

# DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 23 maggio 2003

Gazzetta Ufficiale N. 139 del 18 Giugno 2003

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 23 maggio 2003

Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005.

ALLEGATO - PRIMA PARTE

Allegato

PIANO SANITARIO NAZIONALE 2003-2005

----

## I N D I C E

il quadro di riferimento

|I nuovi scenari e i fondamenti del Servizio sanitario

1. |nazionale

-----

1.1. |Il primo Piano sanitario nazionale dopo il cambiamento

-----

1.1.1. |L'etica del sistema

-----

|Dalla sanita' alla salute: la nuova visione ed i principi

1.2. |fondamentali

Parte Prima: I dieci progetti per la strategia del cambiamento

2. |I dieci progetti per la strategia del cambiamento

-----

|Attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza e ridurre le liste

2.1. |di attesa

-----

|Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai

2.2. |disabili

-----

|La cronicita', la vecchiaia, la disabilita': una realta' della societa' italiana che va affrontata con nuovi mezzi e

2.2.1. |strategie

-----

2.2.2. |Le sfide per il Servizio sanitario nazionale

-----

|Garantire e monitorare la qualita' dell'assistenza sanitaria

2.3. e delle tecnologie biomediche

-----

|Potenziare i fattori di sviluppo (o {capitali}) della

2.4. |sanita'

-----

|Realizzare una formazione permanente di alto livello in

2.5. |medicina e sanita'

-----

|Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture

2.6. |ospedaliere

-----

|Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e

2.7. |di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari

-----

2.7-bis. |Potenziare i Servizi di urgenza ed emergenza

-----

|Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella

2.8. |sui servizi sanitari

-----

|Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la

2.9. |comunicazione pubblica sulla salute

-----

|Promuovere un corretto impiego dei farmaci e la

2.10. |farmacovigilanza

Parte Seconda: Gli obiettivi generali

3. |La promozione della salute

-----

3.1. |Vivere a lungo, vivere bene

-----

3.2. |Combattere le malattie

-----

3.2.1. |Le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari

-----  
3.2.2. |I tumori

-----  
3.2.3. |Le cure palliative

-----  
3.2.4. |Il diabete, le malattie metaboliche

-----  
3.2.5. |I disturbi del comportamento alimentare

-----  
3.2.6. |Le malattie respiratorie e allergiche

-----  
3.2.7. |Le malattie reumatiche ed osteoarticolari

-----  
3.2.8. |Le malattie rare

-----  
3.2.9. |Le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione

-----  
|La sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le

3.2.10. |malattie a trasmissione sessuale

-----  
3.3. |Ridurre gli incidenti e le invalidita'

-----  
3.4. |Sviluppare la riabilitazione

-----  
3.5. |Migliorare la medicina trasfusionale

-----  
3.6. |Promuovere i trapianti di organo

-----  
4. |L'ambiente e la salute

-----  
4.1. |I cambiamenti climatici e le radiazioni ultraviolette

4.2. |L'inquinamento atmosferico

---

4.2.1. |L'amianto

---

4.2.2. |Il benzene

---

4.3. |La carenza dell'acqua potabile e l'inquinamento

---

4.4. |Le acque di balneazione

---

4.5. |L'inquinamento acustico

---

4.6. |I campi elettromagnetici

---

4.7. |Lo smaltimento dei rifiuti

---

|Pianificazione e risposta sanitaria in caso di eventi

4.8. |terroristici ed emergenze di altra natura

---

4.9 |Salute e sicurezza nell'ambiente di lavoro

---

5. |La sicurezza alimentare e la sanita' veterinaria

---

6. |La salute e il sociale

---

6.1. |Le fasce di poverta' e di emarginazione

---

6.2. |La salute del neonato, del bambino e dell'adolescente

---

6.3. |La salute mentale

---

6.4. |Le tossicodipendenze

-----

## 6.5. |La sanita' penitenziaria

-----

## 6.6. |La salute degli immigrati

----

# IL QUADRO DI RIFERIMENTO

## 1. I nuovi scenari e i fondamenti del Servizio sanitario nazionale

### 1.1. Il primo Piano sanitario nazionale dopo il cambiamento

Il Piano 2003-2005 e' il primo ad essere varato in uno scenario sociale e politico radicalmente cambiato.

La missione del Ministero della salute si e' significativamente modificata da "pianificazione e governo della sanita" a "garanzia della salute" per ogni cittadino. Il Servizio sanitario nazionale e' un importante strumento di salute, ma non e' l'unico: infatti il benessere psico-fisico si mantiene se si pone attenzione agli stili di vita, evitando quelli che possono risultare nocivi.

Per quanto riguarda lo scenario politico-istituzionale, il recente decentramento dei poteri dallo Stato alle Regioni sta assumendo l'aspetto di una reale devoluzione.

Il decentramento fa parte da tempo degli obiettivi della sanita' italiana ed era gia' presente fra le linee ispiratrici della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, come del riordino degli anni '90, nell'ambito del quale veniva riconosciuto alla Regione un ruolo fondamentale nella programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

La fase attuale rappresenta un ulteriore passaggio dal decentramento dei poteri ad una graduale ma reale devoluzione, improntata alla sussidiarieta', intesa come partecipazione di diversi soggetti alla gestione dei servizi, partendo da quelli piu' vicini ai cittadini.

Significativi passi in avanti sono stati realizzati con la modifica del titolo V della Costituzione e, nella seconda meta' del 2001, con l'Accordo tra Stato e Regioni (8 agosto 2001), alcuni punti del quale sono stati recepiti con il successivo decreto attuativo, convertito in legge (decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, e legge 16 novembre 2001, n. 405).

La legge costituzionale recante "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione", varata dal Parlamento l'8 marzo 2001 e approvata in sede di referendum confermativo il 7 ottobre 2001, ha introdotto i principi della potesta' di legislazione concorrente dello Stato e delle Regioni e della potesta' regolamentare delle Regioni in materia di sanita'.

Rientra nella competenza esclusiva dello Stato la "determinazione dei Livelli Essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (art. 117), definiti secondo quanto stabilito nel novembre 2001 a stralcio del Piano sanitario nazionale con le procedure previste dal decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito poi nella legge 16 novembre 2001, n. 405, ferma restando la tutela della salute che la Repubblica garantisce ai sensi dell'art. 32 della Costituzione. In altri termini lo Stato formula i principi fondamentali, ma non interviene sul come questi principi ed obiettivi saranno attuati, perche' cio' diviene competenza esclusiva delle Regioni. Il ruolo dello Stato in materia di sanita' si trasforma, quindi, da una funzione preminente di organizzatore e gestore di servizi a quella di garante dell'equita' sul territorio nazionale.

In tale contesto i compiti del Ministero della salute saranno quelli di:

- garantire a tutti l'equita' del sistema, la qualita', l'efficienza e la trasparenza anche con la comunicazione corretta ed adeguata;
- evidenziare le disuguaglianze e le iniquita' e promuovere le azioni correttive e migliorative;
- collaborare con le Regioni a valutare le realta' sanitarie e a migliorarle;
- tracciare le linee dell'innovazione e del cambiamento e fronteggiare i grandi pericoli che minacciano la salute pubblica.

Nonostante i risultati raggiunti negli ultimi decenni siano apprezzabili in termini di maggiore aspettativa di vita e di minore prevalenza delle patologie piu' gravi, ulteriori e piu' avanzati traguardi e miglioramenti vanno perseguiti nella qualificazione dell'assistenza, nell'utilizzo piu' razionale ed equo delle risorse, nell'omogeneita' dei livelli di prestazione e nella capacita' di interpretare meglio la domanda e i bisogni sanitari. Inoltre, non va dimenticato che la popolazione anziana nel nostro Paese e' cresciuta e cresce di numero piu' che in altri Paesi europei e che e' aumentato il peso delle risorse private investite nella salute, sia da parte delle famiglie che del terzo settore e di altri soggetti privati.

Al Piano sanitario nazionale e' affidato il compito di delineare gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario.

Tali obiettivi si intendono conseguibili nel rispetto dell'Accordo dell'8 agosto 2001, come integrato dalle leggi finanziarie per gli anni 2002 e 2003 e nei limiti e in coerenza dei programmati Livelli Essenziali di Assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni.

Cio' avviene, peraltro, in coerenza con l'Unione europea e le altre Organizzazioni internazionali, quali l'Organizzazione Mondiale della Sanita' (OMS) e il Consiglio d'Europa, che elaborano in modo sistematico gli obiettivi di salute e le relative strategie.

La competenza dell'Unione europea, in materia sanitaria, e' stata ulteriormente rafforzata dal Trattato di Amsterdam del 1997, entrato in vigore nel 1999, secondo il quale il Consiglio dell'Unione europea, deliberando con la procedura di co-decisione, puo' adottare provvedimenti per fissare i livelli di qualita' e sicurezza per organi e sostanze di origine umana, sangue ed emoderivati nonche', nei settori veterinario e fitosanitario, misure il cui obiettivo primario sia la protezione della sanita' pubblica.

Nel mese di settembre 2002 e' entrato in vigore il nuovo Programma di Azione Comunitario nel settore della sanita' pubblica 2003-2008, che individua tra le aree orizzontali di azione comunitaria:

- la lotta contro i grandi flagelli dell'umanita', le malattie trasmissibili, quelle rare e quelle legate all'inquinamento;
- la riduzione della mortalita' e della morbidita' correlate alle condizioni di vita e agli stili di vita;
- l'incoraggiamento ad una maggiore equita' nella sanita' dell'Unione europea (U.E.), da perseguire attraverso la raccolta, analisi e distribuzione delle informazioni;

- la reazione rapida a pericoli che minacciano la salute pubblica;
- la prevenzione sanitaria e la promozione della salute.

Anche in questo campo, con i commi secondo e quarto dell'art. 117 del novellato titolo V della Costituzione, alle Regioni sono state affidate nuove competenze in materia comunitaria, sia nella fase ascendente di formazione degli atti normativi comunitari sia nell'attuazione ed esecuzione degli accordi internazionali e degli atti dell'Unione europea.

Il ruolo del PSN e' significativo in questa prospettiva, tenuto conto anche della recente elaborazione della "strategia sociale" comunitaria avviata dal Consiglio Europeo di Lisbona, proseguita con quello di Nizza ed esplicitata dalla decisione n. 50/2002/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 7 dicembre 2001, che istituisce un programma d'azione comunitaria per incoraggiare la cooperazione tra gli Stati membri al fine di combattere l'emarginazione sociale e, con la piu' ampia accezione, di garantire la coesione sociale in Europa.

Il Piano sanitario nazionale 2003-2005 tiene conto degli obiettivi comunitari in tema di salute e del necessario coordinamento con i programmi dell'Unione europea.

Per rispondere alle esigenze del nuovo scenario il PSN si articola in due parti:

- la prima specifica gli obiettivi strategici di salute;
- la seconda individua le linee di sviluppo per gli altri obiettivi generali di salute.

L'efficacia del Piano dipende dall'attuazione di una produttiva cooperazione fra i diversi livelli di responsabilita', e per quanto di competenza, comuni e province, chiamati a:

- trasformare gli obiettivi in progetti specifici e ad attuarli;
- investire nella qualificazione delle risorse umane;
- adottare soluzioni organizzative e gestionali innovative ed efficaci;
- adeguare gli standard quantitativi e qualitativi;

garantire i Livelli Essenziali di Assistenza su tutto il territorio nazionale.

In questo senso e' necessaria una impostazione intersettoriale delle politiche per la tutela della salute, che contempli anche le politiche sociali, ambientali ed energetiche, quelle del lavoro, della scuola e dell'istruzione, delle politiche agricole e di quelle produttive: la tutela della salute, pertanto, si persegue attraverso una strategia coordinata di interventi delle diverse istituzioni per rispondere pienamente ed in maniera specifica ai nuovi bisogni di salute dei cittadini.

In sintesi, alla luce dei cambiamenti politici e giuridici avvenuti e di quelli tuttora in corso, il presente Piano sanitario nazionale 2003-2005 si configura come un documento di indirizzo e di linea culturale, piu' che come un progetto che stabilisce tempi e metodi per il conseguimento degli obiettivi, in quanto questi aspetti operativi rientrano nei poteri specifici delle Regioni, cui il presente Piano e' diretto e con le quali e' stato costruito.

#### 1.1.1. L'etica del sistema.

La necessita' di garantire ai cittadini un sistema sanitario equo diviene sempre piu' urgente per il nostro Paese.

L'equita' dovrebbe guidare le politiche sanitarie, ma nel dibattito e' stata finora sottovalutata, uscendo spesso perdente nel conflitto con l'efficienza.

Si sono create cosi' diverse iniquita' di sistema che vanno dalle differenze quali-quantitative nei servizi erogati in varie aree del Paese, alle disuniformi e lunghe liste d'attesa anche per patologie che non possono aspettare, allo scarso rispetto per il malato, agli sprechi e all'inappropriatezza delle richieste e delle prestazioni, al condizionamento delle liberta' di scelta dei malati, alla insufficiente attenzione posta al finanziamento e all'erogazione dei servizi per cronici ed anziani. Iniquita' genera iniquita' e le lunghe liste di attesa innescano talvolta il sistema perverso della raccomandazione, per cui il servizio puo' risultare ottimo o accettabile per una parte dei cittadini, ma non altrettanto buono per altri.

Nel 1999 un gruppo di esperti anglosassoni, il cosiddetto Gruppo di Tavistock, ha sviluppato alcuni principi etici di massima che si rivolgono a tutti coloro che hanno a che fare con la sanita' e la salute e che, non essendo settoriali, si distinguono dai codici etici elaborati dalle singole componenti del sistema (medici, enti).

Nel 2000 i cosiddetti 7 principi di Tavistock di seguito riportati sono stati aggiornati e offerti alla considerazione internazionale.

1. Diritti. I cittadini hanno diritto alla salute e alle azioni conseguenti per la sua tutela.
2. Equilibrio. La cura del singolo paziente e' centrale, ma anche la salute e gli interessi della collettivita' vanno tutelati. In altri termini non si puo' evitare il conflitto tra interesse dei singoli e interesse della collettivita'. Ad esempio, la somministrazione di antibiotici per infezioni minori puo' giovare al singolo paziente, ma nuoce alla collettivita' perche' aumenta la resistenza dei batteri agli antibiotici.
3. Visione olistica del paziente, che significa prendersi cura di tutti i suoi problemi e assicurargli continuita' di assistenza (dobbiamo sforzarci continuamente di essere ad un tempo specialisti e generalisti).
4. Collaborazione degli operatori della sanita' tra loro e con il paziente, con il quale e' indispensabile stabilire un rapporto di partenariato: "Nulla che mi riguarda senza di me" e' il motto del paziente che dobbiamo rispettare (Maureen Bisognano, Institute of Health Care Improvement, Boston).
5. Miglioramento. Non e' sufficiente fare bene, dobbiamo fare meglio, accettando il nuovo e incoraggiando i cambiamenti migliorativi. Vi e' ampio spazio per migliorare, giacche' tutti i sistemi sanitari soffrono di "overuse, underuse, misuse" delle prestazioni (uso eccessivo, uso insufficiente, uso improprio).
6. Sicurezza. Il principio moderno di "Primum non nocere" significa lavorare quotidianamente per massimizzare i benefici delle prestazioni, minimizzarne i danni, ridurre gli errori in medicina.
7. Onesta', trasparenza, affidabilita', rispetto della dignita' personale sono essenziali a qualunque sistema sanitario e a qualunque rapporto tra medico e paziente.

Altri due principi che alcuni propongono di aggiungere ai 7 sopraelencati sono la responsabilizzazione di chi opera in sanita' e la libera scelta del paziente.

A questi principi il Piano sanitario nazionale intende ispirarsi, proponendo azioni concrete e progressive per la loro attuazione, dal momento che è compito dello Stato garantire ai cittadini i diritti fondamentali sanciti dalla Costituzione.

## 1.2. Dalla sanità alla salute: la nuova visione ed i principi fondamentali

La nuova visione della transizione dalla "sanità" alla "salute" è fondata, in particolare, sui seguenti principi essenziali per il Servizio sanitario nazionale, che rappresentano altresì i punti di riferimento per l'evoluzione prospettata:

- il diritto alla salute;
- l'equità all'interno del sistema;
- la responsabilizzazione dei soggetti coinvolti;
- la dignità ed il coinvolgimento "di tutti i cittadini";
- la qualità delle prestazioni;
- l'integrazione socio-sanitaria;
- lo sviluppo della conoscenza e della ricerca;
- la sicurezza sanitaria dei cittadini.

Il diritto alla salute e alle cure, indipendentemente dal reddito, costituisce da tempo parte integrante dei principi che costituiscono l'ossatura del patto sociale, ma non ha trovato fino ad oggi attuazione sufficiente.

Nella nuova visione, esso costituisce un obiettivo prioritario.

Pertanto è indispensabile, garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, concordati fra Stato e Regioni, assicurare un'efficace prevenzione sanitaria e diffondere la cultura della promozione della salute.

L'equità negli accessi ai servizi, nell'appropriatezza e nella qualità delle cure è un fondamentale diritto da garantire.

Troppo spesso accade che, a parità di gravità ed urgenza, l'assistenza erogata sia diversificata a seconda del territorio, delle circostanze, delle carenze strutturali e organizzative e di altri fattori. In particolare, è necessario ridurre al minimo la mobilità dei pazienti derivante dalla carenza nel territorio di strutture sanitarie idonee a fornire le prestazioni di qualità richieste.

La responsabilizzazione piena dei soggetti e delle istituzioni incaricati di organizzare ed erogare le prestazioni di cura è fondamentale per promuovere concreti percorsi di salvaguardia delle garanzie. In questo senso va sviluppata la piena consapevolezza di tutti, in relazione alla complessità dei bisogni, agli obblighi che discendono dal patto costituzionale, alla sempre maggiore ampiezza delle possibili risposte in termini professionali e tecnologici e alla necessità di modulare gli interventi sulla base delle linee di indirizzo comuni e degli obiettivi prioritari del sistema, nel rispetto rigoroso delle compatibilità economiche.

La dignità e la partecipazione di tutti coloro che entrano in contatto con i servizi e di tutti i cittadini costituisce nella nuova visione della salute un principio imprescindibile, che comprende il rispetto della vita e della persona umana, della famiglia e dei nuclei di convivenza, il diritto alla tutela delle relazioni e degli affetti, la considerazione e l'attenzione per la sofferenza, la vigilanza per una partecipazione quanto più piena possibile alla vita sociale da parte degli ammalati e la cura delle relazioni umane tra operatori ed utenti. Il cittadino e la sua salute devono essere al centro del sistema, unitamente al rispetto dei principi etici e bioetici per la tutela della vita, che sono alla base della convivenza sociale.

La qualità delle prestazioni deve essere perseguita per il raggiungimento di elevati livelli di efficienza ed efficacia nell'erogazione dell'assistenza e nella promozione della salute.

È, inoltre, necessario garantire l'equilibrio fra la complessità ed urgenza delle prestazioni ed i tempi di erogazione delle stesse, riducendo la lunghezza delle liste di attesa. La crescita e la valorizzazione professionale degli operatori sanitari è un requisito essenziale che deve essere assicurato tramite la formazione permanente ed altri meccanismi di promozione.

- l'integrazione tra i servizi sanitari e quelli sociali a livello locale è indispensabile così come la collaborazione tra Istituzioni e pazienti e la disponibilità delle cure specialistiche e riabilitative domiciliari per i pazienti cronici, i malati terminali, i soggetti deboli e coloro che non sono totalmente autosufficienti;
- inoltre, è molto rilevante, sotto il profilo sociale, concorrere allo sviluppo di forme di supporto ai familiari dei pazienti.

Lo sviluppo della conoscenza nel settore della salute, attraverso la ricerca biomedica e sanitaria, è fondamentale per vincere le nuove sfide derivanti, in particolare, dalle malattie attualmente non guaribili, attraverso nuove procedure diagnostiche e terapie efficaci.

La sicurezza sanitaria dei cittadini è stata messa in evidenza in tutta la sua importanza anche dai recenti drammatici avvenimenti connessi al terrorismo.

La sanità di questi anni non può quindi prescindere dal comprendere tra gli elementi costitutivi della nuova visione quello dello sviluppo di strategie e strumenti di gestione dei rischi, di precauzione rispetto alle minacce, di difesa e prevenzione, nonché ovviamente di cura degli eventuali danni. Il raggiungimento di tutti i suddetti obiettivi necessita della misurazione e della valutazione comparativa dei risultati ottenuti, sul versante sia quantitativo sia qualitativo.

Non è infatti possibile assicurare pari dignità e pari trattamento a tutti gli utenti senza disporre di strumenti per la verifica del lavoro fatto e della qualità raggiunta nelle varie realtà.

La soddisfazione degli utenti e la loro corretta informazione, la qualità delle prestazioni, i risultati ottenuti in termini clinici e sociali, nonché il rapporto tra costi e risultati devono costituire una parte significativa degli obiettivi da raggiungere e delle misurazioni e valutazioni da effettuare in modo comparativo fra le diverse realtà territoriali.

A seguire, in questa Parte prima, si descrivono le linee di pensiero e di azione per l'attuazione dei progetti per la strategia del cambiamento, mentre gli obiettivi generali del Servizio sanitario nazionale sono trattati nella Parte seconda.

## Parte Prima

### I DIECI PROGETTI PER LA STRATEGIA DEL CAMBIAMENTO

#### 2. I dieci progetti per la strategia del cambiamento

2.1. Attuare, monitorare ed aggiornare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza e ridurre le liste di attesa  
Il primo frutto concreto dell'Accordo stipulato tra il Governo e le Regioni in materia sanitaria l'8 agosto 2001 e' costituito dalla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, da assicurare e garantire su tutto il territorio nazionale.

Tale definizione e' costruita sui seguenti fondamentali principi:

- il livello dell'assistenza erogata, per essere garantita, deve poter essere misurabile tramite opportuni indicatori;
- le prestazioni, che fanno parte dell'assistenza erogata, non possono essere considerate essenziali se non sono appropriate;
- l'appropriatezza delle prestazioni e' collegata al loro corretto utilizzo e non alla tipologia della singola prestazione,
- fatte salve quelle poche considerate non strettamente necessarie;
- gli indicatori di appropriatezza vengono calcolati ai diversi livelli di erogazione del servizio (territorio, Ospedale, ambiente di lavoro) e verificano la correttezza dell'utilizzo delle risorse impiegate in termini di bilanciamento qualita'-costi.

L'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza costituisce l'avvio di una nuova fase per la tutela sanitaria, in quanto per la prima volta si da' seguito all'esigenza, emersa da anni, di garantire ai cittadini un servizio sanitario omogeneo in termini di quantita' e qualita' delle prestazioni erogate e di individuare il corretto livello di erogazione dei servizi resi.

La definizione dei LEA, prima con l'Accordo del 22 novembre 2001 poi con l'adozione degli stessi con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, in attuazione dell'art. 6 della legge n. 405/2001 ha definito i confini a carico del SSN utilizzando due concetti principali:

a) quello di servizi "essenziali", intesi come accettabili sul piano sociale nonche' tecnicamente appropriati ed efficaci, in quanto fondati sulle prove di evidenza ed erogati nei modi economicamente piu' efficienti;

b) quello delle "liste negative" consistente nell'individuare precisamente cio' che non deve piu' essere erogato con finanziamenti a carico del SSN.

Il significato innovativo dell'introduzione dei LEA e' consistito nell'aver definito i diritti sanitari dei cittadini in modo complessivo e non in termini residuali (anche per questo i LEA non possono esser definiti come livelli minimi) e nell'aver introdotto uno strumento per il governo dell'evoluzione del SSN e non un semplice modo per ridimensionare la spesa.

La messa a punto di tale strumento tuttavia ha portato alla luce alcune aree di complessita' tra le quali si ritiene opportuno segnalare le seguenti:

i) appropriatezza clinico-assistenziale e organizzativa che richiede un processo continuo che va sostenuto sistematicamente da parte del livello centrale, regionale, aziendale e professionale del SSN per gli aspetti di relativa competenza, per migliorare l'impiego delle risorse e la qualita' dei servizi, anche in rapporto alla introduzione di nuove tecnologie;

ii) integrazione socio-sanitaria che richiede di individuare ulteriori fonti di finanziamento per le prestazioni che sono state

escluse totalmente o parzialmente dai LEA.

La definizione dei livelli di assistenza e' un primo importante passo di un percorso che richiede la verifica, sul territorio, dell'effettiva erogazione degli stessi e dei relativi costi, a garanzia dell'equita' della tutela della salute sul territorio e dell'efficienza del sistema.

In attuazione dell'accordo in materia di spesa sanitaria, sancito dalla Conferenza Stato-Regioni l'8 agosto 2001, e' stato istituito, nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni, il Tavolo di monitoraggio e verifica sui LEA effettivamente erogati e sulla corrispondenza ai volumi di spesa stimati e previsti, cui sono affidati i compiti indicati ai punti 15 degli accordi Governo-Regioni dell'8 agosto 2001, 5.2 dell'accordo del 22 novembre 2001 sui LEA e lettera a) dell'accordo del 14 febbraio 2002 sulle modalita' di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

Nel tavolo di monitoraggio e verifica vengono anche definiti specifici criteri di monitoraggio all'interno del sistema di garanzie introdotto dall'art. 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, per assicurare trasparenza, confrontabilita' e verifica dell'assistenza erogata attraverso i LEA con un sistema di indicatori essenziali, pertinenti e caratterizzati da dinamicita' e aggiornamento continuo.

L'accordo del 22 novembre 2001 prevede, inoltre, la costituzione di un organismo nazionale ad hoc, cui affidare l'aggiornamento delle prestazioni erogate sotto il profilo tecnico-scientifico, valutando periodicamente quelle da mantenere, escludere o includere ex novo, senza alterarne il profilo economico finanziario.

Con la legge 15 giugno 2002, n. 112, tale organismo e' stato individuato ed istituito quale Commissione (C-LEA), per le attivita' di valutazione in relazione alle risorse definite, dei fattori scientifici, tecnologici ed economici relativi alla definizione ed aggiornamento dei LEA e delle prestazioni in esso contenute.

Con il collegato alla finanziaria 2003 e' stata istituita una Commissione unica per i dispositivi medici, cui e' affidato un compito di aggiornamento del repertorio dei dispositivi medici e di classificazione dei prodotti in classi e sottoclassi specifiche con l'indicazione del prezzo di riferimento.

Attraverso tale classificazione, anche ad integrazione di quanto previsto dalla normativa comunitaria, si garantira' un omogeneo sistema di caratterizzazione qualitativa di dispositivi medici utilizzabili e si porranno le basi per agevolare iniziative di ottimizzazioni delle procedure di acquisto rispettose delle esigenze di qualita' e sicurezza dei prodotti.

Con i tre organismi sopra citati si realizza un organico sistema di garanzia, articolato secondo il seguente schema:

- il Tavolo di Monitoraggio e verifica dei Livelli essenziali di assistenza effettivamente erogati ha il compito di verificarne la corrispondenza con i volumi di spesa stimati e previsti, articolati per fattori produttivi e responsabilita' decisionali, al fine di identificare i determinanti di tale andamento, a garanzia dell'efficacia e dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale;
- la Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA (C-LEA), garantisce, a parita' di risorse impiegate, che siano effettuati gli indispensabili interventi di manutenzione degli elenchi delle prestazioni ricomprese nei LEA, proponendone l'introduzione, la sostituzione o la cancellazione, con le procedure previste dalla normativa vigente;
- la Commissione unica per i dispositivi medici (CUD), garantisce che l'utilizzo dei dispositivi medici nella varie tipologie di prestazioni sia ispirato a criteri di qualita' e sicurezza, assicurando anche la congruita' del prezzo.



Nell'ambito dell'accordo sui LEA, particolare importanza riveste la questione della corretta gestione degli accessi e delle attese per le prestazioni sanitarie, sottolineata più volte anche dal Presidente della Repubblica, e anch'essa obiettivo di primaria importanza per il cittadino: il tempo di attesa rappresenta, da un lato, la prima risposta che egli riceve dal sistema e, dall'altro, il fondamentale principio di tutela dei diritti in tema di accesso alle cure e di eguaglianza nell'ambito del Servizio sanitario.

Il diritto all'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, in conseguenza di richieste appropriate, deve essere messo in relazione, per i tempi e per i modi, con una ragionevole valutazione della prestazione richiesta e della sua urgenza.

Per contribuire al miglioramento complessivo dell'efficienza delle strutture e dell'accessibilità alle prestazioni sanitarie, è stato sottoscritto il recente accordo relativo alle attività di chirurgia di giorno (day surgery), che consente una diversificazione dell'offerta sanitaria per i cittadini ed una maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle tipologie di assistenza.

Gli obiettivi strategici:

- disporre di un consolidato sistema di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza, tramite indicatori che operino in modo esaustivo a tutti e tre i livelli di verifica (ospedaliero, territoriale e ambiente di lavoro), grazie anche all'utilizzo dei dati elaborati dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario;
- rendere pubblici i valori monitorati dei tempi di attesa, garantendo il raggiungimento del livello previsto;
- costruire indicatori di appropriatezza a livello del territorio che siano centrati sul paziente e non sulle prestazioni, come avviene oggi;
- diffondere i modelli gestionali delle Regioni e delle Aziende Sanitarie in grado di erogare i Livelli Essenziali di Assistenza con un corretto bilanciamento tra i costi e la qualità (bench-marking a livello regionale ed aziendale);
- promuovere i migliori protocolli di appropriatezza che verranno via via sperimentati e validati ai diversi livelli di assistenza;
- attivare tutte le possibili azioni capaci di garantire ai cittadini tempi di attesa appropriati alla loro obiettiva esigenza di salute, anche sulla base delle indicazioni presenti nell'Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002.

2.2. Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili

2.2.1. La cronicità, la vecchiaia, la disabilità: una realtà della società italiana che va affrontata con nuovi mezzi e strategie

- Il mondo della cronicità e quello dell'anziano hanno delle peculiarità che in parte li rendono assimilabili: sono aree in progressiva crescita;
- richiedono una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali;
- necessitano di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese;
- hanno una copertura finanziaria insufficiente.

Più che mai si rende necessario, innanzitutto, che si intervenga in sede preventiva; prevenire in questo caso significa rallentare e ritardare l'instaurarsi di condizioni invalidanti, che hanno in comune un progressivo percorso verso la non-autosufficienza e quindi verso la necessità di interventi sociali e sanitari complessi e costosi.

Per quanto riguarda i diversi approcci praticabili per la prevenzione, essi sono di diversa natura: prevenzione primaria (stili di vita salutari) e secondaria (diagnosi precoce di alcuni tipi di tumore), nonché profilassi di particolari malattie. Le Regioni, pienamente responsabili dell'assistenza sanitaria e della relativa spesa, sanno che investire in prevenzione significa risparmiare già nel medio termine; questa consapevolezza induce a ritenere che le misure di prevenzione in questa area avranno in futuro uno sviluppo maggiore che in passato.

Per gli anziani importante è la possibilità di mantenere una vita attiva sia dal punto di vista fisico che intellettuale, in quanto spesso essi tendono ad isolarsi e a trascurare gli stili di vita più appropriati. Le Campagne istituzionali di comunicazione possono essere di grande aiuto anche in tal senso.

L'anziano vive meglio nel proprio domicilio e nel contesto di una famiglia. Spesso, tuttavia, la famiglia ha difficoltà economiche e logistiche ad assistere in casa l'anziano che necessita di cure. È, quindi, necessario supportare la famiglia in questo compito.

A fronte di un fabbisogno stimato in circa 15 miliardi di euro per anno, oggi l'Italia spende per l'assistenza sociale circa 6,5 miliardi di euro.

Tutti i Paesi del mondo occidentale hanno avuto il problema di finanziare adeguatamente un settore dell'assistenza che solo 30 anni or sono era di dimensioni insignificanti, ma che ora, con l'allungamento dell'aspettativa media di vita, è in aumento progressivo. Oggi nel Nord Italia quasi il 10% della popolazione ha più di 75 anni (poco meno nel Sud del Paese) e sappiamo che la disabilità in questa fascia di popolazione raggiunge il 30%.

Anche gli altri Paesi europei sono intervenuti a sostegno della non-autosufficienza, con modalità differenti. Tutte le modalità, tuttavia, come ben evidenziato da Costanzo Ranci (2001) nella ricerca "L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa", sembrano condividere, pur con accentuazioni ed enfasi diverse, il seguente aspetto: tentare di combinare interventi di trasferimento monetario alle famiglie con l'erogazione di servizi finali, allo scopo di sostenere il lavoro familiare ed informale di cura (cash and care).

Rispetto ai principali Paesi europei, l'Italia ancora spicca soprattutto per l'assenza di un pensiero e di una proposta forti che affrontino il problema della non-autosufficienza, un problema di dimensione crescente, che tanto disagio provoca a molte persone anziane e disabili e alle loro famiglie.

Occorre puntare pertanto a:

- rendere più efficace ed efficiente la gestione dei servizi esistenti tramite l'introduzione di meccanismi competitivi;
- attribuire maggiore capacità di scelta ai beneficiari finali dei servizi;
- sostenere maggiormente le famiglie che si incaricano dell'assistenza;
- regolarizzare e stimolare la pluralità dell'offerta di servizi;
- sostenere la rete di assistenza informale ed il volontariato;
- sperimentare nuove modalità di organizzazione dei servizi anche ricorrendo a collaborazioni con il privato;
- attivare sistemi di garanzia di qualità e adeguati controlli per gli erogatori di servizi sociali e sanitari.

2.2.2. Le sfide per il Servizio sanitario nazionale.

Non vi è dubbio che il Servizio sanitario nazionale debba prepararsi a soddisfare una domanda crescente di assistenza di natura diversa da quella tradizionale e caratterizzata da nuove modalità di erogazione, basate sui principi della continuità delle cure per periodi di lunga durata e dell'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali erogate in ambiti di cura molto diversificati tra loro (assistenza continuativa integrata).

Le categorie di malati interessate a questo nuovo modello di assistenza sono sempre piu' numerose: pazienti cronici, anziani non autosufficienti o affetti dalle patologie della vecchiaia in forma grave, disabili, malati afflitti da dipendenze gravi, malati terminali.

Gli obiettivi di questa assistenza sono la stabilizzazione della situazione patologica in atto e la qualita' della vita dei pazienti, raramente quelle della loro guarigione.

Deve pertanto svilupparsi, nel mondo sanitario, un nuovo tipo di assistenza basata su un approccio multidisciplinare, volto a promuovere i meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie rese sia dalle professionalita' oggi presenti, sia da quelle nuove da creare nei prossimi anni.

Innanzitutto e' indispensabile che la continuita' delle cure sia garantita tramite la presa in carico del paziente da parte dei Servizi e delle Istituzioni allo scopo di coordinare tutti gli interventi necessari al superamento delle condizioni che ostacolano il completo inserimento nel tessuto sociale, quando possibile, o che limitano la qualita' della vita.

A tale scopo i Servizi e le Istituzioni devono divenire nodi di una rete di assistenza nella quale viene garantita al paziente l'integrazione dei servizi sociali e sanitari, nonche' la continuita' assistenziale nel passaggio da un nodo all'altro, avendo cura che venga ottimizzata la permanenza nei singoli nodi in funzione dell'effettivo stato di salute. Dovra' essere, di conseguenza, ridotta la permanenza dei pazienti negli Ospedali per acuti e potenziata l'assistenza riabilitativa e territoriale.

La gestione dei servizi in rete comporta che le Aziende Sanitarie Locali ed i Comuni individuino le forme organizzative piu' adatte affinche' le prestazioni sanitarie e sociali siano disponibili per il paziente in modo integrato. Per permettere il maggior recuperoraggiungibile dell'autosufficienza e la diminuzione della domanda assistenziale, gli interventi vanno integrati, nei casi in cui e' opportuno, con l'erogazione dell'assistenza protesica.

Gli obiettivi strategici:

- la realizzazione di una sorgente di finanziamento adeguata al rischio di non autosufficienza della popolazione;
- la realizzazione di reti di servizi di assistenza integrata, economicamente compatibili, rispettose della dignita' della persona;
- il corretto dimensionamento dei nodi della rete (ospedalizzazione a domicilio, assistenza domiciliare integrata, centri diurni integrati, residenze sanitarie assistenziali e istituti di riabilitazione) in accordo con il loro effettivo utilizzo;
- la riduzione del numero dei ricoveri impropri negli Ospedali per acuti e la riduzione della durata di degenza dei ricoveri appropriati, grazie alla presenza di una rete efficace ed efficiente;
- il miglioramento della autonomia funzionale delle persone disabili, anche in relazione alla vita familiare ed al contesto sociale e lavorativo;
- l'introduzione di misure che possono prevenire o ritardare la disabilita' e la non autosufficienza, che includono le informazioni sugli stili di vita piu' appropriati e sui rischi da evitare.

### 2.3. Garantire e monitorare la qualita' dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche

Un obiettivo importante da perseguire nell'ambito del diritto alla salute e' quello della qualita' dell'assistenza sanitaria.

E' la cultura della qualita' che rende efficace il sistema, consentendo di attuare un miglioramento continuo, guidato dai bisogni dell'utente.

Sempre piu' frequentemente emerge in sanita' l'intolleranza dell'opinione pubblica verso disservizi ed incidenti, che originano dalla mancanza di un sistema di garanzia di qualita' e che vanno dagli errori medici alle lunghe liste d'attesa, alle evidenti duplicazioni di compiti e servizi, alla mancanza di piani formativi del personale strutturati e documentati, alla mancanza di procedure codificate, agli evidenti sprechi.

La qualita' in sanita' riguarda un insieme di aspetti del servizio, che comprendono sia la dimensione tecnica, che quella umana, economica e clinica delle cure e va perseguita attraverso la realizzazione di una serie articolata di obiettivi, dalla efficacia clinica, alla competenza professionale e tecnica, all'efficienza gestionale, all'equita' degli accessi, alla appropriatezza dei percorsi terapeutici.

Per l'aspetto umano, e' opportuno che venga misurata anche la qualita' percepita da parte dei pazienti, che rappresenta un importante indicatore della soddisfazione dell'utente.

Gli obiettivi strategici:

- promuovere, divulgare e monitorare esperienze di miglioramento della qualita' all'interno dei servizi per la salute;
- coinvolgere il maggior numero di operatori in processi di informazione e formazione sulla qualita';
- valorizzare la partecipazione degli utenti al processo di definizione, applicazione e misurazione della qualita'; promuovere la conoscenza dell'impatto clinico, tecnico ed economico dell'uso delle tecnologie, anche con comparazione tra le diverse Regioni italiane;
- mantenere e sviluppare banche dati sui dispositivi medici e sulle procedure diagnostico-terapeutiche ad essi associati, con i relativi costi;
- attivare procedure di bench-marking sulla base di dati attinenti agli esiti delle prestazioni.

### 2.4. Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanita'

Le organizzazioni complesse utilizzano tre forme di "capitale": umano, sociale e fisico in ordine di importanza.

Questo concetto, ripreso recentemente anche nel Piano Sanitario inglese, e' in linea con il pensiero espresso fin dalla meta' del secolo scorso da Carlo Cattaneo, grande filosofo ed "economista pubblico". Nonostante gli sforzi compiuti, nessuna delle tre risorse citate e' stata ancora valorizzata nella nostra sanita' in misura sufficiente.

Il "capitale umano", ossia il personale del Servizio sanitario nazionale, e' quello che presenta aspetti di maggiore delicatezza.

La Pubblica amministrazione, che gestisce la maggior parte dei nostri ospedali, non rivolge sufficiente attenzione alla motivazione del personale e alla promozione della professionalita' e molti strumenti utilizzati a questo scopo dal privato le sono sconosciuti.

Solo oggi si comincia in Italia a realizzare un organico programma di aggiornamento del personale sanitario. Dal 2002 e' diventata, infatti, realta' l'acquisizione dei crediti per tutti gli operatori sanitari che partecipano agli eventi autorizzati dalla Commissione Nazionale per l'Educazione Medica Continua. Ben piu' importante, secondo l'accordo del 20 dicembre 2001 con le Regioni, e grazie all'adesione di varie organizzazioni e associazioni, inclusi gli Ordini delle Professioni Sanitarie, la Federazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e le Societa' scientifiche italiane, inizia l'aggiornamento aziendale, che prevede un impegno delle Aziende Sanitarie ad attivare postazioni di educazione e corsi aziendali per il personale, utilizzando anche la rete informatica.

Un personale aggiornato e' garanzia, per il malato, di buona qualita' delle cure, ma l'aggiornamento sistematico costituisce anche un potente strumento di promozione dell'autostima del personale stesso, che sa di migliorare in tal modo la propria immagine professionale e la propria credibilita' verso la collettivita'.

Ovviamente l'aggiornamento sistematico e' solo uno degli strumenti di valorizzazione del personale.

Operare in un sistema nel quale vi sia certificazione della qualita' e' un altro elemento di gratificazione per gli operatori sanitari. Un ulteriore elemento e' costituito da un rapporto di lavoro che premi la professionalita' ed il merito e liberi il medico da una serie di vincoli e limitazioni per

rendere piu' efficace la sua opera.

Altrettanto necessaria appare la valorizzazione della professione infermieristica e delle altre professioni sanitarie, per le quali si impone la nascita di una nuova "cultura della professione", cosi' che il ruolo dell'infermiere sia ricondotto, nella percezione sia della classe medica sia dell'utenza, all'autentico fondamento epistemologico del nursing. Il capitale sociale va inteso come quella rete di relazioni che devono legare in un rapporto di partnership tutti i protagonisti del mondo della salute impegnati nei settori dell'assistenza, del volontariato e del no profit, della comunicazione, dell'etica, dell'innovazione, della produzione, della ricerca, che possono contribuire ad aumentare le risorse per l'area

del bisogno socio-sanitario, oggi largamente sottofinanziato.

Tutta questa rete sociale, grande patrimonio del vivere civile, e' ancora largamente da valorizzare ed e' la cultura di questo capitale sociale che va prima di tutto sviluppata. L'altro punto da valorizzare e' il capitale "fisico" del S.S.N.:

- gli investimenti per l'edilizia ospedaliera e per le attrezzature risalgono per la maggior parte alla legge 11 marzo 1988, n. 67 e molti dei fondi da allora impegnati non sono ancora stati utilizzati per una serie di difficoltà incontrate sia dallo Stato sia dalle Regioni in fase di progettualità e di realizzazioni. E' necessario provvedere, come per i LEA, ad una manutenzione continua del patrimonio fisico, partendo da un monitoraggio dello stesso perche' il sistema possa essere effettivamente competitivo in termini di qualità dell'offerta.

Gli obiettivi strategici:

- dare piena attuazione alla Educazione Continua in Medicina;
- valorizzare le figure del medico e degli altri operatori sanitari;
- garantire una costante manutenzione strutturale e tecnologica dei presidi sanitari del SSN, rilanciando il programma di investimenti per l'edilizia sanitaria e per le attrezzature, secondo quanto stabilito dall'Accordo dell'8 agosto 2001;
- strutturare un piano di sviluppo della ricerca capace di attirare anche gli investitori privati ed i ricercatori italiani e stranieri;
- alleggerire le strutture pubbliche ed il loro personale dai vincoli e dalle procedure burocratiche che limitano le capacità gestionali e rallentano l'innovazione, consentendo loro una gestione imprenditoriale finalizzata anche all'autofinanziamento;
- investire per il supporto dei valori sociali, intesi come cemento della società civile e strumento per rapportare i cittadini alle Istituzioni ed ai servizi sanitari pubblici e privati.

#### 2.5. Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità

L'Educazione Continua in Medicina (ECM), vale a dire la formazione permanente nel campo delle professioni sanitarie, deve rispondere alla esigenza di garantire alla collettività il mantenimento della competenza professionale degli operatori. Come tale, essa si configura come un elemento di tutela dell'equità sociale e riassume in se' i concetti di responsabilità individuale e collettiva, insiti nell'esercizio di ogni attività volta alla tutela e alla promozione della salute della popolazione.

Già nel 1999 (Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229), e nel 2000 (Decreto Ministeriale 5 luglio 2000) ne sono state delineate l'infrastruttura amministrativa, decisionale e politica, ed e' stato valorizzato il ruolo sociale della formazione permanente, in una situazione nella quale le iniziative, pur numerose, e prevalentemente di tipo congressuale, erano focalizzate quasi esclusivamente sulla professione medica, interessando le altre professioni dell'area sanitaria solo in maniera frammentaria.

La volontarietà era, del resto, la caratteristica portante di queste iniziative: nonostante il valore spesso molto elevato di alcune di esse, non e' sempre stata data sufficiente importanza alla dimensione deontologica della formazione professionale, intesa non solo come un dovere di valorizzazione della propria professionalità e di autoarricchimento, ma anche come una responsabilità forte nei riguardi della collettività.

L'accordo in Conferenza Stato-Regioni del 20 dicembre 2001 ha sancito, in maniera positiva, la convergenza di interesse tra Ministero della Salute e Regioni nella pianificazione di un programma nazionale che, partendo dal lavoro compiuto dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, si estenda capillarmente così da creare una forte coscienza della autoformazione e dell'aggiornamento professionale estesa a tutte le categorie professionali impegnate nella sanità.

La Commissione Nazionale per la Formazione Continua, istituita nel 2000 e rinnovata il 1° febbraio 2002, ha affrontato innanzitutto il problema dell'impostazione ex novo del sistema della formazione permanente e dell'aggiornamento sia sotto il profilo organizzativo ed amministrativo sia sotto quello della cultura di riferimento, attraverso confronti nazionali e regionali con diversi attori del sistema sanitario: ciò ha portato alla attivazione di un programma nazionale di formazione continua attivo dal gennaio 2002.

Un elemento caratterizzante del programma e' la sua estensione a tutte le professioni sanitarie, con una strategia innovativa rispetto agli altri Paesi.

Il razionale sotteso a questo approccio e' evidente: nel momento in cui si afferma la centralità del paziente e muta il contesto dell'assistenza, con la nascita di nuovi protagonisti e con l'emergere di una cultura del diritto alla qualità delle cure, risulta impraticabile la strada di una formazione elitaria, limitata ad una o a poche categorie professionali e diviene obbligo morale la garanzia della qualità professionale estesa trasversalmente a tutti i componenti della équipe sanitaria, una utenza di oltre 800.000 addetti delle diverse professioni sanitarie e tecniche.

In una prospettiva ancora più ampia, la formazione continua potrà diventare uno degli strumenti di garanzia della qualità dell'esercizio professionale, divenendo un momento di sviluppo di una nuova cultura della responsabilità e del giusto riconoscimento della eccellenza professionale.

Partendo dalle premesse culturali e sociali sopra delineate, il programma si pone l'obiettivo di disegnare le linee strategiche della formazione continua, nella quale i contenuti ed i fini della formazione siano interconnessi con gli attori istituzionali.

E ciò e' particolarmente significativo per quanto concerne la ripartizione tra obiettivi formativi di rilevanza nazionale, di rilevanza regionale e di libera scelta.

Gli obiettivi nazionali devono discendere, attraverso una intesa tra Ministero della salute e Regioni, dal presente Piano e stimolare negli operatori una nuova attenzione alle dimensioni della salute - in aggiunta a quelle della malattia - alla concretezza dei problemi sanitari emergenti ed ai nuovi problemi di natura socio-sanitaria.

Gli obiettivi formativi di interesse regionale devono rispondere alle specifiche esigenze formative delle amministrazioni regionali, chiamate ad una azione più capillare legata a situazioni epidemiologiche, socio-sanitarie e culturali differenti.

Il ruolo delle Regioni, nel campo della formazione sanitaria continua, diviene così un ulteriore strumento per il pieno esercizio delle competenze attribuite dalla Costituzione alle Regioni stesse: elemento di crescita degli operatori sanitari, di loro sensibilizzazione alle realtà, in una parola, di coerenza e di compliance della qualità professionale con le specifiche richieste dei cittadini e del territorio.

Infine, gli obiettivi formativi di libera scelta dell'operatore sanitario rappresentano l'elemento eticamente forse più rilevante della nuova formazione permanente: essi, infatti, si richiamano direttamente alla capacità dell'operatore di riconoscere le proprie esigenze formative, ammettere i propri limiti e decidere di colmarli.

Un ulteriore elemento di novità e' rappresentato dal coinvolgimento di Ordini, Collegi e Associazioni professionali, non solo quali attori della pianificazione della formazione, ma anche quali organismi di garanzia della sua aderenza agli standard europei ed internazionali. Sotto quest'ultimo profilo, attenzione dovrà essere posta proprio all'armonizzazione tra il sistema formativo italiano e quello europeo, in coerenza con i

principi della libera circolazione dei professionisti.

Ancora, le Società Scientifiche dovranno trovare ampia valorizzazione nel sistema della formazione continua, garanti non solo della solidità delle basi scientifiche degli eventi formativi, ma anche della qualità pedagogica e della loro efficacia.

Da ormai molti anni la maggior parte delle Società Medico Scientifiche Italiane si è riunita nella Federazione Italiana delle Società Medico Scientifiche (FISM), che ha operato per dare agli specialisti italiani un ruolo di interlocuzione con le Istituzioni, inteso primariamente come contributo culturale ed operativo all'identificazione ed allo sviluppo delle attività sanitarie e mediche nel Paese. Oggi le Società Scientifiche hanno trovato pieno riconoscimento del loro ruolo per l'ECM, la cui organizzazione si è così arricchita di risorse culturali ed umane.

Nel sistema che si sta creando, dovrà anche essere dedicata attenzione al mondo della editoria, sia cartacea che on-line, in maniera da garantire che i prodotti immessi in circolazione siano coerenti con le finalità del sistema formativo.

Da ultimo, ma non meno importante, è il coinvolgimento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, delle Aziende Ospedaliere e delle Università nonché delle altre strutture sanitarie pubbliche e private: esse rappresentano la naturale sede della formazione continua, in quanto in grado di offrire quella "formazione in contesto professionale", eminentemente pratica ed operativa, senza la quale la formazione continua rimane un mero esercizio cognitivo, privo di qualsiasi possibilità di ricaduta concreta sulla qualità delle cure.

## 2.6. Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere

Per molti anni l'ospedale ha rappresentato nella sanità il principale punto di riferimento per medici e pazienti: realizzare un Ospedale ha costituito per piccoli e grandi Comuni italiani un giusto merito, ed il poter accedere ad un Ospedale situato a breve distanza dalla propria residenza è diventato un elemento di sicurezza e di fiducia per la popolazione, che ha portato l'Italia a realizzare ben 1.440 Ospedali, di dimensioni e potenzialità variabili.

Ancora fino agli anni '70 gli strumenti diagnostici e terapeutici dei medici e degli Ospedali erano relativamente limitati:

- non esistevano le apparecchiature sofisticate di oggi e quindi non era necessario disporre di superspecialisti.

Gli importanti sviluppi intervenuti successivamente, basta citare l'impetuoso affermarsi delle tecnologie sanitarie basate sulle bio-immagini, che ha visto il progressivo diffondersi delle ecografie, TAC, NMR, e PET a fianco della radiologia tradizionale hanno comportato l'obsolescenza di costosissime apparecchiature nel giro di pochi anni. Negli ultimi 20 anni è cambiata la tecnologia, ed è cambiata la demografia: l'aspettativa di vita è cresciuta fino a raggiungere i 76,0 anni per gli uomini e gli 82,4 anni per le donne, cosicché la patologia dell'anziano, prevalentemente di tipo cronico, sta progressivamente imponendosi su quella dell'acuto. Si sviluppa conseguentemente anche il bisogno di servizi socio-sanitari, in quanto molte patologie croniche richiedono non solo interventi sanitari, ma soprattutto servizi per la vita di tutti i giorni, la gestione della non-autosufficienza, l'organizzazione del domicilio e della famiglia, sulla quale gravano maggiormente i pazienti cronici. Nasce la necessità di portare al domicilio del paziente le cure di riabilitazione e quelle palliative con assiduità e competenza, e di realizzare forme di ospedalizzazione a domicilio con personale specializzato, che eviti al paziente di muoversi e di affrontare il disagio di recarsi in Ospedale.

Alla luce di questo nuovo scenario la nostra organizzazione ospedaliera, un tempo assai soddisfacente, necessita oggi di un ripensamento.

Un Ospedale piccolo sotto casa non è più una sicurezza, in quanto spesso non può disporre delle attrezzature e del personale che consentono di attuare cure moderne e tempestive.

Solo se si saprà cogliere, con questa ed altre modalità, il cambiamento ed il nuovo che avanza in sanità, se si saprà attuare una buona comunicazione con i cittadini per far loro capire come sia necessario, nel loro interesse, assecondare il cambiamento ed adeguarvisi, se si saprà gestire il servizio pubblico con mentalità imprenditoriale sarà offerta al Paese una sanità più efficace, più moderna ed anche economicamente più vantaggiosa, modificando una realtà che continua ad assorbire risorse per mantenere servizi di limitata utilità.

È importante sottolineare che l'Italia recentemente, ha ritenuto strategico il collegamento in rete degli Ospedali di eccellenza e di questi con gli Ospedali Italiani nel mondo.

Si tratta di oltre 40 strutture distribuite nei vari Continenti, con le quali il collegamento offre potenziali vantaggi in quanto contribuisce a legare le comunità italiane all'estero, ma che ha vantaggi evidenti soprattutto per i Paesi africani dove esistono ben 20 strutture italiane per le quali si può ipotizzare la costruzione di una rete verticale anziché orizzontale.

Verticale nel senso che presso questi Ospedali si può realizzare un teleconsulto e un sistema educativo via rete per l'aggiornamento del personale italiano che, a sua volta, può trasferire queste conoscenze al personale locale, creando in loco le capacità professionali per rendere questi Paesi più autonomi dal punto di vista sanitario.

Gli obiettivi strategici:

- sostenere le Regioni nel loro programma di ridisegno della rete ospedaliera, con la finalità da un lato di convertire la funzione di alcuni Ospedali minori e di attivare la ospedalità a domicilio, e dall'altro di realizzare Centri avanzati di Eccellenza;
- attivare, da parte delle Regioni e dello Stato, una forte azione di comunicazione con la popolazione, tesa a chiarire il senso dell'operazione, che è quello di fornire ai cittadini servizi ospedalieri più efficaci e più moderni, riducendo i cosiddetti viaggi della speranza ed i relativi disagi e costi, attivando nel contempo servizi per i pazienti cronici ed alleviando il peso che questi comportano per le rispettive famiglie;
- concordare con le Regioni una metodologia di misura della qualità degli erogatori dei servizi sanitari.

## 2.7. Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari

Più in generale, si rende evidente la necessità ormai inderogabile di organizzare meglio il territorio spostando risorse e servizi che oggi ancora sono assorbiti dagli ospedali, in una logica di sanità ospedalocentrica che oggi non è più sostenibile.

Ancora una volta quindi l'attenzione si sposta sui MMG e pediatri di libera scelta, ai quali si deve però chiedere di giocare un ruolo maggiore che in passato.

Il nuovo piano Sanitario Nazionale, è lo strumento per individuare un nuovo assetto dell'organizzazione della medicina nel territorio. I problemi economici, le liste di attesa, il sotto-utilizzo e l'utilizzo improprio di risorse nel sistema, impongono una reinterpretazione del rapporto territorio-ospedale.

Il gradimento dei cittadini verso l'assistenza di base, consiglia di recuperare a pieno questa risorsa riportandola al centro della risposta sanitaria e di governo dei percorsi sanitari. Ciò in raccordo con le altre presenze nel territorio.

Questo dovrà uniformarsi con un governo unitario della Sanità nel territorio, espresso nella partecipazione alle scelte di programmazione, che dovrà essere sintonizzato con gli obiettivi di salute della programmazione e quindi premiare la professionalità, la qualità e la quantità di lavoro, nonché un conseguente riconoscimento nel sistema sanitario.

Obiettivo di questo riordino sono:

- la garanzia di una appropriata erogazione dei servizi a partire dei LEA;
- il mantenimento nel territorio di tutte le attività ambulatoriali;
- un'efficace continuità assistenziale;
- la fornitura di attività specialistiche;
- l'abbattimento delle liste d'attesa;
- la riduzione di ricoveri ospedalieri impropri;
- la attivazione dei percorsi assistenziali.

L'obiettivo prioritario è la realizzazione di un processo di riordino che garantisca un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali, realizzato con il supporto del medico dell'assistenza sanitaria di base. Un processo teso a fornire, l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersectorialità degli interventi, unitamente al conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative in rapporto all'attività svolta tra l'ospedale e il territorio a favore di quest'ultimo.

È noto quanto sia importante il coordinamento degli interventi ed a tale scopo individuare nel territorio soluzioni innovative, organizzative e gestionali per orientare diversamente la domanda di prestazioni.

Il territorio è sempre stato considerato erogatore di servizi extra ospedalieri, oggi è necessario indirizzare chiaramente una nuova e razionale offerta di prestazioni sul territorio, che configuri l'intervento ospedaliero come assistenza extra territoriale sempre più riservato alle patologie acute.

È una linea che inverte il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale che attende i cittadini ai servizi, a favore di una linea che identifica il territorio quale soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini.

#### 2.7.-bis Potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza

Per quanto attiene al sistema di emergenza-urgenza attivo in Italia, sono state emanate nell'aprile 1996 le Linee Guida che forniscono le indicazioni sui requisiti organizzativi e funzionali della rete dell'emergenza e sulle Unità operative che compongono i Dipartimenti di Urgenza ed Emergenza (DEA) di I e II livello.

Sulla base di tali indicazioni il sistema dell'emergenza sanitaria risulta costituito da:

- un sistema di allarme sanitario, assicurato dalla centrale operativa, alla quale affluiscono tutte le richieste di intervento sanitario in emergenza tramite il numero unico telefonico nazionale (118);
- un sistema territoriale di soccorso costituito da idonei mezzi di soccorso distribuiti sul territorio;
- una rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente differenziati e gerarchicamente organizzati.

Relativamente a particolari specialità le Linee Guida sopra citate prevedono l'elaborazione di successivi documenti di approfondimento sulla gestione di tematiche specifiche.

Tra queste, le Linee Guida sulla chirurgia e microchirurgia della mano e quelle sul triage intraospedaliero sono state approvate dalla Conferenza Stato-Regioni e pubblicate nella Gazzetta Ufficiale del 7 dicembre 2001 mentre quelle sull'Organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati con mielolesioni e/o cerebrolesioni sono state pubblicate nella Gazzetta Ufficiale del 24 giugno 2002.

Il miglioramento dei servizi di urgenza ed emergenza riveste infine un particolare rilievo per le Isole minori e le località montane disagiate, per le quali sono stati previsti specifici interventi sia dall'Accordo sui Livelli Essenziali di Assistenza sia

dalla legge Finanziaria del 28 dicembre 2001, n. 448.

Infatti, mentre l'Accordo garantisce l'erogazione delle prestazioni previste dai livelli, con particolare riguardo a quelle di emergenza-urgenza, alle popolazioni delle Isole minori e delle comunità montane disagiate, la legge Finanziaria facilita il reclutamento del personale da impiegare a tale scopo.

Gli obiettivi strategici:

- riorganizzazione strutturale dei Pronto Soccorso e dei Dipartimenti d'emergenza e accettazione;
- integrazione del territorio con l'Ospedale;
- integrazione della rete delle alte specialità nell'ambito dell'emergenza per la gestione del malato critico e politraumatizzato.

#### 2.8. Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari

La realizzazione degli obiettivi di salute dipende in larga parte dai risultati della ricerca, in quanto il progresso scientifico contribuisce in maniera determinante alla scoperta di nuove terapie e procedure diagnostiche ed alla individuazione di nuovi procedimenti e di nuove modalità organizzative nell'assistenza e nell'erogazione dei servizi sanitari.

Il sostegno della ricerca comporta dei costi, ma determina a lungo termine il vantaggio, anche economico, di ridurre l'incidenza delle malattie, e di migliorare lo stato di salute della popolazione.

Il convincimento che le sfide più importanti si possano vincere soltanto con l'aiuto della ricerca e dei suoi risultati ci spinge a considerare il finanziamento della ricerca un vero e proprio investimento e la sua organizzazione un obiettivo essenziale.

Alla luce di tutto questo aver mantenuto la spesa pubblica italiana per la ricerca tra le più basse in Europa, rispetto al prodotto interno lordo nazionale, ha rappresentato un grave danno per il nostro Paese. Da più parti si è elevato a questo proposito il monito che, uscendo dalle difficoltà economiche momentanee, l'Italia debba approntare un piano strategico di rilancio della ricerca che inizi con l'attribuire a questo settore maggiori risorse pubbliche.

Tuttavia va anche ricordato che il rilancio della ricerca non dipende solo dalla disponibilità di fondi pubblici.

Per quanto riguarda la ricerca nell'ambito dell'Unione Europea è fondamentale che l'Italia svolga a pieno il ruolo che le spetta nell'ambito del Sesto Programma Quadro (2002-2006) di Azione Comunitaria di Ricerca, Sviluppo Tecnologico e Dimostrazione per la Realizzazione dello Spazio Europeo della Ricerca, dotato di importanti risorse finanziarie. Ciò non solo perché il Programma Quadro contribuirà a modificare nell'arco di cinque anni in modo radicale l'assetto della ricerca in Europa, ma anche perché l'Italia ha il dovere di sviluppare la ricerca a sostegno delle politiche comunitarie e di quelle destinate a rispondere alle esigenze emergenti.

Gli obiettivi strategici:

- la semplificazione delle procedure amministrative e burocratiche per la autorizzazione ed il finanziamento della ricerca;
- la promozione delle collaborazioni e delle reti di scambio tra ricercatori, istituti di ricerca, istituti di cura, associazioni scientifiche ed associazioni di malati;
- la elaborazione dello studio di modelli che creino le condizioni favorevoli per l'accesso alla ricerca e per favorire la mobilita' dei ricercatori tra le varie Istituzioni;
- la promozione delle collaborazioni tra Istituzioni pubbliche e private nel campo della ricerca;
- l'attivazione di strumenti di flessibilita' e convenienza per i ricercatori, capaci di attirare ricercatori operanti all'estero, inclusi i rapporti con i capitali e gli istituti privati italiani e
- stranieri, in rapporto di partenariato o di collaborazione senza limiti burocratici eccessivi;
- l'attivazione di una politica che renda vantaggioso per le imprese investire nella ricerca in Italia, utilizzando modelli gia' sperimentati negli altri Paesi;
- il perseguimento degli obiettivi prioritari previsti dal sesto Programma Quadro Comunitario in tema di ITC, Biotecnologie e nuovi materiali, nano e microtecnologie;
- il perseguimento degli obiettivi previsti dai quattro assi di intervento previsti dal PNR.

#### 2.9. Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute

Le conoscenze scientifiche attuali dimostrano che l'incidenza di molte patologie e' legata agli stili di vita.

a) Oltre ad una crescente quota di popolazione in sovrappeso, numerose patologie sono correlate, ad esempio, ad una alimentazione non corretta.

Tra queste, alcuni tipi di tumori, il diabete mellito di tipo 2, le malattie cardiovascolari ischemiche, l'artrosi, l'osteoporosi, la litiasi biliare, lo sviluppo di carie dentarie e le patologie da carenza di ferro e carenza di iodio.

Una caratteristica della prevenzione delle malattie connesse all'alimentazione e' la necessita' di coinvolgere gran parte della popolazione e non soltanto i gruppi ad alto rischio.

La strategia di prevenzione deve essere rivolta pertanto all'intera popolazione, presso la quale occorre diffondere raccomandazioni per una sana alimentazione in termini di nutrienti, di scelta di profili alimentari salutari, ma anche coerenti con le consuetudini, che tengano conto dei fattori culturali e socio-economici.

L'accento va posto sulla lettura ed utilizzazione della etichettatura nutrizionale, adottata per un numero crescente di alimenti preconfezionati, che puo' facilitare scelte idonee ed indurre il settore industriale a migliorare la qualita' nutrizionale degli alimenti prodotti.

I disturbi del comportamento alimentare (anoressia nervosa, bulimia, altri disturbi del comportamento alimentare) mostrano, a partire dagli anni '70, un significativo incremento di incidenza e prevalenza. I valori attuali di prevalenza in Italia nelle donne di eta' compresa tra i 12 e i 25 anni (soggetti a rischio) sono i seguenti (dati riguardanti solo le sindromi complete e non i disturbi sub clinici): anoressia nervosa 0,3-0,5%; bulimia nervosa 1-3%;

altri disturbi del comportamento alimentare 6%.

Un problema che riveste un interesse prioritario e' quello della dieta e del sovrappeso, sul quale ha richiamato l'attenzione di recente il Consiglio dei Ministri Europeo e per il quale si rimanda all'apposito capitolo.

Anche su questi temi vanno attuate, a fini di prevenzione, campagne di sensibilizzazione anche nella scuola, nei consultori adolescenziali e presso i medici di medicina generale.

b) Nell'ambito dell'adozione di stili di vita sani, l'attivita' fisica riveste un ruolo fondamentale.

Il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare e' stato dimostrato soprattutto nei confronti delle patologie cardiovascolari e cerebrovascolari, di quelle osteoarticolari (in particolare l'osteoporosi), metaboliche (diabete), della performance fisica e psichica degli anziani.

L'esercizio fisico regolare aiuta a controllare il peso corporeo, riduce l'ipertensione arteriosa e la frequenza cardiaca ed aumenta il benessere psicofisico.

c) Il fenomeno del tabagismo e' molto complesso sia per i risvolti economici, psicologici e sociali sia, soprattutto, per la pesante compromissione della salute e della qualita' di vita dei cittadini, siano essi soggetti attivi (fumatori) o soggetti passivi (non fumatori).

Oggi la comunita' scientifica e' unanime nel considerare il fumo di tabacco la principale causa di morbosita' e mortalita' prevenibile. Infatti e' scientificamente dimostrato l'aumento della mortalita' nei fumatori rispetto ai non fumatori per molte neoplasie quali ad esempio il tumore del polmone, delle vie aeree superiori (labbra, bocca, faringe e laringe), della vescica e del pancreas.

Il fumo e' causa anche di un aumento della mortalita' per affezioni cardiovascolari, aneurisma dell'aorta e broncopneumopatie croniche ostruttive. Si stima che, ad oggi, i fumatori nel mondo siano circa 1 miliardo e 100 mila, 1/3 della popolazione globale sopra i 15 anni e 1/3 di questi siano donne. In Europa sono stati stimati 230 milioni di fumatori, cioe' circa il 30% dell'intera popolazione europea.

In Italia, dalle indagini multiscope dell'Istat risulta che nel 2000 la percentuale di fumatori era pari al 24,1%: il 31,5% della popolazione maschile, il 17,2% della popolazione femminile e ben il 21,3% dei giovani tra i 14 e i 24 anni. I fumatori piu' accaniti, in termini di numero medio di sigarette fumate al giorno, sono gli uomini con 16 sigarette al giorno contro le 12 delle donne.

Nel nostro Paese nel 1998 si sono verificati 570.000 decessi: il 15% di questi, pari a 84.000 sono stati attribuiti al fumo, 72.000 nella popolazione maschile e 12.000 in quella femminile.

Attualmente il tumore al polmone e' la decima causa di morte nel mondo. Alcuni studi predicono che, qualora non si adottino piu' concrete politiche antifumo, il tumore al polmone sara' nel 2020 tra le prime 5 cause di morte al mondo.

L'analisi della distribuzione percentuale dei fumatori negli ultimi 10 anni (1991-2000), che non mostra diminuzioni significative, ci induce a pensare che le politiche intraprese finora dai vari Governi e supportate anche da Organizzazioni sopranazionali, quali l'OMS, non hanno ottenuto i risultati attesi.

La normativa nazionale sul divieto di fumo nei locali pubblici utilizzata finora, risulta essere limitata ed inefficace nella sua applicazione. Il divieto di fumo, cosi' come regolamentato sostanzialmente dalla legge n. 584 dell'11 novembre 1975 e dalla direttiva 14 dicembre 1995, non e' sufficiente. Questa normativa, nel tentativo di puntualizzare i luoghi ove e' vietato fumare e di affidare il rispetto delle norme a responsabili sprovvisti dall'autorita' necessaria, ha, di fatto, creato incertezze e difficolta' che hanno vanificato lo sforzo del legislatore.

Un ulteriore sviluppo normativo approvato in via definitiva dal Parlamento il 21 dicembre 2002 prevede l'applicazione del divieto di fumo a tutti gli spazi confinati, ad eccezione di quelli adibiti ad uso privato e a quelli eventualmente riservati ai fumatori che dovranno essere dotati di appositi dispositivi di ricambio d'aria per tutelare la salute dei lavoratori addetti.

Gli interventi legislativi, comunque, devono essere coniugati con maggiori e piu' incisive campagne di educazione ed informazione sui danni procurati dal fumo attivo e/o passivo, la cui efficacia potra' essere maggiore se verranno rivolte soprattutto ai giovani in eta' scolare e alle donne in eta' fertile.

Una campagna indirizzata ai ragazzi di 14 e 15 anni e' stata iniziata nelle scuole dal Ministero della Salute e da quello dell'Istruzione, Universita'

e Ricerca scientifica con l'iniziativa denominata "Missione Salute" che si propone di supportare l'educazione alla Salute nelle nostre scuole. In particolare per i giovani va tenuto conto che si e' registrato un abbassamento dell'eta' in cui questi iniziano a fumare (15 anni) e che il 90% dei fumatori inizia a consumare sigarette prima dei 20 anni.

Inoltre, se si considera che l'iniziazione alle sigarette e' fortemente influenzata, sia nelle ragazze sia nei ragazzi, da pressioni sociali, da bisogni psicologici, da condizionamenti legati a compagni ed amici e da fattori familiari quali la presenza di genitori che fumano, risulta evidente che un appropriato intervento deve essere perseguito con un adeguato comportamento di coloro che rivestono ruoli percepiti dai ragazzi come carismatici, inclusi i genitori, gli insegnanti, gli operatori sanitari e i mass media.

Sara' da modificare in particolare il modello proposto nei decenni precedenti che presentava il fumatore come un personaggio emancipato e carismatico; al contrario la nuova politica adottata negli USA, che attribuisce al fumatore un basso livello socio-culturale, e' quella che piu' si avvicina alle realta' e che meglio puo' contrastare la cultura del secolo scorso.

Essendo scientificamente provata la correlazione tra fumo e patologie del feto, risulta di particolare rilievo l'intervento di sensibilizzazione destinato alle donne in eta' fertile.

Infatti, ad esempio, il deficit congenito di un arto, nel quale una parte o tutto l'arto del feto puo' non svilupparsi, e' doppio nelle donne fumatrici rispetto alle non fumatrici. L'aborto spontaneo, si produce in quasi 4.000 donne su 100.000 che fumano e il rischio di gravidanza ectopica e' doppio rispetto alle non fumatrici. I bambini di madri fumatrici pesano alla nascita in media 150-200 grammi in meno.

Le donne fumatrici sono piu' soggette a fenomeni quali la placenta previa, il distacco di placenta, le emorragie gestazionali, la rottura precoce della membrana amniotica, le infezioni del liquido amniotico. Inoltre alcuni studi dimostrano che l'esposizione dei neonati al fumo passivo aumenta il rischio di SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) ed in particolare e' direttamente proporzionale al consumo di sigarette fumate dalla madre e al numero di sigarette fumate in presenza dei neonati.

d) La riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcool e', attualmente, uno dei piu' importanti obiettivi di salute pubblica, che la gran parte degli Stati persegue per migliorare la qualita' della vita dei propri cittadini. Numerose evidenze dimostrano che gli individui (ed i giovani in particolare) che abusano dell'alcool risultano piu' frequentemente inclini a comportamenti ad alto rischio per se' e per gli altri (quali guida di autoveicoli e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate) nonche' al fumo e/o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi. L'alcool agisce come "ponte" per gli individui piu' giovani, rappresentando una delle possibili modalita' di approccio a sostanze illegali, le cui conseguenze spesso si estendono ben oltre la salute della persona che ne fa direttamente uso.

Benche' il consumo di bevande alcoliche in Italia sia andato diminuendo dal 1981, notevoli sforzi devono essere posti in essere per raggiungere gli obiettivi adottati dall'OMS e, in particolare, dall'Unione Europea con la recente approvazione di una specifica strategia per la riduzione dei pericoli connessi all'alcool.

Una corretta informazione sui problemi della salute, sulle malattie, e sui comportamenti e le soluzioni piu' adatte a promuovere lo stato di salute sta alla base di una moderna societa' del benessere.

Molti sono infatti gli strumenti che la scienza e la tecnologia moderna mettono a disposizione della collettivita' per tutelare le condizioni di vita e di salute.

Molti sono anche, peraltro, i fattori di minaccia per la salute, vecchi e nuovi, dall'inquinamento agli errori alimentari, agli abusi di sostanze potenzialmente dannose, alla mancata prevenzione.

Anche sostanze innocue come il sale da cucina, se assunto in quantita' eccessive possono essere causa di malattie a carico dell'apparato cardio-vascolare.

Va inoltre sottolineata l'importanza di sottoporsi a periodici controlli e a test di screening consigliati per la diagnosi precoce dei tumori nelle eta' e con i tempi appropriati.

Alcune importanti informazioni di carattere sanitario non sono o sono scarsamente accessibili ai pazienti. Questo e', ad esempio, il caso delle informazioni:

- sulle possibili terapie alternative per particolari malattie;
- sullo sviluppo di alcuni approcci terapeutici;
- sull'esito di alcune sperimentazioni cliniche;
- sulle caratteristiche delle diverse strutture sanitarie e le diverse possibilita' di cura;
- sulle modalita' di accesso alle cure.

Le informazioni necessarie ai pazienti per orientarsi sulle decisioni in materia di salute dovrebbero essere fornite in modo comprensibile e aggiornato. Benche' il ruolo del medico e del farmacista rimanga fondamentale nell'informare i pazienti, e' necessario tenere conto del fatto che lo sviluppo della societa' dell'informazione offre numerosi altri strumenti, ivi incluso Internet, il cui impatto potrebbe essere altamente benefico se opportunamente utilizzati. In effetti, esistono gia' numerosi siti web che forniscono una varieta' di informazioni di carattere sanitario, ma la qualita' dell'informazione fornita non e' sempre soddisfacente ed, in alcuni casi, e' addirittura fuorviante.

Costituisce un obbligo prioritario per il Servizio Sanitario Nazionale quello di fornire ai cittadini corretti strumenti di informazione, che consentano di evitare i rischi, di attuare comportamenti salutari, e di conoscere e saper individuare adeguatamente ed in tempo utile i possibili segnali di squilibrio psicofisico e di malattia.

Oltreche' all'importanza della informazione sulla salute rivolta ai cittadini, il Servizio Sanitario Nazionale deve prestare attenzione anche alle opportunita' dello sviluppo di una corretta comunicazione tra cittadini ed Istituzioni.

Fino ad un recente passato il rapporto terapeutico era inteso quasi esclusivamente "a senso unico", nel quale le informazioni passavano dal medico, o dall'operatore sanitario, al paziente, o ai suoi familiari. In uno stato moderno, nel quale i cittadini possiedono livelli di cultura piu' elevati, e soprattutto ambiscono a partecipare attivamente ai processi sociali ed economici che li riguardano, la relazione bi-direzionale tra operatori e utenti e' d'obbligo.

Le Istituzioni sanitarie devono rispondere a numerose istanze sul complesso e articolato tema della salute, moltiplicando in tal modo la quantita' dei temi e dei messaggi, che rischiano cosi' di disperdersi in piu' percorsi di comunicazione, non potendo avere un'adeguata massa critica di risorse.

Si nota inoltre su alcune tematiche di pubblico valore, oggetto in passato di attivita' comunicazionale, un mancato coordinamento a livello di obiettivi strategici desiderati, o addirittura una sovrapposizione degli sforzi da parte di diversi enti, che anziche' creare valore incrementale alla comunicazione rischiano di indirizzare ai cittadini messaggi incoerenti o poco chiari.

L'insieme di queste considerazioni evidenzia la necessita' di modificare l'approccio alla comunicazione istituzionale in camposanitario se si vuole raggiungere risultati significativi su questioni di altissimo impatto.

Gli obiettivi strategici

Occorre orientare l'attivita' e gli impegni del Servizio Sanitario Nazionale affinche' esso si muova nella direzione dello sviluppo di un sistema di monitoraggio e comunicazione per tutti gli utenti, effettivi e potenziali, sugli stili di vita sani e la prevenzione sanitaria.

Cio' implica la necessita' di:

- acquisire gli elementi necessari per comprendere le esigenze di informazione dei cittadini in tema di salute e di sanita';
- avviare un processo di valutazione ed interpretazione della domanda di salute;
- individuare i nodi critici della comunicazione tra operatori e utenti;
- mettere a fuoco le lacune in tema di capacita' diffuse di prevenzione;
- progettare una banca-dati di informazioni aggiornate sulla rete dei servizi sanitari e socio-sanitari e sulle prestazioni offerte, ed un relativo sistema di trasmissione e distribuzione delle informazioni;
- contribuire al consolidamento di una corretta cultura della salute nel Paese;
- coinvolgere soggetti plurimi, pubblici e privati, in comuni imprese ed iniziative di comunicazione ed informazione sulla salute e la sanita';
- portare a regime un piano pluriennale di comunicazione istituzionale sulla salute.

#### 2.10. Promuovere un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza

L'uso razionale dei medicinali rappresenta un obiettivo prioritario e strategico del Piano Sanitario Nazionale, per il ruolo che il farmaco riveste nella tutela della salute.

A seguito dell'emanazione della legge 16 novembre 2001 n. 405, i farmaci rappresentano uno dei settori piu' avanzati di applicazione del processo di devoluzione di competenze alle Regioni, in un quadro peraltro di garanzia per tutti i cittadini di accesso ai farmaci essenziali. L'attuazione del Programma Nazionale di Farmacovigilanza, costituisce lo strumento attraverso il quale valutare costantemente il profilo di beneficio-rischio dei farmaci, e garantire la sicurezza dei pazienti nell'assunzione dei medicinali. Piu' in generale, bisogna puntare sul buon uso del farmaco.

In tale contesto, si inserisce l'invio a tutte le famiglie italiane dell'opuscolo "Pensiamo alla salute. 20 regole per un uso corretto dei farmaci", a cura del Ministero della Salute. Tale iniziativa intende costituire un supporto di conoscenza e di informazione per tutti i cittadini sul corretto ruolo dei farmaci nel contesto della salute, mettendo in relazione l'uso dei medicinali con l'attenzione a stili di vita adeguati.

L'Italia ritiene necessario l'aggiornamento della normativa europea in materia di medicinali e a tal fine si adoperera' per mettere a punto nuovi sviluppi basati sulla collaborazione degli Stati membri e della Commissione Europea secondo quanto delineato dal gruppo di lavoro ad alto livello su "Innovazione e disponibilita' dei medicinali" (cosiddetto gruppo G-10 medicinali) che ha adottato 14 raccomandazioni in materia di politica farmaceutica relative ad innovazione, accessibilita', bench-marking, diritti di informazione dei pazienti ed impatto dell'allargamento dell'U.E.

Gli obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici nel settore del buon uso del farmaco possono essere cosi' definiti:

- offrire un supporto sistematico alle Regioni sull'andamento mensile della spesa farmaceutica, attraverso informazioni validate ed oggettive, che consentano un puntuale monitoraggio della spesa, la valutazione dell'appropriatezza della farmacoterapia e l'impatto delle misure di contenimento della spesa adottate dalle Regioni in base alla citata legge n. 405 del 2001;
- attuare il Programma Nazionale di Farmacovigilanza per assicurare un sistema capace di evidenziare le reazioni avverse e di valutare sistematicamente il profilo di rischio-beneficio dei farmaci;
- porre il farmaco fra i temi nazionali dell'ECM;
- rafforzare l'informazione sui farmaci rivolta agli operatori sanitari e ai cittadini;
- promuovere l'appropriatezza delle prescrizioni e dei consumi;
- rilanciare la sperimentazione clinica dei farmaci e il ruolo dei comitati etici locali;
- assicurare l'accesso agevole e rapido ai medicinali innovativi per tutti i cittadini.

Parte Seconda

#### GLI OBIETTIVI GENERALI

##### 3. La promozione della salute

L'aumento della longevita' in Italia potra' essere conseguito soprattutto attraverso la diminuzione della mortalita' per malattie cardiovascolari, la riduzione della mortalita' prematura per cancro e una migliore prevenzione degli incidenti e degli infortuni.

Sono numerose in Italia, come in altri Stati, le cause di morte che potrebbero essere prevenute da un intervento medico o di salute pubblica appropriato (morti evitabili).

Un primo gruppo comprende le malattie per le quali i fattori etiologici sono stati identificati e il cui impatto dovrebbe essere ridotto attraverso idonei programmi di prevenzione primaria.

Un secondo gruppo include le malattie neoplastiche la cui diagnosi precoce, unitamente alla terapia adeguata, ha dimostrato di aumentare notevolmente il tasso di sopravvivenza dei pazienti.

Un terzo gruppo, piu' eterogeneo, e' formato da malattie associate a condizioni igieniche scarse, quali ad esempio l'epatite virale A, e da altre malattie fortemente influenzate dall'efficienza del sistema sanitario nel provvedere una diagnosi corretta e un tempestivo trattamento appropriato. Secondo alcune stime recenti, vi sarebbero state in Italia nel 1998 circa 80 mila morti evitabili per il 57,7% mediante la prevenzione primaria, per il 9,9% attraverso diagnosi precoci e per la restante parte con una migliore assistenza sanitaria. L'incremento del numero delle persone anziane pone la necessita' di promuovere la loro partecipazione alla vita sociale, contrastando l'emarginazione e rafforzando l'integrazione fra politiche sociali e sanitarie al fine di assicurare l'assistenza domiciliare per evitare ogni volta che sia possibile l'istituzionalizzazione.

##### 3.1. Vivere a lungo, vivere bene

L'aspettativa di vita a 65 anni in Italia ha evidenziato la tendenza ad un progressivo aumento a partire dal 1970 per entrambi i sessi: nel corso degli anni fra il 1983 e il 1993, l'aspettativa di vita a 65 anni e' aumentata di 2,3 anni per le femmine (+13,5%) e di 2 anni per i maschi (+14,5%). Nell'anno 2000 l'aspettativa di vita alla nascita e' stata stimata essere pari a 82,4 anni per le donne e a 76,0 anni per gli uomini. Tuttavia, l'aumento della longevita' e' un risultato valido se accompagnato da buona salute e da piena autonomia. A tale scopo e' stato sviluppato il concetto di "aspettativa di vita sana (o esente da disabilita')".



I dati disponibili, pur limitati, suggeriscono che l'aspettativa di vita esente da disabilità, sia per i maschi che per le femmine, si avvicini in Italia alla semplice aspettativa di vita maggiormente di quanto non avvenga in altri Paesi.

Secondo gli obiettivi adottati nel 1999 dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) per gli Stati europei, ivi inclusa l'Italia, entro l'anno 2020:

- vi dovrebbe essere un aumento, almeno del 20%, dell'aspettativa di vita e di una vita esente da disabilità all'età di 65 anni;
- vi dovrebbe essere un aumento, di almeno il 50%, nella percentuale di persone di 80 anni che godono di un livello di salute che permetta loro di mantenere la propria autonomia e la stima di sé.

### 3.2. Combattere le malattie

#### 3.2.1. Le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari

Le malattie cardiovascolari sono responsabili del 43% dei decessi registrati in Italia nel 1997, per il 31% dovute a patologie ischemiche del cuore e per il 28% ad accidenti cerebrovascolari.

Notevoli differenze si registrano in diverse parti d'Italia sia nell'incidenza sia nella mortalità associata a queste malattie.

I principali fattori di rischio a livello individuale e collettivo sono il fumo di tabacco, la ridotta attività fisica, gli elevati livelli di colesterolemia e di pressione arteriosa ed il diabete mellito; la presenza contemporanea di due o più fattori moltiplica il rischio di andare incontro alla malattia ischemica del cuore e agli accidenti cardiovascolari.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati alla riduzione della letalità per malattie cardiovascolari e' ormai dimostrato come la mortalità ospedaliera per infarto acuto del miocardio, rispetto a quanto avveniva negli anni '60 prima dell'apertura delle Unità di Terapia Intensiva Coronaria (UTIC), sia notevolmente diminuita e, dopo l'introduzione della terapia trombolitica, si sia ridotta ulteriormente. Ciò che resta invariata nel tempo e', invece, la quota di pazienti affetti da infarto miocardico acuto che muore a breve distanza dall'esordio dei sintomi prima di giungere all'osservazione di un medico. Per quanto riguarda l'ictus (circa 110.000 cittadini sono colpiti da ictus ogni anno mentre più di 200.000 sono quelli con esiti di ictus progressivi), si rende indispensabile riorganizzare operativamente e promuovere culturalmente l'attenzione all'ictus cerebrale come emergenza medica curabile. E' necessario, quindi, prevedere un percorso integrato di assistenza al malato che renda possibile sia un intervento terapeutico in tempi ristretti per evitare l'instaurarsi di danni permanenti, e dall'altro canto un tempestivo inserimento del paziente già colpito da ictus in un sistema riabilitativo che riduca l'entità del danno e favorisca il recupero funzionale.

Per contrastare sia le malattie cardiovascolari sia quelle cerebrovascolari, e' molto importante intensificare gli sforzi nella direzione della prevenzione primaria e secondaria, attraverso:

- la modificazione dei fattori di rischio quali fumo, inattività fisica, alimentazione errata, ipertensione, diabete mellito;
- il trattamento con i farmaci più appropriati.

E' necessario anche migliorare le attività di sorveglianza degli eventi acuti.

L'obiettivo adottato nel 1999 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per gli Stati dell'Europa per l'anno 2020 e' quello di una riduzione della mortalità cardiovascolare in soggetti al di sotto dei 65 anni di età pari ad almeno il 40%.

#### 3.2.2. I tumori

Il cancro costituisce la seconda causa di morte nel nostro Paese.

Nel 1998 i decessi per tumore sono stati circa 160.000, il 28% circa della mortalità complessiva.

Il maggior numero assoluto di decessi e' attribuibile ai tumori polmonari, seguono quelli del colon-retto, dello stomaco e della mammella.

Si stima che in Italia siano diagnosticati circa 270.000 nuovi casi di tumore all'anno.

L'incidenza dei tumori nella popolazione italiana anziana e' ancora in aumento, mentre i tassi di incidenza, aggiustati per età, sono stimati stabili.

Nei dati dei Registri Tumori Italiani, il tumore del polmone e' quello con il massimo livello di incidenza, seguono i tumori della mammella, del colon-retto e dello stomaco.

La distribuzione geografica del cancro in Italia e' caratterizzata dall'elevata differenza di incidenza e di mortalità fra grandi aree del Paese, in particolare fra Nord e Sud. In entrambi i sessi e per la maggior parte delle singole localizzazioni tumorali ed in particolare per i tumori a maggiore frequenza, il rischio di ammalare e' molto superiore al Nord che al Sud del Paese.

Nel 1997 i tassi standardizzati per età della mortalità per cancro sono stati per 1.000 abitanti pari a:

- uomini:  
Nord-Ovest: 3,85;  
Nord-Est: 3,63;  
Centro: 3,35;  
Sud e Isole: 3,03;
- donne:  
Nord-Ovest: 1,93;  
Nord-Est: 1,83;  
Centro: 1,76;  
Sud e Isole: 1,57.

La sopravvivenza in presenza della malattia e' costantemente aumentata nel tempo, a partire dal 1978, anno dal quale si dispone di dati.

L'incremento in Italia e' stato il più forte tra tutti quelli osservati nei Paesi europei. Le probabilità di sopravvivenza a 5 anni, nell'ultimo periodo disponibile (pazienti diagnosticati fino al 1994), sono complessivamente del 47% (39% negli uomini e 56% nelle donne). Nel corso di 5 anni, rispetto alle osservazioni precedenti, la sopravvivenza e' migliorata del 7% negli uomini e del 6% nelle donne.

La differenza tra sessi e' dovuta soprattutto alla minore letalità dei tumori specifici della popolazione femminile.

Il fumo e le abitudini alimentari scorrette (compreso l'eccessivo consumo di alcool) sono fattori di rischio riconosciuti, per molte categorie di tumori, con peso etiologico variabile, e possono spiegare circa i 2/3 di tutti i casi di tumore.

Gli interventi per contrastare questi fattori, cui sono dedicati specifici capitoli del presente Piano Sanitario, sono, quindi, di fondamentale importanza.

La diagnosi precoce, che consenta la rimozione del tumore prima della diffusione nell'organismo di cellule metastatiche, sarebbe in via di

principio, risolutiva almeno per i tumori solidi.

Essa avrebbe inoltre un riscontro quasi immediato nelle statistiche di mortalità.

In pratica la diagnosi precoce clinica può non essere sufficiente a salvare la vita del paziente, anche se può in molti casi allungarne il tempo di sopravvivenza e migliorarne la qualità della vita.

Deve essere incentivato e reso disponibile l'approfondimento diagnostico anche in soggetti con sintomi lievi e con basso potere predittivo, con particolare attenzione alla popolazione anziana.

Alle persone sane vanno proposti solo esami di screening di comprovata efficacia nella riduzione del tasso di mortalità e di morbilità dovute al cancro, che allo stato delle attuali conoscenze sono il Paptest, la mammografia e la ricerca del sangue occulto nelle feci.

Tra i problemi che affliggono l'erogazione di un'adeguata assistenza ai cittadini affetti da neoplasia maligna, oltre alla mancanza di "ospedalizzazione a domicilio", vi è la scarsità di adeguate strutture ospedaliere specializzate nel trattamento del cancro.

Gli aspetti negativi di questa situazione sono essenzialmente due:

1. la gran variabilità della casistica clinica non consente ai tecnici di focalizzare il loro interesse professionale alla diagnosi e terapia di questa patologia;
2. la necessità di fronteggiare tutte le patologie e la limitatezza dei fondi disponibili non consentono a tutti di acquisire le apparecchiature necessarie per erogare prestazioni adeguate (basta pensare alle poche Unità di Radioterapia presenti sul territorio nazionale).

L'oncologia è una disciplina che coinvolge molti enti con diverso interesse principale, perché non essendo ancora nota la causa etiologica è necessaria un'intensa attività di ricerca che comprende la ricerca di base, la ricerca cosiddetta traslazionale e la ricerca clinica propriamente detta.

Si è però venuta a creare una situazione non bene definita, perché questa suddivisione di compiti ha confini molto sfumati essenzialmente per la mancanza di un accordo formale sulla suddivisione di compiti tra enti diversi.

Sia a livello nazionale sia a livello europeo sta per iniziare una discussione su questo problema:

L'Unione Europea ha lanciato un'iniziativa definita "European Cancer Research Initiative" il cui scopo essenziale è di aiutare la Commissione Europea a definire i contenuti della parte oncologica del VI Programma Quadro. Nel corso della discussione è però emersa come prioritaria la necessità di risolvere i problemi dei pazienti a livello individuale e di salute pubblica. La proposta formulata dalle Associazioni Oncologiche europee è di definire un modello di centro oncologico cui dare tre obiettivi prioritari:

1. migliorare gli standard di prevenzione, diagnosi e terapia;
2. favorire la parità tra pazienti e medici;
3. migliorare l'accesso alle strutture di diagnosi e cura in

Europa.

### 3.2.3. Le cure palliative

In Italia muoiono ogni anno oltre 159.000 persone a causa di una malattia neoplastica (Istat, 1998) ed il 90% di esse (143.100) necessita di cure palliative che si realizzano attraverso la formulazione e l'offerta di un piano personalizzato di cura ed assistenza in grado di garantire la migliore qualità di vita residua possibile durante gli ultimi mesi di vita al paziente stesso e alla sua famiglia.

Tale fase, definita comunemente "fase terminale", è caratterizzata per la persona malata da una progressiva perdita di autonomia, dal manifestarsi di sintomi fisici e psichici spesso di difficile e complesso trattamento, primo fra tutti il dolore, e da una sofferenza globale, che coinvolge anche il nucleo familiare e quello amicale e tale da mettere spesso in crisi la rete delle relazioni sociali ed economiche del malato e dei suoi cari.

La fase terminale non è caratteristica esclusiva della malattia oncologica, ma rappresenta una costante della fase finale di vita di persone affette da malattie ad andamento evolutivo, spesso cronico, a carico di numerosi apparati e sistemi, quali quello respiratorio (ad es. insufficienza respiratoria refrattaria in persone affette da malattie polmonari croniche), cardio-circolatorio (ad es. persone affette da miocardiopatie dilatative), neurologico (ad es. malattie degenerative quali la sclerosi multipla), epatico (ad es. cirrosi) e di persone colpite da particolari malattie infettive, in primo luogo l'A.I.D.S.

Le cure palliative si rivolgono ai pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte. Il controllo del dolore e degli altri sintomi, l'attenzione agli aspetti psicologici, sociali e spirituali è, quindi, di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie.

Alcuni interventi palliativi sono applicabili anche precocemente nel decorso della malattia, in aggiunta al trattamento specifico.

La filosofia cui le cure palliative si ispirano, quindi, è tesa a produrre azioni finalizzate al miglioramento della qualità di vita del paziente.

Esse:

- affermano la vita e considerano il morire come un evento naturale;
- non accelerano né ritardano la morte;
- provvedono al sollievo dal dolore e dagli altri disturbi;
- integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza;
- aiutano i pazienti a vivere in maniera attiva fino alla morte;
- sostengono la famiglia durante la malattia e durante il lutto.

La maggior parte delle regioni ha già provveduto a definire la programmazione della rete degli interventi di cure palliative, anche se con modalità tra loro in parte differenti: molte hanno elaborato programmi regionali specifici per le cure palliative ed altre hanno inserito lo sviluppo delle cure palliative all'interno del più vasto programma di riorganizzazione della rete di interventi domiciliari sanitari, socio-sanitari ed assistenziali (rete per la cura ed assistenza domiciliare).

Ciò che emerge è la necessità di un modello di intervento di cure palliative flessibile ed articolabile in base alle scelte regionali, ma che, garantisca in tutto il Paese la risposta ottimale ai bisogni della popolazione, sia a quelli dei malati sia a quelli delle famiglie.

La necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati alle necessità del malato, mutevoli anche in modo rapido ed

imprevedibile, rende necessario programmare un sistema a rete che offra la maggior possibilità di integrazione tra differenti modelli e livelli di intervento e tra i differenti e numerosi soggetti professionali coinvolti.

La rete deve essere composta da un sistema di offerta nel quale la persona malata e la sua famiglia, ove presente, possano essere guidati e coadiuvati nel percorso assistenziale tra il proprio domicilio, sede di intervento privilegiata ed in genere preferita dal malato e dal nucleo familiare, e le strutture di degenza, specificamente dedicate al ricovero/soggiorno dei malati non assistibili presso la loro abitazione.

La rete sanitaria e socio-sanitaria deve essere strettamente integrata con quella socio-assistenziale, al fine di offrire un approccio completo alle esigenze della persona malata.

Ai fini di promuovere la diffusione delle cure palliative e' necessario quindi:

rivedere alcuni aspetti normativi riguardo all'uso di farmaci antidolorifici, migliorando la disponibilità degli oppiacei, semplificando la prescrizione medica, prolungando il ciclo di terapia e rendendone possibile l'uso anche a casa del paziente;

- individuare precise Linee Guida in materia di terapia antalgica per prevenire gli abusi ed orientare il medico nella prescrizione;
- implementare la rete assistenziale;
- attivare un sistema di valutazione;
- realizzare programmi di comunicazione e sensibilizzazione della popolazione;
- sostenere specifici programmi di ricerca;
- promuovere l'integrazione nella rete di cure palliative delle

Organizzazioni no-profit operanti in questo settore, attraverso la valorizzazione delle Associazioni di Volontariato.

#### 3.2.4. Il diabete e le malattie metaboliche

Le malattie metaboliche, in progressivo aumento anche in rapporto con l'innalzamento della vita media della popolazione, rappresentano una causa primaria di morbilità e mortalità nel nostro Paese.

Il diabete di tipo 1, dipendente da carenza primaria di insulina, necessita di trattamento specifico insulinico sostitutivo, ma la gravità della prognosi e' strettamente legata ad una corretta gestione, da parte degli stessi pazienti, dello stile di vita in generale e di quello alimentare in particolare.

Pertanto e' opportuno attivare:

- programmi di prevenzione primaria e secondaria, in particolare per il diabete mellito in età evolutiva, con l'obiettivo di ridurre i tassi di ospedalizzazione ed i tassi di menomazione permanente (cecità, amputazioni degli arti);
- strategie per migliorare la qualità di vita dei pazienti, attraverso programmi di educazione ed informazione sanitaria.

L'incidenza del diabete di tipo 2 (non dovuto alla carenza di insulina, cosiddetto dell'adulto) e' in aumento in tutto il mondo, sia in quello occidentale che nei Paesi in via di sviluppo, anche perché la diagnosi viene posta in fase più precoce rispetto al passato.

L'incremento epidemico dei casi di obesità, d'altra parte, rappresenta di per sé un'importante fattore di rischio per la comparsa clinica della malattia diabetica.

Vi e' oggi convincente evidenza che il counselling individuale finalizzato a ridurre il peso corporeo, a migliorare le scelte alimentari (riducendo il contenuto di grassi totali e di grassi saturi e aumentando il contenuto in fibre della dieta) e ad aumentare l'attività fisica, riduce il rischio di progressione verso il diabete del 58% in 4 anni.

Le complicanze del diabete sono prevalentemente a carico dell'apparato cardiocircolatorio e possono essere decisamente penalizzanti per la qualità e la durata della vita.

In massima parte possono essere prevenute dalla diagnosi precoce, dal miglioramento del trattamento specifico e da programmi di educazione sanitaria orientati all'autogestione della malattia. In particolare, la riduzione ed il controllo del peso corporeo, oltre a ridurre il rischio di comparsa clinica del diabete, contribuisce anche a ridurre il rischio delle sue complicanze, specie quelle di eventi cardiovascolari.

L'OMS ha posto come obiettivo per l'anno 2020 la riduzione di un terzo dell'incidenza delle complicanze legate al diabete.

Due milioni di italiani hanno dichiarato di soffrire di diabete secondo l'indagine multiscope ISTAT con notevoli differenze geografiche di prevalenza autopercepita e questo dato e' coerente con la rilevazione della rete di osservatori cardiovascolari relativa alla distribuzione della glicemia ed alla proporzione di diabetici.

E' però assai probabile che il numero di italiani diabetici, senza sapere di esserlo, sia altrettanto alto.

Una strategia di educazione comportamentale, di prevenzione globale delle patologie metaboliche e di conseguenza della morbilità e mortalità da danno vascolare e cardiaco, non può prescindere dall'affrontare il problema del sovrappeso e dell'obesità.

L'obesità e' la seconda causa di morte prevenibile, dopo il fumo.

Nel mondo industrializzato, circa metà della popolazione e' in eccesso di peso. In Italia negli ultimi dieci anni la prevalenza dell'obesità e' aumentata del 50% e questo e' più evidente nei soggetti in età pediatrica, soprattutto nelle classi socio-economiche più basse.

I costi socio-sanitari dell'obesità hanno superato, negli Stati Uniti, i 100 miliardi di dollari l'anno, mentre per l'Italia, i costi diretti dell'obesità sono stimati in circa 23 miliardi di euro l'anno.

La maggior parte di tali costi (più del 60%), e' dovuta a ricoveri ospedalieri, ad indicare quanto il sovrappeso e l'obesità siano i reali responsabili di una serie di gravi patologie cardiovascolari, metaboliche, osteoarticolari, tumorali e respiratorie che comportano una ridotta aspettativa di vita ed un notevole aggravio per il Sistema Sanitario Nazionale.

#### 3.2.5 I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) in particolare l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, sono malattie mentali che comportano gravi danni somatici, con un rischio di morte dodici volte maggiore di quello dei soggetti normali della stessa età: essi rappresentano un problema socio-sanitario molto importante per tutti i Paesi sviluppati, e quindi anche per l'Italia.

A livello internazionale, gli studi di prevalenza, condotti su donne fra i 12 e 25 anni, hanno indicato valori compresi tra 0.2 e 0.8% per l'anoressia nervosa e tra 0.5 e 1.5% per la bulimia nervosa.

L'incidenza dell'anoressia nervosa negli ultimi anni risulta stabilizzata su valori di 4-8 nuovi casi annui per 100.000 abitanti, mentre quella della bulimia nervosa risulta in aumento, ed e' valutata in 9-12 nuovi casi/anno.

La maggior parte degli studi e' stata effettuata in paesi anglosassoni e in Italia sono stati rilevati dati sovrapponibili.

Per quanto attiene all'obesità e' oramai dimostrato che nel suo trattamento l'intervento di ordine psico-comportamentale e' fondamentale nel

determinare il successo terapeutico, anche se deve essere ribadito che si tratta di una condizione definita su base morfologica ma non ancora adeguatamente inquadrata su base psicopatologica.

Lo studio e la cura della obesità e più in generale della Sindrome Metabolica, si intrecciano profondamente e indissolubilmente con lo studio e la cura del comportamento alimentare e dei suoi disturbi (anoressia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, night eating syndrome, etc.) per quanto suddetto e per almeno tre altri motivi:

- per tutte queste patologie nessuna cura è efficace se non implica un cambiamento profondo del comportamento alimentare e dello stile di vita;
- cure inadeguate dell'obesità sono corresponsabili del grande aumento dei disordini alimentari nel mondo contemporaneo;
- come la cura dell'obesità, anche quella dei DCA è multidisciplinare e impone la collaborazione tra internisti, nutrizionisti, psichiatri e psicologi.

Sia per l'obesità che per i disturbi del comportamento alimentare si segnalano la gravissima insufficienza delle strutture sanitarie, l'inadeguatezza della formazione attuale di base e la necessità di un approccio multidimensionale.

La lotta all'obesità ed ai DCA mira a diminuire il numero di persone che si ammalano di questi stati morbosi e ad aumentare, in coloro che ne sono affetti, la probabilità di migliorare o di sopravvivere in condizioni soddisfacenti.

Le strategie si possono articolare in aree che hanno caratteristiche e tempi di realizzazione differenti: prevenzione primaria, prevenzione secondaria, assistenza, formazione, ricerca. Queste azioni potranno beneficiare delle informazioni ottenute attraverso gli strumenti epidemiologici, il cui obiettivo prioritario è quello di:

- controllare prevalenza e incidenza della SM, dell'obesità e dei DCA con lo scopo di identificare i casi secondo le categorie previste dall'OMS e valutare il numero di nuovi malati in relazione alla popolazione residente;
- individuare i soggetti ad alto rischio per indirizzare con maggiore precisione le politiche di intervento;
- valutare l'efficacia degli interventi mediante controlli a distanza di tempo.

### 3.2.6. Le malattie respiratorie e allergiche

Le malattie polmonari croniche ostruttive hanno un grave impatto sulla qualità della vita, sulla disabilità, sui costi per l'assistenza sanitaria, nonché sull'assenteismo dal lavoro in molti Paesi europei ed anche in Italia, anche se rispetto ad altri Paesi europei, l'Italia mostra un tasso di mortalità al di sotto della media dell'Unione Europea. In Italia, inoltre, il tasso di mortalità per malattie croniche respiratorie, quasi interamente attribuibile a bronchite cronica ed enfisema polmonare, mostra una tendenza alla diminuzione, che dovrebbe essere ulteriormente rafforzata attraverso l'intensificazione della prevenzione alle esposizioni ambientali e occupazionali ed il miglioramento dei trattamenti terapeutici. La presenza di rinite allergica stagionale e perenne è invece in costante aumento da tempo e così pure l'asma allergica.

I fattori principali alla base dell'aumento della prevalenza delle malattie allergiche sono:

- l'inquinamento intramurale causato da acari della polvere, pelo di gatto e miceti; il fumo di tabacco;
- l'inquinamento atmosferico causato da ozono, materiale particolato, NO<sub>2</sub> e SO<sub>2</sub>; le abitudini alimentari; gli stili di vita (sempre più tempo trascorso in ambienti chiusi); le condizioni igieniche nonché l'introduzione di nuove sostanze nei prodotti e nell'ambiente.

Fra le altre malattie allergiche, l'incidenza cumulativa di dermatite atopica prima dei 7 anni di età è aumentata in modo esponenziale e si stima che essa sia pari all'1% circa nella popolazione generale.

Molto diffusa è anche la dermatite allergica da contatto che si stima interessi circa l'1% della popolazione, il nickel è considerato il principale responsabile della sensibilizzazione da contatto.

La diffusione dell'asma bronchiale è un problema di sanità pubblica rilevante (l'asma è malattia sociale riconosciuta dal 1999), perché è la malattia cronica più frequente tra i bambini, per i quali rappresenta anche una causa importante di mortalità, nonostante i miglioramenti terapeutici.

L'asma richiede un approccio multidisciplinare, che comprende la diagnosi accurata, l'educazione dei pazienti, modifiche del comportamento, l'individuazione e la rimozione delle condizioni scatenanti l'attacco di asma, una appropriata terapia, e frequenti controlli medici.

Si rende necessario migliorare, tramite sistemi di sorveglianza mirati, la conoscenza della epidemiologia dell'asma e delle patologie allergiche e del ruolo etiologico di fattori genetici, personali ed ambientali, nonché dell'efficacia dei metodi per la riduzione dell'esposizione agli allergeni nell'ambiente e negli alimenti e la valutazione dell'impatto di tali metodi sulla salute.

È necessario inoltre promuovere campagne di educazione e formazione per il personale sanitario, per i pazienti e le loro famiglie.

### 3.2.7. Le malattie reumatiche ed osteoarticolari

Le malattie reumatiche comprendono un variegato numero di patologie, caratterizzate da una progressiva compromissione della qualità della vita delle persone affette per la perdita di autonomia, per i disturbi ed i disagi lamentati ed a causa della mancanza di significative aspettative di miglioramento o guarigione.

Tali patologie rappresentano la più frequente causa di assenze lavorative e la causa del 27% circa delle pensioni di invalidità attualmente erogate in Italia. Il numero delle persone affette è stimato in circa 6 milioni, pari al 10% della popolazione generale.

La caratteristica cronicità di queste malattie, la mancanza di terapie che portino a favorevoli risoluzioni dei quadri clinici per alcune forme gravi, la disabilità provocata, con progressiva diminuzione della funzionalità, specie a carico degli arti e dell'apparato locomotorio e la conseguente diminuzione della capacità lavorativa e del grado di autonomia delle persone affette, nonché l'elevato numero degli individui colpiti, rappresentano ad oggi i maggiori punti di criticità.

Le azioni prioritarie riguardano l'estensione della diagnosi precoce della malattia ed il miglioramento della prestazione di fisioterapia e riabilitazione. È, inoltre, necessario ridurre l'impatto dei fattori di rischio associati a queste patologie e sviluppare nuovi medicinali per il trattamento. Anche l'efficace prevenzione dell'osteoporosi rappresenta un obiettivo prioritario.

L'osteoporosi è una patologia del metabolismo osseo di prevalenza e incidenza in costante incremento che rappresenta un rilevante problema sanitario. La malattia coinvolge un terzo delle donne tra i 60 e i 70 anni e due terzi delle donne dopo gli 80 anni, e si stima che il rischio di avere una frattura da osteoporosi sia nella vita della donna del 40% contro un 15% nell'uomo.

Particolarmente temibile è la frattura femorale per l'elevata mortalità (dal 15 al 30%) e per le invalidanti complicanze croniche ad essa associate.

I piu' noti e importanti fattori di rischio per l'osteoporosi sono la presenza di fratture patologiche nel gentilizio, la presenza anamnestica di fratture da traumi di lieve entita', la menopausa precoce per le donne, l'amenorrea prolungata, il fumo, l'abuso di alcolici, la magrezza, l'uso di corticosteroidi, il malassorbimento intestinale, alcune patologie endocrine.

Nessuna terapia consente di recuperare la massa ossea persa, ma solo di bloccarne la progressione riducendo il rischio di fratture. Fondamentale quindi e' la prevenzione, con misure volte a migliorare lo stile di vita alimentare e fisico nei soggetti giovani e anziani.

### 3.2.8. Le malattie rare

Le malattie rare costituiscono un complesso di oltre 5000 patologie, spesso fatali o croniche invalidanti, che rappresentano il 10% delle patologie che affliggono l'umanita'. Malattie considerate rare nei Paesi occidentali sono, a volte, molto diffuse nei Paesi in via di sviluppo.

Nel programma di azione per la lotta alle malattie rare, la Commissione Europea ha definito rare quelle patologie la cui incidenza non e' superiore a 5 su 10.000 abitanti. L'80% delle malattie rare, circa 4000, e' di origine genetica, mentre il restante 20% sono acquisite, ma non per questo meno gravi e invalidanti.

Per la loro rarita', queste malattie sono difficili da diagnosticare e, spesso, sono pochi i Centri specializzati nella diagnosi e nella cura; per molte di esse, inoltre, non esistono ancora terapie efficaci. La scarsa incidenza delle patologie rare e la frammentazione dei pazienti affetti da tali patologie in diversi

Centri sono un ostacolo alle innovazioni terapeutiche possibili attraverso studi clinici controllati. Inoltre, le industrie farmaceutiche, a causa del mercato limitato, hanno scarso interesse a sviluppare la ricerca e la produzione dei cosiddetti farmaci orfani, potenzialmente utili per tali patologie.

Le malattie rare, essendo croniche e invalidanti, rappresentano un importante problema sociale. La loro scarsa conoscenza comporta, per coloro che ne sono affetti e per i loro familiari, notevoli difficolta' nell'individuare i Centri specializzati nella diagnosi e nella cura, e, quindi, accedere a eventuali trattamenti, peraltro scarsamente disponibili.

Cio' rende indispensabile un intervento pubblico coordinato al fine di ottimizzare le risorse disponibili.

A livello della Unione Europea le malattie rare sono state oggetto di attenzione con l'approvazione della Decisione N. 1295/1999/CE del 29 aprile 1999 il cui programma d'azione prevede:

- il miglioramento delle conoscenze sulle malattie rare, incentivando la creazione di una rete europea d'informazione per i pazienti e le loro famiglie;
- la formazione e l'aggiornamento degli operatori sanitari, al fine di migliorare la diagnosi precoce;
- il rafforzamento della collaborazione internazionale tra le organizzazioni di volontariato e professionali impegnati nell'assistenza;
- il sostegno del monitoraggio delle malattie rare negli Stati membri.

Rispetto a tali problematiche, il Decreto Ministeriale 18 maggio 2001, n. 279, emanato in attuazione dell'art. 5, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, prevede:

- l'istituzione di una rete nazionale dedicata alle malattie rare, mediante la quale sviluppare azioni di prevenzione, attivare la sorveglianza, migliorare gli interventi volti alla diagnosi e alla terapia, promuovere l'informazione e la formazione, ridurre l'onere che grava sui malati e sulle famiglie;
- la rete e' costituita da presidi accreditati, appositamente individuati dalle Regioni per erogare prestazioni diagnostiche e terapeutiche;
- l'ottimizzazione del Registro delle Malattie Rare, istituito presso l'Istituto Superiore di Sanita', per poter avere a livello nazionale dati sulla prevalenza, incidenza e fattori di rischio delle diverse malattie rare;
- la definizione di 47 gruppi di malattie comprendenti 284 patologie (congenite e acquisite) ai fini dell'esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie correlate;
- la promozione di protocolli diagnostici e terapeutici comuni, lo sviluppo delle attivita' di ricerca tese al miglioramento delle conoscenze e la realizzazione di programmi di prevenzione.

Infine l'accordo Stato-Regioni siglato in data 11 luglio 2002 promuove l'istituzione di un gruppo tecnico interregionale permanente cui partecipano il Ministero della salute e l'Istituto Superiore di Sanita' per il coordinamento ed il monitoraggio delle attivita' assistenziali per le malattie rare, al fine di ottimizzare il funzionamento delle reti regionali e salvaguardare il principio di equita' dell'assistenza per tutti i cittadini.

### 3.2.9. Le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione

Ottimi risultati si sono registrati recentemente in Italia in termini di controllo di alcune malattie prevenibili con le vaccinazioni.

La difterite e' stata eliminata e il nostro Paese ha da poco ricevuto la certificazione ufficiale di eradicazione della poliomielite. Il tetano colpisce quasi esclusivamente persone anziane non vaccinate. L'epatite B e' in continuo declino, in modo particolare nelle classi di eta' piu' giovani, interessate fin dal 1991 dalla vaccinazione universale.

Non mancano, tuttavia, in Italia numerose malattie per le quali e' necessario un controllo piu' efficace attraverso le vaccinazioni.

La vaccinazione contro il morbillo (incidenza nel 1999 pari a 5,05 casi su 100.000) e' raccomandata, ma il livello stimato di copertura di immunizzazione e' ancora il piu' basso tra i Paesi dell'Europa occidentale (56% nel 1998), con profonde differenze tra aree diverse del Paese. La rosolia e' ancora frequente (incidenza di 5,76 per 100.000 nel 1998) e nel 1999 sono stati denunciati in Italia piu' di 40.400 casi di parotite (tasso di incidenza: 70,2 per 100.000), nonostante l'esistenza del vaccino combinato per parotite, morbillo e rosolia (vaccino MMR), il cui uso e' pero' volontario, sebbene raccomandato.

- L'incidenza della pertosse e' ancora elevata (circa 7 per 100.000 abitanti nel 1999, anno in cui sono stati notificati 3.797 casi);
- la vaccinazione e' volontaria ma il livello stimato di copertura vaccinale e' stato piuttosto alto nel 1998 (87,9%, con un intervallo tra 70,5% e 97,6%) nei bambini di 24 mesi di eta'.
- per quanto l'incidenza di epatite B stia lentamente diminuendo in Italia (nel 1999 essa e' stata del 2,74 per 100.000), il livello permane ancora fra i piu' elevati dell'Europa occidentale;

la vaccinazione contro l'epatite B e' obbligatoria in Italia per i bambini fin dal 1991 e la stima della copertura, osservata nel 1998, e' stata a livello nazionale del 90%, con solo tre Regioni con copertura inferiore al 90%.

La vaccinazione contro l'*Haemophilus influenzae* di tipo B puo' anche prevenire forme invasive della malattia quali meningiti e polmoniti. La vaccinazione in Italia e' volontaria ed il livello di copertura vaccinale e' molto basso e non uniformemente distribuito nelle diverse Regioni. L'influenza rappresenta ancora, in Italia, un'importante causa di morte per patologia infettiva, e nel corso di epidemie estese il tasso d'attacco dell'infezione puo' variare dal 5% al 30%, con conseguenti importanti ripercussioni negative sull'attivita' lavorativa e sulla funzionalita' dei servizi di pubblica utilita', in primo luogo di quelli sanitari.

La copertura vaccinale negli anziani di eta' pari o superiore a 64 anni non ha superato nel periodo 1999-2000 il 41% circa a livello nazionale. La recente disponibilita' di efficaci vaccini contro la varicella e contro le infezioni invasive da pneumococco, consente l'avvio di iniziative mirate di prevenzione vaccinale orientate alla riduzione dell'incidenza di queste importanti patologie.

Occorre procedere con decisione nella direzione della attuazione degli obiettivi adottati dall'OMS per questo gruppo di malattie:

- entro il 2007 il morbillo dovrebbe essere eliminato ed entro il 2010 tale eliminazione deve essere certificata in ogni Paese;
- entro l'anno 2010 tutti i Paesi dovrebbero avere un'incidenza inferiore ad 1 per 100.000 abitanti per parotite, pertosse e malattie invasive causate da *Haemophilus influenzae* di tipo B.

Essendo disponibili per queste malattie vaccini efficaci, questi risultati possono essere conseguiti attraverso una serie di iniziative che consentano il raggiungimento di appropriate coperture vaccinali. In tale quadro e' anche importante:

- individuare ed effettuare indagini rapide riguardanti gli eventi epidemici;
- sorvegliare la frequenza di eventi avversi associabili a vaccinazione;
- sorvegliare le infezioni nosocomiali e quelle a trasmissione iatrogena;
- controllare le patologie infettive acquisite in occasioni di viaggi;
- diffondere le informazioni sulla frequenza e prevenzione delle malattie infettive;
- partecipare efficacemente al sistema di sorveglianza epidemiologico per il controllo delle malattie infettive dell'Unione Europea;
- combattere il crescente problema della resistenza acquisita alla maggior parte degli antibiotici disponibili da parte di microrganismi patogeni, soprattutto batteri, con gravi implicazioni sul trattamento delle malattie infettive.

Apposite Linee Guida sono state adottate dal Consiglio dell'Unione Europea nel 2000 e 2001 sull'uso prudente degli antibiotici nella medicina umana e in altri settori per minimizzare gli inconvenienti derivanti da questa situazione.

Appare nel prossimo futuro la possibilita' di realizzare diversi nuovi vaccini tra i quali due in particolare di grande rilevanza:

1. vaccini anti-HIV. L'Istituto Superiore di Sanita' (ISS) ha recentemente sviluppato e brevettato un nuovo vaccino sia di tipo preventivo che terapeutico. Tale vaccino basato sull'uso della proteina regolatoria TAT o del suo DNA ha dato lusinghieri risultati di protezione nelle scimmie. In base a questi risultati l'ISS insieme ad altri Centri clinici nazionali iniziera' in primavera i trials clinici di fase I. Un secondo vaccino basato sull'uso di componenti strutturali (Env, Gag) del virus e' stato sviluppato e brevettato dalla Chiron con risultati anche essi promettenti, la cui sperimentazione clinica di fase I iniziera' entro l'anno. Recentemente l'ISS e la Chiron hanno realizzato un accordo per lo sviluppo di un vaccino combinato, che contenendo le tre componenti (TAT, Env, Gag) e' destinato potenzialmente ad avere una maggiore efficacia rispetto ai singoli componenti;
2. vaccino anti-HPV. Si tratta di un vaccino terapeutico contro il carcinoma della cervice uterina brevettato negli Stati Uniti che inizia prossimamente il suo cammino sperimentale nella donna. Anche per questo vaccino l'Istituto Superiore di Sanita' sta realizzando rapporti di partenariato con i produttori.

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

In Italia, il numero cumulativo di casi di AIDS segnalati dall'inizio dell'epidemia ha raggiunto quota 50.000, ma a partire da meta' del 1996 si e' osservato un decremento nel numero di nuovi casi, dovuto in parte all'effetto delle terapie anti-retrovirali ed in misura minore agli effetti della prevenzione.

I sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, attivi in alcune Regioni italiane, suggeriscono che l'incidenza di nuove infezioni si e' stabilizzata negli ultimi anni e a differenza di quanto accadeva tra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90 non tende piu' alla diminuzione. Le altre malattie a trasmissione sessuale piu' frequentemente diagnosticate in Italia sono i condilomi acuminati, le infezioni genitali non specifiche (uretriti batteriche non gonococciche ne' causate da Clamidia), la sifilide latente e l'Herpes genitale.

Altre classiche malattie veneree, come gonorrea e sifilide primaria o secondaria, sono rispettivamente al settimo e nono posto per frequenza. Secondo l'obiettivo definito dall'OMS nel 1999, ciascuno Stato dovrebbe attuare, entro l'anno 2015, una riduzione dell'incidenza della mortalita' e delle conseguenze negative dell'infezione da HIV e delle altre malattie a trasmissione sessuale.

A tal fine, le azioni prioritarie da attuare sono:

- il miglioramento della sorveglianza e del monitoraggio dell'infezione da HIV;
- il contrasto della trasmissione dell'HIV e degli altri agenti infettivi;
- il miglioramento della qualita' della vita delle persone infette da HIV;
- la riduzione di comportamenti sessuali a rischio e la promozione di campagne di promozione della salute specialmente nella popolazione giovanile;
- lo sviluppo del vaccino con interventi a favore della ricerca che prevedano il co-finanziamento pubblico-privato;
- il reinserimento sociale dei pazienti con infezione da HIV.

L'inserimento sociale delle persone affette da AIDS trattate precocemente e la cui attesa di vita e' molto prolungata, e' un problema che dovremo affrontare con maggior energia nel prossimo futuro.

Queste persone infatti costruiscono ora un progetto di vita, in quanto la loro sopravvivenza viene assicurata dai farmaci per molti anni. Il progetto di vita comprende il completo reinserimento nel mondo del lavoro e della societa' in genere. Per queste persone e' quindi necessario sviluppare programmi di accompagnamento su questo percorso con adeguati sostegni e misure utili allo scopo.

### 3.3. Ridurre gli incidenti e le invalidita'

Le cause esterne di morte e disabilita', che includono gli incidenti nell'ambiente sociale e sul lavoro, i disastri naturali e quelli provocati dall'uomo, gli avvelenamenti, gli incidenti durante le cure mediche e la violenza, costituiscono, particolarmente nell'eta' adulta, un'importante causa di morte. I dati relativi agli incidenti stradali, indicano un incremento a partire dalla fine degli anni '80, soprattutto nel Nord dell'Italia, con un quadro che comporta circa 8.000 morti, 170.000 ricoveri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso ogni anno, cui fanno riscontro circa 20.000 invalidi permanenti. Il fenomeno costituisce ancora la prima causa di morte per i maschi sotto i 40 anni e una delle cause maggiori di invalidita' (piu' della meta' dei traumi cranici e spinali sono attribuibili a questi eventi).

Gli incidenti stradali sono pertanto un'emergenza sanitaria che va affrontata in modo radicale al fine di rovesciare l'attuale tendenza e pervenire, secondo l'obiettivo fissato dall'OMS per l'anno 2020, ad una riduzione almeno del 50% della mortalita' e disabilita'.

Gli interventi principali di prevenzione riguardano:

- la utilizzazione del casco da parte degli utenti di veicoli a motore a due ruote;
- gli standard di sicurezza dei veicoli;
- l'uso corretto dei dispositivi di sicurezza (cinture e seggiolini);
- le migliori condizioni di viabilita' (segnaletica stradale, illuminazione, condizioni di percorribilita') nelle zone ad alto rischio di incidenti stradali;
- la promozione della guida sicura mediante campagne mirate al rispetto dei limiti di velocita' e della segnaletica stradale nonche' alla riduzione della guida sotto l'influsso dell'alcool;
- il potenziamento del trasporto pubblico.

Anche il fenomeno degli incidenti domestici e del tempo libero mostra un andamento in continua crescita, con un numero di casi di circa 4.000.000 per anno, che coinvolgono soprattutto ultrasessantacinquenni e donne. Si stima che circa la meta' di questi incidenti avvenga in casa o nelle pertinenze (incidenti domestici).

Gli incidenti domestici rappresentano dunque un fenomeno di grande rilevanza nell'ambito dei temi legati alla prevenzione degli eventi evitabili e particolare attenzione deve essere dedicata agli incidenti che coinvolgono gli anziani, soprattutto istituzionalizzati.

Per quanto riguarda l'obiettivo di ridurre in modo significativo la mortalita' e la disabilita' da incidenti domestici, gli aspetti prioritari sono quelli connessi all'informazione e comunicazione nonche' alla:

- incentivazione delle misure di sicurezza domestica strutturale ed impiantistica e dei requisiti di sicurezza dei complementi di arredo;
- predisposizione di programmi intersettoriali volti a favorire l'adattamento degli spazi domestici alle condizioni di disabilita' e di ridotta funzionalita' dei soggetti a rischio;
- costruzione di un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno infortunistico e individuazione di criteri di misura degli infortuni domestici.

Per gli incidenti negli ambienti esterni, durante il tempo libero, gli uomini sono piu' a rischio delle donne, anche per il maggiore consumo di alcool. Le piscine, i laghi ed altri bacini d'acqua dolce contribuiscono in modo significativo alle statistiche sugli annegamenti, specialmente nei bambini, con 500-600 morti all'anno.

### 3.4. Sviluppare la riabilitazione

La domanda di riabilitazione negli ultimi anni ha registrato un incremento in parte imputabile all'aumento dei gravi traumatismi accidentali e ai progressi della medicina che consentono la sopravvivenza a pazienti un tempo destinati all'exitus.

In questo contesto particolare rilevanza assumono le lesioni del midollo spinale e i gravi traumi cranioencefalici per le conseguenze altamente invalidanti che possono comportare. Dati recenti indicano l'incidenza delle mielolesioni pari a circa 1500 nuovi casi l'anno, di cui il 67% imputabile ad eventi traumatici. L'incidenza dei gravi traumatismi cranioencefalici, e' di circa 4.500 nuovi casi l'anno su tutto il territorio nazionale.

Di questi la mortalita' in fase acuta incide per il 34%, il 40% dei pazienti presenta esiti invalidanti modesti, il 25% e' affetto da danni o complicanze di gravita' tale da richiedere il ricovero in strutture di terapia intensiva e neuroriabilitazione e l'1% (45 casi per anno) permane in stato vegetativo dopo 12 mesi dall'evento.

La riabilitazione del soggetto gravemente traumatizzato deve essere garantita con tempestivita' gia' durante le fasi di ricovero nelle strutture di emergenza. Non appena cessino le condizioni che richiedono un ricovero nell'area della terapia intensiva, deve essere garantita l'immediata presa in carico del paziente da parte delle Unita' Operative di alta specialita' riabilitativa per assicurare la continuita' del processo terapeutico assistenziale.

Quale che sia la natura dell'evento lesivo che causa la necessita' di interventi di riabilitazione, gli obiettivi da perseguire sono la garanzia dell'unitarieta' dell'intervento mediante un approccio multidisciplinare e la predisposizione ed attuazione di un progetto riabilitativo personalizzato, al fine di consentire al paziente il livello massimo di autonomia fisica, psichica e sensoriale. Cio' implica l'attivazione di un percorso in cui si articolano competenze professionali diverse, funzionamento in rete dei servizi e strutture a diversi livelli e con diverse modalita' di offerta (ospedaliera, extrospedaliera, residenziale, semiresidenziale e domiciliare) e di integrazione tra aspetti sanitari e sociali.

### 3.5. Migliorare la medicina trasfusionale

Le attivita' di medicina trasfusionale sono parte integrante dei livelli essenziali di assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale e si fondano sulla donazione volontaria, e non remunerata, del sangue e dei suoi componenti.

Considerando che gli attuali sistemi di coordinamento a livello regionale e nazionale sono riusciti solo in parte a raggiungere gli obiettivi previsti dai precedenti Piani Sanitari e dai Piani Sangue, si pone l'urgenza di riformare la legge 4 maggio 1990, n. 107, anche alla luce dei cambiamenti conseguenti all'organizzazione federalista dello Stato.

La nuova legge dovra' razionalizzare il sistema a livello regionale, indicando i rispettivi ruoli del Ministero della Salute, delle Regioni, dei Centri Regionali di Coordinamento e Compensazione e del Centro Nazionale Trasfusione Sangue da istituirsi presso l'Istituto Superiore di Sanita'.

L'introduzione di nuovi test sierologici ed in particolare delle tecniche di biologia molecolare ha ridotto il rischio di trasmissione dei virus dell'epatite o dell'AIDS mediante la trasfusione del sangue e dei suoi prodotti a livelli molto bassi, inferiori al rischio di infezione associato ad altre manovre invasive ospedaliere.

Malgrado questo notevole incremento della sicurezza della trasfusione, per realizzare il quale sono necessarie ingenti risorse economiche, molto resta ancora da fare per assicurare l'appropriatezza della richiesta e della trasfusione.

Per diffondere la cultura del buon uso del sangue sono state emanate Linee Guida ed istituiti in tutto il Paese Comitati ospedalieri per il buon uso del sangue, ma il risultato e' stato molto modesto: tra le cause di questo insuccesso vi e' da un lato la scarsa attenzione dei clinici per le

problematiche della donazione e trasfusione di sangue, dall'altro l'inquadramento del servizio trasfusionale in un'area quasi esclusivamente di laboratorio.

Gli obiettivi primari dell'autosufficienza regionale e nazionale, i più elevati livelli di sicurezza uniformi su tutto il territorio nazionale e la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza trasfusionale possono essere ottenuti attraverso un nuovo modello di sistema trasfusionale, con criteri di funzionamento e di finanziamento definiti sulla base:

- delle attività di produzione, comprendenti la selezione ed i controlli periodici del donatore, la raccolta, la lavorazione, la validazione, la conservazione ed il trasporto del sangue e degli emocomponenti, comprese le cellule staminali da sangue periferico e placentare (sangue da cordone ombelicale), nonché la raccolta di plasma da destinare alla preparazione degli emoderivati;
- attività di servizio, quali l'assegnazione e la distribuzione del sangue e dei suoi prodotti, anche per l'urgenza.

Con l'intervento insostituibile delle Associazioni di Donatori Volontari di Sangue, e delle relative Federazioni, va incrementato in tutto il territorio nazionale il numero dei donatori volontari periodici e non remunerati per eliminare le carenze di sangue ancora esistenti in alcune Regioni.

Per i prossimi anni occorre perseguire i seguenti obiettivi:

- raggiungere l'autosufficienza regionale e nazionale del sangue e dei suoi prodotti;
- conseguire più elevati livelli di sicurezza nell'ambito di tutto il processo finalizzato alla trasfusione;
- assicurare al sistema trasfusionale un sistema di garanzia di qualità e sviluppare l'emovigilanza, articolata a livello locale, regionale e nazionale;
- stipulare fra le Regioni e le Aziende ubicate sul territorio dell'Unione Europea convenzioni per la produzione di emoderivati (specialità medicinali) nel rispetto delle norme per le gare ad evidenza pubblica.

### 3.6. Promuovere i trapianti di organo

Per quanto riguarda i trapianti di organo, è noto che i vantaggi prevalgono sulle complicanze (rigetto, infezioni e loro conseguenze) con una sopravvivenza a cinque anni compresa tra il 70% e l'80%, secondo l'organo trapiantato. È, comunque, necessario continuare a perseguire il reperimento degli organi in tutte le Regioni.

Nel nostro Paese, tuttavia, i livelli di attività sono disomogenei tra le diverse Regioni, sia in termini di donazioni sia in termini di trapianti, e ciò non contribuisce certamente a garantire quella parità di accesso alle cure cui i pazienti hanno diritto.

Nel corso dell'ultimo triennio l'incremento complessivo del numero di donazioni e della qualità dei trapianti in Italia ha portato il nostro Paese al livello delle principali Nazioni europee, e il numero dei donatori di organo è aumentato del 42,3%, con un incremento complessivo del 27,4% del numero dei trapianti.

Sono obiettivi strategici in questo campo:

- promuovere la valutazione di qualità dell'attività di trapianto di organi, tessuti e cellule staminali;
- favorire la migliore utilizzazione degli organi disponibili, attraverso la diffusione di tecniche avanzate, addestrando gli operatori e favorendo lo svolgimento di queste attività in Centri di Eccellenza;
- predisporre un Piano nazionale per prelievo, conservazione, distribuzione e certificazione dei tessuti;
- verificare la possibilità che nei casi opportuni vengano utilizzati organi anche da donatore vivente, dopo una attenta valutazione dell'applicazione della normativa in vigore e delle Linee Guida, formulate dal Centro Nazionale Trapianti. Va comunque ricordato che la donazione da vivente non è scevra da pericoli sanitari e sociali ed è quindi da considerarsi residuale rispetto alla donazione da cadavere che deve restare l'obiettivo principale del Servizio Sanitario Nazionale;
- attivare algoritmi oggettivi e trasparenti per l'assegnazione degli organi da trapiantare e per il monitoraggio dei pazienti trapiantati, uniforme su tutto il territorio nazionale;
- prevedere che il flusso informativo dei dati relativi ai trapianti di cellule staminali emopoietiche sia integrato nell'ambito del Sistema Informativo Trapianti, anche attraverso la collaborazione con il Gruppo Italiano per il Trapianto di Midollo Osseo (GITMO) e l'organizzazione GRACE (Gruppo di Raccolta e Amplificazione delle Cellule Staminali Emopoietiche) che riunisce le banche di cellule staminali placentari;
- definire la Carta dei Servizi dei Centri di trapianto, prevedendo aggiornamenti continui;
- estendere lo sviluppo del Sistema Informativo Trapianti;
- incrementare l'informazione ai cittadini circa le attività quali-quantitative dei Centri di trapianto.

Per il prossimo futuro, inoltre, occorre procedere a:

- ridurre il divario fra le Regioni in termini di attività di reperimento donatori per raggiungere il numero delle 30 donazioni per milione di abitanti;
- predisporre, per i familiari dei soggetti sottoposti ad accertamento di morte, un supporto psicologico e di aiuto;
- attuare il finanziamento per funzione, come individuato nell'articolo 8-sexies del Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, superando il finanziamento per DRG;
- sorvegliare il rispetto delle Linee Guida per i trapianti da donatore vivente attivando in particolare l'organismo di parte terza ivi previsto per informare correttamente le parti in causa sui vantaggi e svantaggi delle procedure;
- monitorare l'attività delle singole Regioni circa i prelievi di tessuti umani e la loro utilizzazione, l'attivazione di banche dei tessuti regionali o interregionali, il loro accreditamento e la loro funzionalità;
- inserire anche i trapianti di cellule staminali emopoietiche tra i trapianti d'organo e da tessuti, raccogliendo i dati presso il Centro Nazionale Trapianti, e collegando quest'ultimo con il registro dei donatori viventi di midollo osseo istituito presso l'Ospedale Galliera di Genova;
- favorire lo sviluppo di attività di ricerca connesse alle attività di trapianto;
- supportare l'attivazione di procedure informatiche standardizzate, soprattutto per la gestione delle liste di attesa;



- promuovere adeguate campagne di informazione rivolte ai cittadini, con il concorso delle Associazioni dei pazienti e dei volontari;
- realizzare la selezione dei riceventi il trapianto con algoritmi condivisi e procedure informatizzate, documentando ogni passaggio del processo decisionale ai fini di un controllo superiore;
- valutare e rendere pubblici i risultati delle attività di prelievo e trapianto di organi;
- rendere sempre più oggettivi e trasparenti i criteri di ammissione del paziente al trapianto.

#### 4. L'ambiente e la salute

Sono in molti casi ben accertate le interazioni fra i fattori di rischio ambientali e la salute, anche se la ricerca delle possibili soluzioni resta talvolta problematica particolarmente per le complesse implicazioni socio-economiche sottostanti.

In questo settore importanti benefici sono prevedibili attraverso l'efficace collaborazione fra i settori che, a livello nazionale e territoriale, sono responsabili per la salute o per l'ambiente.

##### 4.1. I cambiamenti climatici e le radiazioni ultraviolette

La difesa dalle eccessive radiazioni UV e dalle variazioni nelle condizioni climatiche che possano colpire particolari gruppi vulnerabili, rende prioritaria l'attuazione di programmi di informazione ed educazione sanitaria.

Inoltre, vi è la forte necessità di ulteriori ricerche per valutare meglio:

- l'effetto del riscaldamento globale sui trends stagionali delle maggiori cause di malattia e mortalità;
- l'effetto del riscaldamento globale sulla variabilità climatica e valutazione delle capacità di adattamento specialmente tra le fasce di popolazione particolarmente vulnerabile come gli anziani;
- l'effetto del riscaldamento globale sulle patologie trasmesse da virus e batteri e stima degli andamenti dell'incidenza di queste malattie;
- l'impatto potenziale della radiazione UV-B in relazione alla deplezione dell'ozono in termini di aumento dell'incidenza dei casi di cataratta, delle affezioni cutanee e del cancro della pelle;
- il rischio di riduzione di risposta immunitaria ai vaccini ed alle malattie infettive a causa dell'aumento della radiazione UV-B.

Per quanto riguarda gli aspetti connessi all'"effetto-serra" e alla deplezione dell'ozono stratosferico, è indispensabile, da una parte, continuare la politica di collaborazione internazionale dell'Italia a sostegno degli sforzi congiunti per rimuovere le cause di queste modificazioni climatiche, e dall'altra, operare a livello territoriale per il conseguimento degli obiettivi di abbattimento delle emissioni nocive concordati a livello internazionale.

##### 4.2. L'inquinamento atmosferico

L'inquinamento atmosferico derivante dal traffico veicolare, impianti di riscaldamento e sistemi di produzione industriale, è un noto fattore di rischio per la salute (vedi tabella 1, pag. 99 e 100 - tratta dal Prof. Antonio Ballarin Denti "Aggiornamenti Sociali" n. 3, 2002, pag. 209-220).

Secondo una serie di studi e valutazioni condotte dalle agenzie ambientali europee e nazionale, il trasporto su strada contribuisce mediamente in Europa al 51% delle emissioni degli ossidi di azoto, al 34% di quelle composti organici volatili e al 65% di quelle del monossido di carbonio.

I due principali inquinanti secondari, le polveri fini e l'ozono, che sono prodotti, attraverso una serie complessa di reazioni chimiche, dai tre inquinanti prima citati, sono pertanto imputabili, anch'essi in misura preponderante, al traffico su strada.

Le emissioni prodotte dagli autoveicoli (al di là del loro contributo complessivo) sono inoltre fortemente dipendenti dal tipo di motore. A parità di condizioni di manutenzione, un motore diesel tradizionale (come quello di gran parte dei veicoli commerciali) può emettere una quantità di polveri fini anche dieci volte superiore a quelle emesse da un diesel "ecologico"; e questo è a sua volta molto più inquinante di un motore a benzina.

Un veicolo non catalizzato emette fino a dieci volte più di un'auto con marmitta catalitica.

Un motore a due tempi (come quello dei ciclomotori) emette molto più di un analogo motore a quattro tempi: pertanto un motorino medio può inquinare più di un'auto di grossa cilindrata di recente omologazione. Anche tra le automobili catalizzate ci sono forti differenze (a prescindere da quelle determinate da una cattiva carburazione del motore) dovute alle diverse classi di omologazione dei motori in funzione delle loro emissioni che l'Unione Europea sta imponendo da qualche anno alle industrie automobilistiche.

Ad esempio un veicolo classificato EURO 3 (del tipo cioè oggi in commercio) emette fino a quattro volte di meno di un veicolo, pur catalizzato, del tipo EURO 1 (cioè prodotto e venduto più di sei anni fa).

Asserire quindi che globalmente il comparto del trasporto su strada contribuisce in misura maggioritaria all'inquinamento è affermazione vera, ma, come tale, troppo generica per farne scaturire adeguate politiche di intervento, a meno che si entri nel merito delle singole tipologie di motore e sulle loro condizioni di esercizio.

Il peso del traffico non deve comunque far dimenticare che un contributo all'inquinamento atmosferico urbano, minore in valore percentuale ma pur sempre alto in valore assoluto, deriva dagli impianti di riscaldamento; questo comparto, ora che l'industria pesante ha praticamente abbandonato l'ambiente urbano, resta, insieme al traffico, di fatto l'unica sorgente di inquinamento.

In questo settore il diffondersi degli oli combustibili leggeri e soprattutto del metano (che, a parte gli ossidi di azoto, non emette praticamente altri inquinanti) e il rafforzamento delle politiche di controllo sugli impianti in esercizio da parte delle Autorità istituzionali (Province e Comuni) hanno portato a marcati miglioramenti, anche se molto ancora potrebbe e dovrebbe essere fatto (è oggi realisticamente immaginabile, grazie ad una ulteriore estensione dell'impiego del metano e a politiche di obblighi di manutenzione, un dimezzamento delle emissioni da impianti di riscaldamento entro un periodo di 3-5 anni).

Il particolato atmosferico, indicato con il termine di particolato totale sospeso (PTS), è un inquinante la cui origine è molto diversificata derivando dall'erosione del suolo e degli edifici, dall'attività umana (agricoltura, edilizia, industrie), dai processi di combustione (impianti di riscaldamento e traffico autoveicolare) e da reazioni chimiche di processi gassosi.

Nelle aree urbane l'aerosol atmosferico è costituito dal 30% circa di particelle naturali e dal 60% di particelle derivanti dalla combustione delle quali più del 50% attribuibile al traffico.

La composizione del particolato è estremamente variabile in base all'origine delle particelle (piombo, nichel, zinco, rame, cadmio, fibre di amianto, solfati, nitrati, idrocarburi policiclici pesanti, polvere di carbone e cemento).

La frazione di polveri considerata più pericolosa per l'uomo è quella in grado di superare le barriere delle vie aeree superiori ovvero i PM10 e i PM2,5, particelle di polvere con diametro inferiore a 10 e a 2,5 micron rispettivamente.

È stato dimostrato da vari studi che il particolato PM10 origina soprattutto dalla combustione, permane nell'aria qualche giorno e la sua concentrazione viene abbattuta solo per dilavamento da parte della pioggia. Questo inquinante reagisce chimicamente nell'atmosfera con altre sostanze.

I danni addebitabili alle particelle inalate sono dovuti al fatto che tali particelle, raggiungendo gli alveoli polmonari, rilasciano sostanze tossiche e possono ostruire gli alveoli stessi.

Ne consegue un effetto irritante per le vie respiratorie e la possibilità di indurre alterazioni nel sistema immunitario, favorendo il manifestarsi di malattie croniche, quali maggior sensibilità agli agenti allergizzanti. L'effetto irritante è strettamente dipendente dalla composizione chimica del particolato. È anche ormai accertato il diretto rapporto tra elevata concentrazione di particolato e tasso di mortalità per complicanze polmonari che si verificano nei giorni successivi ad elevate concentrazioni: sono soprattutto gli anziani, i bambini e le persone con malattie croniche dell'apparato respiratorio ad essere maggiormente colpite. Inoltre, alcuni studi epidemiologici hanno dimostrato che elevate concentrazioni di PM10 non solo determinano anticipi sulla mortalità (ovvero decessi in soggetti compromessi che sarebbero comunque avvenuti a breve) ma causano in soggetti sani patologie polmonari che possono cronicizzare e portare a morte i soggetti stessi. L'aumento della morbilità inoltre porta ad un incremento della spesa sanitaria (maggiore numero di visite mediche, di ricoveri ospedalieri, di assenze dal lavoro per malattia). Recenti studi epidemiologici indicano che l'inquinamento atmosferico nell'ambiente esterno delle 8 maggiori città italiane ha un impatto sanitario rilevante in termini di mortalità, ricoveri ospedalieri per cause cardiovascolari e respiratorie e prevalenza di malattie respiratorie (WHO-ECEH, 2000).

I dati raccolti su numerosi inquinanti (monossido di carbonio, biossido di azoto, biossido di zolfo, ozono, benzene e polveri sospese) sono stati impiegati per misurare il trend dell'inquinamento negli anni, mentre per la stima dell'impatto sulla salute l'OMS si è avvalsa delle concentrazioni di PM10.

Le concentrazioni medie di PM10 misurate nelle città oggetto di studio sono superiori all'attuale obiettivo di qualità dell'aria, che è pari a 40 µg/m<sup>3</sup>, valore attualmente in corso di revisione in diminuzione.

Lo studio ha preso in considerazione la mortalità a lungo termine ed altri effetti a medio e breve termine osservati nel corso di un anno (come i ricoveri ospedalieri, i casi di bronchite acuta e gli attacchi d'asma nei bambini) ed è stato stimato il carico di malattia potenzialmente prevenibile qualora si riuscisse ad abbattere le concentrazioni medie di PM10 a 30 µg/m<sup>3</sup>.

È stato stimato che riducendo il PM10 ad una media di 30 µg/m<sup>3</sup> si potrebbero prevenire circa 3.500 morti all'anno nelle 8 città studiate.

Inoltre, riducendo le concentrazioni medie di PM10 a 30 µg/m<sup>3</sup>, migliaia di ricoveri per cause respiratorie e cardiovascolari, e decine di migliaia di casi di bronchite acuta e asma fra i bambini al di sotto dei quindici anni, potrebbero essere evitati.

In aggiunta all'onere legato al ricovero e cura dei casi di malattia legati all'inquinamento, il numero stimato di giorni di attività compromessa a causa di disturbi respiratori (per persone di età superiore ai venti anni) è di oltre 2,7 milioni, cioè il 14,3% del totale.

Anche la qualità dell'aria negli ambienti confinati ha ripercussioni per la salute, in particolare nei bambini, negli anziani e per persone già affette da alcune patologie croniche.

Molti materiali da costruzione liberano nell'ambiente il gas radon, sorgente di radiazioni ionizzanti, con una stima di possibile riduzione di 2-3% di casi di tumore polmonare a seguito di bonifica.

Un'indagine campionaria nazionale ha stimato un valore medio nelle abitazioni italiane (e scuole) di 70-75 Bq/mc, più alta che negli USA (46 Bq/mc) e in Germania (50 Bq/mc). Valori di 200 e 100 Bq/mc erano raggiunti rispettivamente nel 4% e nell'1% delle abitazioni.

Si stima che alle esposizioni a radon in Italia siano attribuibili 1.500-6.000 casi annui di cancro polmonare.

Le evidenze di effetti cancerogeni su altri organi bersaglio sono contraddittorie e non consentono alcuna stima.

Oltre a ciò, in Italia sono stimati in:

- oltre 200.000 i casi prevalenti di asma bronchiale in bambini e adolescenti, causati da allergeni (acari, muffe, forfore animali) e da esposizione a fumo di tabacco ambientale;
- oltre 50.000 i casi incidenti di infezioni acute delle vie aeree (principalmente da fumo di tabacco ambientale);
- circa un migliaio gli infarti del miocardio da fumo di tabacco ambientale;
- oltre 200 i decessi per intossicazione acuta da CO.

Materiali da arredo e un grande numero di prodotti di consumo liberano sostanze tossiche, come i composti organici volatili, e possono essere causa di fenomeni allergici. Anche il microclima caldo-umido delle abitazioni, favorisce la crescita degli acari e dei funghi nella polvere domestica. Infine, alcuni composti chimici, anch'essi presenti negli ambienti confinati, sono noti o sospettati quali cause di irritazione o stimolazione dell'apparato sensoriale e possono dare vita ad una serie di sintomi comunemente rilevati nella cosiddetta "Sindrome da Edificio Malato".

Per quanto riguarda gli aspetti essenziali di prevenzione e protezione ambientale nelle aree urbane è prioritario assicurare il rispetto delle vigenti normative in materia di livelli consentiti di inquinanti atmosferici e adoperarsi per abbattere ulteriormente i livelli del PM10 e degli altri inquinanti. Il conseguimento di questo obiettivo richiede una serie complessa di interventi essenzialmente relativi al traffico automobilistico e agli impianti di riscaldamento.

In particolare, è importante:

- ridurre l'inquinamento atmosferico da fonti mobili, utilizzando strumenti legislativi e fiscali, migliorando le caratteristiche tecniche dei motori dei veicoli e la qualità dei carburanti;
- ridurre l'inquinamento atmosferico da fonti fisse, identificando le fonti inquinanti, migliorando i processi tecnici e cambiando i combustibili.

A causa della struttura particolare delle città italiane, questi due tipi di interventi dovrebbero prevedere restrizioni severe e regolamentazione del traffico nelle aree urbane, tenendo in considerazione tutte le tipologie di veicoli esistenti compresi i ciclomotori. Questi ultimi contribuiscono significativamente all'aumento delle concentrazioni di inquinanti pericolosi, come il benzene.

Per quanto riguarda l'inquinamento dell'aria negli ambienti confinati, significativi benefici per la salute sono prevedibili dall'attuazione di programmi di riduzione all'esposizione al radon, basati prioritariamente sull'aumento del numero di edifici pubblici sottoposti a misurazioni e a bonifica.

Il recente accordo approvato dalla Conferenza Stato-Regioni (27 settembre 2001, n. 252) indica le Linee Guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati, e rappresenta quindi il documento di riferimento per gli obiettivi e gli interventi in questo settore.

Tabella 1

- Gli inquinanti dell'aria:  
origini, sorgenti, effetti sulla salute e sull'ambiente
- Benzene: da un punto di vista tossicologico è classificato come un potente cancerogeno: viene emesso quasi integralmente dal trasporto su strada, per lo più direttamente (85%) e in parte per evaporazione durante il rifornimento di benzina o dai serbatoi delle automobili.

- **Biossido di zolfo:**  
noto anche come anidride solforosa, si forma per reazione tra lo zolfo contenuto in alcuni combustibili fossili (carbone, oli minerali pesanti) e l'ossigeno atmosferico. Le fonti di emissione sono soprattutto gli impianti industriali o di riscaldamento. Il composto irrita e, ad alte concentrazioni, danneggia gli epitelii delle vie respiratorie superiori predisponendo ad episodi infettivi acuti e cronici.
- **Idrocarburi non metanici (composti organici volatili):**  
nascono da processi di combustione incompleta o sono emessi da molti prodotti chimici (ad esempio solventi e vernici). I contributi principali vengono dal traffico veicolare e dalle industrie. Alcune classi di composti hanno marcati effetti cancerogeni (ad esempio gli idrocarburi policiclici aromatici).
- **Monossido di carbonio:**  
si forma per combustione incompleta dei combustibili a base carboniosa (naturali e fossili). Deriva da sorgenti industriali, ma soprattutto dal traffico (marmitte non catalizzate). E' un potente agente tossico perche' blocca la capacita' di trasporto di ossigeno nel sangue. Ad alte concentrazioni provoca dapprima malessere, disorientamento e infine stato di coma e morte.
- **Ossidi di azoto:**  
sono composti di azoto e ossigeno generati nei processi di combustione ad alta temperatura, per reazione dell'azoto e dell'ossigeno naturalmente presenti in atmosfera. Vengono prodotti dagli impianti di riscaldamento, dai cicli termici industriali, dalle centrali termoelettriche e, in misura oggi considerevole dagli autoveicoli. Provocano disturbi alle vie respiratorie profonde e causa maggiore predisposizione alle infezioni soprattutto nei soggetti affetti da patologie polmonari.
- **Ozono:**  
si origina per processi fotochimici (dipendenti cioe' dalla radiazione solare) partendo da ossidi di azoto e da composti organici volatili (idrocarburi non metanici). E' un inquinante secondario cioe' non e' emesso in quanto tale, ma si forma a partire da altri inquinanti (primari). Essendo un potente ossidante attacca i tessuti delle vie aeree, provoca disturbi alla respirazione, aggrava gli episodi di asma. E' particolarmente dannoso alla vegetazione, producendo cali di rese in molte colture agricole e defoliazione nelle foreste.
- **Particolato aerodisperso:**  
conosciuto anche come "polveri totali sospese" (PTS); puo' avere origini naturali (erosione dei suoli) o antropiche (combustibili legneo-cellulosici o fossili, eccetto il gas naturale). Il particolato entra nelle vie respiratorie spingendosi tanto piu' verso quelle profonde quanto minore e' il diametro delle particelle che lo costituiscono. Ha azione irritante nelle vie respiratorie superiori (faringe), ma nel sistema broncopolmonare puo' rilasciare composti tossici producendo o aggravando patologie respiratorie o svolgendo anche azione cancerogena.
- **Piombo:**  
veniva impiegato come additivo delle benzine tradizionali sotto forma di composti metallo-organici (piombo tetraetile) usati come anti detonanti. Il piombo viene rintracciato nel particolato aerodisperso e proviene in prevalenza dalle vecchie benzine "rosse". E' un elemento tossico e provoca alterazioni nel sistema nervoso e patologie neurologiche.
- **PM10:**  
Le cosiddette "polveri fini" sono costituite dalle particelle aerodisperse di diametro inferiore ai 10 micrometri (10 millesimi di millimetro) e pertanto classificate come PM10 (da Particulate Matter < 10 micrometri). Data la loro piccola massa restano piu' a lungo sospese in atmosfera e, a causa del loro piccolo diametro, sono in grado di penetrare nelle vie aeree profonde (bronchi e polmoni) depositandovi gli elementi e i composti chimici da cui sono costituite, quali metalli pesanti e idrocarburi. Il rischio tossicologico associato al PM10 e' percio' elevato. Da un recente studio epidemiologico condotto su un campione di citta' statunitensi e' emerso che un incremento di 10 microgrammi/metro cubo nella concentrazione atmosferica di PM10 provoca un aumento dallo 0,5% allo 0,7% delle cause generali di morte. E' un corrispondente incremento dei decessi dovuti a patologie cardio respiratorie. Analoghi studi condotti su citta' europee, hanno evidenziato dati che se applicati (con tutte le incertezze e cautele del caso) a una citta' media europea di un milione di abitanti che registri una concentrazione media di polveri fini di 50 microgrammi/metro cubo rispetto al valore limite indicato dalla recente direttiva europea di 40 microgrammi/metro cubo (tale e' il caso di alcune tra le principali citta' italiane), implicherebbero un incremento di 500 decessi annui e un controvalore economico per le giornate lavorative perdute di almeno 20 milioni di euro per anno.

#### 4.2.1. L'amianto

Ogni anno circa 1000 italiani muoiono per mesotelioma pleurico o peritoneale causati prevalentemente dall'esposizione ad amianto e altri 1000 per cancro polmonare attribuibile all'amianto.

Nello stesso periodo di tempo si verificano circa 250 casi di asbestosi.

E' documentata anche la comparsa di mesoteliomi a seguito di esposizione ambientale non lavorativa in residenti in aree prossime a pregressi impianti di lavorazione dell'amianto o a cave in soggetti che non sono mai stati addetti alla lavorazione dell'amianto.

Dati i lunghi periodi di latenza, gli effetti dell'amianto, in misura simile a quella riscontrata negli anni '90, sono destinati a prolungarsi nel tempo anche se, per effetto della legge 27 marzo 1992, n. 257, in Italia non sono piu' consentite attivita' di estrazione, importazione, commercio e esportazione di amianto e materiali contenenti amianto.

Vi e', poi, un numero difficilmente stimabile di lavoratori esposti per la presenza di amianto come isolante in una molteplicita' di luoghi di lavoro (quali ad esempio industria chimica, bellica, raffineria, metallurgia, edilizia, trasporti, produzione di energia), ed un numero anch'esso difficilmente stimabile di soggetti residenti in prossimita' di stabilimenti nei quali e' stato lavorato l'amianto.

Il censimento di queste situazioni, previsto dalla citata legge del 1992, procede con lentezza, ed in assenza di dati attendibili sulla mappa delle esposizioni, anche le attivita' di risanamento ambientale procedono in modo relativamente frammentario ed episodico.

E' quindi prioritaria una piu' idonea strategia per la bonifica dei siti dove si lavorava amianto e una verifica della presenza di residui di amianto nelle vicinanze degli stessi.

E' necessario, poi, elaborare ed adottare d'intesa con le Regioni, Linee Guida che indirizzino l'attivita' delle strutture sanitarie a fini di prevenzione secondaria e sostegno psico-sociale delle persone esposte in passato ad amianto.

Presentano anche carattere prioritario l'aggiornamento e l'estensione degli studi epidemiologici che, insieme alla mappatura delle esposizioni attuali e pregresse, possano fornire basi piu' solide agli interventi di risanamento ambientale e criteri per il sostegno sanitario e psicologico alle popolazioni esposte.

#### 4.2.2. Il benzene

Per quanto riguarda il benzene, nota sostanza cancerogena per l'uomo, l'esposizione avviene principalmente nell'ambiente esterno urbano a causa degli scarichi dei motori a combustione a benzina.

Il benzene puo' essere emesso sia come prodotto di combustione (che si forma a partire dai componenti della benzina, in particolare idrocarburi aromatici), sia in forma di sostanza incombusta, per evaporazione dal carburatore, dal serbatoio e da altre parti dei veicoli.

Un'altra sorgente di rilievo in ambito urbano e' rappresentata dalla distribuzione, dall'immagazzinamento e dalla manipolazione di carburanti contenenti benzene.

Per quanto concerne specificamente gli ambienti interni degli edifici, le sorgenti di maggior rilievo risultano essere alcuni prodotti di consumo, come adesivi, materiali di costruzione e vernici. L'emissione di tali prodotti e' funzione della temperatura e, in particolare nel caso delle vernici, decresce con il tempo.

Inoltre, il fumo di sigaretta contiene quantitativi di benzene significativi e considerevolmente variabili.

L'evaporazione del benzene ha anche influenza sulle concentrazioni indoor attribuibili a parcheggi interni agli edifici e sull'esposizione all'interno delle auto.

Uno dei problemi tipici degli ambienti urbani italiani e' quello della elevatissima densita' di auto parcheggiate in quasi tutte le strade, a cui corrisponde una considerevole emissione evaporativa dai serbatoi e altre parti delle auto.

Ulteriori condizioni nelle quali si puo' realizzare l'esposizione al benzene sono quelle particolari di alcuni ambienti di lavoro quali, ad esempio, l'industria della gomma.

L'obiettivo di ridurre l'esposizione al benzene e' stato perseguito con successo attraverso la riduzione del benzene nella benzina, ma e' indispensabile continuare con determinazione gli sforzi intrapresi.

I dati disponibili non indicano in modo chiaro quanto la catalizzazione delle auto abbia contribuito a ridurre l'emissione di benzene, anche se certamente vi sono stati dei significativi benefici.

Una valutazione appropriata della possibile riduzione futura delle emissioni in rapporto al cambiamento del parco auto e' essenziale a fini strategici per comprendere quali obiettivi siano effettivamente conseguibili in tal modo.

Appare, comunque, importante prevedere un qualche sistema di controllo della funzionalita' dei dispositivi di abbattimento.

In base ai dati oggi forniti dai sistemi di monitoraggio, non sembra al momento possibile prescindere da una riduzione e razionalizzazione del traffico, quantomeno nelle aree critiche.

Le concentrazioni indoor, oltre che dall'ovvia eliminazione del fumo di tabacco dagli ambienti di vita e di lavoro, potrebbero essere prevedibilmente ridotte da un'ottimizzazione dei sistemi di parcheggio delle auto all'interno degli edifici, con sistemi di ventilazione ed aerazione e altri metodi utili a ridurre la penetrazione del benzene nelle abitazioni a partire dai luoghi in cui sono posteggiate le auto.

E', infine, indispensabile realizzare idonee reti di rilevazione per il benzene con particolare riferimento alle aree urbane.

#### 4.3. La carenza dell'acqua potabile e l'inquinamento

In Italia solo i due terzi della popolazione riceve quantita' sufficienti di acqua per tutto l'anno, circa il 13% degli Italiani non riceve sufficienti quantita' di acqua per un quarto dell'anno e circa il 20% per due/tre quarti dell'anno.

Inoltre, in molte parti d'Italia, per le quali vi sono dati disponibili, i caratteri organolettici dell'acqua come torbidita', colore, odore o sapore sono di bassa qualita'.

La proporzione della popolazione che non beve o beve raramente acqua di rubinetto e' elevata in tutte le aree, soprattutto nelle Isole e nel Nord-Ovest.

Per quanto riguarda l'inquinamento, sono quasi scomparse le epidemie idriche causate dai tradizionali patogeni quali Salmonella, Shigella e Vibrio, ma permane problematica la valutazione del rischio microbiologico di altri agenti biologici patogeni diffusibili attraverso l'acqua potabile.

Inoltre, la popolazione italiana resta

esposta, attraverso l'acqua potabile, a bassi livelli di numerosi composti chimici, fra i quali vi sono i residui dei prodotti fitosanitari, i nitrati, i sottoprodotti della disinfezione delle acque a fini di potabilizzazione e le cessioni da parte dei materiali con i quali sono state realizzate le reti di captazione, adduzione e distribuzione dell'acqua all'utenza.

Problemi di miglioramento delle caratteristiche delle acque si pongono, inoltre, per il parametro boro e per il parametro arsenico poiche' in alcune situazioni, peraltro limitate e localizzate, e' accertata la presenza di dette sostanze nelle acque in concentrazioni superiori alle concentrazioni massime ammissibili, per cause connesse alla natura geologica dei suoli.

Per il prossimo futuro occorrera' promuovere le seguenti azioni:

- riduzione della quantita' di prodotti impiegati in agricoltura e autorizzazione dei preparati fitosanitari a minor impatto sull'ambiente e sulla salute umana;
- adozione di norme per la buona pratica agricola, al fine di ottimizzare l'impiego dei fertilizzanti e minimizzare il loro impatto sull'ambiente;
- promozione di un adeguato monitoraggio ambientale ed indagini epidemiologiche mirate, con particolare riferimento ai potenziali effetti dei contaminanti chimici dell'acqua potabile sulle funzioni riproduttive umane;
- miglioramento delle tecnologie acquedottistiche;
- ottimizzazione della gestione e incentivazione della ricerca di disinfettanti integrativi/alternativi del cloro e suoi composti;
- incremento della tutela delle acque dai processi di contaminazione urbana, agricola o industriale;
- intensificazione dell'attivita' di controllo dei contaminanti chimici, fisici e biologici delle acque potabili con l'esclusione dell'erogazione delle acque non conformi.

#### 4.4. Le acque di balneazione

La normativa italiana relativa al controllo delle acque di balneazione ha fissato, per gli indicatori microbiologici di contaminazione fecale, valori limite piu' restrittivi rispetto alla direttiva europea attualmente in vigore. Inoltre, la normativa italiana considera "acque di balneazione" le acque nelle quali la balneazione e' espressamente autorizzata dalle Autorita' e non vietata, mentre la direttiva europea stabilisce che "acque di balneazione" sono da considerarsi quelle dove la balneazione e' praticata da "un congruo numero di bagnanti". Questo comporta che in Italia, tranne le zone non idonee per motivi diversi dall'inquinamento e quelle verificate non idonee per inquinamento, tutte le acque siano considerate "acque di balneazione".

A causa di cio' il nostro Paese ha un numero di punti di campionamento controllati di gran lunga superiore a qualsiasi altro Paese dell'Unione Europea.

L'osservazione dei dati raccolti negli ultimi anni, durante le campagne di controllo svolte in base al Decreto del Presidente della Repubblica 8 giugno 1982, n. 470, porta a riconoscere un generale miglioramento della qualita' delle acque delle zone costiere italiane, valutato in funzione dei chilometri di costa controllata.

L'ulteriore miglioramento della qualita' delle acque di balneazione passa attraverso la riduzione della contaminazione ambientale, un opportuno ed idoneo trattamento di tutti gli scarichi, urbani e non, un'adeguata progettazione degli impianti di depurazione, ed il censimento regolare e continuativo degli scarichi.

#### 4.5. L'inquinamento acustico

L'inquinamento acustico causato dal traffico, dalle industrie, dalle attivita' ricreative interessa circa il 25% della popolazione europea, provocando sia disagi che danni alla salute.

Infatti, anche se le conseguenze dell'esposizione al rumore a bassi livelli variano da individuo ad individuo, un'esposizione prolungata nel tempo, che raggiunge determinati valori di pressione sonora, e' causa, in tutta la popolazione, di effetti nocivi sull'organo dell'udito e sull'intero organismo.

Per un'esposizione ad elevati livelli, protratta per anni, quale puo' riscontrarsi in alcuni ambienti di lavoro, si registra un abbassamento irreversibile della soglia uditiva. Anche in relazione a esposizione a piu' bassi livelli di rumore si registrano nell'intero organismo, secondo il perdurare dello stimolo, una serie di modificazioni a carico di vari organi ed apparati.

Numerose indagini dimostrano che nella maggior parte delle citta' italiane esaminate i livelli di rumore sono superiori ai livelli massimi previsti dalle norme vigenti sia di giorno che di notte. Per quanto riguarda l'esposizione al rumore negli ambienti di lavoro, si puo' stimare, in maniera

conservativa, che la popolazione dei lavoratori esposti a piu' di 90 dB(A) di Leq (Livello Equivalente di pressione sonora) sia pari almeno alle 100.000 unita', e le ipoacusie professionali rimangono di gran lunga la prima tecnopatia in Italia, contribuendo con piu' del 50% al totale delle malattie professionali indennizzate.

Da quanto esposto scaturisce con urgenza la necessita' di interventi, sia negli ambienti di lavoro che negli ambienti di vita, finalizzati alla riduzione dell'esposizione al rumore.

Per quanto riguarda gli ambienti di vita, la limitazione del traffico veicolare e' soltanto uno degli strumenti per migliorare la qualita' ambientale, e deve essere integrata con altre azioni individuabili a livello locale, nazionale, comunitario: dalla pianificazione urbanistica, alla viabilita' e conseguente regolamentazione dei flussi di traffico, al potenziamento dell'attivita' di controllo e repressione dei comportamenti eccessivi, agli incentivi economici per lo svecchiamento dei mezzi di trasporto pubblici e privati, al finanziamento dell'attivita' di ricerca per lo sviluppo di veicoli a basse emissioni di inquinanti, alla zonizzazione acustica (classificazione del territorio comunale in 6 classi in base ai livelli di rumore), al piano di risanamento acustico comunale.

Per quanto riguarda l'esposizione negli ambienti di lavoro, quattro sono i livelli di azione da intraprendere per ridurre l'incidenza sulla salute di questo fattore di rischio:

1. migliorare gli standard di sicurezza e tutela aziendali tramite una piu' corretta e puntuale applicazione della vigente legislazione;
2. incrementare l'azione di vigilanza a livello territoriale sulla corretta applicazione della vigente legislazione in materia;
3. completare l'emanazione dei decreti attuativi previsti dal Decreto Legislativo 15 agosto 1991, n. 277;
4. attuare una politica di incentivazione e di sostegno alle aziende che vogliono attuare interventi di riduzione della rumorosita' negli ambienti di lavoro.

I macrosettori produttivi ai quali dovrebbero essere indirizzati i maggiori sforzi sono quello metalmeccanico, quello edile e quello estrattivo.

Il testo di questo provvedimento non riveste carattere di ufficialita' e non e' sostitutivo in alcun modo della pubblicazione ufficiale cartacea. La consultazione e' gratuita.

Fonte: Istituto poligrafico e Zecca dello Stato