base di frutta e verdura fresca attraverso l'utilizzo di distributori automatici. L'obiettivo principale è quello di incentivare fra i ragazzi delle scuole secondarie di II grado il consumo di frutta e verdura a scuola ed, indirettamente, in famiglia, al fine di conservare il benessere psicofisico e prevenire malattie e squilibri nutrizionali. Il progetto prevede un'azione diretta, il supporto alle scuole, il coinvolgimento degli insegnanti e degli alunni tramite attività formative e di animazione,

la realizzazione di una campagna di sensibilizzazione e la produzione di materiale informativo.

La sperimentazione è stata avviata nel periodo compreso tra dicembre 2006 e maggio 2007 ed ha coinvolto 3 regioni rappresentative del nord, del centro e del sud Italia (Emilia-Romagna, Lazio, Puglia). Sulla base del positivo riscontro della sperimentazione nelle Regioni interessate, questa sarà prossimamente estesa a livello nazionale.

Fra le iniziative di maggiore rilievo occorre segnalare il piano nazionale promosso dal Ministero della Salute nel corso del 2007, denominato *"Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari"*. Il piano è finalizzato alla promozione di stili di vita salutari, in grado di contrastare, nel lungo periodo, l'insorgere di malattie croniche. Ciò nasce dall'esigenza di rendere più facili i comportamenti salutari dei cittadini e di affrontare in maniera globale i fattori di rischio principali (fumo, alcool, scorretta alimentazione e inattività fisica). Nell'ambito della collaborazione tra il Ministero della Salute ed il Ministero della Pubblica istruzione, sono in fase di realizzazione le seguenti attività:

- 1) presentazione di **linee guida nazionali** congiunte rivolte agli operatori della scuola e della salute per:
 - prevenire l'obesità e i disturbi dell'alimentazione (anoressia e bulimia)
 - prevenire i fenomeni di dipendenza (droghe, alcool, tabacco, farmaci, droghe, internet) in collaborazione con il Ministero della Solidarietà Sociale
 - prevenire i disturbi psicologici;
- 2) **collaborazione attiva** fra Uffici Scolastici Provinciali e ASL su tutto il territorio nazionale;
- 3) costituzione di **task force** individuate congiuntamente con esperti di riferimento che, a livello territoriale e di singola istituzione scolastica, siano in grado di supportare gli studenti, le famiglie e i docenti;
- 4) realizzazione di un percorso di **formazione congiunta** per operatori della salute e docenti referenti su tematiche di interesse comune con contenuti differenziati per le diverse professionalità coinvolte.

Alla luce di quanto indicato, ne deriva che l'educazione alla salute ha assunto una dimensione trasversale rispetto allo svolgimento delle attività didattiche, rendendo necessaria l'adozione di specifiche iniziative e di linee di indirizzo-azione a livello nazionale, pur nel rispetto dell'autonomia scolastica. E' stata prevista, pertanto, la realizzazione di percorsi multidisciplinari di educazione alla salute e l'attivazione, d'intesa con le ASL e gli altri soggetti competenti presenti sul territorio, di strategie di prevenzione e lotta al disagio, trasversali alle discipline curricolari.

A tal fine il Ministero della Pubblica Istruzione ha promosso, in collaborazione con gli altri dicasteri competenti (Salute, Ambiente, Politiche Giovanili) e gli enti territoriali, un piano nazionale triennale denominato **"Piano per il Ben...Essere dello studente"** (2007-2010). Il Piano intende realizzare percorsi sperimentali, ricerche e programmi operativi per diffondere la cultura della salute, del benessere e migliorare la qualità della vita all'interno del sistema scolastico.

Il Piano, articolato in 10 azioni, (**liberi dalle dipendenze; cibo e salute; l'ambiente siamo noi; siamo tutti campioni; a scuola di volontariato; differenti ed uguali, cittadini del mondo, rispetto e legalità; una strada sicura; tecnologie amiche**) si rivolge agli alunni delle scuole di ogni ordine e grado. Le prime due azioni sono incentrate sulla promozione di stili di vita positivi, la prevenzione delle dipendenze (droghe, alcool, tabacco, farmaci, doping) e delle patologie ad esse correlate nonché sulla lotta all'obesità ed ai disturbi dell'alimentazione (anoressia e bulimia).

Come ribadito nei precedenti rapporti, il servizio di medicina scolastica, che svolge attività di prevenzione sugli alunni e sul personale docente e non docente delle scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado, ha subito delle modifiche a seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni. La competenza sui servizi di medicina scolastica è stata demandata alle Regioni le quali devono prioritariamente provvedere, nel rispetto delle indicazioni dettate dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale, all'organizzazione dipartimentale e dell'area materno-infantile, cui compete la realizzazione dei programmi assistenziali e l'organizzazione dei servizi di medicina scolastica. Sono, pertanto, i dipartimenti materno-infantili delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), competenti per territorio, a svolgere le seguenti prestazioni previste dal servizio:

- controlli differenziati per fasce d'età, mirati a determinate patologie (controllo ortopedico, odontoiatrico, di acuità, visivo, ecc)
- controllo sanitario per malattie infettive
- sorveglianza sanitaria in caso di malattie infettive
- controllo igienico-sanitario sulle mense e sulle strutture ed edifici scolastici
- controlli sanitari sulle cucine e sul personale addetto
- informazione ed educazione sanitaria in collaborazione con gli insegnanti
- controllo sul personale docente e non docente per la prevenzione della tubercolosi.

Ciascuna ASL predispone un piano di interventi e di controlli sulle scuole del territorio e sui loro alunni ed interviene su segnalazione, da parte delle famiglie o degli insegnanti, di patologie, di disagio o di difficoltà di apprendimento.

§.3

Tabagismo

Oltre alla iniziative contenute nel sopracitato piano nazionale, l'Italia con la Legge 18 marzo 2008, n. 75, ha ratificato la Convenzione Quadro OMS per il Controllo del Tabacco, approvata dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel 2003.

Accanto ai programmi di prevenzione della BPCO, orientati alla cessazione del fumo di tabacco, ne sono previsti altri orientati all'esposizione occupazionale e mirati alle categorie di lavoratori nei quali l'abitudine al fumo di tabacco risulta più consolidata.

L'applicazione della legislazione a tutela dei non fumatori dal fumo passivo, ovvero i divieti di fumo, costituisce uno strumento efficace di prevenzione e di controllo.

Con l'entrata in vigore, il 10 gennaio 2005, dell'art. 51 della Legge 3/2003 ("*Tutela della salute dei non fumatori*") il divieto di fumo è stato esteso a tutti i locali chiusi (compresi i luoghi di lavoro privati o non aperti al pubblico, gli esercizi commerciali e di ristorazione, i luoghi di svago, le palestre, i centri sportivi), con le sole eccezioni dei locali riservati ai fumatori e degli ambiti strettamente privati (abitazioni civili).

Attualmente in Italia i fumatori sono poco meno di 12 milioni di persone (23,5% della popolazione di 15 anni e oltre), di cui 7 milioni di uomini (27,9%) e 5 milioni di donne (19,3%). Nel 2005 erano il 25,6% e nel 2006 il 24,3%, con una diminuzione dello 0,8% nel 2007. Gli ex fumatori sono 8,8 milioni (17,5%), di cui 5,4 milioni di maschi (22,6%) e 3,4 milioni di femmine (12,8%). I non fumatori sono circa 30 milioni (59%), dei quali 12 milioni di uomini (49,4%) e 17,8 milioni di donne (67,9%). La classe di età con il maggior numero di fumatori è quella fra i 25 e i 44 anni sia per gli uomini che per le donne, con percentuali rispettivamente del 36,5% e del 29,3%. Rispetto all'area geografica si fuma di più al Centro, 31,4% (35% di uomini e 28,2% di donne), poi al Sud, 20,5% (28,8% di uomini e 17,3% di donne) e infine al Nord, 22,9% (24,3% di fumatori e 17% di fumatrici). (fonte: Ministero della Salute).

Da alcuni anni sono attivi in Italia i servizi territoriali per la cessazione del fumo: 185 al Nord (53,5%), 81 al Sud (23,4%) e 80 al Centro (23,1%) cui possono rivolgersi i fumatori che non ricorrono all'aiuto del medico di base per smettere di fumare. Tali servizi sono attivi presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale e del privato sociale.

A partire dal 2000 l'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con il Ministero della Salute e il Gruppo tecnico sul tabagismo delle Regioni e Province autonome, censisce le strutture e mette a disposizione le informazioni raccolte attraverso la costituzione di un elenco di Centri Antifumo consultabile on-line sul sito dell'OssFAD (www.iss.it/ofad) e del Ministero della Salute (www.ministerosalute.it) . Lo scopo è quello di facilitare l'accesso alle strutture da parte degli utenti, agevolando e riducendo i tempi d'incontro tra domanda e offerta. Nel 2006 il numero totale dei Centri censiti è pari a 346, di cui 266 (il 76,9%) afferenti al Servizio Sanitario Nazionale e 80 (il 23,1%) alla LIIT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori). Rispetto al 2005 si registra un aumento dei Centri Antifumo del 4,8%, corrispondenti a 16 Centri in più sul territorio.

Alcol

La legge 125/2001 *"Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati"* si è dimostrata un importante strumento nelle politiche di contrasto al consumo di alcol in Italia e la sua attuazione ha consentito di mettere a punto interventi sia in ambiti di competenza specifica del Ministero della Salute e delle Regioni che di altre amministrazioni centrali, il cui ruolo è importante ai fini del contenimento dei danni alcolcorrelati. A tal proposito occorre citare l'*"Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi della legge 30 marzo 2001, n. 125. Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131"* del 16 marzo 2006, nonché l'insediamento, presso il Ministero della Solidarietà Sociale (ora Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali), della Consulta Nazionale sull'alcol prevista dall'art. 4 della citata legge 125/2001.

Una delle iniziative adottate dal Ministero della Salute è quella costituita dal **Piano nazionale alcol e salute** del 7 febbraio 2007 che si prefigge l'obiettivo di coordinare tutte le attività di prevenzione e presa in carico dei problemi correlati all'abuso di alcol tra la popolazione. Il Piano nazionale ha valenza triennale (2007-2009) e si prefigge la realizzazione di **10 obiettivi** attraverso azioni strategiche che prevedono la collaborazione delle Regioni ed il coinvolgimento di varie strutture e di soggetti del sistema sanitario nazionale: dipartimenti delle dipendenze, servizi alcologici regionali, dipartimenti di salute mentale, medici di famiglia, associazioni di mutuo soccorso e volontariato, ASL e ospedali. Sono previste, inoltre, collaborazioni con il mondo della scuola e dello sport, con i sindacati, i centri ricreativi per gli anziani, le Forze dell'Ordine e le imprese del settore.

Fra gli obiettivi principali vi è quello di aumentare la consapevolezza del rischio connesso al consumo di bevande alcoliche nella popolazione in generale ed in alcune fasce particolarmente esposte (anziani, giovani, donne), di ridurne il consumo eccedente ed al di fuori dei pasti, di evitarne la diffusione fra i giovani e soprattutto fra i minori di 18 anni e di mettere a disposizione dei soggetti a rischio e degli alcoldipendenti dei trattamenti accessibili ed efficaci.

Gli interventi sono articolati in **8 aree strategiche**:

1. informazione/educazione
2. bere e guida
3. ambienti e luoghi di lavoro
4. trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza
5. responsabilità del mondo della produzione e distribuzione
6. capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol
7. potenzialità delle organizzazioni di volontariato e mutuo aiuto e delle organizzazioni non governative
8. monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto.

Per il finanziamento del Piano è stato previsto uno stanziamento di 1,5 milioni di euro l'anno per tre anni che va ad aggiungersi ai finanziamenti previsti dal programma *"Guadagnare salute"*.

Secondo l'ISTAT nel 2005 i consumatori di almeno una bevanda alcolica hanno rappresentato il 69,7% della popolazione al di sopra degli 11 anni di età (l'82,1% tra i maschi e il 58,1% tra le femmine). Il numero dei consumatori appare nel tempo sostanzialmente stabile nella popolazione generale al di sopra dei 14 anni a partire dal 1998 e fino al 2005, rappresentando circa il 70% della popolazione. I consumatori di vino, dopo la tendenza al calo degli ultimi anni, erano di nuovo in crescita tra il 2003 e il 2005, passando dal 55,9% al 57,6%. Una sostanziale stabilità si è registrata per i consumatori di birra, che sono diminuiti di poco, passando dal 47,2% del 1998 al 47% del 2005. I consumatori di birra con frequenza quotidiana rappresentavano circa il 5% della popolazione. Un netto incremento si è registrato nel numero dei consumatori di altri tipi di alcolici (aperitivi, amari, liquori), che dal 1998 al 2005 sono passati dal 39,5% al 43,1%, con un aumento di 4 punti percentuali.

Facendo riferimento alla condizione occupazionale si osservava che il 61,4% di coloro che avevano utilizzato alcol negli ultimi 12 mesi risultava occupato rispetto alla corrispondente percentuale del 54,4% dei non utilizzatori; parallelamente negli utilizzatori erano più basse le percentuali di disoccupati (8,6% per l'uso nell'ultimo anno; 8,1% per l'uso negli ultimi 30 giorni). Gli studenti erano presenti in percentuali simili sia tra i consumatori che tra i non consumatori mentre le casalinghe, i pensionati e gli inabili al lavoro erano presenti tra i non consumatori in percentuali molto superiori che tra i consumatori.

Il consumo di bevande alcoliche al di fuori dei pasti, che rappresenta un importante indicatore di esposizione al rischio alcolcorrelato, appare in aumento fin dal 1993 nella popolazione al di sopra dei 15 anni, con particolare evidenza, sia tra i maschi che tra le femmine, nel periodo 2002-2003, in cui i consumatori di alcolici fuori pasto almeno qualche volta l'anno sono passati dal 23,2% al 25,8%. Secondo l'ISTAT, il 3% della popolazione italiana associa il consumo almeno settimanale di alcolici fuori pasto con comportamenti di ubriacatura. Tale fenomeno, che indica una particolare intensità dell'esposizione al rischio, riguardava in misura maggiore i giovani maschi tra i 18 ed i 34 anni. Le persone con consumi che oltrepassavano quotidianamente il limite di un consumo moderato (secondo i parametri indicati dall'OMS) e che si trovavano pertanto esposte a un consistente rischio di patologie alcolcorrelate, rappresentavano nel 2005, secondo l'ISTAT, il 10,3% della popolazione maschile e il 2,2% della popolazione femminile al di sopra degli 11 anni.

Il numero dei consumatori non moderati con consumi quotidiani aumenta con l'età e raggiunge il più alto valore nella fascia d'età 65-74 anni tra i maschi (16,0%) e nella fascia d'età 60-64 anni tra le donne (3,6%). Già nella fascia d'età 33-44 anni si raggiunge peraltro la media nazionale del 10,3%.

Alle suddette categorie di popolazione a rischio ne vanno, peraltro, aggiunte altre, relative a soggetti da considerare a rischio anche con consumi moderati, quali gli anziani, gli adolescenti fino a 15 anni, le persone con specifici problemi di salute. Tenendo conto di

questi ulteriori parametri, l'Istituto Superiore di Sanità ha calcolato che in Italia è a rischio il 16,7% della popolazione maschile e il 4,5% della popolazione femminile.

Sempre secondo l'ISTAT la popolazione che ammette comportamenti di ubriacatura almeno una volta l'anno è pari all'8,4%, in aumento rispetto al dato rilevato nel 2003, pari al 7,1%. Nella popolazione con comportamenti di ubriachezza, la metà dichiara di essersi ubriacata da 1 a 3 volte, oltre il 15% da 4 a 6 volte e il 7,7% (più di 4 milioni e mezzo di persone) più di 12 volte nell'anno.

Secondo la *"Rilevazione 2005 delle attività nel settore dell'alcoldipendenza"* condotta dal Ministero della Salute, nel corso del 2005 sono stati rilevati **412 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza** distribuiti in 19 regioni. Si trattava, per il 94,7%, di servizi di tipo territoriale, per il 3,1% di servizi di tipo ospedaliero e per il 2,2% di servizi di tipo universitario.

In totale sono state preposte alle attività relative all'alcoldipendenza 3.416 unità di personale: 797 addette esclusivamente (23,3% del totale) e 2.619 addette parzialmente (76,7% del totale).

Sono stati presi in carico 56.234 soggetti alcoldipendenti, valore in aumento rispetto all'anno precedente (+4,3%). Il 34,5% dei servizi aveva meno di 50 utenti; quelli a più alta utenza (200 o più soggetti in carico) rappresentavano il 19,1% del totale dei servizi o gruppi di lavoro rilevati.

La graduatoria regionale vedeva le regioni del nord (ad eccezione della Valle d'Aosta) ai primi posti. In particolare, le regioni con il numero assoluto più elevato di utenti sono stati il Veneto e la Lombardia (rispettivamente, 11.242 e 9.254). Il rapporto utenti maschi/femmine era pari a 3,5.

Nel 2005 l'età media del totale degli utenti rilevati era di 44,5 anni; le donne avevano un'età media più elevata dei maschi (46,0 rispetto a 44,1).

Analizzando i programmi di trattamento, si osserva che il 28,2% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 26,1% al *"counseling"* rivolto all'utente o alla famiglia, il 9,8% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 12,1% 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'11,6% degli utenti e sono principalmente consistiti nella terapia individuale (60,3%) e nella terapia di gruppo o familiare (39,7%). Il ricovero ha riguardato il 6,8% del totale degli utenti rilevati (4,4% in istituti pubblici, 2,4% in case di cura private convenzionate); in entrambi i casi la causa principale di ricovero è rappresentata dalla sindrome di dipendenza da alcol (61,4% sul totale dei ricoverati in regime ospedaliero ordinario o in day hospital e 66,7% sul totale dei ricoverati in casa di cura privata convenzionata).

A livello territoriale si osserva una estrema eterogeneità: alcune regioni hanno preferito ricorrere al trattamento medico-farmacologico per oltre il 40% dei casi altre al *"counseling"* mentre alcune ai trattamenti psicoterapeutici (individuali o di gruppo) o all'inserimento in gruppi di auto/mutuo aiuto. Relativamente frequente è anche il trattamento

socioriusitativo così come l'inserimento in comunità semiresidenziali o residenziali o, in misura inferiore, il ricovero in strutture pubbliche.

Le Tossicodipendenze

L'uso/abuso di sostanze stupefacenti e gli stili di vita connessi rappresentano un problema di salute pubblica sia per gli effetti diretti sui soggetti consumatori (overdose, comorbilità psichiatrica, patologie infettive correlate all'uso di droghe) sia per la popolazione generale non direttamente esposta (malattie sessualmente trasmesse o accidentali).

Come illustrato nel precedente rapporto, lo strumento legislativo che disciplina l'intera materia è il Decreto del Presidente della Repubblica n. 309/1990 (Testo Unico sulle tossicodipendenze), come modificato dalla Legge n. 45 del 1999 e dalla Legge n. 49 del 2006.

Nella Legge Finanziaria del 2006 si è pattuito il finanziamento dell'Osservatorio del disagio giovanile legato alle dipendenze che mette a disposizione degli interventi preventivi circa dieci milioni di euro.

I dati relativi al fenomeno della droga sono rilevati secondo il modello degli indicatori chiave, come indicato dall'*Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze di Lisbona* (Agenzia costituita nel 1993 dall'Unione Europea). In base a tale schema, gli indicatori si possono raggruppare nelle seguenti aree:

- Uso di sostanze nella popolazione in generale;
- Uso problematico di sostanze;
- Domanda di trattamento;
- Patologie infettive;
- Decessi droga correlati.

La prevalenza d'uso nella popolazione generale si basa prevalentemente sui risultati di due indagini nazionali (IPSAD e ESPAD) condotte dal Consiglio Nazionale delle Ricerche, i cui risultati sono riportati nella *"Relazione annuale al Parlamento sulle tossicodipendenze – Anno 2006"*. Lo studio IPSAD (Italian Population Survey on alcohol and drug) è uno studio campionario sul consumo di alcol, tabacco e sostanze psicotrope legali e illegali nelle popolazione generale residente in Italia di età compresa tra i 15 e i 54 anni, ripetuto con cadenza biennale dal 2001.

L'indagine ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Drugs) riguarda gli atteggiamenti, la percezione del rischio e i consumi di alcol, tabacco e sostanze psicotrope legali e illegali nella popolazione giovanile scolarizzata di età compresa tra i 15 e i 19 anni. Riguardo l'**uso di sostanze psicoattive** tra il 2001 ed il 2005, l'indagine IPSAD Italia ha rilevato un aumento nella *popolazione generale dei consumi* di cannabis (hanno fatto uso della sostanza almeno una volta nella vita il 22% degli intervistati nel 2001 ed il 32% nel 2005): l'incremento si riferisce non solo al consumo nella vita, ma anche negli ultimi 12 mesi e 30 giorni. Le informazioni rilevate hanno fatto inscrivere l'aumento dell'uso di eroina e cocaina nell'area del consumo sporadico/occasionale; il consumo frequente effettuato negli ultimi 30 giorni resta invece sostanzialmente stabile nel caso dell'eroina

mentre subisce un lieve incremento per la cocaina. Le regioni che fanno registrare le più alte prevalenze di consumatori (una o più volte negli ultimi 12 mesi) sono il Lazio per i cannabinoidi (10,6%), la Lombardia per la cocaina (4,7%) e la Liguria per l'eroina (0,7%). Contrariamente a ciò che si osserva per il consumo concomitante di sostanze psicoattive legali e non, dal 2001 in poi aumentano le persone che consumano più sostanze illegali (poli-utilizzatori); la quota passa dal 14% al 17%.

In questo quadro restava però molto alto (87%) il dato relativo alla percentuale degli utilizzatori di cannabis che non associano altre droghe illegali.

La prevalenza dei *consumi psicoattivi fra gli studenti* del campione ESPAD Italia aumentava all'aumentare dell'età; tale dato veniva rilevato nel corso dell'intero periodo di riferimento (2001-2005). L'uso di cannabis effettuato "una o più volte nel corso degli ultimi 12 mesi" veniva riferito dal 24,5% degli intervistati, quello di cocaina ed eroina veniva invece registrato rispettivamente in circa il 4% e 1,6% dei casi. Le quote di studenti delle scuole superiori consumatori che presentavano consumi più problematici della sostanza (più di 20 volte nell'anno), erano più basse per quanto attiene alla cocaina (circa 12%) ed all'eroina (circa 16%) e più elevate nel caso dei cannabinoidi (circa 26%). Le Regioni in cui si registravano le più alte prevalenze (almeno una volta negli ultimi 12 mesi) di studenti consumatori erano il Piemonte per i cannabinoidi (28%), l'Umbria per la cocaina (quasi 5%) e il Molise (2%) per l'eroina. Gli allucinogeni e gli stimolanti di sintesi risultavano distribuiti in modo omogeneo in tutta la penisola.

L'utilizzo concomitante di più sostanze sembrava essere un fenomeno particolarmente diffuso fra gli studenti; in particolare, dal 2000 al 2006, la percentuale di studenti che consumavano più sostanze illegali (poliutilizzatori) pur subendo alcune oscillazioni, è rimasta sostanzialmente stabile (nel 2005 e nel 2006 tale quota era pari al 22%). Anche tra gli studenti la quota dei consumatori di cannabis come unica droga illegale era molto elevata (87%).

Nel 2006, i soggetti *in trattamento presso i SerT* sono stati circa 176.000, con un trend in aumento dal 2001.

L'utenza dei SerT (14% nuovi utenti, 86% utenti già in carico dall'anno precedente o rientrati) era composta prevalentemente da soggetti di genere maschile (87%), di nazionalità italiana (94%) e con età media di quasi 35 anni (30 anni per i nuovi utenti). Le sostanze per le quali si richiedeva il trattamento erano nella maggior parte dei casi oppiacei (72%), seguite dalla cocaina (16%) e dalla cannabis (10%), queste ultime molto più diffuse tra i nuovi utenti. L'uso iniettivo si riscontrava nel 74% degli utilizzatori di oppiacei e nell'8% degli utilizzatori di cocaina; sia per gli oppiacei che per la cocaina la probabilità di assumere la sostanza per via parenterale aumentava al crescere dell'età. Il 49% degli utenti utilizzava almeno un'altra sostanza psicoattiva oltre a quella per la quale risultava in trattamento (43% tra i casi incidenti, 52% tra i prevalenti). La maggior parte degli utenti in carico (61%) dichiarava di avere un livello di istruzione medio e di lavorare (60%).

Il 38% degli utenti dei SerT sono stati sottoposti a trattamenti diagnosticoterapeutico-riabilitativi non farmacologicamente assistiti. Hanno usufruito di tali trattamenti per la maggior parte soggetti di genere maschile (88%), con un'età media di 32 anni, consumatori di oppiacei nel 51% dei casi, di cocaina nel 28% e di cannabis nel 19%. Questa tipologia di

trattamenti, somministrati a quasi la metà di tutti i casi incidenti nell'anno 2006, consisteva per lo più in interventi psicoterapeutici individuali (37%), *counselling* (30%) e sostegno psicologico (25%). Ai consumatori di oppiacei venivano somministrati prevalentemente interventi psicoterapici individuali (36%). Il 42% dell'utenza che faceva uso di cocaina come sostanza "primaria" risultava in trattamento con interventi psicoterapeutici individuali e la maggioranza (40%) degli utilizzatori di cannabis riceveva interventi di servizio sociale o lavorativi.

Il 62% dell'utenza ha usufruito di trattamenti farmacologicamente assistiti, la metà dei quali integrati con terapie di tipo psico-sociale e/o riabilitative.

Relativamente all'area delle conseguenze socio-sanitarie, in merito ai **decessi** per overdose, nel 2006 in Italia si sono registrati 517 decessi dovuti ad intossicazione acuta da overdose (dati DCSA); rispetto al biennio precedente si registra una riduzione del 20%, sebbene il dato sia suscettibile di aggiornamento. La mortalità acuta droga correlata è un fenomeno prevalentemente maschile (si contano mediamente circa 10 decessi tra gli uomini per ogni decesso tra le donne); i tassi annuali di decesso sulla popolazione residente tra i 15 e i 64 anni di età nel periodo 2001-2006 evidenziano a livello regionale i valori medi più elevati in Liguria, Lazio ed Umbria (circa 7 decessi per overdose ogni 100 mila residenti) a cui seguono Piemonte, Emilia-Romagna e Campania (circa 5).

L'età al decesso è progressivamente aumentata: se nel 2001 circa il 36% dei decessi era costituito da over 35enni, nel 2006 tale quota sfiora il 50%.

Dal 2001 la quota di morti attribuite ad intossicazione da eroina, è rimasta sostanzialmente costante, mentre quella riconducibile alla cocaina è passata, nello stesso lasso temporale, da circa il 2% al 9%.

Nel corso del 2006 nei Servizi per le Tossicodipendenze sono stati sottoposti a test 67.300 soggetti per individuare la presenza di infezione da *HIV* e di questi il 12% è risultato essere positivo: l'86% di questi era di sesso maschile e l'età media è prossima ai 38 anni senza differenze di genere.

Sono inoltre stati testati 62.635 soggetti per individuare la presenza di infezione da *HBV* e 75.213 soggetti per individuare la presenza di infezione da *HCV* e tra i testati sono risultati positivi rispettivamente il 39,5% ed il 61,9%. Nell'utenza positiva alla presenza di virus per l'epatite B o C la quota dei maschi era pressoché identica (87%) mentre l'età media risultava maggiore nei soggetti *HCV* positivi (38 anni contro i 36 dei soggetti *HBV* positivi) con differenze per genere al limite della significatività statistica in entrambi i gruppi: i maschi risultavano in media un anno più grandi rispetto alle donne.

Relativamente alla presenza concomitante di *patologie psichiatriche* tra i soggetti in cura per disturbi da uso di sostanze psicoattive, l'80% delle Regioni ha attivato interventi di trattamento specifici per i tossicodipendenti con doppia diagnosi per i quali sia la disponibilità che l'accessibilità è valutata essere da buona a molto buona.

In merito alle **attività di prevenzione** implementate nel 2006 in Italia, relativamente a quelle rivolte agli *studenti* delle scuole superiori secondarie (dati ESPAD, studio condotto in 573 istituti scolastici) si evidenziava un quadro eterogeneo, in cui nel 21,2% delle scuole del sud e delle isole non era stato attivato alcun progetto specifico in materia, quota che scendeva al 10,8% tra le scuole del centro ed al 9,6% per quelle del nord.

A livello di prevenzione rivolta verso le *famiglie*, si evidenziavano (dati relativi ai questionari strutturati dell’Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze) prevalentemente programmi di incontri rivolti a famiglie, seguiti da programmi di formazione per le famiglie e da quelli basati sull’auto-mutuo-aiuto; tali tipologie di attività miravano a promuovere la funzione educativa e quindi preventiva del nucleo familiare, dando la possibilità di migliorare la comunicazione in famiglia ed individuare precocemente gli eventuali fattori di rischio per l’uso ed il consumo problematico di sostanze psicoattive. Le famiglie problematiche sono esse stesse oggetto di prevenzione mirata, in merito a situazioni familiari socialmente o economicamente svantaggiate, famiglie ad alta conflittualità o con al suo interno problemi di salute mentale.

Prevenzione selettiva e mirata è stata svolta nel 2006 anche verso particolari *gruppi a rischio*, e nello specifico verso gruppi etnici ed immigrati, studenti con problemi di emarginazione scolastica e sociale, minorenni pregiudicati, soggetti senza fissa dimora, giovani in ambiti ricreazionali.

Altro livello di prevenzione è quello rivolto ai *decessi per intossicazione acuta* da sostanze: le attività maggiormente svolte a livello territoriale sono state quelle effettuate all’interno del processo di presa in carico dell’utente presso i servizi, quali la somministrazione di trattamenti con agonisti e la valutazione del rischio individuale, a cui sono seguiti gli interventi di educazione al rischio e alla capacità di risposta in situazione di emergenza, prevalentemente nelle unità a bassa soglia; la distribuzione di siringhe e/o materiale sterile, di profilattici e di materiale informativo sono state le attività principalmente rivolte alla prevenzione delle *malattie infettive*.

Così come osservato nel biennio precedente, anche nel 2006 sono continue ad aumentare le operazioni effettuate dalle Forze dell’Ordine sul territorio nazionale (20.580): sono cresciuti sia il numero di interventi volti al contrasto del traffico di cocaina che i quantitativi intercettati, così come sono aumentate le operazioni che hanno portato al sequestro/rinvenimento di piante e derivati della cannabis e di eroina.

In merito alle segnalazioni per possesso di sostanze stupefacenti, nel 2006 l’attività delle Prefetture ha riguardato 35.645 **soggetti segnalati ex art. 75 DPR 309/90**, per la maggior parte di sesso maschile (94%), con un’età media di circa 26 anni e mai segnalati in anni precedenti (76%). La sostanza maggiormente intercettata è stata la cannabis (75%), seguita dalla cocaina (15%) e dagli oppiacei (8%).

LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE

Le vaccinazioni

Il Piano Nazionale Vaccini (PNV) 2005-2007 persegue gli obiettivi di mantenere elevate coperture vaccinali come previste dai Piani Sanitari Nazionali 1998-2000 e 2003-2005, e di promuovere appropriati interventi vaccinali per quelle malattie che non hanno ancora raggiunto livelli di copertura ottimali.

L'Italia, nel corso degli ultimi anni, ha attivato idonee procedure organizzative per rispondere in maniera rapida ed adeguata ad eventuali epidemie, anche sulla base delle recenti esperienze dovute alla SARS ed all'Influenza aviaria. Il Centro Controllo Malattie (CCM) risponde anche a questo bisogno, sull'esempio di quanto realizzato da tempo e recentemente, rispettivamente, dai *Centers for Disease Control* statunitensi (CDC) ed europeo (ECDC).

Copertura vaccinale

Nel 2006 le coperture per Poliomielite, anti-Difterite e Tetano (DT), o Difterite, Tetano e Pertosse (DTP) – DT DTP – ed epatite B (HBV) erano uniformemente distribuite su tutto il territorio nazionale, con una media superiore al 95%. Per quanto riguarda la vaccinazione morbillo-parotite-rosolia (MPR) la media di copertura nazionale si attestava al 88,3%; nessuna regione ha raggiunto il 95%, obiettivo indicato nel Piano Nazionale per l'eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita. Per quanto concerne l'HIB (*Haemophilus Influenzae* di tipo B), negli ultimi anni si è osservato un aumento progressivo della copertura, che ha raggiunto, nel 2006, il 95,5%.

SICUREZZA ALIMENTARE

Nel precedente rapporto del governo italiano era stato ampiamente illustrato il sistema delle tutele e dei controlli sui prodotti alimentari nonché l'articolazione dei vari istituti preposti a tale scopo. Il sistema descritto non ha subito modifiche durante il periodo di riferimento per il presente rapporto, e, pertanto, si rinvia a quanto già indicato.

Si riportano, di seguito, i risultati della vigilanza e del controllo ufficiale effettuato sugli alimenti a livello nazionale da parte delle Amministrazioni centrali e territoriali deputate, contenuti nella relazione *"Vigilanza e controllo degli alimenti e delle bevande in Italia – anno 2006"*, redatta dal Ministero della Salute.

Le attività di controllo vengono effettuate lungo tutta la filiera produttiva, dalla produzione primaria, alla trasformazione, magazzinaggio, trasporto e commercio, fino alla somministrazione e al consumo. Sono previsti degli accertamenti completi sul prodotto, attraverso ispezioni, campionamenti e analisi di laboratorio, nell'ambito dell'ambiente di produzione e sul personale addetto nonché controlli sull'applicazione dei programmi che le aziende predispongono per l'individuazione dei punti critici della catena produttiva. Il Ministero della Salute svolge prevalentemente funzione di programmazione, indirizzo e

coordinamento del controllo ufficiale. Tale attività di coordinamento è poi demandata, a livello regionale, agli Assessorati alla sanità, mentre le funzioni di controllo sulle attività di produzione, commercio e somministrazione degli alimenti e delle bevande competono ai Comuni che le esercitano attraverso le ASL, in particolare ad opera dei Servizi di Igiene degli Alimenti e nutrizione dei Servizi Veterinari.

I settori maggiormente sottoposti a controllo e vigilanza sono quelli della ristorazione, della lavorazione delle carni e gli allevamenti, nonché quello riguardante le farine per la produzione di pane e pasta.

Le ASL nel **2006** hanno ispezionato **509.199** unità sul territorio, pari al 38,6% delle strutture segnalate sul territorio (1.316.967), rilevando **53.670 (10,5%) infrazioni**, soprattutto nel settore della ristorazione e nella categoria dei produttori e confezionatori, con irregolarità prevalentemente a carico dell'igiene personale e delle strutture. Tuttavia, occorre registrare un miglioramento per quanto riguarda la rintracciabilità dei prodotti alimentari. Il Comando dei Carabinieri attraverso l'operato dei NAS (Nuclei Antisofisticazioni e Sanità) svolge altrettante attività ispettive per la tutela della salute; infatti nel **2006** ha effettuato **35.138 ispezioni** notificando **4.189 infrazioni penali**.

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

SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI VITA

Gli incidenti domestici

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

In Italia, secondo l'indagine multiscopo *"Aspetti della vita quotidiana – Anno 2005"* condotta dall'ISTAT sulle famiglie italiane, gli **incidenti in ambito domestico** hanno coinvolto, nei tre mesi precedenti l'intervista, **761.000 persone** (13,1 per mille della popolazione). Su questa base, si può stimare che nell'intero anno sono state **3 milioni le persone coinvolte** in questo tipo di infortuni (52 ogni mille). L'andamento è sostanzialmente stabile nel tempo.

L'incidenza del rischio è legata direttamente alla quantità di tempo trascorsa in casa. Le **donne** sono coinvolte in oltre il 70% di tutti gli incidenti, con un quoziente di infortuni del 18,2 per mille (gli uomini hanno un quoziente di infortuni del 7,7 per mille). Nei **giovani fino a 14 anni** la prevalenza di infortuni è maggiore tra i maschi, mentre al crescere dell'età sono le femmine a risultare più coinvolte in incidenti domestici. I **bambini** più piccoli sono una categoria ad alto rischio; il 13,5 per mille degli incidenti riguarda bambini

al di sotto dei 6 anni. Gli **anziani**, in particolare gli ultraottantenni, hanno un quoziente di infortuni pari al 33 per mille.

Il lavoro domestico e la presenza quasi costante nell'abitazione espone le donne, e particolarmente le casalinghe, ai rischi potenziali di infortunio domestico.

Negli uomini si osservano eventi dalle conseguenze mediamente meno gravi e tuttavia molto diffusi, causati prevalentemente da prodotti e strumenti utilizzati nel "fai da te". Nei bambini gli incidenti più gravi sono rappresentati da soffocamento per ingestione di corpi estranei o inalazione di sostanze tossiche e ustioni.

Negli anziani gli incidenti più frequenti sono le cadute, causate dalla fragilità e dalla lentezza dei riflessi tipici dell'età senile, particolarmente temuti per le possibili conseguenze invalidanti e per la possibile perdita dell'autonomia.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale, il Sud è la realtà geografica che presenta il maggior numero di incidenti domestici. I quozienti di infortuni delle varie ripartizioni geografiche sono:

- Nord-ovest: 10,0 per mille
- Nord-est: 12,0 per mille
- Centro: 15,6 per mille
- Sud: 16,2 per mille
- Isole: 11,4 per mille

Per tale motivo, il **PSN 2006-2008** ha individuato alcuni obiettivi da perseguire, quali la riduzione dell'incidenza di lesioni o di invalidità dovute ad incidenti domestici; la tutela del consumatore nonché l'incentivo alla produzione ed al consumo di materiali/prodotti sani per la salute e l'ambiente; la promozione della salute attraverso il miglioramento delle conoscenze sui fattori di rischio domestico sulle misure efficaci di prevenzione mediante l'informazione della popolazione sui comportamenti e sugli stili di vita corretti. Per la realizzazione di tale strategia, il Piano ha previsto la possibilità di realizzare raccomandazioni, linee guida e misure normative. A tal fine, nel maggio 2007 sono state pubblicate le *"Linee guida per la prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani"*, a cura dell'Istituto Superiore di Sanità, consultabili sul sito del Ministero della Salute (www.ministerosalute.it) alla voce Sicurezza negli ambienti di vita.

Il **Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007** ha inserito tra gli obiettivi prioritari la riduzione della mortalità e delle disabilità conseguenti agli infortuni domestici. L'Intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 23 marzo 2005, ha sancito, all'art. 4, lettera e) che le Regioni adottino, così come previsto dal Piano Nazionale, Progetti Regionali per la Prevenzione degli incidenti domestici, valutati dal Centro nazionale di prevenzione e controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute. Il CCM, in base all'intesa Stato-Regioni, ha elaborato delle **linee operative** (consultabili sul sito del Ministero della Salute) per il supporto alla pianificazione regionale. Tali linee partono dall'analisi del contesto epidemiologico rilevato attraverso diverse fonti di dati a livello nazionale.

La sorveglianza del fenomeno è demandata con Legge n. 439/99, ad una struttura dell'Istituto Superiore di Sanità.

SICUREZZA STRADALE

Tra tutti i sistemi di trasporto, quello su strada è di gran lunga il più pericoloso e comporta il prezzo più alto in termini di vite umane. Per questo motivo il programma d'azione europeo per la sicurezza stradale 2003-2010, cui l'Italia ha aderito, ha previsto una serie di misure quali il rafforzamento dei controlli stradali, l'ampio ricorso a nuove tecnologie per la sicurezza, il miglioramento delle infrastrutture stradali e azioni tese a migliorare il comportamento degli utenti. L'obiettivo finale è quello di ridurre almeno del 50% il tasso dei decessi entro il 2010.

Secondo l'ISTAT, in Italia nel **2006** quasi 100 persone per milione di abitanti sono morte a seguito di un incidente stradale.

Ogni giorno in Italia si verificano in media **652 incidenti stradali**, che provocano la morte di 16 persone e il ferimento di altre 912. Nel periodo 2000-2006 gli incidenti sono scesi da 256.546 a 238.124, i morti da 7.061 a 5.669, i feriti da 360.013 a 332.955. Nel suddetto periodo si è pertanto registrato un decremento del 7,2% per quanto riguarda il numero degli incidenti, del 7,5% per i feriti e del 19,7% per i morti. Si è registrata, inoltre, una riduzione nella gravità degli incidenti: i morti ogni 100 incidenti sono passati, infatti, da 2,8 a 2,4.

A partire dal secondo semestre del 2007, a seguito dell'entrata in vigore della Legge 2 ottobre 2007, n. 160 *"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 3 agosto 2007, n. 117, recante disposizioni urgenti modificate del codice della strada per incrementare i livelli di sicurezza nella circolazione"* e del rafforzamento dei controlli, è stato rilevato un nuovo significativo calo dei decessi (516 in meno, cioè il 17,1%) e dei feriti (oltre 13.500 in meno, cioè il 7,9%).

La legge, infatti, ha introdotto delle importanti novità, tra le quali: , la multa da 500 a 2000 euro per chi supera di oltre 60Km/h i limiti di velocità; l'arresto fino a un anno, oltre ad una ammenda da 2.257 euro a 9.032 euro per guida senza patente, revocata o non rinnovata; l'introduzione di una differenziazione di sanzioni in base al livello di alcool rilevato nel sangue, prevedendo nei casi più gravi un'ammenda da 1500 a 6000 euro, l'arresto fino a 6 mesi e la sospensione della patente da uno a due anni e, nel caso di incidente, il raddoppio delle pene; l'ammenda da 1000 a 4000 euro, l'arresto fino a 3 mesi, la sospensione della patente fino ad 1 anno per chi guida sotto effetto di stupefacenti o sostanze psicotrope; l'esposizione di tabelle con la descrizione dei sintomi legati all'assunzione di alcol nei locali dove si svolgono spettacoli ed altre forme di intrattenimento; il divieto per i neopatentati, a partire dal febbraio 2008, di superare gli 80 km/h sulle strade extraurbane.

INQUINAMENTO ATMOSFERICO

Con l'espressione "inquinamento atmosferico" si intende la condizione atmosferica risultante dalle emissioni dei gas di scarico degli autoveicoli, delle centrali elettriche, delle fabbriche, degli impianti di incenerimento e della combustione domestica dei combustibili fossili nelle aree urbane e industriali. L'inquinamento atmosferico è definito dalla normativa italiana come "ogni modificazione della normale composizione o stato fisico dell'aria atmosferica, dovuta alla presenza nella stessa di una o più sostanze con qualità e caratteristiche tali da alterare le normali condizioni ambientali e di salubrità dell'aria; da costituire pericolo, ovvero pregiudizio diretto o indiretto per la salute dell'uomo; da compromettere le attività ricreative e gli altri usi legittimi dell'ambiente; da alterare le risorse biologiche ed i beni materiali pubblici e privati".

Con il D.M. 2 aprile 2002, n. 60 sono state trasposte nell'ordinamento italiano le direttive 99/30/CE e 00/69/CE riguardanti i valori limite dell'aria relativi a biossido di azoto, ossido di azoto, PM10, piombo, benzene e monossido di carbonio.

Si riportano, di seguito, i principali atti normativi emanati nel periodo preso in esame per il presente rapporto.

- **Decreto Legislativo 18 febbraio 2005, n. 59.** Attuazione integrale della Direttiva 96/61/CE relativa alla prevenzione e riduzione integrale dell'inquinamento;
- **Decreto Legislativo 21 marzo 2005, n. 66.** Attuazione della direttiva 2003/17/CE relativa alla qualità della benzina e del combustibile diesel;
- **Decreto Legislativo 133, 11 maggio 2005.** Attuazione della direttiva comunitaria 2000/76/CE in materia di incenerimento dei rifiuti;
- **D.M. 21 settembre 2005.** Recepimento della direttiva 2005/13/CE relativa all'emissione di inquinanti gassosi e articolato ad opera di motori agricoli o forestali;
- **Decreto Ministero Trasporti 2 marzo 2006.** Recepimento della direttiva n. 2004/26/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 21 aprile 2004, che modifica la direttiva n. 97/68/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, concernente i provvedimenti da adottare contro l'emissione di inquinanti gassosi e articolato inquinante, prodotto dai motori a combustione interna, destinati all'installazione su macchine mobili non stradali;
- **Decreto Legislativo 161 del 27 marzo 2006.** Attuazione della direttiva 2004/42/CE, per la limitazione delle emissioni di composti organici volatili conseguenti all'uso di solventi di talune pitture e vernici, nonché di prodotti per la carrozzeria.;
- **Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152.** Norme in materia di tutela dell'aria e di riduzione delle emissioni in atmosfera;
- **Decreto Legislativo 4 aprile 2006, n. 216.** Attuazione delle direttive 2003/87 e 2004/101/CE in materia di scambio di quote di emissioni dei gas a effetto serra nella Comunità;

- **Decreto del Ministero dei Trasporti del 29 gennaio 2007.** Recepimento della direttiva 2005/55/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 28/7/2005 relativa agli inquinanti gassosi e al particolato emessi dai motori dei veicoli;
- **Decreto legislativo 152 del 3 agosto 2007.** Recepimento delle direttive 2005/78/CE e 2006/51/CE, relative alle emissioni di inquinanti gassosi prodotti da motori.

RUMORE

Il Decreto Legislativo 10.4.2006, n. 195 ha recepito la Direttiva 2003/10/CE del Parlamento europeo e del Consiglio relativa all'esposizione dei lavoratori ai rischi derivanti dagli agenti fisici (rumore). Il testo è stato, inoltre, integralmente trasposto nel Titolo VIII, "Agenti fisici", Capo II, del Decreto Legislativo 9.4.2008, n. 81 (T.U. su salute e sicurezza nei luoghi di lavoro).

Per quanto riguarda invece il rumore ambientale, la normativa non ha subito variazioni.

INQUINAMENTO DEL SUOLO E DEL SOTTOSUOLO

Gli anni '90 del secolo scorso hanno registrato un aumento della normativa ambientale a seguito di un crescente interesse verso i temi della tutela dell'ambiente sia a livello nazionale che comunitario, che ha segnato l'inizio di una nuova politica improntata alla prevenzione degli effetti negativi.

Riguardo la normativa in materia di suolo e di sottosuolo, si fa presente che, nel 1997, era stato emanato il Decreto Legislativo n. 22 concernente l'attuazione delle direttive 91/156/CEE sui rifiuti pericolosi e 94/62/CE sugli imballaggi e sui rifiuti da imballaggio. Successivamente il Ministero dell'Ambiente ha emanato il D.M. 471/99, *"Regolamento recante criteri, procedure e modalità per la messa in sicurezza, la bonifica e il ripristino ambientale dei siti inquinati, ai sensi dell'art. 17 del D.lgs. 5 febbraio 1997, n. 22 e successive modificazioni ed integrazioni"*.

Nel periodo preso ad esame per il presente rapporto occorre citare il D.Lgs. n. 133/2005 di attuazione della Direttiva 2000/76/CE in materia di incenerimento dei rifiuti ed il D.Lgs. 3 aprile 2006, n. 152 e successive modificazioni, concernente *"Norme in materia ambientale"*.

TUTELA DELLA QUALITA' DELLE ACQUE

La tutela e il miglioramento dello stato complessivo delle risorse idriche si avvalgono di molteplici strumenti normativi, di controllo, di pianificazione e di gestione che richiedono interventi integrati a diversi livelli.

A livello nazionale, lo strumento di pianificazione fondamentale per la definizione delle strategie di azione in materia di acque sotterranee, superficiali e marine è rappresentato dal Piano di Tutela delle acque (PTA) elaborato dalle Regioni. L'approvazione di tale documento, la prima caratterizzazione dei bacini idrografici e la classificazione dello stato

ambientale dei corpi idrici superficiali e sotterranei, permettono un'aggiornata conoscenza dello stato della risorsa nonché la definizione del programma di verifica dell'efficacia delle misure attuate.

La situazione nazionale nel 2007 dei Piani di Tutela è costituita da sei piani adottati (Liguria, Veneto, Lazio, Campania, Puglia, Provincia Autonoma di Bolzano) e da sette piani approvati (Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Sardegna, Provincia Autonoma di Trento).

Fra gli strumenti di pianificazione e di gestione, per la tutela della risorsa idrica, la normativa prevede che le Regioni presentino i Programmi di misure per i corpi idrici ad uso potabile al fine di poter disporre di acque superficiali di qualità sempre migliore. Le acque superficiali per poter essere utilizzate o destinate alla produzione di acqua potabile sono classificate dalle Regioni secondo le caratteristiche fisiche, chimiche e biologiche previste dalla normativa in: A1 (acque che richiedono un trattamento fisico semplice e di disinfezione); A2 (acque che richiedono un trattamento fisico e chimico normale e di disinfezione); A3 (acque che richiedono un trattamento fisico e chimico spinto, affinazione e disinfezione); sub A3 (acque che presentano parametri oltre i limiti permessi, ai quali le Regioni possono derogare in casi di inondazioni, catastrofi naturali, circostanze meteorologiche eccezionali o condizioni geografiche particolari). Il monitoraggio 2002-2004 dei 494 corpi idrici superficiali utilizzati per scopi potabili ha individuato 81 corpi idrici in A1, 265 in A2, 113 A3 e 35 sub A3. Il monitoraggio del triennio **2005-2007** ha registrato un aumento dei corpi idrici classificati sub A3. Hanno presentato programmi di miglioramento 7 Regioni: Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Sardegna (110 programmi riguardanti 78 corpi idrici).

AMIANTO

La direttiva n. 2003/18/CE, relativa alla protezione dei lavoratori dai rischi di esposizione all'amianto dei lavoratori durante il lavoro, è stata trasposta in Italia tramite il decreto legislativo 25 luglio 2006, n. 257. Le relative previsioni sono ora contenute al Capo III del Titolo IX ("Sostanze pericolose") del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, c.d. "testo unico" in materia di salute e sicurezza sul lavoro.