

## *Introduzione*

La presente Relazione illustra i contenuti culturali e scientifici che hanno portato alla elaborazione del PSN 2003/2005 e alla sua condivisione in sede istituzionale con Regioni e Autonomie Locali.

Le azioni proposte intendono rappresentare linee di indirizzo generali per tutti gli operatori della sanità, indicando le possibili strategie da intraprendere per raggiungere gli obiettivi indicati, con la previsione di un periodico aggiornamento per rispondere all'emergere di nuove priorità, anche sulla base dell'esperienza che deriverà dall'applicazione del PSN 2003-2005. E' questo il primo ad essere varato in uno scenario sociale e politico in cui la funzione dello Stato in materia di sanità non è più quella di organizzatore e gestore di servizi, ma di garante dell'equità e del diritto alla salute di tutti i cittadini sul territorio nazionale.

In particolare, la Relazione, che accompagna il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, contiene l'indicazione illustrativa dei possibili modelli organizzativi che, sul piano istituzionale, saranno oggetto di successivi accordi con le Regioni.

Sono convinto che il PSN 2003-2005 e gli accordi che saranno stipulati con le Regioni costituiscano un rinnovato e condiviso "Progetto per la salute", con la finalità di attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario.

Un ringraziamento particolare va indirizzato alle Direzioni Generali del Ministero della Salute, ai Rappresentanti delle Regioni e a tutti coloro che hanno collaborato alla stesura del presente Piano, elencati in appendice.

Il Ministro della Salute  
Prof. Girolamo Sirchia



## Indice

**Il quadro di riferimento**

1.	I nuovi scenari e i fondamenti del Servizio Sanitario Nazionale	6
1.1.	Il primo Piano Sanitario Nazionale dopo il cambiamento	6
1.1.1.	L'etica del sistema	8
1.2.	Dalla sanità alla salute: la nuova visione ed i principi fondamentali	10

**Parte Prima: I dieci progetti per la strategia del cambiamento**

2.	I dieci progetti per la strategia del cambiamento:	14
2.1.	Attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza e ridurre le liste di attesa	14
2.2.	Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili	18
2.2.1.	La cronicità, la vecchiaia, la disabilità: una realtà della società italiana che va affrontata con nuovi mezzi e strategie	18
2.2.2.	Le sfide per il Servizio Sanitario Nazionale	25
2.2.3.	Un modello di cura ed assistenza a domicilio (integrazione tra ospedale, medicina territoriale e servizi sociali)	28
2.2.4.	Ipotesi per la realizzazione di servizi distrettuali per la non autosufficienza in Italia	30
2.3.	Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche	31
2.4.	Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità	36
2.5.	Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità	38
2.6.	Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere	42
2.7.	Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari	47
2.7.bis	Potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza	49
2.8.	Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari	57
2.9.	Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute	64
2.10.	Promuovere un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza	71

**Parte Seconda: Gli obiettivi generali**

3.	La promozione della salute	76
3.1.	Vivere a lungo, vivere bene	76
3.2.	Combattere le malattie	77
3.2.1.	Le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari	77

3.2.2.	I tumori	78
3.2.3.	Le cure palliative	80
3.2.4.	Il diabete, le malattie metaboliche, l'obesità, ed i disturbi del comportamento alimentare	82
3.2.5.	Le malattie respiratorie e allergiche	88
3.2.6.	Le malattie reumatiche ed osteoarticolari	89
3.2.7.	Le complicanze della menopausa	90
3.2.8.	Le malattie rare	91
3.2.9.	Le malattie trasmissibili prevenibili con la vaccinazione	93
3.2.10.	La sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le malattie a trasmissione sessuale	95
3.3.	Ridurre gli incidenti e le invalidità	96
3.4.	Sviluppare la riabilitazione	98
3.5.	Migliorare la medicina trasfusionale	99
3.6.	Promuovere i trapianti di organo	101
4.	L'ambiente e la salute	103
4.1.	I cambiamenti climatici e le radiazioni ultraviolette	103
4.2.	L'inquinamento atmosferico	103
4.2.1.	L'amianto	108
4.2.2.	Il benzene	109
4.3.	La carenza dell'acqua potabile e l'inquinamento	110
4.4.	Le acque di balneazione	111
4.5.	L'inquinamento acustico	112
4.6.	I campi elettromagnetici	113
4.7.	Lo smaltimento dei rifiuti	115
4.8.	Pianificazione e risposta sanitaria in caso di eventi terroristici ed emergenze di altra natura	116
4.9.	Salute e sicurezza nell'ambiente di lavoro	119
5.	La sicurezza alimentare e la sanità veterinaria	123
6.	La salute e il sociale	127
6.1.	Le fasce di povertà e di emarginazione	128
6.2.	La salute del neonato, del bambino e dell'adolescente	130
6.3.	La salute mentale	135
6.4.	Le tossicodipendenze	141
6.5.	La sanità penitenziaria	149
6.6.	La salute degli immigrati	150
	Ringraziamenti	153

**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 è il primo ad essere varato in uno scenario sociale e politico radicalmente cambiato.

La missione del Ministero della Salute si è significativamente modificata da “pianificazione e governo della sanità” a “garanzia della salute” per ogni cittadino. Il Servizio Sanitario Nazionale è un importante strumento di salute, ma non è 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 sanità italiana ed era già 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, improntato alla sussidiarietà, intesa come partecipazione di diversi soggetti alla gestione dei servizi, partendo da quelli più vicini ai cittadini.

Significativi passi in avanti sono stati realizzati con la modifica del titolo V della Costituzione e, nella seconda metà 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 potestà di legislazione concorrente dello Stato e delle Regioni e della potestà regolamentare delle Regioni in materia di sanità.

Rientrano 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’articolo 32 della Costituzione. In altri termini lo Stato formulerà i principi fondamentali, ma non interverrà sul come questi principi ed obiettivi saranno attuati, perché ciò diviene competenza esclusiva delle Regioni.

Il ruolo dello Stato in materia di sanità si trasforma, quindi, da una funzione preminente di organizzatore e gestore di servizi a quella di garante dell’equità sul territorio nazionale.

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

- garantire a tutti l'equità del sistema, la qualità, l'efficienza e la trasparenza anche con la comunicazione corretta ed adeguata;
- evidenziare le disuguaglianze e le iniquità e promuovere le azioni correttive e migliorative;
- collaborare con le Regioni a valutare le realtà 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 più gravi, ulteriori e più avanzati traguardi e miglioramenti vanno perseguiti nella qualificazione dell'assistenza, nell'utilizzo più razionale ed equo delle risorse, nell'omogeneità dei livelli di prestazione e nella capacità di interpretare meglio la domanda e i bisogni sanitari.

Inoltre, non va dimenticato che la popolazione anziana nel nostro Paese è cresciuta e cresce di numero più che in altri Paesi europei ed è 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 è 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 del 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 DPCM 29 novembre 2001 e successive integrazioni.

Ciò avviene, peraltro, in coerenza con l'Unione Europea e le altre Organizzazioni internazionali, quali l'Organizzazione Mondiale della Sanità (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 è 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, può adottare provvedimenti per fissare i livelli di qualità e sicurezza per organi e sostanze di origine umana, sangue ed emoderivati nonché misure nei settori veterinario e fitosanitario, il cui obiettivo primario sia la protezione della sanità pubblica.

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

- la lotta contro i grandi flagelli dell'umanità, le malattie trasmissibili, quelle rare e quelle legate all'inquinamento;
- la riduzione della mortalità e della morbilità correlate alle condizioni di vita e agli stili di vita;
- l'incoraggiamento ad una maggiore equità nella sanità dell'Unione Europea (U.E.), da perseguire attraverso la raccolta, analisi e distribuzione delle informazioni;
- la reazione rapida a pericoli che minaccino la salute pubblica;

- la prevenzione sanitaria e la promozione della salute.

Anche in questo campo con i commi secondo e quarto dell'articolo 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 è significativo in questa prospettiva tenuto conto anche della recente elaborazione della "strategia sociale" comunitaria avviata dal Consiglio Europeo di Lisbona, poi 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 più 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 contiene:

- la specificazione degli obiettivi strategici di salute;
- le linee di sviluppo per gli altri obiettivi di salute.

L'efficacia del Piano dipende dall'attuazione di una produttiva cooperazione fra i diversi livelli di responsabilità, 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 è necessaria una impostazione intersettoriale delle politiche per la tutela della salute, che contempra 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, più 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 è diretto e con le quali è stato costruito

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

La necessità di garantire ai cittadini un sistema sanitario equo diviene sempre più urgente per il nostro Paese. L'equità dovrebbe guidare le politiche sanitarie, ma è stata finora sottovalutata dal dibattito, uscendo spesso perdente nel conflitto con l'efficienza. Si sono create così diverse



iniquità 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 libertà di scelta dei malati, alla insufficiente attenzione posta al finanziamento e all'erogazione dei servizi per cronici ed anziani fino alla doppia corsia realizzatasi presso molti Ospedali con il sistema attuale di libera professione intramoenia: non è infrequente, infatti, che l'azienda ed il personale sanitario siano concordemente favorevoli ad offrire come alternativa all'attesa prolungata per alcune prestazioni le stesse prestazioni a pagamento. Iniquità genera iniquità e le lunghe liste di attesa innescano talvolta il sistema perverso della raccomandazione, per cui il servizio può 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 sanità 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 è centrale, ma anche la salute e gli interessi della collettività vanno tutelati. In altri termini non si può evitare il conflitto tra interesse dei singoli e interesse della collettività. Ad esempio, la somministrazione di antibiotici per infezioni minori può giovare al singolo paziente, ma nuoce alla collettività perché aumenta la resistenza dei batteri agli antibiotici.
- 3) Visione olistica del paziente, che significa prendersi cura di tutti i suoi problemi e assicurargli continuità di assistenza (dobbiamo sforzarci continuamente di essere ad un tempo specialisti e generalisti).
- 4) Collaborazione. Degli operatori della sanità tra loro e con il paziente, con il quale è indispensabile stabilire un rapporto di partenariato: "*Nulla che mi riguardi senza di me*" è il motto del paziente che dobbiamo rispettare (*Maureen Bisognano, Institute of Health Care Improvement, Boston*).
- 5) Miglioramento. Non è sufficiente fare bene, dobbiamo fare meglio, accettando il nuovo e incoraggiando i cambiamenti migliorativi. Vi è ampio spazio per migliorare, giacché 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) Onestà, trasparenza, affidabilità, rispetto della dignità 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 sanità e la *libera scelta* del paziente.

A questi principi il Piano Sanitario Nazionale intende ispirarsi, proponendo azioni concrete e progressive per attuarli, nella logica 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 residenza di strutture sanitarie idonee a fornire le prestazioni di qualità richieste.

*La responsabilizzazione* piena dei soggetti e delle istituzioni incaricati di organizzare e 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. E', 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, concorrere allo sviluppo di forme di supporto ai familiari dei pazienti è molto rilevante sotto il profilo sociale.

*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 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 è costituito dalla definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, da assicurare e garantire su tutto il territorio nazionale.

Tale definizione è 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 è 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 qualità-costi.

L'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza, che in realtà più che i livelli definisce in chiaro il tipo di prestazioni erogate dal SSN, costituisce l'avvio di una nuova fase per la tutela sanitaria, in quanto per la prima volta si dà seguito all'esigenza, emersa da anni, di garantire ai cittadini un servizio sanitario omogeneo in termini di quantità e qualità 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 DPCM del 29 novembre 2001, in attuazione dell'art. 6 della legge 405/01 ha definito i confini a carico del SSN utilizzando due concetti principali:

- a) quello di servizi "essenziali", intesi come accettabili sul piano sociale nonché tecnicamente appropriati ed efficaci in quanto fondati sulle prove di evidenza ed erogati nei modi economicamente più efficienti;
- b) quello delle "liste negative" consistente nell'individuare precisamente ciò che non deve più essere erogato con finanziamenti a carico del SSN.

Il significato innovativo dell'introduzione dei LEA è consistito nell'aver definito i diritti sanitari dei cittadini in modo complessivo e non in termini residuali (anche per questo i LEA non possono essere 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 complessità 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 qualità 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 è 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'equità 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, è 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 modalità 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'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, per assicurare trasparenza, confrontabilità e verifica dell'assistenza erogata attraverso i LEA con un sistema di indicatori essenziali, pertinenti e caratterizzati da dinamicità 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 è stata individuato ed istituito quale Commissione (C-LEA), per le attività 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.

Il tavolo C-LEA dovrà inoltre procedere a definire i seguenti altri punti:

- 1) stabilire la quantità di prestazioni per milione di abitanti, così da definire uno standard di quantità di servizi sanitari;
- 2) definire l'appropriatezza delle prestazioni, affidando la stesura di linee guida ad organismi scientifici ed implementandone poi con il loro aiuto. E' proprio dall'adeguata definizione della quantità delle prestazioni e della loro appropriatezza (ossia dei punti 1 e 2 tra loro combinati), che si giunge a contenere le liste di attesa entro limiti massimi accettabili. Ne deriva quindi che automaticamente si può giungere alla definizione delle liste di attesa massima per ogni prestazione importate o viceversa dalle liste di attesa si può risalire alla definizione della quantità dei servizi e della loro appropriatezza;

- 3) definire la qualità delle prestazioni sanitarie ossia gli standard di qualità del sistema che, oltre ai consueti indicatori di struttura e di processo, devono prevedere, almeno per le alte specialità, misurazioni degli *outcomes*. Il successivo confronto tra le strutture in base agli esiti consente, da un lato, di definire i Centri di Eccellenza anche a livello europeo e, dall'altro, di stimolare tutti i Centri a migliorare la propria qualità. Questo parametro è importante anche per valutare se la libera circolazione dei pazienti in Europa che, come sappiamo, avviene in molti casi alla ricerca di prestazioni di alta specialità eccellenti, possa essere regolata, offrendo agli Stati membri una possibilità di consentire del tutto o in parte la migrazione sanitaria dei propri cittadini.

Con il collegato alla finanziaria 2003 è stata istituita una Commissione unica per i dispositivi medici cui è 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 garantirà 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 qualità 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 responsabilità 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), che garantisce, a parità di risorse impiegate, che siano effettuati gli indispensabili interventi di manutenzione degli elenchi delle prestazioni ricomprese nei LEA, proponendone la introduzione, la sostituzione o la cancellazione con le procedure previste dalla normativa vigente;
- la Commissione unica per i dispositivi medici (CUD), che garantisce che l'utilizzo dei dispositivi medici nella varie tipologie di prestazioni sia ispirato a criteri di qualità e sicurezza, assicurando anche la congruità 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.

Sotto questo profilo appare opportuno che la libera professione intramuraria sia organizzata in maniera tale da non interferire con la durata delle liste di attesa. In particolare, deve essere lasciata alle Regioni e alle Aziende Sanitarie la possibilità di utilizzare la libera professione dei sanitari per assicurare ore di lavoro addizionali alle strutture da cui dipendono, di rendere compartecipi i sanitari al fatturato del reparto in cui operano, di impiegare personale aggiuntivo assunto con contratto di collaborazione professionale e di esternalizzare servizi. Il tutto ai fini di ridurre le liste di attesa. Questa possibilità è stata realizzata con l'accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002, aggiunto come Allegato 5 al DPCM del 29 novembre 2001, che prevede anche l'obbligo per le Regioni di rilevare sistematicamente e comunicare i tempi di attesa delle prestazioni di diagnosi e cura.

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.

Infine, una corretta impostazione del problema dei tempi di accesso e la realizzazione di interventi migliorativi dipendono in larga misura dalla capacità di realizzare sia un unico centro di prenotazione per l'accesso alla struttura da parte degli utenti sia un monitoraggio affidabile dei dati. Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), definito congiuntamente da Ministero e Regioni, è concepito come un sistema informativo unitario, basato sulla cooperazione e l'integrazione dei diversi sistemi informativi gestiti in piena autonomia dai singoli soggetti istituzionali, centrali, regionali e locali del Servizio Sanitario Nazionale. Il modello architeturale del Sistema Informativo Sanitario attua una piena condivisione delle informazioni prodotte dai diversi protagonisti (medici, ospedali, ASL, Regioni o Province Autonome, amministrazioni centrali) che insistono sui medesimi processi gestionali e decisionali. Tramite la realizzazione del NSIS si potrà disporre di strumenti di governo, di servizio, di formazione, di comunicazione.

#### **a) Gli obiettivi strategici**

Gli obiettivi strategici in questo campo sono i seguenti:

- 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;

- realizzare il Nuovo Sistema Informativo Sanitario ed i Centri Unici di Prenotazione;
- 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.

***b) Obiettivi per i prossimi tre anni***

Nel corso dei prossimi tre anni occorrerà:

- sviluppare un sistema di indicatori pertinenti e continuamente aggiornati per il monitoraggio della applicazione dei LEA, incrementando gli indicatori del livello territoriale e dell'ambiente di lavoro;
- concordare con le Regioni le modalità per la verifica e il controllo della loro applicazione;
- aggiornare con cadenza periodica i LEA in termini di indicatori di appropriatezza e di tipologia delle prestazioni tramite la Commissione nazionale nominata dal Ministero della Salute e dalle Regioni (Commissione Nazionale per la manutenzione dei LEA);
- rendere pubblici i tempi di attesa per le prestazioni appropriate, filtrando quelle non appropriate e ponendo in priorità quelle relative alle patologie più invalidanti e urgenti;
- monitorare i tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali e di ricovero;
- sperimentare gli strumenti più efficaci compresi quelli previsti dall'accordo Stato Regioni che includono nuove modalità per la realizzazione di condizioni di uniformità e trasparenza delle liste di prenotazione alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

**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. In questo ambito le Regioni, attraverso le ASL ed i medici di medicina generale e utilizzando i premi di risultato nel contesto della convenzione con questi ultimi, ma anche operando con una capillare informazione ai cittadini, hanno davvero la possibilità di incidere in modo rilevante.

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. Un'azione concertata tra ASL e Comuni (quando questi non abbiano conferito alle ASL la delega per l'assistenza sociale) per attivare Centri di aggregazione per gli anziani, che sviluppino attività di socializzazione e di cultura ma anche di ginnastica dolce e comunque di attività fisica, è assolutamente essenziale. Le Campagne istituzionali di comunicazione possono essere di grande aiuto anche in tal senso.

La delega dell'assistenza sociale alle ASL, attuata da diversi Comuni, può essere un modo efficace per realizzare una vera integrazione socio-sanitaria. Laddove ciò non è avvenuto, ed in particolare nelle grandi città, l'integrazione è difficile, soprattutto per le differenti linee gerarchiche e di afferenza del personale preposto. In queste condizioni può essere presa in considerazione l'opportunità che le Istituzioni (ASL e Comune tra loro consorziati) affidino l'intero servizio integrato o parte di esso ad un gestore terzo, possibilmente del privato sociale. Questo potrebbe, quindi, gestire uno "sportello" per la presa in carico globale dell'assistito ed organizzare, tramite la rete di servizi esistenti, il percorso preventivo curativo-riabilitativo-assistenziale e più adatto. Esperienze simili sono state realizzate sia in Italia sia all'estero, ad esempio per la gestione dei malati di mente, coinvolgendo anche le famiglie e le Associazioni di volontariato.

L'affidamento al privato-sociale potrebbe essere previsto anche per la gestione dei Reparti di riabilitazione estensiva o gli stessi Hospice da parte degli Ospedali minori riconvertiti in *Centri Distrettuali di Salute*. Queste possibilità andrebbero sperimentate anche con l'intento di disegnare modelli più efficaci di assistenza socio-sanitaria che, salvo lodevoli eccezioni, sono ancora poco studiati e sviluppati nel nostro Paese.

Per le disabilità più marcate la disponibilità di Centri territoriali ambulatoriali o residenziali di riabilitazione è spesso essenziale. In tal senso, il ridisegno della rete ospedaliera e la conversione di alcuni Ospedali minori in *Centri Distrettuali di Salute*, dotati di strutture ambulatoriali o di residenze diurne, unitamente all'istituzione di Reparti di riabilitazione intensiva o estensiva, potrà aumentare la disponibilità oggi limitata ad

alcune aree del Paese. Presso questi Ospedali riconvertiti potranno trovare sede anche gli Hospice per i pazienti più gravi, ricordando che questi non devono essere considerati come il luogo dove si va a morire, ma Centri di assistenza ai quali fare riferimento per le cure (incluse quelle palliative), sia restando a domicilio sia per alcuni periodi in regime di ricovero. Anche gli Hospice, quindi, debbono rientrare nella logica dell'"*Ospedale a domicilio*", secondo la quale il personale sanitario assiste il paziente sia a domicilio, (individuale o collettivo) sia in regime di ricovero, a seconda delle opportunità e delle necessità del malato e della sua famiglia. Senza questa apertura all'esterno, nella logica di un'assistenza continua ad opera di una stessa équipe di specialisti, non si potrà offrire ai malati cronici il servizio di cui necessitano. Anche in questo ambito i poteri di intervento delle Regioni e delle ASL sono determinanti. Il raccordo dell'Ospedale a domicilio con il medico di medicina generale e con il Distretto è inoltre essenziale per garantire continuità di assistenza al paziente dopo la chiusura della cura ospedaliera, ancorché a domicilio.

Un altro importante intervento in favore degli anziani è la realizzazione in ambito odontoiatrico di un programma di assistenza protesica riabilitativa da erogare in regime di gratuità agli anziani con gravi difficoltà di masticazione socialmente deboli che è stato avviato nella regione Lazio, in via sperimentale, a partire dal Gennaio 2003.

L'anziano vive meglio al 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. E', quindi, necessario supportare la famiglia in questo compito. Ciò può essere effettuato direttamente dal Distretto, purché integri davvero il sociale e il sanitario, oppure si può ricorrere al *voucher*, o buono di sostegno economico che consente alle famiglie o agli anziani stessi di acquistare, dove più ritengono opportuno, il servizio loro necessario. Quest'ultimo meccanismo presenta il vantaggio di attivare un mercato di erogatori di servizi, ma implica che comunque l'Istituzione debba informare ed assistere gli interessati nella scelta e sappia correttamente accreditare e valutare i fornitori.

Un utile strumento di sostegno alla famiglia sono anche i *Centri Diurni integrati*, dove l'anziano disabile viene trasportato durante le ore diurne per essere accudito e ricevere una serie di servizi medici e sociali, ivi inclusa l'assistenza per l'igiene personale.

Qualora non disponga di un nucleo familiare, ma sia sufficientemente autonomo, l'anziano può anche vivere da solo al proprio domicilio. Spesso, tuttavia, l'autosufficienza non è totale ed in tal caso può essere utile istituire la figura del "*Custode Sociale*", ovvero di una figura specializzata che funga da punto di riferimento per gli anziani soli e si preoccupi di valutare e soddisfare i loro bisogni, ricorrendo alle reti di servizi sanitari e sociali istituzionali o alle reti amicali e solidaristiche, che possono contribuire ad aiutare l'anziano nei bisogni della vita quotidiana ed evitarne l'isolamento. L'esperienza dei *Custodi Sociali* ha avuto molto successo nella sperimentazione milanese presso alcuni grandi caseggiati periferici, ed è stata gestita con fondi pubblici e privati da un privato sociale che ha avuto

anche il compito di selezionare, preparare e gestire il personale assunto per questo incarico. L'esperienza ha dimostrato che non solo l'iniziativa è molto gradita agli anziani, ma è anche uno strumento atto a ritardarne il ricovero in residenze collettive o in Residenze Socio-Assistenziali (RSA), assai meno vantaggiose anche dal punto di vista economico.

Elementi critici di queste esperienze sono stati i seguenti:

- il personale è stato preparato, selezionato e gestito da un privato sociale e non dall'Istituzione pubblica;
- l'operatività di ogni postazione (costituita da due operatori per 10 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana);
- il coinvolgimento di privati cittadini e di volontari per aiutare chi ha bisogno anziché la sola delega all'Istituzione, così da rinsaldare i legami e le responsabilità personali che sono alla base di una società civile e solidale.

Quando l'autosufficienza viene meno, l'anziano necessita in molti casi di una residenza collettiva, che può essere inizialmente una *casa-famiglia* con assistenza infermieristica saltuaria, ma con presenza di una governante, che assista un piccolo nucleo di anziani di estrazione il più possibile omogenea (una decina di persone che abbiano interessi simili) con servizi di socializzazione e di riabilitazione almeno saltuari. Successivamente, quando l'autosufficienza cessa completamente, il rimedio è costituito dalle RSA. Per lo più queste rispondono ancora a criteri del passato, che le rendono un ibrido tra l'Ospedale e l'ospizio, che ancora tende ad isolare l'anziano dal mondo esterno e a sradicarlo dal suo contesto familiare o amicale. Alcune Regioni hanno in parte rimediato a questo inconveniente ottenendo che le RSA siano organizzate in nuclei semi-autonomi di non più di 20 assistiti, ma siamo ancora lontani dal modello ideale di RSA aperte al territorio e alla famiglia, articolate in piccoli nuclei di assistiti, e di aspetto più simile ad una casa che ad un ospizio.

Inoltre, il costo di queste Residenze è elevato e solo in parte sostenuto dalle Istituzioni, in quanto parte del costo si riversa sulle famiglie. Ben poche di queste strutture operano in regimi di garanzia di qualità ed il trattamento offerto è disomogeneo e non sempre proporzionato alla retta imposta. Molto resta quindi da fare in questo ambito sia per identificare i modelli di servizio migliori, sia per garantire le qualità dell'assistenza, sia per assicurare una sorgente di finanziamento che possa coprire per i cittadini il rischio della non-autosufficienza.

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

Vari sono i modi con cui i differenti Paesi hanno affrontato questo problema. Un sistema efficace è quello tedesco, attuato nel 1995 e basato su un Fondo Nazionale Assicurativo obbligatorio "a sostegno

*dell'autosufficienza delle persone anziane e dei disabili"*, che assegna priorità all'assistenza domiciliare rispetto al ricovero, all'assistenza familiare rispetto a quelle esterne, alla prevenzione e riabilitazione rispetto all'assistenza, agli erogatori privati di servizi rispetto ai servizi pubblici.

Sono soggetti all'obbligo della suddetta assicurazione tutti coloro che rientrano nell'assicurazione sanitaria obbligatoria, vale a dire, oltre a chi svolge attività lavorativa, anche gli apprendisti, gli studenti e i pensionati. I contributi sono calcolati sulla base del reddito imponibile lordo del lavoratore: l'1,7%, versato dai lavoratori e dai datori di lavoro in modo paritetico. Attraverso la soppressione di una festività, gli imprenditori tedeschi hanno ottenuto una compensazione della loro contribuzione, evitando che l'ulteriore impegno contributivo incidesse negativamente sul costo del lavoro e quindi sul livello di concorrenzialità del sistema produttivo tedesco con conseguenti ripercussioni sull'occupazione.

E' previsto che le prestazioni del fondo contro i rischi della non-autosufficienza siano erogate a favore di beneficiari in base alla necessità di aiuto per l'espletamento degli atti quotidiani che si ripetono regolarmente nella vita di ogni giorno. La Legge definisce così il soggetto bisognoso di assistenza: *"persona che, a causa di una malattia o di una disabilità fisica, psichica o mentale, per le normali e ricorrenti funzioni da espletare nel corso della vita quotidiana deve ricorrere all'aiuto esterno in misura notevole e in modo permanente, prevedibilmente almeno per sei mesi"*. Si prevedono prestazioni in servizi o in assegni di cura che variano a seconda del livello di non-autosufficienza.

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, i seguenti aspetti:

- il tentativo 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*);
- l'introduzione di una distinzione sempre più netta tra la funzione di finanziamento (che resta delle Istituzioni, pur nella diversità delle formule previste di finanziamento), quella di committenza o di acquisto (che viene, pienamente o parzialmente, conferita ai cittadini) e quella di gestione (che viene sempre più decentrata ad agenzie private, sia *non-profit*, sia *profit*);
- l'introduzione di meccanismi competitivi e di forme di regolazione contrattuale nei rapporti tra finanziatori, acquirenti e fornitori;
- il conferimento di una maggiore capacità di scelta agli utenti attraverso l'attribuzione di un maggior potere d'acquisto (sotto forma di assegni di cura o di *voucher*);
- l'introduzione di misure di sostegno economico (sia dalla parte della domanda, sia dalla parte dell'offerta) finalizzate a sostenere l'allargamento e la pluralizzazione dell'offerta di servizi disponibili, - nonchè la regolarizzazione e la professionalizzazione dei prestatori d'opera;

- il tentativo di realizzare su questa nuova base regolativa un significativo allargamento della platea dei beneficiari, fino ad una copertura universalistica, in modo da rispondere alla crescita del fabbisogno di assistenza.

Nel loro complesso queste misure non indicano tanto una mera privatizzazione dei servizi di cura, quanto il passaggio progressivo da un sistema fondato sulla dominanza della fornitura pubblica di servizi o di una fornitura privata integrata in un sistema di programmazione pubblica, verso un sistema misto, caratterizzato dall'introduzione di una regolazione che consenta maggiore competizione e pluralismo tra i fornitori, da un più stretto intreccio tra assistenza formale e assistenza informale, da un rafforzamento della posizione dell'utente, che è chiamato ad uscire da una posizione di dipendenza e ad assumere maggiori responsabilità dirette (sia di compartecipazione al costo quando ne ha la possibilità, sia di selezione dei fornitori e del modello di cura che considera più adeguato alle sue necessità).

In una parola, la tendenza in atto sembra essere verso la costruzione di un mercato sociale dei servizi di cura.

Più in generale i modelli applicati dei vari Paesi sono riconducibili ai due seguenti.

- 1) Un'assicurazione obbligatoria che offre, su base universalistica, una protezione di base contro il rischio della non-autosufficienza: ai Livelli Essenziali di Assistenza riconosciuti dal meccanismo assicurativo si aggiungono non solo le contribuzioni integrative dei beneficiari, ma anche il sostegno finanziario offerto dagli Enti locali a favore dell'utenza più povera. Si tratta del modello adottato dalla Germania e successivamente introdotto anche in Austria e in Lussemburgo. Alla base della sua adozione vi è l'esplicito riconoscimento della responsabilità pubblica rispetto alla copertura universalistica, estesa a tutta la popolazione, contro il rischio della non-autosufficienza, da cui discende la decisione di adottare una forma di prelievo obbligatorio finalizzato alla copertura finanziaria del nuovo programma. Una seconda implicazione riguarda la necessità che i meccanismi finanziari di contribuzione dell'assistenza siano centralizzati (a livello nazionale e di singoli Länder, nel caso tedesco) e sottoposti ad una notevole standardizzazione (definizione unica dei livelli di contribuzione, dei criteri di valutazione della non-autosufficienza, del valore economico delle prestazioni erogate). Aspetto problematico di tale modello resta l'incertezza della tenuta finanziaria nel medio periodo, connessa all'aumento previsto del volume delle prestazioni e alla contemporanea riduzione della base contributiva.

Per l'Italia, ove già esiste un Servizio Sanitario Nazionale, il modello di assicurazione contro il rischio di non autosufficienza potrebbe configurarsi come una polizza assicurativa individuale obbligatoria realizzata da varie istituzioni (Regioni, Associazioni di categoria, etc.), garantita dallo Stato, che copra livelli essenziali di assistenza uguali per tutti e preveda una quota di solidarietà per assicurare le persone meno abbienti.

- 2) Un programma specifico di intervento a favore della non-autosufficienza che fa leva su risorse provenienti dalla *fiscalità generale*, della cui allocazione sono incaricate le autorità locali entro un quadro di vincoli finanziari più o meno stringente; il decentramento delle decisioni di spesa comporta, come conseguenza, l'esistenza di differenziazioni territoriali e una notevole frammentazione dei programmi. Nel complesso questo modello non implica il riconoscimento di alcun diritto esplicito alla cura stabilito su base universalistica e si tratta di un sistema il cui profilo segue le caratteristiche locali e specifiche del bisogno di cura, garantendo una maggiore integrazione con i servizi territoriali esistenti. Problemi derivano dalle *resistenze locali* alle innovazioni introdotte dal Governo oppure dal grado diverso di responsabilizzazione delle Autorità locali in merito all'assunzione in carico del bisogno assistenziale dei non-autosufficienti. L'esperienza francese è, da questo punto di vista, esemplare per l'assenza di una responsabilità di spesa assunta a livello centrale, che ha determinato aspre differenziazioni nell'attuazione locale delle prestazioni per la dipendenza.

La scelta tra un modello assicurativo ed uno affidato alle responsabilità locali dipende in gran parte dalle caratteristiche più generali del sistema di *welfare*.

In Italia gran parte dell'assistenza ai soggetti non-autosufficienti si traduce attualmente nella distribuzione di sostegni monetari, spesso allocati senza alcun vincolo o controllo sulle modalità di utilizzo. In particolare, il programma più diffuso è rappresentato dalle indennità di accompagnamento, distribuite con un ammontare fisso indipendente dal reddito alla popolazione totalmente invalida e a chi si trovi nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, o che, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbia bisogno di un'assistenza continua. A questa misura si accompagna l'offerta locale di servizi residenziali e domiciliari, che è tuttavia ancora scarsa e copre una minima parte del bisogno assistenziale della popolazione anziana. Si tratta di un sistema, dunque, che in gran misura si affida alla cura svolta dalle famiglie. Non è, dunque, un caso che, sinora, l'Italia sconti un notevole ritardo nell'impostazione di un programma di copertura del rischio della non-autosufficienza.

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:

- aumentare le risorse finanziarie per la fornitura di servizi sanitari e sociali per la non-autosufficienza attuando un modello adatto al Paese;
- 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 privata 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, anche attivando graduatorie degli erogatori e commisurando i compensi alla qualità oggettiva.

### ***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 più 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 qualità 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 professionalità oggi presenti, sia da quelle nuove da creare nei prossimi anni.

Innanzitutto è indispensabile che la continuità 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 qualità 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, nonché la continuità 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. Dovrà essere di conseguenza ridotta la permanenza dei pazienti negli Ospedali per acuti e potenziata l'assistenza riabilitativa e territoriale.

In accordo con questo orientamento il medico di medicina generale diviene l'operatore di riferimento per il processo di deospedalizzazione e per il corretto utilizzo dei nodi di assistenza collocati nel territorio. In alcuni Paesi stranieri il medico di medicina generale può essere supportato dal "Coordinatore del caso", che gestisce tutti gli aspetti organizzativi associati alla permanenza del paziente nei diversi nodi della rete assistenziale ed, in particolare, nel trasferimento da un nodo all'altro.

Il Coordinatore del caso deve possedere le conoscenze di base dei settori sociali e sanitari e deve essere dotato di capacità organizzative e gestionali. Insieme al medico di medicina generale, il Coordinatore deve garantire la personalizzazione del rapporto col paziente ed il rispetto della dignità della

persona durante tutto il periodo di assistenza, verificando inoltre che i costi associati ai trattamenti resi permangano all'interno dei budget assegnati.

Uno dei nodi della rete che dovrà essere molto potenziato è quello dell'assistenza domiciliare, con particolare riferimento all'ospedalizzazione a domicilio. I progressi compiuti nel settore medico-sanitario consentono, infatti, di effettuare a domicilio anche prestazioni di tipo specialistico, che fino a poco tempo fa erano eseguibili solo all'interno degli Ospedali per acuti, tanto da poter curare a domicilio patologie quali gli scompensi cardiocircolatori cronici, l'ipertensione arteriosa, le broncopneumopatie croniche, le patologie ematologiche, oncologiche, neurologiche e le epatopatie cronicamente evolutive.

Particolare sviluppo deve essere assicurato, poi, all'erogazione a domicilio delle cure palliative per i malati terminali, che sono oggi sottoposti ai notevoli disagi del trasferimento e delle attese, quando devono ricorrere alle stesse cure in ambito ospedaliero ambulatoriale.

Alcuni affermati modelli prevedono che per tutte le prestazioni di ospedalità a domicilio il paziente non venga preso in carico dal Distretto e dal medico di medicina generale, ma resti in carico dell'Ospedale che apre un cartella apposita. Ciò non toglie che la collaborazione con il Distretto e con il medico di medicina generale sia essenziale e alla loro responsabilità il paziente venga affidato non appena le condizioni cliniche lo consentano.

La gestione dei servizi in rete comporta che le Aziende Sanitarie Locali ed i Comuni individuino le forme organizzative più adatte affinché le prestazioni sanitarie e sociali siano disponibili per il paziente in modo integrato. A questo fine è anche possibile prevedere che le Istituzioni pubbliche si consorzino ed affidino a terzi la organizzazione e gestione dei servizi.

Per permettere il maggior recupero raggiungibile dell'autosufficienza e la diminuzione della domanda assistenziale, gli interventi vanno integrati, nei casi in cui è opportuno, con l'erogazione dell'assistenza protesica.

Per le disabilità più marcate la disponibilità di Centri territoriali ambulatoriali o residenziali di riabilitazione è essenziale. In tal senso il ridisegno della rete ospedaliera e la conversione di alcuni Ospedali minori in *Centri Distrettuali di Salute*, dotati oltre che di Pronto Soccorso di base, di diagnostica, di reparti di osservazione, di strutture ambulatoriali o di residenze diurne, anche di reparti di riabilitazione intensiva o estensiva, potrà aumentare la disponibilità oggi limitata ad alcune aree del Paese.

E' necessario inoltre che tali servizi siano inseriti nel contesto complessivo della valutazione e promozione della qualità dei servizi, prendendo spunto anche da esperienze in corso negli USA, dove sono stati recentemente resi pubblici i dati (nella forma di report cards) relativi alla qualità dell'assistenza in più di 17.000 *nursing homes*, nel quadro dei programmi federali Medicare e Medicaid.

Più in generale si rende evidente la necessità ormai inderogabile di organizzare meglio il territorio, spostandovi risorse e servizi che oggi sono ancora assicurati dagli ospedali, in una logica di sanità ospedalocentrica che oggi non è più sostenibile. Ancora una volta quindi, l'attenzione si sposta sui medici di medicina generale e sui pediatri di libera scelta, ai quali si

deve però chiedere di giocare un ruolo maggiore che in passato, assegnando loro più potere e conseguenti responsabilità.

**a) *Gli obiettivi strategici***

Sono obiettivi a lungo termine in questa area:

- la valorizzazione del distretto come luogo cardine per l'integrazione dei percorsi di assistenza socio-sanitaria; (proposto da commissioni parlamentari, organizzazioni sindacali, e Consiglio Superiore di Sanità)
- la realizzazione di una sorgente di finanziamento adeguata al rischio di non auto-sufficienza della popolazione;
- la realizzazione di reti di servizi di assistenza integrata, economicamente compatibili, rispettose della dignità della persona e correttamente governata ancorché non necessariamente gestita dalle ASL e dai Comuni;
- il corretto dimensionamento dei nodi della rete (ospedalizzazione a domicilio, assistenza domiciliare integrata, Centri diurni integrati, residenze sanitarie assistenziali e istituti di riabilitazione), grazie anche alla collaborazione del medico di medicina generale e del "coordinatore dei casi";
- 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 e al contesto sociale e lavorativo;
- la previsione di meccanismi di erogazione di ortesi, ausili e protesi omogenei in tutte le ASL;
- l'introduzione di misure che possono prevenire o ritardare la disabilità e la non autosufficienza, che includono le informazioni sugli stili di vita più appropriati e sui rischi da evitare, ma anche servizi che vanno dai Centri ricreativi e culturali fino alla realizzazione di postazioni di custode sociale per le persone anziane che vivono nei grandi caseggiati di periferia e alla somministrazione di farmaci per la prevenzione dell'osteoporosi.

**b) *Gli obiettivi per i prossimi tre anni***

- l'avvio di uno studio per identificare idonee modalità di finanziamento per la copertura dei rischi di non-autosufficienza;
- la sperimentazione di forme innovative di "governo della rete integrata" di servizi sanitari e sociali di presa in carico dell'anziano, del disabile e del paziente cronico;
- la sperimentazione di modalità innovative di cure domiciliari: assistenza domiciliare integrata ed ospedalizzazione domiciliare;
- l'attuazione di Linee Guida per le cure palliative (G.U. del 14 maggio 2001, n. 110), relative ai percorsi assistenziali e la formazione specifica degli operatori;
- l'aggiornamento del nomenclatore tariffario delle protesi e del monitoraggio del relativo livello assistenziale;

- l'attivazione di sistemi di valutazione di qualità e controllo per gli erogatori dei servizi sociali e sanitari (report cards).

**2.2.3. Un modello di cura ed assistenza a domicilio  
(integrazione tra ospedale, medicina territoriale e servizi sociali)**

Un modello organizzativo di *cura ed assistenza domiciliare* include il coinvolgimento di 3 componenti:

- 1) l'*Ospedale*, che porta a domicilio del paziente alcune terapie specialistiche, quali le cure palliative, la terapia infusioneale, la chemioterapia, la nutrizione artificiale, la dialisi peritoneale, la riabilitazione funzionale e le terapie per pazienti con problemi cardiovascolari e respiratori;
- 2) il *Distretto*, cui è affidato il compito di assicurare le cure primarie di tipo domiciliare con particolare rilievo alla figura del *medico di medicina generale* che costituisce l'attore principale, eventualmente coadiuvato da un Coordinatore del caso;
- 3) i *servizi sociali* erogati dal Comune o per delega dallo stesso Distretto.

Tale modello è stato attivato da una ASL in un'area di circa 100.000 abitanti che include un Servizio Unico apposito con annessa Centrale Operativa di Coordinamento che si raccorda con i Presidi ospedalieri, i medici di medicina generale, i servizi sociali comunali, le strutture sanitarie territoriali (RSA, IDR, Hospice) e le associazioni di volontariato.

Il Servizio Unico è il luogo in cui si ricompongono ad unitarietà i processi di cura, si valutano le componenti della fragilità, si gestisce la complessità dei percorsi di cura e la variabilità con la quale si esprimono e modificano i bisogni dell'assistito, si identifica il *setting assistenziale* in termini di peso del case-mix - durata del percorso di cura - intensità assistenziale, si definiscono le responsabilità nel lavoro integrato, si attivano le consulenze specialistiche e si coordinano i diversi settori impegnati al fine di assicurare la necessaria continuità terapeutica tra strutture ospedaliere e territoriali. Il Servizio Unico con Centrale operativa può essere gestito direttamente dalle Aziende Sanitarie (ASL, Ospedale) o affidato al privato o al privato sociale. E' anche possibile prevedere sperimentalmente una fondazione a finalità pubblica aperta anche al privato in analogia a quanto previsto per alcuni IRCCS, come descritto a pag. 46-47.

I destinatari sono le persone in condizione di fragilità:

- a) inguaribili che non rispondono più a trattamenti specifici;
- b) multiproblematici e/o non autosufficienti;
- c) dimessi o dimissibili da strutture sanitarie o residenziali (dimissione protetta);
- d) portatori di patologie croniche e/o in particolari condizioni di disagio sociale;
- e) disabili gravi.

La segnalazione si compie a cura del medico curante (ospedaliero o territoriale), di un familiare o dei servizi sociali presso la sede del Servizio

Unico che, attraverso una propria Centrale operativa e i Coordinatori del caso che ad essa afferiscono, assicura:

- un punto di riferimento per l'informazione e lo stretto collegamento con i servizi tutelari e socio-assistenziali;
- un rapido contatto con personale qualificato che valuta le segnalazioni e fornisce consulenza;
- la predisposizione di percorsi assistenziali, concordati con il medico di medicina generale, finalizzati a garantire piani di cura personalizzati e continui, definendo il mix delle risorse necessarie;
- la disponibilità di équipe con competenze multiprofessionali (medici specialisti, infermieri, terapisti della riabilitazione, dietisti e assistenti sociali) a supporto dei medici di medicina generale per la realizzazione del piano di cura;
- la collaborazione e l'integrazione funzionale con l'assistenza domiciliare sociale e con le associazioni del volontariato.

La valutazione è effettuata dopo il colloquio con la famiglia e, in base alle complessità evidenziate, può coinvolgere più figure professionali o richiedere l'intervento dell'équipe multidisciplinare. Per i pazienti ricoverati la dimissione protetta è organizzata in collaborazione con il Reparto interessato ed il medico curante.

Nel caso s'identifichi l'assistenza domiciliare come la risposta più appropriata si provvede a formulare il piano di cura con l'individuazione:

- dei problemi dell'assistito e della sua famiglia;
- degli obiettivi assistenziali;
- delle modalità di realizzazione (responsabilità clinico-assistenziale, prestazioni, operatori, frequenza degli accessi, tempi e metodi di lavoro);
- degli ausili e presidi necessari;
- dei criteri di verifica, controllo degli esiti e qualità delle prestazioni erogate.

Si distinguono i seguenti percorsi assistenziali domiciliari a diverso grado di protezione e intensità di cura:

- assistenza sociale;
- assistenza infermieristica e/o riabilitativa estemporanea;
- assistenza domiciliare integrata;
- assistenza domiciliare specialistica per cure palliative e pazienti critici (*Ospedale a domicilio*).

Se il caso richiede risposte residenziali si attivano le procedure per i ricoveri temporanei, di pronto intervento o definitivi, presso le strutture residenziali di riabilitazione, le RSA, gli Hospice.

Le riunioni formali ed informali dell'équipe curante ed i contatti con il personale dedicato al coordinamento, costituiscono uno strumento di lavoro, non solo nella programmazione, ma anche nella fase operativa, al fine di assumere decisioni di natura clinico-assistenziale, comprendenti l'eventuale passaggio ad altri livelli erogativi, la revisione periodica delle procedure assistenziali, la congruenza tra prestazioni erogate e di bisogni alla luce dei risultati ottenuti, la verifica del raggiungimento degli obiettivi al termine del

piano di cura, la soddisfazione della persona e della sua famiglia, la valutazione dell'equilibrio economico in merito alle decisioni assunte. I risultati ottenuti in circa 10 anni di attività del modello illustrato sono ritenuti assai soddisfacenti sia per gradimento degli utenti sia in termini di contenimento della spesa.

#### **2.2.4. *Ipotesi per la realizzazione di servizi distrettuali per la non autosufficienza in Italia***

Alla luce di quanto già sopra esposto, si potrebbe ipotizzare per l'Italia un modello di servizio distrettuale che, prendendo spunto dalle migliori esperienze internazionali, meglio si adatta alla nostra realtà socio-sanitaria, come di seguito indicato.

Il problema della non-autosufficienza è un tipico ambito ove si richiede assistenza sociale e sanitaria, prevalentemente tese a mantenere il paziente al suo domicilio anche con l'aiuto di strutture territoriali di tipo sanitario (poli ambulatori, riabilitazione, ecc.) e sociale (Centri diurni e Centri diurni integrati). Per attuare un piano assistenziale efficace è necessario disporre di risorse sufficienti, ma anche di una adeguata organizzazione.

L'organizzazione territoriale deve prevedere una Centrale operativa/sportello unico che si incarichi di identificare il bisogno *globale* della persona, di valutarlo, di monitorarlo e di gestirlo nel tempo tramite un *case-manager* che assuma su di sé la responsabilità di attivare i servizi necessari, di valutarne il risultato, di assicurarne la congruenza economica, di essere il referente del paziente e della sua famiglia. La Centrale deve quindi operare per delega di ASL (sanità), Ospedale locale (ospedalizzazione domiciliare, cure palliative, ecc.) e Comune (assistenza sociale, RSA, Centri diurni); la Centrale deve poggiare sui Medici di famiglia. Essa può erogare servizi o *voucher* per servizi, a seconda dei casi e delle preferenze, sul modello tedesco. Nelle grandi città la Centrale può attivare antenne di quartiere per gli anziani (custodi sociali) e per la psichiatria (postazioni *Koiné*), che altro non sono se non servizi di prossimità collegati alla Centrale operativa a cui i bisogni sono trasferiti.

Ulteriori dettagli operativi nel merito della Centrale Operativa di Distretto sono rinvenibili anche nel documento elaborato dal *Comitato sulla Ospedalizzazione Domiciliare* del Ministero della Salute nel dicembre 2002. Per quanto concerne il finanziamento dei Servizi Distrettuali per la non-autosufficienza, una buona proposta è quella di costituire un *fondo assicurativo obbligatorio individuale contro i rischi della non-autosufficienza*. Ciò consente di evitare il coinvolgimento delle imprese, in analogia a quanto effettuato in Svizzera e diversamente da quanto realizzato in Germania e in altri Paesi Nord Europei.

Questo fondo dovrebbe assorbire quanto viene già speso per la non-autosufficienza a livello dei Comuni e dello Stato (assegno di accompagnamento, ecc.). Il fondo integrerebbe quello che alimenta il Servizio Sanitario Nazionale che, ovviamente, rimane in essere per i LEA socio-sanitari, attualmente sottofinanziati (non raggiungono i 7 miliardi di

Euro annui). La formula svizzera è quella di attivare fondi assicurativi indipendenti e concorrenti che offrono livelli essenziali di assistenza definiti dallo Stato, con prestazioni che possono essere aumentate in proporzione al premio pagato. Nel nostro caso i fondi potrebbero coinvolgere le Associazioni di categoria, le Regioni che lo desiderano e altri soggetti. Nel premio deve essere computata una quota di solidarietà per le persone meno abbienti, che confluisca in un fondo nazionale gestito dall'INPS. Lo stesso INPS dovrebbe assumere anche il compito di garantire ai cittadini che, qualora uno dei fondi assicurativi dovesse avere difficoltà economiche, l'INPS, e per esso lo Stato, subentra a coprire gli obblighi stabiliti dalla polizza. In questo modo si ritiene di acquisire i seguenti vantaggi:

- 1) un sistema che permette di raggiungere i 18-20 miliardi €/anno, utilizzando peraltro quanto già disponibile e stimabile in meno di €10 miliardi/anno;
- 2) integrare questo fondo di responsabilità individuale nel Servizio Sanitario Nazionale, a responsabilità prevalentemente collettiva;
- 3) attivare una concorrenza tra i piani assicurativi sulla qualità e quindi un'attenzione particolare per il paziente;
- 4) non gravare sulle imprese né sulla fiscalità generale e quindi non compromettere il patto di stabilità;
- 5) attivare un meccanismo di solidarietà che consenta a tutti i cittadini di ottenere gli stessi LEA e quindi di essere uguali di fronte alla legge secondo l'art. 32 della Costituzione;
- 6) rispettare le iniziative in atto delle categorie, che già dispongono di mutue integrative, ancorchè volontarie e non sempre inclusive dell'assistenza alla cronicità.

Questo finanziamento dovrebbe poi confluire sulle Centrali Operative di Distretto e quindi sulle ASL, in modo da assicurare che lo sforzo finanziario si traduca in un reale servizio ai cittadini che ne hanno bisogno.

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

Un obiettivo importante da perseguire nell'ambito del diritto alla salute è quello della qualità dell'assistenza sanitaria. E' la cultura della qualità che rende efficace il sistema, consentendo di attuare un miglioramento continuo, guidato dai bisogni dell'utente.

Sempre più frequentemente emerge in sanità l'intolleranza dell'opinione pubblica verso disservizi e incidenti, che originano dalla mancanza di un sistema di garanzia di qualità 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 qualità in sanità 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, alla efficienza gestionale, alla equità degli accessi, alla appropriatezza dei percorsi terapeutici.

La normativa ISO 9000 progettata anche per la sua applicazione in sanità, dopo il successo ottenuto nell'industria e negli altri servizi, definisce un insieme di regole, che includono l'organizzazione aziendale, le responsabilità, la analisi minuziosa dei processi, la formazione del personale e le verifiche esterne da parte di soggetti accreditati, con rilascio della certificazione. La nuova versione (*Vision 2000*) ha ulteriormente migliorato il sistema, che è sempre più finalizzato al soddisfacimento dei bisogni del paziente-utente e che per la prima volta include come passo obbligatorio la loro rilevazione, preliminarmente all'azione aziendale. Il sistema viene assoggettato non solo a verifiche periodiche interne, ma anche a verifiche esterne da parte di un soggetto terzo accreditato, che dopo il controllo, certifica l'aderenza del sistema di garanzia della qualità alla norma ISO e l'aderenza dei servizi effettuati a quanto promesso dall'azienda ai suoi utenti. Il sistema di garanzia di qualità secondo la norma ISO è interno all'azienda ed esige un'apposita organizzazione dedicata, capace di coinvolgere tutto il personale a cominciare dalla Direzione.

L'istituto della certificazione è, quindi, diverso da quello dell'accreditamento previsto dal Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502. L'accreditamento, infatti dovrebbe essere il processo attuato dalle Regioni per ammettere gli erogatori, cioè le strutture autorizzate e certificate, a fornire servizi finanziati dal Fondo Sanitario Regionale, dopo adeguata contrattazione delle tipologie e dei volumi di prestazioni e dei relativi prezzi. Il processo di accreditamento prevede ulteriori requisiti degli erogatori di servizi certificati, ma non dovrebbe sostituirsi al processo di autorizzazione e a quello di certificazione e l'intera materia deve quindi essere riesaminata e migliorata, anche perché non si può ammettere che la mera esistenza dei requisiti richiesti per l'accreditamento dia automaticamente diritto agli erogatori di servizi ad operare per il Servizio Sanitario Regionale.

La certificazione degli erogatori di servizio può contribuire a rafforzare il controllo della collettività, che si sostituisce al controllo burocratico, finora esercitato dallo Stato. Il ruolo di un Osservatorio di parte terza indipendente, capace di misurare i risultati delle prestazioni erogate e certificate, deve completare questa nuova forma di controllo della società sui servizi sanitari. Le Aziende Sanitarie pubbliche italiane hanno incominciato a percorrere questo cammino, ma quelle certificate sono ad oggi ancora molto poche. E' indispensabile che il loro numero cresca rapidamente, che vengano progressivamente certificati tutti i reparti e i servizi interni alle aziende e che la certificazione sia corretta e completa.

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

Il rilevamento della soddisfazione dell'utente è una prassi consolidata sia nel settore privato che in quello pubblico, ma non ha ancora assunto una funzione strategica nella valutazione degli interventi sanitari: una politica della salute, che voglia avvicinarsi al cittadino, rendere più efficace la sua



azione e rispondere al requisito di soddisfazione dell'utenza, necessita di una modalità di controllo e di misurazione della percezione del servizio erogato che consenta di valutare le aree di forza e di debolezza della prestazione sanitaria. Infatti oltre alla valutazione attraverso le prove di efficacia (Evidence Based Medicine), nel campo della salute è necessario far riferimento a parametri qualitativi e relazionali, difficilmente esauribili in misurazioni di carattere quantitativo.

Il CRM (Customer Relationship Management) è uno strumento per la gestione della domanda e dell'offerta. L'efficacia e la riuscita di un progetto di CRM deve considerare il raggiungimento dei suoi obiettivi in chiave di soddisfazione, di relazione e di coinvolgimento nello scambio. Dovranno pertanto essere approntate metodologie differenti a seconda del tipo di servizio richiesto: diverse infatti sono le immagini del servizio che si hanno, le aspettative che vengono mobilitate nella richiesta e la tensione emotiva connessa ai problemi da risolvere.

In materia di sanità non è tuttavia possibile importare direttamente le metodologie e i criteri usati nella misura della soddisfazione del cliente in ambiti di servizio e di consumo. Infatti i problemi, la reazione psicologico-percettiva, l'aspettativa e l'immagine che viene percepita nel contesto sanitario è di tipo particolare e non può essere assimilata a quanto si verifica in altri tipi di servizio. In particolare un'attenzione speciale dovrà essere dedicata alla elaborazione dei criteri di validazione, perché raramente l'utente è a conoscenza dei requisiti tecnici e possiede le competenze adatte a dare un giudizio sull'intervento, mentre è in grado di verificare lo stile di relazione, il tipo e grado di servizio collaterale, la percezione dei luoghi di diagnosi e cura e degli atteggiamenti e comportamenti del personale addetto. Un particolare ambito della qualità riguarda le modalità con le quali il cittadino utente viene trattato dalle Istituzioni e dai Servizi sanitari, che rientrano complessivamente nell'ambito del diritto al rispetto della dignità della persona. Pochi temi sono tanto sentiti dagli Italiani come il modo con il quale le persone vengono ascoltate e trattate dai Servizi sanitari. Non vi è dubbio che tali aspetti devono essere migliorati nel nostro Servizio Sanitario Nazionale, anche se non possiamo nasconderci che quest'ultimo, proprio per il fatto che "il denaro non accompagna direttamente l'utente" (cioè non è nelle sue mani), si presta meno di alcuni sistemi assicurativi o di rimborso (indiretta) a questi fini.

*Il bench-marking* costituisce una procedura utile per confrontare tra loro erogatori di servizio diversi, individuare i soggetti migliori e trasferire da questi agli altri il know-how e le conoscenze professionali utili al miglioramento.

Una particolare forma di *bench-marking* è quella dei "report cards" attuata in alcuni Paesi anglosassoni che, in base a periodiche raccolte di dati attinenti agli esiti di alcuni interventi chirurgici, consente di stilare una classifica degli erogatori di servizi e quindi di fornire ai cittadini una guida oggettiva a scegliere le strutture migliori.

Si realizza in tal modo, contemporaneamente alla trasparente comunicazione ai cittadini, un potente stimolo alle strutture perché migliorino la qualità delle loro prestazioni.

In Italia si è iniziato ad attivare sperimentalmente due “*report cards*” (sui trapianti di organo e sul by-pass aorto-coronarico) tramite una procedura, inizialmente su base volontaria e su autocertificazione, gestita dall'Istituto Superiore di Sanità in accordo con le Regioni. Dopo un periodo di sperimentazione e sulla base dei dati verificati da una struttura di *audit*, quest'attività verrà estesa, se efficace, per includere anche altre procedure chirurgiche maggiori quali, ad esempio, gli interventi di protesi d'anca. Inoltre quest'attività verrà svolta anche in collaborazione con altri paesi, per consentire l'analisi comparata dei dati relativi alla qualità delle prestazioni. La combinazione di questi strumenti di supporto alla qualità oggettiva, uniti ai sondaggi sulla qualità percepita dagli utenti, sarà lo strumento più efficace per indirizzare gli interventi di miglioramento delle prestazioni sanitarie, riducendone i costi, a tutto vantaggio del cittadino utente e della finanza pubblica.

A questo obiettivo il Servizio Sanitario Nazionale si sente fortemente impegnato, anche a seguito dell'appello del Presidente della Repubblica a ridurre le liste d'attesa e a rendere uniformi, dal punto di vista quantitativo e qualitativo, le prestazioni sanitarie erogate sul territorio nazionale.

L'appropriatezza dell'uso delle tecnologie è un altro aspetto che può confluire nel tema della qualità se si vuole che il Servizio Sanitario Nazionale utilizzi in modo efficiente le risorse finanziarie disponibili. Obiettivo della valutazione delle tecnologie sanitarie è quello di fornire a coloro che sono responsabili delle scelte in campo sanitario le informazioni necessarie, i criteri ed i metodi per prendere le decisioni relative all'uso delle tecnologie mediche secondo il principio di *costo/efficacia*.

Infine, è necessario affrontare il problema degli errori in medicina (che include anche le patologie iatrogene e le infezioni ospedaliere), che si propone oggi con una dimensione significativa. In effetti l'errore in medicina, inteso come errore in una delle fasi del processo di diagnosi e cura, quale che sia la figura professionale che ne ha la responsabilità finale, costituisce oggi una delle dieci principali cause di morte, e tra tutte è la meno accettabile. La condizione indispensabile per prevenire l'errore in medicina è una conoscenza precisa del problema, sia in termini di identificazione delle aree più critiche e che necessitano di un intervento più immediato, sia in termini di analisi delle cause dell'errore, più spesso attribuibile a difetti del sistema che a colpa del singolo operatore. Mentre per il primo obiettivo è sufficiente una raccolta dei dati relativi all'incidenza dei vari tipi di errore ed alle aree cliniche o di servizio in cui avvengono, per il secondo obiettivo i dati necessari sono molto più estesi e complessi, implicando una precisa conoscenza del processo e delle procedure. E' quindi necessario prevedere un sistema coordinato di vigilanza dell'errore, articolato a tre livelli (nazionale, regionale ed ospedaliero), che utilizzi un metodo standardizzato di raccolta ed analisi dei dati e che sia sostenuto da una rete informatica. La segnalazione può essere obbligatoria, volontaria o mista; in alcuni Paesi la segnalazione degli errori che hanno avuto conseguenze mortali o gravi nell'ammalato è obbligatoria, mentre quella degli errori che hanno avuto conseguenze minime o nulle è volontaria. Per ottenere segnalazioni su base volontaria è indispensabile però superare la

reticenza dovuta al timore di provvedimenti disciplinari ed è quindi necessario da un lato prevedere un sistema di segnalazione che garantisca l'anonimato o la non perseguibilità e dall'altro convincere gli operatori sanitari e le Istituzioni che la conoscenza dell'errore è indispensabile per migliorare il sistema e prevenire il suo ripetersi. La farmacovigilanza e l'emovigilanza sono sistemi già operativi che potrebbero costituire un ottimo modello per l'attuazione di un sistema di vigilanza dell'errore in medicina, essendo entrambi relativi a procedure, quali la prescrizione e somministrazione di farmaci e la trasfusione di emocomponenti, trasversali alla maggioranza delle aree cliniche. Queste due procedure sono peraltro quelle in cui già è stato sperimentato con successo il ricorso a strumentazione elettronica nei reparti clinici per prevenire l'errore; l'implementazione di questa metodologia in un più ampio ambito sanitario va considerata quindi come un obiettivo complementare a quello dell'istituzione del sistema di sorveglianza.

**a) Gli obiettivi strategici**

L'obiettivo a lungo termine è quello di implementare un servizio di *garanzia di qualità* in tutte le strutture che erogano servizi ed è raggiungibile, in almeno la metà dei casi, nel prossimo quinquennio.

La complessità della valutazione della qualità e l'importanza di acquisire dati che siano aggiornati e tempestivi, ed il più possibile liberi da ogni tipo di condizionamento, suggeriscono di promuovere la nascita di un "Osservatorio indipendente per il monitoraggio della qualità", come strumento operativo a disposizione del Ministero della Salute e delle Regioni, nonché delle Aziende Sanitarie pubbliche e private.

Altri obiettivi a lungo termine sono i seguenti:

- promuovere, divulgare e monitorare esperienze di miglioramento della qualità all'interno dei servizi per la salute;
- coinvolgere il maggior numero di operatori in processi di informazione e formazione sulla qualità e incentivare con opportuni strumenti contrattuali il rispetto della qualità nelle prestazioni sanitarie;
- valorizzare la partecipazione degli utenti al processo di definizione, applicazione e misurazione della qualità;
- promuovere la conoscenza, tramite un servizio preposto, 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 e realizzare graduatorie e classifiche di erogatori, comunicandole alla popolazione;
- avviare un processo per mettere a regime sul territorio nazionale un progetto CRM.

**b) Gli obiettivi per i prossimi tre anni**

Appare prioritario un accordo tra le Regioni ed il Ministero della Salute per approfondire la possibilità dell'implementazione in ogni struttura sanitaria

di un Servizio per la Qualità, che avvii il processo che dovrà portare alla sua certificazione.

Nel corso dei tre anni saranno perseguiti i seguenti obiettivi, cui corrispondono altrettante azioni:

- promuovere all'interno di ogni Azienda Sanitaria la costituzione di un Servizio della Qualità, con l'obiettivo di portarlo alla certificazione secondo la norma ISO 9000;
- assegnare al Servizio della Qualità una valenza strategica, tramite la sua collocazione in staff ai vertici dell'azienda e collegare il Servizio ai singoli reparti operativi della struttura attraverso referenti di reparto;
- sostenere i Servizi della Qualità nella redazione di un Manuale della Qualità;
- rivedere l'attuale normativa sull'accreditamento;
- promuovere la nascita dell'Osservatorio per la Qualità, che proceda alla progettazione e realizzazione di un sistema articolato di monitoraggio e reporting;
- avviare un sistema di *bench-marking* e classifica degli erogatori di servizi ("*report cards*"), misurando gli esiti delle prestazioni, partendo dai trapianti di organo e dai by-pass aorto-coronarici, da affidare alla gestione dell'Istituto Superiore di Sanità in accordo con le Regioni per la prima fase di progettazione ed applicazione;
- avviare un'azione di contrasto agli errori in medicina, che passi attraverso il controllo in reparto, tramite strumentazione elettronica, della corretta somministrazione di farmaci, sangue e suoi componenti e la realizzazione di un sistema di sorveglianza.

#### **2.4. Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità**

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, è in linea con il pensiero espresso fin dalla metà del secolo scorso da Carlo Cattaneo, grande filosofo ed "economista pubblico". Nonostante gli sforzi compiuti, nessuna delle tre risorse citate è stata ancora valorizzata nella nostra sanità in misura sufficiente.

Il "capitale umano", ossia il personale del Servizio Sanitario Nazionale, è 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 professionalità 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 è diventata, infatti, realtà l'acquisizione dei crediti per tutti gli operatori sanitari che partecipano agli eventi autorizzati dalla Commissione Nazionale per l'Educazione Medica Continua. Ben più importante, inizia, 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 Società scientifiche italiane, 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 è garanzia, per il malato, di buona qualità 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 credibilità verso la collettività. Ovviamente l'aggiornamento sistematico è solo uno degli strumenti di valorizzazione del personale. Operare in un sistema nel quale vi sia certificazione della qualità è un altro elemento di gratificazione per gli operatori sanitari. Un ulteriore elemento è costituito da un rapporto di lavoro che premi la professionalità ed il merito e liberi il medico da una serie di vincoli e limitazioni per rendere più 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", così che il ruolo dell'infermiere sia ricondotto, nella percezione sia della classe medica sia dell'utenza, all'autentico fondamento epistemologico del nursing. In questo senso va letto il Decreto Legge 12 novembre 2001 n. 402, convertito nella Legge 8 gennaio 2002 n. 1, che consente alle strutture sanitarie di avvalersi di infermieri professionali e altri professionisti che lo desiderino per esercitare un'attività libero-professionale per alcuni versi analoga a quella consentita ai medici, e che permetta loro una migliore gratificazione economica, oltre alla possibilità di avere pari accesso alle qualificazioni universitarie. Si è, inoltre, ritenuto importante consentire agli operatori socio-sanitari di svolgere alcune attività assistenziali, a seguito di corsi di formazione.

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 non-profit, della comunicazione, dell'etica, dell'innovazione, della produzione, della ricerca, nonché del capitale privato, che possono contribuire ad aumentare le risorse finanziarie per l'area del bisogno socio-sanitario, oggi largamente sottofinanziato. Tutta questa rete sociale, grande patrimonio del vivere civile, è ancora largamente da valorizzare ed è la cultura di questo capitale sociale che va prima di tutto sviluppata.

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.

Alla luce delle necessità di oggi, una consistente parte delle risorse dovrebbe essere utilizzata per realizzare Centri di Eccellenza, capaci di offrire uniformemente sul territorio nazionale prestazioni di alta specialità e di trattenere così nella Regione i pazienti che attualmente sono costretti ad emigrare per vedere soddisfatti alcuni dei loro bisogni di salute.

L'investimento in Centri di Eccellenza è strategico anche in vista della libera circolazione dei pazienti nell'Unione Europea, di cui già si è cominciato a discutere.

**a) *Gli obiettivi strategici***

- dare piena attuazione alla Educazione Continua in Medicina;
- attuare un Servizio di Garanzia di Qualità in ogni struttura che eroga servizi sanitari per consentirne la certificazione (di parte terza indipendente);
- valorizzare le figure del medico e degli altri operatori sanitari;
- utilizzare i fondi ancora disponibili per le strutture e attrezzature ospedaliere, dedicando buona parte degli investimenti ai Centri di Eccellenza distribuiti strategicamente su tutto il territorio nazionale e tra loro collegati in rete con scambi di conoscenze e personale;
- garantire una costante manutenzione strutturale e tecnologica dei presidi sanitari operanti nel SSN, rilanciando il programma di investimenti per l'edilizia sanitaria e per le attrezzature, secondo quanto stabilito dall'Accordo dell'8 agosto 2001;
- detassare le donazioni per sanità e ricerca e 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;
- sviluppare il mercato sociale, le imprese sociali ed il volontariato socio-sanitario.

**b) *Gli obiettivi per i prossimi tre anni***

- dare attuazione alla Legge 8 gennaio 2002 n. 1, che consente alle strutture sanitarie di avvalersi di infermieri professionali e altri professionisti che lo desiderino per esercitare un'attività libero-professionale;
- attuare la libera professione intramuraria dei medici;
- utilizzare i fondi disponibili per l'ammodernamento delle strutture e attrezzature ospedaliere.

**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 sé 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 è 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 è 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 è la sua estensione a tutte le professioni sanitarie, con una strategia innovativa rispetto agli altri Paesi. Il razionale sotteso a questo approccio è 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, 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 è 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 Sanitario 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, sociosanitarie 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 è rappresentato dal coinvolgimento di Ordini, Collegi e Associazioni professionali, inclusa quella assai importante dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, 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, attenzione dovrà anche essere dedicata 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.

Non potrà, infine, mancare un ruolo sempre più attivo degli Ordini professionali, specie quelli dei medici e degli odontoiatri, cui spetta la difesa dei valori di categoria e il ruolo di “notai” dei crediti acquisiti dai singoli iscritti.

**a) Gli obiettivi strategici**

- promuovere un'intesa tra Ministero della salute e Regioni per definire gli obiettivi nazionali della formazione
- definire gli obiettivi formativi di interesse regionale
- coinvolgere Ordini, Collegi ed Associazioni professionali, non solo quali attori della pianificazione della formazione, ma anche quali organismi di garanzia della sua aderenza agli standard europei ed internazionali
- armonizzare il sistema formativo italiano e quello europeo in coerenza con i principi della libera circolazione dei professionisti
- coinvolgere le Società Scientifiche nella valorizzazione del sistema della formazione continua, garanti non solo nella solidità delle basi scientifiche degli eventi formativi, ma anche della qualità pedagogica e della loro efficacia

**b) Gli obiettivi per i prossimi tre anni**

La necessità di coinvolgere una utenza di oltre 800.000 professionisti impone gradualità nell'introduzione e nell'attuazione del sistema. Alla luce di ciò, e delle considerazioni sopra riportate, si ritiene che gli obiettivi raggiungibili nei prossimi tre anni siano i seguenti:

- avvio della fase a regime (dal 2002), con apertura di un sito Internet dedicato, che accetterà la registrazione di eventi formativi i cui crediti, assegnati secondo griglie predisposte dalla Commissione Nazionale e valutata da *referees* anonimi indicati dalle Società Scientifiche, saranno oggetto di certificazione ufficiale ai sensi della Legge;
- attuazione (dal gennaio 2002) della formazione intra-aziendale, come base per garantire una adeguata offerta formativa, in grado di soddisfare tutte le categorie professionali interessate;
- graduale applicazione dell'obbligo formativo, definito in dieci crediti per il 2002, venti crediti per il 2003 e trenta crediti per il 2004;
- attuazione della formazione a distanza per tutti gli operatori, compresi i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i liberi professionisti, mediante approvazione ed accreditamento delle piattaforme di *e-learning* e dei loro contenuti da parte della Commissione Nazionale tenendo conto del fatto che i medici di medicina generale hanno già sviluppato un sistema di informazione dei loro componenti mediante trasmissione di dati e immagini per via

- satellitare e simili iniziative sono state intraprese anche da altre Associazioni professionali;
- definizione dei criteri per il passaggio dall'accreditamento degli eventi formativi a quello dell'accreditamento dei providers, mediante la delega ai soggetti previsti dalla Legge ed in possesso di requisiti di idoneità, alla produzione di eventi formativi ed all'attribuzione dei relativi crediti;
  - implementazione di un sistema di controllo sulla qualità degli eventi, dei providers e del programma generale di ECM affidato prevalentemente alle Società Scientifiche e alla loro Federazione;
  - attuazione di un programma di verifica e di adeguamento "in progress", allo scopo di portare il sistema alla piena funzionalità alla fine del triennio;
  - utilizzazione dei crediti per la conferma della validità dell'esame di abilitazione professionale e loro valorizzazione come titoli di carriera.

## **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. Fra i più importanti sviluppi intervenuti successivamente basta citare l'impetuoso affermarsi delle tecnologie sanitarie basate sulle bioimmagini che ha visto il progressivo diffondersi delle ecografie, TAC, NMR, e PET a fianco della radiologia tradizionale, che ha comportato l'invecchiamento di costosissime apparecchiature nel giro di pochi anni. Oltre alla diagnostica per immagini, si pensi alla necessità di qualificare le unità dedicate al trattamento dell'ischemia miocardica acuta e degli accidenti cerebrovascolari come l'*Unità Coronarica* e l'*Unità intensiva cerebrovascolare*, (Stroke unit). La disponibilità a livello territoriale di letti per le Unità intensive cerebro-vascolari e cardio-vascolari è un aspetto particolarmente importante che dovrebbe ricevere grande attenzione.

Oltre all'infarto cardiaco, l'ictus è, infatti, un problema molto diffuso con elevata incidenza e mortalità e con elevata disabilità e notevoli costi associati. Vi sono dati che indicano che l'apertura di una Unità intensiva cerebro-vascolare riduce la mortalità a livello locale di circa il 30%, determinando, in particolare, la diminuzione degli esiti fatali entro 30 giorni dal 27% al 15%. Altri significativi benefici sono identificati in un ridotto tasso di istituzionalizzazione e in un più elevato tasso di dimissioni. Inoltre, la disponibilità a livello locale di un servizio di riabilitazione con adeguate risorse, collegato con una ben strutturata Unità intensiva cardiovascolare, riduce, in confronto alla disponibilità della sola Unità intensiva, la durata

della degenza nonché la disabilità e l'istituzionalizzazione in pazienti moderatamente o gravemente disabili.

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, e dovrebbe rinunciare ad attuare procedure diagnostiche o terapeutiche non più sufficientemente moderne.

Un piccolo Ospedale generale diviene assai più utile se si attrezza con un buon Pronto Soccorso di primo livello, una diagnostica di base e un Reparto di osservazione e si connette con uno o più Centri di alta specialità ai quali inviare i casi più complessi. L'Ospedale generale può attuare, inoltre, un buon programma per la cronicità, sia sotto forma di *Reparti di Riabilitazione e Convalescenza* per i pazienti anziani e di *Hospice* per i terminali, sia sotto forma di servizi per la cronicità a domicilio. La soluzione non è, quindi, quella di chiudere tutti i piccoli Ospedali, ma quella di riconvertirli ai bisogni più attuali della collettività, con l'obiettivo di potenziare i servizi sul territorio ed in particolare quelli per la cronicità a domicilio. Le funzioni storicamente svolte dai piccoli ospedali (o comunque a bassa intensità di cura) potranno essere meglio garantite dai servizi territoriali, residenziali e domiciliari. La modernizzazione e l'adeguamento della rete ospedaliera ed il suo alleggerimento di compiti e funzioni assistenziali, oggi garantite in maniera più appropriata dai servizi territoriali, faciliterà la crescita e la diffusione di Poli e Centri di Eccellenza.

Accanto a questa rete di Ospedali minori, che meglio possono divenire Centri Distrettuali di Salute, è però necessario potenziare un numero limitato di *Centri di Eccellenza* di altissima specialità e complessità, situati strategicamente su tutto il territorio nazionale. Molti di questi Centri già esistono, ma parte di essi richiede un forte rilancio.

In alcune Regioni, in particolare, tali Centri sono ancora poco sviluppati; è questo il caso proprio delle Regioni dalle quali i pazienti sono costretti ad emigrare per ottenere le cure necessarie.

Non è, peraltro, impossibile rimediare a questi gravi inconvenienti umani ed economici anche in tempi non lunghi. Sono, infatti, disponibili ancora fondi per l'edilizia e le attrezzature ospedaliere che, se utilizzati con saggezza ed

in base ad un accorto piano strategico dalle Regioni interessate, possono far nascere i Centri necessari nelle città prescelte, normalmente i capoluoghi di provincia. Non vanno inoltre trascurati altri meccanismi, come l'accreditamento di Ospedali privati eccellenti o il *project financing*, che consentono di richiamare nel servizio pubblico capitali ed esperienze private. Anche le Università ed i medici ospedalieri sono chiamati a questo rinnovamento, se è vero che un Centro di Eccellenza è tale non solo per le sue dotazioni edilizie e strumentali, ma soprattutto per la qualità del personale che le usa, e questa qualità può essere potenziata se i Centri di Eccellenza entrano tra loro in rete e si scambiano personale e conoscenze.

A tal fine occorre che le Regioni sappiano realizzare uno strategico e coraggioso ridisegno della loro rete ospedaliera, superando anche resistenze di settore o interessi di parte, ed è anche necessaria una forte azione di comunicazione con la popolazione interessata per la quale può essere utile il coinvolgimento dei Sindaci delle aree metropolitane, che dispongono oggi di notevoli poteri. Si pensi solo alla possibilità di utilizzare alcune aree o di organizzare il traffico ed i trasporti necessari per il servizio di tali aree. La figura del Sindaco, primo cittadino eletto dal popolo direttamente e quindi vicino ai bisogni della gente, va sapientemente utilizzata per la sanità delle grandi città in un rapporto sinergico con la Regione, da un lato, e con le Aziende Sanitarie e la popolazione dall'altro.

E' infine necessario che vengano attivate, in accordo con le Regioni, alcune forme di sperimentazione in altrettanti IRCCS, in cui gli enti siano trasformati in Fondazioni di tipo pubblico onde migliorare la gestione di tali importanti istituti. A questo proposito è necessario cogliere l'opportunità delle essenziali modifiche relative all'assetto istituzionale offerte, in via sperimentale, dall'art. 28, comma 8, della Legge Finanziaria 28 dicembre 2001 n. 448, che prevede le seguenti possibilità:

- a) inserire le Regioni e lo Stato pariteticamente nell'organo di governo dell'Ente per un fattivo coinvolgimento. Per questo si è pensato sulla scorta di esperienze straniere di trasformarli in Fondazioni, con un Consiglio di Amministrazione a maggioranza pubblica che garantisca la missione pubblica, ma anche con la possibilità di ammettere privati mecenati (ovvero economicamente disinteressati, quali ad esempio le Fondazioni bancarie) che possano apportare capitali, fermo restando la natura pubblica degli Enti, come previsto dall'art. 28 della Legge Finanziaria 2002;
- b) attivare e/o partecipare società che gestiscono attività produttive al fine di generare risorse da utilizzare nella ricerca e nella gestione incluso il superminimo per il personale;
- c) la Fondazione può affidare la gestione dei servizi in tutto o in parte a terzi. L'affidamento della gestione totale è difficile possa avvenire negli attuali IRCCS, il cui personale dipendente opera con contratto di lavoro di diritto pubblico. La soluzione relativa all'affidamento della gestione

totale si può prevedere eventualmente per gli IRCCS che sorgano *ex novo*.<sup>1</sup>

L'11 febbraio 2002 è stato sottoscritto a Milano l'accordo e lo Statuto della *Fondazione Policlinico Francesco Sforza* con cui si dà inizio alla sperimentazione in oggetto di un IRCCS pubblico derivante dalla fusione dell'IRCCS *Ospedale Maggiore di Milano* con *l'Azienda ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento*.

I vantaggi attesi da queste sperimentazioni sono i seguenti:

- 1) dare alle Regioni la possibilità di partecipare direttamente al governo degli IRCCS pubblici;
- 2) aumentare le risorse disponibili per la gestione e la ricerca tramite l'inserimento di privati mecenati disinteressati nel Consiglio di Amministrazione e tramite lo sviluppo di attività produttive cogestite con i privati. Per il personale che oggi opera con rapporto di lavoro di diritto pubblico non vi è ragione di alcun timore, in quanto la finalità pubblica della Fondazione garantisce che il rapporto di lavoro esistente, di diritto pubblico, non verrà modificato;
- 3) rendere più flessibile la gestione ricorrendo, non appena possibile, agli strumenti del diritto privato;
- 4) ridurre in tal modo il disavanzo a carico del pubblico, rispettando nel frattempo la missione pubblica (cioè evitare la selezione dei pazienti);
- 5) riunire gli IRCCS per aree tematiche di ricerca in una rete che opera con scambio di conoscenze e personale, così da elevare il livello della disciplina trattata in tutto il Paese, compreso il Meridione dove oltre tutto si pensa di attivare qualche nuovo IRCCS.

In questo senso, un ulteriore passo in avanti è venuto dall'approvazione del collegato ordinamentale alla legge finanziaria 2003, sulla Pubblica amministrazione, che delega il Governo ad adottare, su proposta del Ministro della Salute, d'intesa con il Ministro della Funzione pubblica e quello dell'Economia delle finanze, norme per il riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Entro sei mesi sarà emanata la Legge con le modalità e le condizioni attraverso le quali il Ministro della Salute, d'accordo con la Regione interessata, potrà trasformare gli IRCCS in fondazioni di rilievo nazionale, aperte alla partecipazione di soggetti pubblici e privati, ferma restando la loro natura pubblica. Per quanto riguarda l'organizzazione, i nuovi enti risponderanno al principio della separazione tra funzioni di indirizzo e controllo e quelle di gestione e attuazione, garantendo nell'organo di indirizzo, composto dal consiglio di amministrazione e dal presidente eletto

---

<sup>1</sup> In tal caso è però prevista una Commissione di vigilanza paritetica che garantisca la missione pubblica e vigili sul rispetto dei requisiti chiesti al privato gestore. A fronte della gestione il privato viene retribuito con un ammontare predeterminato, inizialmente calcolato sulla spesa storica, che comunque dovrà essere inferiore alla spesa media degli ultimi 3 anni.

L'eventuale disavanzo potrà così essere programmato, con assunzione di responsabilità ad esso connesse da parte del gestore.

dallo stesso Consiglio, la presenza maggioritaria di membri designati da Istituzioni pubbliche, Ministero della Salute, Regioni, Comuni.

Sarà altresì disciplinata la modalità con cui le fondazioni possono concedere ad altri soggetti pubblici e privati, compiti di gestione, anche di assistenza sanitaria, per migliorare qualità ed efficienza del servizio,

Tra l'altro, andranno messi a punto strumenti per la valorizzazione e la tutela della proprietà dei risultati scientifici degli IRCSS, ferma restando la natura no profit delle fondazioni, nonché per la promozione della ricerca, soprattutto organizzando gli IRCCS in reti telematiche.

In una parola si vuole rilanciare gli IRCCS pubblici che oggi si confrontano spesso malamente con quelli privati, soprattutto per l'efficienza della gestione e per il gradimento della popolazione, creare reti di Centri di Eccellenza capaci di sostenere il confronto con simili presidi in Europa, dotare questi Centri di più risorse per la gestione e la ricerca, mantenere il controllo e la missione pubblica di questi importanti motori di sviluppo della medicina italiana.

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 attirare capitali privati nel servizio pubblico e gestire questo 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.

E' 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.

Dagli ospedali inoltre è possibile allargare la rete al territorio, creando una struttura di cure primarie anche parziale che oggi non esiste e che gravemente penalizza questi Paesi. Infine, intorno a questi Centri italiani possono operare industrie italiane che costruiscono dispositivi medici o farmaci generici, a condizione che i Governi locali, a fronte di questi impegni, riconoscano agevolazioni fiscali e sicurezza. In tal modo questi Centri di italianità nel mondo possono dare un grande contributo allo sviluppo del Paese ove operano, creando le condizioni necessarie al suo sviluppo in un rapporto non di assistenza vecchia maniera, ma di partenariato alla crescita, che è la base perché questi Paesi possano recuperare il divario che li separa dalle nazioni più evolute. Un modo quindi

concreto di far crescere i Paesi africani in particolare, con un ritmo di crescita assai più sostenuto di quello finora registrato.

**a) *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 in Presidi distrettuali di salute 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;
- potenziare la capacità di risposta del sistema ospedaliero alla emergenza cardiologia e cerebrovascolare;
- collegare i Centri di eccellenza in rete collaborative ed estendere questa rete agli ospedali italiani all'estero.

**b) *Gli obiettivi per i prossimi tre anni***

- costruire e potenziare, in accordo con le Regioni e con i Sindaci di alcune città metropolitane, alcuni Centri di Eccellenza e collegare in rete tali Centri in modo da realizzare un proficuo scambio di personale e conoscenze;
- validare il modello sperimentale per trasferirlo, progressivamente e in accordo con le Regioni interessate, ad altri Centri di Eccellenza e grandi Ospedali metropolitani;
- prendere a modello alcune specialità mediche, come l'ematologia, che hanno già istituito una rete coordinata fra i Centri operanti sul territorio nazionale per migliorare l'assistenza ai pazienti in ogni area del Paese;
- identificare modalità gestionali per la corretta conduzione dei Centri di Eccellenza;
- attivare servizi di consulenza a distanza, compresa la telematica, per i medici di medicina generale e per gli specialisti e sviluppare i mezzi per il trasporto sanitario veloce;
- attivare, in accordo con le Regioni, alcune sperimentazioni in altrettanti IRCCS, in cui gli enti siano trasformati in Fondazioni di tipo pubblico onde migliorare la gestione di tali importanti istituti, attraverso l'emanazione del decreto legislativo di attuazione del collegato ordinamentale alla legge finanziaria 2003.

**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 sottoutilizzo 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.

E' 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.

Una modalità concreta per conseguire gli obiettivi sopra esposti può essere rappresentato dall'Unità di Medicina Generale, Con questa si intende che



alcuni medici convenzionati (ad esempio 5 medici di medicina generale e 5 pediatri di libera scelta) operando in un'unica sede, si prendono cura di alcune migliaia di persone (ad esempio 10.000 persone), assicurando loro le cure primarie ininterrottamente, almeno nelle ore diurne per 7 giorni la settimana, rapportandosi non solo alla Guardia Medica territoriale, ma eventualmente anche a specialisti che assicurino competenza nella diagnostica di base ed in alcune specialità. Il Gruppo si può organizzare con le modalità che ritiene più opportune, nomina un proprio responsabile che gestisce un budget negoziato con la ASL, a fronte dell'impegno ad assicurare i servizi con definite e verificate modalità, analogamente a quanto oggi effettua un Primario in Ospedale.

Il Gruppo può anche assumersi la gestione della Centrale Operativa/Sportello unico per la non autosufficienza, più sopra discusso in dettaglio o ancora altri servizi che interessino la ASL, inclusi la ricerca e la didattica.

Si identifica così una nuova realtà territoriale assai più utile alla popolazione (che si sente assistita con maggiore assiduità), per i medici (che vengono ad assumere più potere e responsabilità nei confronti della ASL fino a rappresentare l'equivalente territoriale di un Dipartimento o di un Primariato ospedaliero) e per la ASL che può spostare nel territorio, potenziandola, una serie di servizi oggi resi ancora e impropriamente negli Ospedali.

Il prossimo rinnovo della convenzione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta è l'occasione propria per avviare sperimentalmente, sostenendola finanziariamente anche con i fondi vincolati agli obiettivi del presente Piano Sanitario Nazionale, questa importante innovazione, dando finalmente corpo alla più volte annunciata volontà di potenziare la medicina territoriale e di conferirle maggiore rappresentatività professionale.

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

I problemi dell'urgenza sanitaria non hanno trovato finora, nei Paesi occidentali, soluzioni del tutto soddisfacenti. Questa constatazione non desta stupore, perché si tratta di materia complessa, riguardante l'assistenza sul territorio, il trasporto dei malati, il Pronto Soccorso degli Ospedali minori, il Soccorso Ospedaliero avanzato nei Dipartimenti d'Urgenza, il coordinamento organizzativo di tutte queste realtà.

Nel mondo occidentale, si sono delineati due modelli:

- Il modello franco-tedesco che prevede l'invio di personale medico sul luogo dell'urgenza-emergenza. In questo modello il "triage" si effettua sul campo e il medico invia il malato urgente direttamente alla struttura specialistica che ritiene più adatta. I limiti più evidenti di questo modello sono: la maggior facilità di errori nel triage preliminare e una visione semplificata dei problemi clinici, che non tiene nel dovuto conto l'esistenza (molto frequente) dei malati multi-organo, la tendenza ad esautorare il ruolo del Pronto Soccorso ospedaliero come tappa indispensabile di un approccio multidisciplinare al malato critico e, di conseguenza, a privilegiare i ricoveri in ambiente specialistico.

- Il modello anglo-americano nel quale l'assistenza urgente sul territorio è svolta da personale infermieristico, preparato per i primi interventi salvavita, mentre i compiti di primo Soccorso ospedaliero sono affidati ad un medico specialista in Emergency Medicine nell'ambito dei Dipartimenti di Emergenza. Questa figura di "specialista" non è priva di problemi. Infatti egli riceve di fatto un addestramento di tipo "generalistico" (come si desume dai programmi delle scuole di specialità U.S.A.) e tale addestramento, per la sua estensione a tutto campo, pregiudica la possibilità di un parallelo approfondimento delle singole discipline mediche. Per questi motivi si profila il rischio oggettivo che il Pronto Soccorso dei grandi Ospedali venga adibito a mansioni di routine per le urgenze minori (affidate allo specialista in Emergency Medicine) e assuma delle semplici funzioni di triage per le urgenze maggiori, affidate ai sanitari specialisti in senso stretto. Tale deriva specialistica dell'Ospedale si è dimostrata molto costosa e spesso discutibile perfino sotto il profilo assistenziale. In USA, queste problematiche sono già emerse e sono attualmente oggetto di riflessione.

In Italia è sorto un terzo modello. Già nel lontano 1968, il D.P.R. 128 (legge Mariotti) aveva identificato due tipologie di pronto soccorso e cioè il pronto soccorso per il territorio e per gli ospedali minori e quello degli ospedali provinciali e regionali. Per il primo tipo di soccorso si ipotizzava un medico "generalista", in grado di inquadrare preliminarmente gli aspetti urgenti delle varie discipline e di giudicare dall'opportunità del ricovero ospedaliero. Viceversa, per gli Ospedali multizonali (il cui Pronto soccorso risultava ovunque affidato, 24h/24, ad un internista e ad un chirurgo generale) la legge Mariotti prendeva atto degli aspetti vantaggiosi di questa interdisciplinarietà "di base" fra due "specialisti", ma ne rilevava altresì gli inconvenienti, imputabili al sopravvenire di due nuovi, importantissimi cambiamenti nella realtà assistenziale e cioè:

- l'orientamento "superspecialistico" di molte U.U.O.O. di Medicina Interna e di Chirurgia generale. Tale orientamento risultava utile alla diversificazione delle capacità assistenziali dell'Ospedale multizonale, ma aveva l'inconveniente di portare in Pronto Soccorso sanitari non più abituati ad una attività a tutto campo qual è quella che il Pronto Soccorso richiede. L'impatto con realtà assistenziali impegnative, con le quali non avevano più una sufficiente dimestichezza, conduceva questi sanitari a ricorrere, con ingiustificata frequenza, alle consulenze specialistiche, con la conseguenza di sbilanciare l'assetto organizzativo dell'Ospedale in senso specialistico. Per gli amministratori ospedalieri l'istituzione di U.U.O.O. specialistiche diventava un fiore all'occhiello. La proliferazione di queste strutture avveniva a scapito delle U.U.O.O. di Medicina Interna e di Chirurgia Generale il cui numero veniva progressivamente ridotto e le cui casistiche andavano incontro ad un evidente impoverimento qualitativo. Le conseguenze di questi eventi si ripercuotevano pesantemente sulla spesa sanitaria e, soprattutto, sull'insegnamento universitario che risultava sempre più in difficoltà nell'adempiere al suo compito primario che non è solo quello di formare

- specialisti o superspecialisti, ma anche buoni medici “generalisti” per la Comunità;
- il secondo cambiamento nelle attività assistenziale ospedaliera era legato all’incessante progresso medico che consentiva, ormai, di intervenire efficacemente anche in situazioni che, in anni precedenti, sarebbero state considerate fatalità, di fronte alle quali arrendersi. Alla luce di questi progressi appariva sempre più chiara la necessità di disporre in Pronto Soccorso di personale specificamente preparato. La turnazione ogni 15-20 giorni di tutti gli internisti e i chirurghi del grande ospedale (finalizzata all’esigenza del medico di fare esperienza anche nel campo dell’urgenza) diventava sempre più discutibile sotto il profilo etico; sempre più rischioso per il malato critico; sempre meno accettabile per le Amministrazioni ospedaliere e per gli stessi medici, esposti alle contestazioni dei pazienti. Si aggiunga la difficoltà che il turbinio dei sanitari nel Pronto Soccorso del grande Ospedale creava alla corretta gestione del servizio e si capiranno i motivi per i quali il D.P.R. 128/68 aveva stabilito che, negli Ospedali multizonali, il Pronto Soccorso non dovesse essere più svolto a turno da tutti gli internisti e i chirurghi dell’Ospedale, ma dovesse disporre, come ogni altro Servizio ospedaliero, di un organico dedicato (il cosiddetto organico “proprio”). Purtroppo, la mancanza di indicazioni più precise sulla composizione di questo organico e le tensioni interne alla classe medica impedirono (e tuttora hanno impedito) che si precisasse se l’organico proprio del Pronto Soccorso degli Ospedali multizonali dovesse essere costituito da internisti, da chirurghi o da entrambi questi specialisti. Si noti che, in quell’epoca, anche gli anestesisti-rianimatori si proponevano per la supervisione delle attività di Pronto Soccorso e che, proprio per la vaghezza della norma legislativa, nasceva in quegli anni la scuola di Specializzazione in Pronto Soccorso, con lo scopo di formare un medico-chirurgo per tutte le urgenze. Quest’ultima soluzione, analoga a quella realizzata negli USA, si presta agli stessi rilievi critici di cui si è già detto. Nel caso del nostro Paese, essa inoltre contraddice la distinzione in “aree funzionali, prevista dalle nostre leggi sanitarie. Tuttavia, se esplicitamente finalizzata alla formazione di un generalista per le urgenze del territorio e degli Ospedali minori, questa soluzione va presa in considerazione. In questo senso dovrebbe essere interpretata la recente introduzione della nuova idoneità concorsuale in Medicina e Chirurgia d’Urgenza e Accettazione (D.P.R. 10 dic. 1997 n° 484). Recentemente, su richiesta della Gran Bretagna e dell’Irlanda, il Parlamento europeo ha riconosciuto ufficialmente una nuova specializzazione medica (Accident and Emergency Medicine) sempre sull’analogo modello USA. Ciò è avvenuto senza una discussione esaustiva sui vari schemi organizzativi del soccorso urgente. Sembra perciò necessario fornire al Parlamento europeo tutti gli elementi di giudizio per una discussione meditata, che tenga conto del diverso contesto storico-culturale dei singoli Paesi dell’Unione Europea e delle diverse aspettative dei suoi cittadini.

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.

Le modalità di risposta all'emergenza-urgenza si articolano su quattro livelli che comprendono:

- i punti di Primo Intervento;
- i Pronto Soccorsi Ospedalieri;
- i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza-Accettazione (DEA) di I livello;
- i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza-Accettazione (DEA) di II livello.

Un DEA di II livello con particolare complessità è quello dotato di trauma center, deputato ad affrontare globalmente le problematiche assistenziali conseguenti al trauma maggiore.

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 sulla 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 sulla Gazzetta Ufficiale del 24 giugno 2002.

Accanto al rispetto dell'impianto organizzativo dei servizi per una ottimale organizzazione della rete dell'urgenza -emergenza sanitaria occorre prendere atto della distinzione fondamentale fra urgenze "oggettive" e urgenze "soggettive". Il rispetto del paziente e il rischio sempre incombente di errate interpretazioni esigono che anche le urgenze "soggettive" (o false urgenze di molta letteratura) siano prese in attenta considerazione, perchè di fronte ad una qualsiasi sintomatologia (specie se acuta) il paziente non è in grado di rendersi conto dell'effettivo rischio a cui è esposto. I medici operanti nei servizi dell'urgenza sanitaria (nel territorio e in Ospedale) devono distinguere, in prima istanza, fra i due tipi di urgenza e, nel caso di urgenza soggettiva, devono tranquillizzare il paziente, assicurandolo sulla assenza dei rischi; prescrivendo i primi rimedi; consigliando (se ne è il caso) eventuali accertamenti diagnostici successivi.

Inoltre la diffusione dell'informazione a strati sempre più vasti della popolazione ha prodotto ovunque la tendenza del paziente in difficoltà a recarsi di propria iniziativa nei Pronti Soccorsi ospedalieri, con la sicurezza

di trovarvi tutte le competenze e la strumentazione necessarie al suo caso. Ciò spiega il grande aumento degli accessi nei Pronti Soccorsi ospedalieri che si è verificato in tutti i paesi di civiltà avanzata in questi ultimi decenni. Questo fenomeno ha creato ovunque dei gravi problemi gestionali. Per disincentivare gli accessi "impropri" al Pronto Soccorso, da parte di cittadini che vi accedono di propria iniziativa, saltando le tappe del medico di medicina generale o dei presidi territoriali è stato ipotizzato il pagamento per le prestazioni richieste in Pronto Soccorso, ma non urgenti.

D'altronde la riduzione numerica delle urgenze soggettive che attualmente gravitano sui servizi di Pronto Soccorso ospedalieri e che ne creano la congestione sarà affidata in futuro a tre condizioni:

1) la tempestività di intervento della rete assistenziale del territorio alle esigenze dell'acuzie sanitaria. In assenza di una adeguata tempestività di intervento, il malato continuerà a rivolgersi di sua iniziativa all'Ospedale. In questo contesto è anche opportuno promuovere l'apertura di studi medici associati di medicina generale sul territorio o meglio di "Group Practice", che assicurino la presenza del medico per 12 ore al giorno e per 7 giorni alla settimana;

2) la capacità del medico di orientarsi rapidamente (soprattutto in base a criteri clinico-anamnestici) circa la natura dell'urgenza e di controllare, sia pure sintomaticamente, le urgenze soggettive;

3) l'istituzione di un efficace triage alla porta degli Ospedali, in modo da affidare alle equipèes di Pronto Soccorso soltanto le urgenze oggettive (codici rossi, verdi, gialli,) dirottando le urgenze soggettive (codici bianchi) su ambulatori inseriti nell'area del Pronto Soccorso, affidati al personale medico delle U.U.O.O. di Medicina Interna e di Chirurgia generale, a medici dei Servizi Territoriali, a medici di Medicina generale che siano presenti con i loro studi associati in prossimità del P.S.. Questi ambulatori, alimentati dal *triage* del Pronto Soccorso, riguardanti le prestazioni differibili e proprie del territorio, devono essere aperti negli orari del servizio di continuità assistenziale, e nei DEA di II livello per 24 ore al giorno.

Allo scopo di consentire una adeguata valutazione degli accessi in Pronto Soccorso è inoltre necessario rendere operativo un flusso informativo adeguato, che consenta anche la definizione di indicatori ed il loro monitoraggio nel tempo.

E' necessario inoltre prendere atto che l'urgenza-emergenza sanitaria costituisce ormai (grazie agli sviluppi conoscitivi della Medicina in tutti i settori) un ambito tanto vasto del sapere medico da esigere un retroterra culturale e pratico di tipo specialistico. Pertanto, tutte le attività di soccorso urgente devono essere gestite da specialisti dell'urgenza. In particolare, tutti gli Ospedali designati per le mansioni di Pronto Soccorso devono disporre di un organico "dedicato" (organico "proprio"). Tuttavia, la preparazione di questi organici va differenziata tenendo conto che le esigenze del territorio, degli ospedali minori, degli ospedali sedi di DEA sono molte diverse. Il territorio e gli ospedali minori (per ovvi motivi) non possono disporre dell'assetto polispecialistico tipico dell'ospedale sede di DEA. Di conseguenza, il medico del territorio e degli ospedali minori deve avere,

nell'ambito delle urgenze mediche, chirurgiche, specialistiche una preparazione "interdisciplinare" che gli consenta di risolvere le urgenze minori e di identificare quelle maggiori, da avviare al Dipartimento d'urgenza di competenza.

Conseguenza di un assetto assistenziale basato sulla distinzione fra urgenze minori e urgenze maggiori è la diversa composizione degli organici di Pronto Soccorso nei diversi livelli assistenziali. Sembra infatti ragionevole, soprattutto per motivi di spesa, prevedere che i Pronto Soccorsi degli Ospedali minori e quelli dei Dipartimenti d'emergenza-urgenza di I° livello siano affidati ad un organico "proprio" con preparazione interdisciplinare. In particolare nei Pronto Soccorso dei DEA di I livello la dotazione organica dedicata dovrà essere assicurata da medici d'Urgenza, cioè da medici con mansioni olistiche attualmente identificati nella figura del medico chirurgo d'accettazione e d'urgenza, con la disponibilità h 24 di consulenza dell'anestesista rianimatore, del personale delle Unità Operative di Medicina e di Chirurgia e degli altri specialisti. Ove necessario è auspicabile l'attivazione di un Pronto Soccorso ortopedico-traumatologico, attiguo al Pronto Soccorso.

Va invece riservato agli Ospedali sede di Dipartimento d'Urgenza di II° livello un assetto basato sulla diversificazione della casistica urgente a seconda che appaia di pertinenza medica o chirurgica. Questo secondo assetto, anche se organizzativamente più impegnativo, è certamente più adeguato al complesso ruolo assistenziale del Dipartimento d'Urgenza di II° livello. In sostanza si tratta di prevedere l'istituzione di un'area medica e una chirurgica del Pronto Soccorso, con la possibilità di consultazione reciproca dei sanitari addetti e con la disponibilità attiva (24h/24) dell'anestesista-rianimatore. L'internista, il chirurgo l'anestesista costituiscono il cosiddetto "nucleo operativo centrale" (NOC) del DEA di II° livello. Questo assetto multidisciplinare assicura al malato critico l'intervento di sanitari "specialisti" nei tre grandi ambiti del sapere medico e consente una consultazione ragionata ed essenziale degli specialisti dell'area medica e di quella chirurgica. Quindi la Medicina d'Urgenza e la Chirurgia d'Urgenza entrano stabilmente nella costituzione del DEA, di cui rappresentano la struttura di degenza per i pazienti delle rispettive aree. Assieme alla Rianimazione, alla Unità di cure coronariche, alla Stroke Unit, al Centro trasfusionale, ad eventuali altre Unità operative di alta specialità, al laboratorio di analisi, al Servizio di diagnostica per immagini, di endoscopia, di Direzione Sanitaria, la Medicina d'Urgenza e la Chirurgia d'Urgenza formano la zona delle cure intensive dell'Ospedale. Fra le Unità operative di alta Specialità, di cui al punto precedente, va annoverato, nei DEA di II livello, il *Trauma Center*, struttura tipicamente interdisciplinare che dovrà essere funzionalmente collegata con la Chirurgia d'Urgenza, in modo che il chirurgo d'urgenza, oltre a compiti propri, sia messo in grado di coordinare gli interventi di ordine traumatologico. Sia il Pronto Soccorso del DEA di I livello che per quello del DEA di II livello, le responsabilità organizzative e gestionali del Pronto Soccorso sono affidate ad un dirigente medico di struttura complessa.

Dev'essere chiaro che, anche nel DEA di II° livello, il concetto di “organico proprio”, per la componente medica e per quella chirurgica del NOC, è assolutamente da rispettare. La rotazione di tutti gli internisti e i chirurghi dell'ospedale sede di DEA nel Servizio di Pronto Soccorso è ormai improponibile. Per adempiere a questo presupposto è necessario che i sanitari che presidiano l'area medica e quella chirurgica del Pronto Soccorso emanino rispettivamente da una U.O. di Medicina Interna e una di Chirurgia generale dedicate all'urgenza (Medicina d'Urgenza; Chirurgia d'Urgenza). Queste U.U.O.O., analogamente a tutte le altre strutture operanti in Ospedale (le quali, oltre alle attività pertinenti, svolgono compiti di “eccellenza” in ambiti superspecialistici) esercitano il proprio ruolo di eccellenza nel settore dell'Urgenza. Per questo motivo, le due anzidette U.U.O.O. devono far parte stabilmente e continuativamente della costituzione del Dipartimento di urgenza, di cui costituiscono le degenze per i pazienti critici delle rispettive aree.

Il DEA di II° livello così strutturato presenta altri aspetti positivi:

- 1) identifica nel primario/direttore della Medicina d'Urgenza e della Chirurgia d'Urgenza i responsabili delle attività di Pronto Soccorso medico e chirurgico (oltreché di quelle delle rispettive U.U.O.O.);
- 2) crea le premesse per l'approfondimento degli aspetti dottrinali e organizzativi dell'urgenza in Medicina Interna e in Chirurgia generale, preparando equipèes di sanitari in grado di inquadrare preliminarmente la casistica, di erogare i provvedimenti indifferibili, di gestire correttamente le consulenze specialistiche e quindi di evitare la deriva specialistica dei Servizi di Pronto Soccorso;
- 3) fa del Dipartimento d'Urgenza la sede elettiva per la preparazione nel settore dell'Urgenza, degli specializzandi in Medicina Interna, Chirurgia generale, Anestesia-Rianimazione, Cardiologia e, in termini più generali, di tutti i giovani medici che lavorano in Ospedale;
- 4) offre alle Regioni un punto di riferimento per le tematiche dell'urgenza e per l'espletamento dei corsi regionali di formazione per i medici dell'Urgenza-emergenza del territorio e dei punti di primo soccorso;
- 5) individua, per il malato critico di pertinenza internistica o chirurgica generale, adeguate strutture di degenza che, nella grande maggioranza degli Ospedali attualmente mancano. Oggi, in questi ospedali, il medico di guardia in Pronto Soccorso, alle prese con un paziente critico, è costretto a scegliere fra tre opzioni, nessuna delle quali del tutto soddisfacente:
  - a) ricoverare il paziente in Rianimazione, anche quando si tratta di una casistica (com'è in generale quella internistica) per la quale il rianimatore non è sempre specificatamente preparato;
  - b) inviare il malato in una U.O. di Medicina Interna o di Chirurgia Generale pur sapendo che non vi troverà l'assistenza di cui necessita, perché è impossibile per qualunque ospedale attrezzare tutte le proprie U.U.O.O. per un'assistenza semintensiva;
  - c) destinare l'Osservazione breve intensiva (adibita normalmente all'osservazione di malati in attesa di un giudizio definitivo sulle necessità o no di un ricovero) ad un uso improprio quale sarebbe quello di una unità di terapia intensiva;

6) dà la possibilità all'internista e al chirurgo che operano in Pronto Soccorso di alternare questa prestazione con una regolare attività di corsia nelle rispettive U.U.O.O. di Medicina d'Urgenza e di Chirurgia d'Urgenza. Ciò è di grande utilità almeno per tre motivi:

- a) completa la preparazione specifica di questi sanitari che non sono più chiamati alla sola erogazione dei provvedimenti indifferibili, ma devono farsi carico di tutta la fase "critica" delle rispettive casistiche;
- b) garantisce al malato critico un'assistenza adeguata fino al superamento del pericolo di vita;
- c) riduce il pericolo che il sanitario addetto solo alle mansioni di Pronto Soccorso vada incontro alla sindrome del burn-out. Infatti, la pratica del Pronto Soccorso è faticosa ed usurante. Se si fa in modo di alternarla con l'attività di corsia si può ottenere che il medico e il chirurgo d'urgenza si dedichino stabilmente a questa attività ed evitino di chiedere, alla prima occasione, il trasferimento in altri servizi. Questo inconveniente è pregiudizievole per tutti i livelli del soccorso urgente perché ostacola la formazione di organici realmente "fissi". Tuttavia, l'inconveniente diventa particolarmente dannoso nei DEA di II° livello. Qui infatti i sanitari sono chiamati a compiti di particolare difficoltà, il cui espletamento risulterebbe tanto più facilitato quanto più elevato il grado di esperienza del personale addetto.

E' necessario anche prevedere uno specifico livello di assistenza riferito alla pediatria, tramite l'integrazione tra la guardia pediatrica ed i DEA, con la presenza di Pronto Soccorso pediatrici nelle sedi di DEA di II livello, mentre i Pronto Soccorso sede di DEA di I livello possono accettare i bambini, chiamando in consulenza lo specialista pediatrico. Vanno inoltre programmate risposte assistenziali adeguate per le urgenze ostetriche e neonatologiche.

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.

Per ottimizzare le prestazioni di emergenza-urgenza, e sulla base di una ricognizione da effettuarsi di concerto con le singole regioni, dovranno essere promossi programmi di investimenti ad hoc per il fabbisogno strutturale e tecnologico dei presidi sanitari delle isole minori, per l'acquisto di mezzi mobili per il trasporto compreso l'elisoccorso, prevedendo in particolare interventi per l'attivazione di reti telematiche, per favorire la adozione di tecnologie quali il teleconsulto, che consentano il collegamento in rete tra le comunità isolate ed i Centri di Eccellenza.



**a) *Gli obiettivi strategici***

- Riorganizzazione strutturale dei Pronto Soccorso e dei Dipartimenti d'emergenza e accettazione;
- Realizzazione della rete gerarchizzata di strutture per l'emergenza;
- Integrazione del territorio con l'Ospedale.
- Integrazione della rete delle alte specialità nell'ambito dell'emergenza per la gestione del malato critico e politraumatizzato.
- Sviluppare una più adeguata rete di urgenza ed emergenza pediatrica.

**b) *Gli obiettivi per i prossimi tre anni***

- Favorire il percorso da parte dell'Università per l'attivazione della scuola di specialità, ed al tempo stesso quello che consenta la definizione di corsi di formazione a carattere teorico e pratico, di alta qualificazione, e con caratteristiche uniformi sul territorio nazionale.
- Completare l'attivazione del sistema di emergenza su tutto il territorio nazionale, e rafforzare il collegamento tra il 118 ed i DEA.
- Completare il programma di assegnazione delle radiofrequenze dedicate alle Regioni, e aggiornare le caratteristiche tecniche dei mezzi di soccorso e le loro dotazioni.
- Attivare ambulatori di Continuità Assistenziale presso i Pronto Soccorsi.
- Potenziare ed organizzare la medicina distrettuale perché fornisca servizi 12 ore al giorno e 7 giorni la settimana.
- Identificare protocolli operativi per avviare le urgenze meno impegnative verso gli Ospedali minori, onde evitare il sovraccarico degli Ospedali sede di DEA di secondo livello.
- Programmare interventi che garantiscano le specifiche esigenze di assistenza sanitaria d'urgenza nelle isole minori e nelle comunità montane disagiate, inclusi i servizi di consulenza a distanza con telemedicina, e collegamenti funzionali in rete con i Centri di Eccellenza, nonché la disponibilità di trasporto sanitario mediante elicottero.
- Elaborare indicatori degli accessi al pronto soccorso, e monitorarne l'andamento temporale.
- Promuovere l'organizzazione delle maxiemergenze nelle strutture ospedaliere, anche attraverso la realizzazione di interventi strutturali ed organizzativi negli Ospedali sede di DEA situati in zona sismica.
- Elaborare protocolli operativi per la gestione di emergenze impreviste che possano coinvolgere un elevato numero di persone, come in caso di eventuali attacchi bioterroristici e di calamità naturali.
- Definire protocolli per la gestione delle grandi manifestazioni, degli eventi sportivi di rilevanza, nelle quali è prevista la presenza di mezzi di soccorso.

**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 produttivo e la sua organizzazione un obiettivo essenziale per lo sviluppo.

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.

In realtà dobbiamo affrontare il problema con diversi approcci, e in particolare puntare ad eliminare i vincoli burocratici che ancora appesantiscono la ricerca pubblica italiana e le impediscono di collegarsi e integrarsi adeguatamente con quella dei privati. Siamo ancora molto lontani dalla flessibilità che caratterizza i Paesi più avanzati, quali gli Stati Uniti d'America, nei quali il rapporto tra pubblico e privato nel campo della ricerca è di osmosi continua e di relazioni estremamente strette, fatto salvo il principio di salvaguardia da possibili conflitti di interessi. In Italia disponiamo di brillanti ricercatori che, proprio a causa di questi vincoli, delle difficoltà di inserimento nei contesti migliori e della difficoltà di transitare da una struttura all'altra e da un'organizzazione all'altra, si trovano oggi a disagio. Alcuni hanno intrapreso la via dell'emigrazione nei Paesi più avanzati; continuiamo a perdere cervelli dopo averli preparati nel nostro Paese. Oggi le nazioni più avanzate contano nelle posizioni di rilievo ricercatori italiani che con le loro ricerche e i loro brevetti hanno reso ricco non il nostro Paese ma quello che ha loro fornito le condizioni migliori per lavorare. Una prima azione strategica consiste quindi nel ricreare in Italia le condizioni che possano attirare ricercatori da tutto il mondo. A questo fine due sono le condizioni indispensabili:

- consentire ampia libertà al ricercatore nell'esercizio delle sue funzioni evitando che inutili vincoli lo costringano in spazi ristretti senza possibilità di trasferirsi da un'Istituzione all'altra. Se, ad esempio, un Ospedale pubblico volesse assumere un ricercatore industriale, oggi questo risulterebbe assai difficoltoso, in quanto il ricercatore industriale non ha quei titoli e quel *curriculum* che la struttura pubblica richiede. Al contrario, un'azienda privata può assumere un ricercatore pubblico senza problemi, in quanto la flessibilità privata consente la massima libertà d'azione;
- consentire ai ricercatori di trarre profitto dalle loro invenzioni. In questo senso si è già mosso il Governo, ma il percorso è ancora irto di

difficoltà, anche in quanto non è maturata nel nostro Paese la convinzione che sia necessario attrezzare le Istituzioni pubbliche di appositi uffici capaci di scovare e realizzare brevetti e consentire infine che su questi brevetti affluiscano capitali di rischio, creando le condizioni perché l'investimento risulti interessante.

E' necessario, inoltre, attirare la ricerca industriale in Italia attraverso sistemi di tassazione che ancora non sono stati realizzati e che hanno un modello assai efficiente in altri Paesi.

Una delle strade è quella intrapresa dalla Spagna che nel dicembre 1999 ha introdotto misure di riduzione diretta delle imposte per spese di ricerca e sviluppo e per spese di innovazione tecnologica. Viene previsto, fra l'altro, per le spese di ricerca e sviluppo la deducibilità del 30% calcolata sulla media delle spese sostenute nei due anni precedenti, incluse le spese di personale. Per l'innovazione tecnologica è prevista la deducibilità del 50% calcolata sull'eventuale eccedenza delle spese dell'anno rispetto alla media precedentemente calcolata.

Nella ricerca biomedica e sanitaria un ruolo importante, oltre alle Università e agli Istituti di Ricerca, è rivestito dagli *Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*, che afferiscono direttamente al Ministero della Salute. Si tratta di *Centri di Eccellenza* che operano in discipline assistenziali e che sviluppano temi d'avanguardia, integrando assistenza e ricerca. Ne sono un esempio tipico gli *Istituti Nazionali dei Tumori* che, proprio recentemente, si sono riuniti in una rete collaborativa che consente loro di realizzare politiche comuni, di elevare in tutto il Paese il livello dell'assistenza erogata. Essi d'ora innanzi riceveranno finanziamenti dal Ministero della Salute anche su progetti comuni, dando all'intero complesso quell'unitarietà che ha già premiato altre reti di ricerca applicata, quali il GIMEMA (Gruppo Italiano di Malattie Ematologiche dell'Adulto) per l'Ematologia e il GRACE (Gruppo per la Raccolta e Amplificazione di Cellule Staminali Emopoietiche) per le Banche di Sangue Placentare.

Gli strumenti di tale politica andranno poi concretizzati in via prioritaria nel Programma di Ricerca Sanitaria (PRS) (art. 11, comma 3, Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229), il quale, tenendo conto degli obiettivi individuati nel Piano Sanitario Nazionale, dovrà definire, su base triennale, le corrispondenti strategie di ricerca e l'allocazione delle risorse a ciò dedicate, prevedendo anche le necessarie modalità di coordinamento con il Programma Nazionale per la Ricerca (secondo le linee MiUR, approvato dal CIPE il 21.12.2000) e assicurando le indispensabili sinergie fra ricerca pubblica e ricerca privata, nonché tra ricerca nazionale e ricerca europea ed extraeuropea.

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.

Vale la pena rilevare, poi, che l'attivazione di un meccanismo di co-finanziamento pubblico-privato della ricerca potrebbe generare un circuito virtuoso sotto molteplici profili: aumentando le risorse disponibili, evitando la frammentazione dei finanziamenti e focalizzando più Istituzioni su un identico obiettivo, per raggiungere quella massa critica necessaria per il successo dell'attività di ricerca. Il co-finanziamento potrebbe anche contribuire ad avvicinare ed integrare l'attività del settore pubblico con quella del privato, orientando ambedue i settori verso finalità comuni.

Premessa indispensabile del co-finanziamento pubblico-privato è che si tratti di progetti per i quali sia preminente l'interesse sanitario pubblico e che siano escluse da esso le forme di sostegno finanziario all'industria. In questa direzione è intervenuta anche la Legge Finanziaria 28 dicembre 2001 n. 448, che all'art. 52, comma 41, prevede risorse destinate "al co-finanziamento con il settore privato per lo sviluppo di progetti specifici di ricerca di interesse pubblico che saranno individuati con Decreti del Ministero della Salute". Inoltre, nell'ambito del Fondo Sanitario Nazionale si possono reperire risorse che, almeno in parte, potrebbero essere utilizzate per il co-finanziamento. Si possono prevedere, a questo proposito due forme di co-finanziamento non mutualmente esclusive, una centrale ed una periferica. Nel primo caso, verrebbero individuate a monte le risorse, dopo verifica della rilevanza sanitaria del progetto, preferibilmente nella misura del 50% tra settore pubblico e privato e verrebbe costituito il comitato paritetico per la gestione del progetto. Nel secondo caso, invece, l'Unità operativa di ricerca partecipante al progetto dovrebbe farsi carico di reperire un finanziamento privato, che diverrebbe insieme ad altri un elemento di pregio del progetto. Questa impostazione va nella direzione della valorizzazione della ricerca e, qualora estesa, potrebbe generare benefici di grande rilievo e rappresentare un modello di attrazione di risorse finanziarie, strutturali ed umane, valido anche per altri settori.

L'azione del Ministero della Salute è inserita nel quadro dell'azione complessiva del Governo, che, recentemente, ha presentato le Linee Guida per lo sviluppo della ricerca scientifica e tecnologica, che consistono di quattro parti:

1. il quadro di riferimento;
2. gli indirizzi e le priorità;
3. le azioni di potenziamento del sistema di ricerca nazionale;
4. gli investimenti pubblici aggiuntivi previsti nell'arco della presente legislatura.

#### *1. Il quadro di riferimento*

Il Governo propone l'adozione di una strategia finalizzata ad un miglior utilizzo delle risorse umane e finanziarie attualmente impegnate nel settore di R&S; alla concentrazione degli interventi verso priorità particolarmente rilevanti per lo sviluppo scientifico, economico e sociale; all'attuazione di una politica a vasto raggio di collaborazione internazionale; al coordinamento delle iniziative previste in questo settore tra le

Amministrazioni dello Stato e le Regioni, Province e Comuni; allo sviluppo sistematico per le attività di R&S della collaborazione tra settore pubblico e il mondo delle imprese, dell'agricoltura e dei servizi per meglio rispondere agli interessi e ai bisogni dei cittadini.

### *2. Il quadro delle priorità e degli indirizzi programmatici*

Il quadro delle priorità per la R&S nazionale può essere identificato a partire da tre principali indicazioni: i grandi trends scientifici ed economici internazionali, le priorità identificate dal Sesto Programma Quadro Europeo, le specifiche indicazioni di priorità per il sistema Italia.

### *3. Le azioni di potenziamento del sistema scientifico nazionale*

Al fine di assicurare una equilibrata evoluzione di tutte le componenti della ricerca convergenti a generare innovazione le "Linee Guida" identificano quattro assi strategici di intervento, completati da interventi di tipo trasversale.

*Asse 1.* Avanzamento delle frontiere della conoscenza.

*Asse 2.* Sostegno della ricerca per lo sviluppo di tecnologie multisettoriali.

*Asse 3.* Potenziamento delle attività di ricerca industriale, e relativo sviluppo tecnologico.

*Asse 4.* Promozione della capacità d'innovazione delle piccole e medie imprese.

Una quinta area di intervento trasversale ai quattro assi identificati, è rappresentata dal potenziamento della rete di grandi infrastrutture per la ricerca di base, orientata e applicata e dall'accentuazione dei processi di internazionalizzazione delle attività di ricerca. I quattro assi di intervento si collocano nel contesto delle attività previste dall'Università, dalla rete degli enti pubblici di ricerca, e dal settore industriale. Gli interventi previsti per le tre componenti del sistema scientifico italiano attraverso i quattro assi identificati saranno integrati da azioni trasversali inerenti al supporto e allo sviluppo di grandi infrastrutture di ricerca, la partecipazione alle iniziative internazionali multilaterali e bilaterali, potenziando fortemente non solo la collaborazione con i Paesi dell'Unione Europea, ma anche con gli Stati Uniti il cui sistema scientifico rappresenta il motore principale per lo sviluppo di nuova conoscenza e delle relative applicazioni.

### *4. Investimenti pubblici aggiuntivi per il potenziamento della ricerca e loro impatto economico-occupazionale*

Un adeguato incremento degli investimenti pubblici risulta essenziale per recuperare competitività nel settore della R&S rispetto agli standards internazionali. Il Governo, tenuto conto dei vincoli rappresentati dal patto di stabilità per l'Italia si pone l'obiettivo di elevare i finanziamenti assegnati al sistema ricerca da parte del settore pubblico, negli anni 2003-2006, dall'attuale 0,6% del PIL all'1% del PIL. Con tale traguardo il nostro Paese si allineerà alla situazione oggi esistente negli altri Paesi avanzati, e grazie alle modalità di co-finanziamento la manovra aggiuntiva comporta un investimento globale pubblico/privato pari a circa 9.000 milioni di euro, che rappresenta lo 0,67% del PIL.

Nell'ambito della ricerca sanitaria la Commissione per la Ricerca sanitaria ha individuato le priorità in base alla frequenza, gravità ed impatto sociale delle relative patologie, allo sviluppo attuale o prevedibile delle tecnologie pertinenti ed allo stato dell'arte delle ricerche su scala europea ed internazionale comparato con quello nazionale. Per ogni linea di ricerca viene privilegiata l'integrazione multidisciplinare e la traslazione di know-how dalla ricerca biomedica di base e preclinica alla innovazione assistenziale ed alla prevenzione, al fine di combattere efficacemente le relative malattie.

1. Malattie Cardiache e Vascolari: Sviluppo di trattamenti innovativi basati su nuove acquisizioni eziologiche e patogenetiche, nuovi tests diagnostici e nuovi bersagli molecolari o nuovi strumenti biologici o bioingegneristici di intervento riparativo e preventivo, con speciale riferimento all'infarto miocardico, all'aterosclerosi, all'ipertensione arteriosa e all'ictus.
2. Oncologia: Analisi genica e fenotipica dei tumori e sviluppo di nuovi farmaci. Diagnostica molecolare. Prevenzione. Identificazione di nuovi bersagli molecolari; sviluppo di nuovi farmaci e terapie biologiche.
3. Malattie Infettive: Sviluppo di nuovi vaccini. Epidemiologia e diagnostica molecolare, nuove terapie delle principali malattie virali. Encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE). Approccio integrato medico-veterinario allo studio delle zoonosi ed alla loro prevenzione, diagnosi e terapia. AIDS, T.B.C. e malattie della povertà. Farmacoresistenze.
4. Malattie Neurodegenerative, con speciale riferimento ad epidemiologia, patogenesi, basi genetiche e ambientali, nuovi approcci diagnostici, nuove terapie e strategie di protezione e riparazione.
5. Trapianti e patologie d'organo invalidanti. Cellule staminali e riparazioni tessutali: Patologie croniche invalidanti e trapianti d'organo (cuore, rene, fegato, polmone, intestino, multiorgano); trapianto di midollo osseo e di cellule staminali emopoietiche in malattie ematologiche o immunitarie. Impiego di cellule staminali nelle riparazioni tessutali. Nuove terapie anti-rigetto. Tolleranza immunitaria. Organi artificiali.
6. Malattie Immunitarie; Malattie allergiche o da ipersensibilità (specialmente degli apparati respiratorio, digerente e cutaneo); Malattie autoimmuni; Malattie reumatiche ed osteoarticolari.
7. Medicina molecolare e malattie genetiche. Compresa la diagnostica molecolare, le terapie geniche e cellulari, la farmacogenomica e farmacogenetica e le biotecnologie di più recente sviluppo (es. nanotecnologie). Biobanche.
8. Invecchiamento, con speciale riferimento al sistema nervoso, cardiovascolare e muscolo-scheletrico e con particolare attenzione alla cronicità e alla gestione della non-autosufficienza.

9. Alimentazione e Malattie Digestive e Metaboliche, con speciale riferimento a malattie intestinali, epatopatie, diabete ed obesità. Sicurezza alimentare.
10. Disordini muscoloscheletrici. Riabilitazione e ripristino funzionale; nuovi dispositivi protesici.
11. Patologie ambientali e malattie del lavoro, con speciale riferimento a quelle inalatorie, da contatto e a rischio oncogeno.
12. Nuove tecnologie radiologiche (di imaging, es. PET-TC; radioterapiche, es. IMRT, adroterapia; ed interventistiche) e chirurgiche (chirurgia stereotassica, virtuale e robotica; microchirurgia).
13. Indicatori di qualità dell'assistenza nei diversi aspetti di efficacia, efficienza, appropriatezza, (con particolare riferimento ai Servizi territoriali) e analisi di appropriatezza delle prescrizioni diagnostiche e farmaceutiche, anche attraverso l'utilizzo del bench-marking.

Gli obiettivi delle linee di ricerca devono essere perseguiti puntando all'integrazione operativa di tutti gli Enti di ricerca del Ministero della Salute (IRCCS, ISS, IZP, ISPELS) e delle Regioni (Aziende Ospedaliere) nonché alla cooperazione con Università, CNR, Istituzioni e Fondazioni private e all'inserimento nel contesto della ricerca europea ed internazionale.

**a) *Gli obiettivi strategici***

- la semplificazione delle procedure amministrative e burocratiche per la autorizzazione ed il finanziamento della ricerca;
- la individuazione di fonti e canali aggiuntivi di finanziamento della ricerca biomedica e sanitaria nel settore privato (fondazioni, donazioni, industria, capitali di rischio);
- la riqualificazione degli IRCCS come Centri di ricerca biomedica, anche riuniti in rete e tra loro associati;
- 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 mobilità dei ricercatori tra le varie Istituzioni;
- la promozione delle collaborazioni tra Istituzioni pubbliche e private nel campo della ricerca;
- l'attivazione di strumenti di flessibilità 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 di defiscalizzazione sugli investimenti in oggetto, già sperimentati negli altri Paesi;
- il perseguimento degli obiettivi prioritari previsti dal 6° 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.

**b) Gli obiettivi per il triennio**

Per quanto riguarda il periodo di applicazione del presente Piano, va attuata una sinergia programmatica in concorso con tutte le Istituzioni di ricerca afferenti al Ministero della Salute e/o interessate all'area della salute, e con l'intera comunità scientifica, che dal punto di vista operativo dovrà tradursi nelle seguenti azioni:

- identificare tutte le possibili modalità di interagire con la ricerca ed i capitali privati così da integrare i fondi pubblici per la ricerca con fondi privati;
- consolidare la collaborazione tra MiUR e Ministero della Salute, con particolare riferimento ai progetti strategici, già individuati, della post genomica, della nuova ingegneria biomedica, delle neuroscienze, della qualità alimentare e del benessere;
- costituire reti strutturali e progetti coordinati fra diverse Istituzioni collegate con il Ministero della Salute (ISS, IRCCS, IZS, ISPESL) anche per l'accesso al Sesto Programma Quadro Europeo di Ricerca, ai fondi del PNR 2001-2003 e ai fondi per i progetti di ricerca industriale ex Legge 297/99.

**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 è legata agli stili di vita.

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 è la necessità 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 può facilitare scelte idonee ed indurre il settore industriale a migliorare la qualità 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 età compresa tra i 12 e i 25 anni (soggetti



a rischio) sono i seguenti (dati riguardanti solo le sindromi complete e non i disturbi subclinici): anoressia nervosa 0,3-0,5%; bulimia nervosa 1-3%; altri disturbi del comportamento alimentare 6%.

Un problema che riveste un interesse prioritario è 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.

Nell'ambito dell'adozione di stili di vita sani, *l'attività fisica* riveste un ruolo fondamentale. Il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare è 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.

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

Oggi la comunità scientifica è unanime nel considerare il fumo di tabacco la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile. Infatti è scientificamente dimostrato l'aumento della mortalità 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 è causa anche di un aumento della mortalità 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, cioè circa il 30% dell'intera popolazione europea.

In Italia, dalle indagini multiscopo 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 più accaniti, in termini di numero medio di sigarette fumate al giorno, sono gli uomini con 16 sigarette al giorno contro le 12 delle donne.

E' stato provato che le industrie del tabacco erano al corrente dei danni sulla salute derivanti dal fumo, ma che hanno dolosamente sviato l'attenzione della popolazione dal problema, minimizzando i danni da tabacco attraverso i media e manipolando inoltre i livelli di nicotina per incrementare deliberatamente ed illegalmente il potenziale di dipendenza delle sigarette. Queste notizie sono state pubblicate, a cura di uno specifico Comitato istituito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, sulla rivista scientifica

JAMA del dicembre 2001 Il Comitato ha poi stilato ben 58 raccomandazioni tese a svelare i sotterfugi escogitati dall'industria del tabacco.

Nella stessa rivista JAMA è stato pubblicato nel giugno 2002 il risultato dell'analisi di documenti riservati riguardanti le strategie di marketing delle industrie del tabacco: in spregio della salute pubblica, sulla base di tali strategie l'obiettivo è indurre al fumo consumatori di ogni età sulla base dei loro comportamenti, aspirazioni e stili di vita, con particolare attenzione alle fasce di più giovane età.

Negli USA è stato ufficialmente confermato il dato epidemiologico che l'uso del tabacco e specificamente il fumo di sigaretta costituisce la prima causa *prevenibile* di morte: ebbene il fumo passivo, secondo alcuni studi, ne rappresenterebbe la terza!

Un gruppo di ricercatori ha pubblicato recentemente i risultati di uno studio che dimostra come la quantità di fumo presente in diversi ambienti, dalle sale bingo all'interno di un'automobile, calcolabile tramite la concentrazione di monossido di carbonio, è in grado di indurre un danno endoteliale alle arterie coronarie dei non fumatori.

Secondo stime diverse, i decessi attribuibili al fumo passivo negli USA sarebbero tra i 53.000 ed i 64.000 ogni anno a fronte di 430.000 decessi tra fumatori, mentre in Italia sono stati stimati almeno 3000 decessi da attribuire al fumo passivo.

E' importante comunque sapere che dal punto di vista *normativo* un recente rapporto del Surgeon General americano ha identificato tre approcci legislativi che potrebbero risultare particolarmente efficaci: 1) riduzione della pubblicità sul tabacco; 2) promozione dell'aria pulita; 3) restrizioni all'accesso dei giovani ai prodotti derivanti dal tabacco.

L'esperienza della California e di altri Stati americani consente di prevedere che un efficace ed aggressivo programma di controllo del fumo mediante azioni sociali, politiche e legali può ridurre l'incidenza del fumo in misura dell'1% annuo con un obiettivo minimo di riduzione della prevalenza al 10% in cinque anni.

Si deve inoltre sapere che è falso affermare che il divieto di fumare nei ristoranti, bar ed alberghi possa incidere negativamente sui flussi turistici: una pubblicazione, sempre su JAMA, ma già nel 1999, dimostrava che il turismo, a livello internazionale, *non è stato influenzato o è incrementato* a seguito dell'emanazione di divieti sul fumo.

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 è la decima causa di morte nel mondo. Alcuni studi predicono che, qualora non si adottino più concrete politiche antifumo, il tumore al polmone sarà 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, così come regolamentato sostanzialmente dalla Legge n. 584 dell'11 novembre 1975 e dalla direttiva 14 dicembre 1995, non è sufficiente. Questa normativa, nel tentativo di puntualizzare i luoghi ove è vietato fumare e di affidare il rispetto delle norme a responsabili sprovvisti dall'autorità necessaria, ha di fatto creato incertezze e difficoltà che hanno vanificato lo sforzo del legislatore.

Al fine di attivare una più incisiva azione di dissuasione, con l'articolo 52, comma 20, della Legge Finanziaria 2002 sono state inasprite le sanzioni per i trasgressori del divieto di fumo. Contemporaneamente, sono state intensificate e stimolate procedure di controllo e rilevamento delle infrazioni da parte delle forze dell'ordine.

Un ulteriore sviluppo normativo approvato in via definitiva dal Parlamento il 21 dicembre 2002 Parlamento 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 più incisive campagne di educazione ed informazione sui danni procurati dal fumo attivo e/o passivo, la cui efficacia potrà essere maggiore se verranno rivolte soprattutto ai giovani in età scolare e alle donne in età fertile.

Una campagna indirizzata ai ragazzi di 14 e 15 anni è stata iniziata nelle scuole dal Ministero della Salute e da quello dell'Istruzione, Università 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 è registrato un abbassamento dell'età 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 è 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*. Sarà 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, è quella che più si avvicina alle realtà e che meglio può 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 età fertile. Infatti, ad esempio, il deficit congenito di un arto, nel quale una parte o tutto l'arto del feto può non svilupparsi, è 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 è doppio rispetto alle non fumatrici. I bambini di madri fumatrici pesano alla nascita in media 150-200 grammi in meno. Le donne fumatrici sono più 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 è direttamente proporzionale al consumo di sigarette fumate dalla madre e al numero di sigarette fumate in sua presenza.

d) La riduzione dei danni sanitari e sociali causati *dall'alcool* è, attualmente, uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica, che la gran parte degli Stati persegue per migliorare la qualità della vita dei propri cittadini. Numerose evidenze dimostrano che gli individui, (ed i giovani in particolare) che abusano dell'alcool risultano più frequentemente inclini a comportamenti ad alto rischio per sé e per gli altri (quali guida di autoveicoli e lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate) nonché al fumo e/o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi. L'alcool agisce come "ponte" per gli individui più giovani, rappresentando una delle possibili modalità di approccio a sostanze illegali, le cui conseguenze spesso si estendono ben oltre la salute della persona che ne fa direttamente uso. Benché 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 più adatte a promuovere lo stato di salute sta alla base di una moderna società del benessere. Molti sono infatti gli strumenti che la scienza e la tecnologia moderna mettono a disposizione della collettività 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 quantità 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 età e con i tempi appropriati.

Alcune importanti informazioni di carattere sanitario non sono o sono scarsamente accessibili ai pazienti. Questo è, 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 possibilità di cura;
- sulle modalità 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. Benché il ruolo del medico e del farmacista rimanga fondamentale nell'informare i pazienti, è necessario tenere conto del fatto che lo sviluppo della società dell'informazione offre numerosi altri strumenti, ivi incluso Internet, il cui impatto potrebbe essere altamente benefico se opportunamente utilizzati. In effetti, esistono già numerosi siti web che forniscono una varietà di informazioni di carattere sanitario, ma la qualità dell'informazione fornita non è sempre soddisfacente ed, in alcuni casi, è 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.

Oltreché all'importanza della informazione sulla salute rivolta ai cittadini, il Servizio Sanitario Nazionale deve prestare attenzione anche alle opportunità 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 più elevati, e soprattutto ambiscono a partecipare attivamente ai processi sociali ed economici che li riguardano, la relazione a due vie tra operatori e utenti è d'obbligo.

Le Istituzioni sanitarie devono rispondere a numerose istanze sul complesso e articolato tema della salute, moltiplicando in tal modo la quantità dei temi e dei messaggi, che rischiano così di disperdersi in più percorsi di comunicazione, non potendo avere una sufficiente massa critica di risorse.

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

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

#### ***a) Gli obiettivi strategici***

Occorre orientare l'attività e gli impegni del Servizio Sanitario Nazionale al più presto affinché 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.

Ciò implica la necessità di:

- acquisire gli elementi necessari per comprendere le esigenze di informazione dei cittadini in tema di salute e di sanità;
- 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 capacità diffuse di prevenzione;
- progettare una banca-dati di informazioni aggiornate sulla rete dei servizi sanitari e sociosanitari 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 sanità;
- portare a regime un piano pluriennale di comunicazione istituzionale sulla salute.

***b) Gli obiettivi per i prossimi tre anni***

Si ritiene pertanto di adottare, come progetto sperimentale da avviare a partire già nel primo semestre del 2002, il modello di comunicazione istituzionale poggiato su tecniche di pubblicità sociale già sperimentato, in particolare nel mondo anglosassone.

Tali tecniche sono basate su un'alleanza tra le finalità pubbliche e sociali e le finalità di aziende private per costruire una partnership con una o più "cause", per il raggiungimento di un beneficio comune, nell'ovvia esclusione dei conflitti di interesse.

Le ragioni che favoriscono tale approccio innovativo e stanno alla base della nuova tecnica di pubblicità istituzionale nascono da una duplice considerazione: da un lato le Istituzioni che vogliono far conoscere o perorare le proprie cause, sono sempre più in difficoltà nel reperire fondi sufficienti per un'adeguata azione di comunicazione istituzionale.

Dall'altro lato, le aziende private, soprattutto quelle che dispongono di marchi noti al pubblico, stanno cercando strumenti per rispondere alla domanda crescente di assunzione di responsabilità sociali da parte dei cittadini-consumatori, strumenti che possano altresì aiutarle a differenziarsi all'interno dei mercati in cui operano.

Rispetto ad altre forme di collaborazione del pubblico con il privato, il nuovo modello di comunicazione istituzionale protegge l'indipendenza e la correttezza della comunicazione della causa poiché è interesse dell'azienda partner che l'operazione sia di alto profilo.

Il vantaggio per una comunicazione istituzionale effettuata secondo questo modello, oltre all'ovvio aumento delle risorse finanziarie a disposizione, è la possibilità che il messaggio sia trainato presso un determinato target dalla credibilità di un marchio noto e familiare, che venga associato alla causa nella sua comunicazione. Per i tre anni di vigenza del presente Piano, il Ministero della Salute, d'intesa con le Regioni, intende avviare i processi indicati attraverso quattro specifici progetti con relativi sottoprogetti:

- 1) un piano di comunicazione istituzionale sugli stili di vita, i comportamenti salutari e non salutari, la prevenzione e l'appropriatezza delle cure, che comprenda campagne su temi di interesse generalizzato, quali l'alimentazione e il fumo;
- 2) un progetto di supporto alle Regioni per:

- il monitoraggio della localizzazione e delle caratteristiche più importanti per i cittadini dei servizi e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
  - la creazione di banche-dati comunicanti;
  - la messa a punto di un sistema di trasmissione e condivisione delle informazioni nelle forme adeguate ai diversi referenti;
- 3) un progetto di supporto alle Unità locali di intervento sanitario (ASL, Ospedali, Distretti, farmacie) per:
- la valorizzazione e lo sviluppo della funzione di comunicazione interattiva con i destinatari dei servizi;
  - la messa a punto di interventi migliorativi sugli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) e sui Centri Unici di Prenotazione (CUP);
  - la individuazione di nuovi strumenti e di nuove modalità e figure professionali per la comunicazione interattiva;
  - l'aggiornamento dei medici e degli altri operatori sanitari in tema di comunicazione interattiva;
- 4) un piano di verifica della qualità dell'informazione pubblica sulla salute e la sanità in Italia (siti Internet, carta stampata, TV, radio) con introduzione di concetti adeguati nel Piano di Comunicazione Istituzionale e con la progressiva implementazione degli strumenti per la certificazione delle fonti di informazione.

## **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 più 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.

In tale prospettiva si inquadra il Nuovo Prontuario Farmaceutico (PFN), che ha disegnato una nuova metodologia di ammissione al rimborso totale sulla base scientifica del criterio di costo-efficacia e di sicurezza e con modalità trasparenti, con l'aumento di farmaci totalmente rimborsati dal SSN in fascia A (+ 23 categorie terapeutiche, + 90 principi attivi, + 366 confezioni) e l'eliminazione della fascia B: ciò rappresenta un valore aggiuntivo del PFN sul piano istituzionale e clinico, in quanto vengono superate le differenze regionali, semplificato il sistema e garantito un accesso ai farmaci unico ed omogeneo in tutte le Regioni. Inoltre il PFN ha eliminato la esistente distorsione che prevedeva che un farmaco, omogeneo per classe ma disomogeneo per prezzo, venisse automaticamente ed in ogni caso rimborsato dal SSN, con un effetto moltiplicativo continuo della spesa farmaceutica.

Per la prima volta, inoltre, sono ammessi al rimborso anche farmaci che, in ragione del loro elevato e cronico utilizzo, pur essendo classificati in fascia C, a seguito di prescrizione iniziale da parte di Centri di Riferimento

identificati dalle Regioni, divengono essenziali per alcune patologie (asma bronchiale, uveite, psoriasi), e vengono quindi erogati a carico del SSN.

Si aggiunga che la ristrutturazione del PFN ha anche l'obiettivo di liberare risorse per consentire rimborsabilità ed accesso a farmaci innovativi ed ai medicinali orfani specifici per le malattie rare, con un alto valore aggiunto sul piano etico ed assistenziale perché garantisce diritti dei cittadini ed accesso all'innovatività. Esso inoltre prevede di premiare le aziende che investono in ricerca e sviluppo in Italia con un premio di prezzo (premium price).

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. Più 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 adopererà anche nel corso del semestre italiano di presidenza dell'Unione Europea previsto a partire da luglio 2003; condivide anche la necessità di 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 disponibilità dei medicinali" (cosiddetto gruppo G-10 medicinali) che ha adottato 14 raccomandazioni in materia di politica farmaceutica relative ad innovazione, accessibilità, benchmarking, diritti di informazione dei pazienti ed impatto dell'allargamento dell'U.E..

#### ***a) Gli obiettivi strategici***

Gli obiettivi strategici nel settore del buon uso del farmaco possono essere così 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 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.

**b) *Gli obiettivi per i prossimi tre anni***

Nel settore della farmacovigilanza:

- attivare una rete informatica per il collegamento del Ministero della Salute e delle Regioni con i servizi di farmacovigilanza delle ASL;
- attuare il monitoraggio sistematico e la rilevazione degli effetti collaterali gravi e delle reazioni avverse dei nuovi farmaci;
- definire ed attuare un piano triennale di farmacovigilanza attiva, orientata a gruppi di pazienti a rischio, alla registrazione dei ricoveri ospedalieri per patologie iatrogene, alla rilevazione trasversale e periodica della prevalenza quali-quantitativa di pazienti con reazioni avverse da farmaci;
- realizzare con le Organizzazioni dei medici "reti informatizzate sentinelle" di farmacovigilanza al fine di fornire in tempo reale le segnalazioni degli effetti collaterali per farmaci particolari o specifiche categorie terapeutiche.

Nel settore della informazione sui farmaci, della appropriatezza delle prescrizioni e della razionalizzazione dei consumi:

- consolidare e rafforzare presso il Ministero della Salute il Centro di documentazione e informazione sui farmaci con numero verde (denominato *Infoline*), in collegamento e collaborazione con i Centri esistenti a livello regionale e locale;
- garantire la distribuzione e l'aggiornamento su base annuale del Formulario dei farmaci erogati dal Servizio Sanitario Nazionale, organizzato per classe terapeutica, principio attivo, note CUF, prezzi e confezioni disponibili;
- potenziare il Bollettino di Informazione sui Farmaci del Ministero della Salute inviato bimestralmente a tutti i medici e farmacisti;
- migliorare la disponibilità di confezioni ottimali per ciclo di terapia e per le patologie croniche, al fine di evitare gli sprechi di farmaci e favorirne un impiego più mirato e razionale;
- migliorare le informazioni sui farmaci favorendo la semplificazione e la leggibilità dei foglietti illustrativi per l'utilizzo da parte dei pazienti; mentre la scheda tecnica, inviata ai medici, dovrà contenere tutte le informazioni tecnico-scientifiche necessarie per una corretta prescrizione dei medicinali.

Nel settore della sperimentazione clinica e dei comitati etici locali:

- favorire lo sviluppo in Italia di sperimentazioni di fase I per fare in modo che l'intero progetto di ricerca e sviluppo possa vedere impegnate le strutture di ricerca pubbliche e private italiane;
- promuovere la partecipazione dei medici di medicina generale alle sperimentazioni cliniche di fase III e IV (secondo quanto previsto dai Decreti Ministeriali 18 e 19 marzo 1998) per patologie croniche che non richiedono la ospedalizzazione, al fine di definire in modo più efficace il

profilo di beneficio rischio dei nuovi farmaci e la loro trasferibilità nella pratica clinica corrente;

- favorire il consolidamento della rete dei comitati etici che a livello locale sono chiamati a valutare le garanzie etiche e gli aspetti scientifici delle sperimentazioni cliniche di fase II e III.

Nel settore dell'informazione scientifica:

- adottare Linee Guida per l'organizzazione di convegni e congressi, nonché di eventi di carattere formativo da parte delle aziende farmaceutiche per promuovere l'Educazione Continua in Medicina prevedendo, a tal fine, anche appositi incentivi;
- favorire ed incentivare la riconversione della attività congressuali ad attività di e-learning e formazione a distanza;
- adottare provvedimenti per dimensionare il numero dei collaboratori medico-scientifici alle esigenze di una informazione corretta evitando forme di pressione fuorviante;
- promuovere l'attività delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano nel disciplinare, previa consultazione con le Associazioni di categoria imprenditoriali, con l'Ordine dei Medici e con le Associazioni sindacali dei medici più rappresentative, gli accessi degli informatori scientifici alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale e agli studi dei medici convenzionati.

Nel settore dei prezzi dei medicinali è obiettivo del Piano quello di promuovere, anche sulla base delle esperienze degli altri Stati europei, una nuova disciplina dei prezzi che consenta di superare l'attuale normativa in materia di Prezzo Medio Europeo. Questa normativa ha infatti reso l'Italia troppo dipendente dalle decisioni adottate in materia di prezzi da altri Stati europei, in quanto il prezzo adottato in Italia finisce per essere la media delle politiche dei prezzi e di rimborso adottate dagli altri Paesi europei, che hanno sistemi sanitari ed assetti industriali molto diversi.

La nuova disciplina dei prezzi deve tra l'altro favorire l'innovazione farmaceutica, le attività di ricerca, e promuovere l'insediamento di officine farmaceutiche di produzione in Italia.

Deve essere infine studiata e concordata una maniera per ridurre le spese che le aziende farmaceutiche destinano alla pubblicità nelle sue varie forme (informatori scientifici, convegni, cene e viaggi, gadget) e che oggi ancora rappresentano una percentuale troppo elevata dei fatturati (fino al 27% !). La pressione sui consumatori e sui medici, infatti, può essere causa di distorsione anche grave della domanda e di situazioni difficili da giustificare sotto il profilo etico se non legale.

**Parte Seconda**

**Gli obiettivi generali**

### 3. La promozione della salute

L'aumento della longevità in Italia potrà essere conseguito soprattutto attraverso la diminuzione della mortalità per malattie cardiovascolari, la riduzione della mortalità 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, più eterogeneo, è 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 necessità 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 è 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 è stata stimata essere pari a 82,4 anni per le donne e a 76,0 anni per gli uomini. Tuttavia, l'aumento della longevità è un risultato valido se accompagnato da buona salute e da piena autonomia. A tale scopo è stato sviluppato il concetto di "aspettativa di vita sana (o esente da disabilità)". 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 è 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 è, invece, la quota di pazienti affetti da infarto miocardio acuto che muore a breve distanza dall'esordio dei sintomi prima di giungere all'osservazione di un medico. Ulteriori progressi nella riduzione della mortalità dovuta a malattie cardiovascolari potrebbero essere, quindi, conseguiti attraverso il collegamento funzionale tra il territorio e i presidi ospedalieri, con Centri e servizi specialistici in grado di affrontare l'urgenza cardiologia nel modo più completo e tempestivo, riducendo il tempo necessario per il ricovero di quanti presentano i primi sintomi.

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 pregressi), 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, è 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 antiaggreganti, beta-bloccanti, ACE inibitori e statine.
- E' necessario anche migliorare le attività di sorveglianza degli eventi acuti, tramite l'attivazione di un Registro Nazionale.

L'obiettivo adottato nel 1999 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per gli Stati dell'Europa per l'anno 2020 è 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 è 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 è ancora in aumento, mentre i tassi di incidenza, aggiustati per età, sono stimati stabili. Nei dati dei Registri Tumori Italiani, il tumore del polmone è 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 è 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 è 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 è costantemente aumentata nel tempo, a partire dal 1978, anno dal quale si dispone di dati. L'incremento in Italia è 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 è migliorata del 7% negli uomini e del 6% nelle donne.

La differenza tra sessi è 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 Pap test, la mammografia, e la ricerca del sangue occulto nelle feci.

L'aumentata incidenza delle malattie tumorali ha, come inevitabile conseguenza, il progressivo e importante aumento di pazienti che entrano in fase terminale e che necessitano, quindi, di adeguata assistenza palliativa. Si calcola che vi siano ogni anno in Italia circa 144.000 nuovi pazienti affetti da tumore in fase terminale. In considerazione della elevatissima incidenza di terminalità nella patologia tumorale (almeno 2/3 dei pazienti neoplastici affronta una fase terminale della durata media di circa 90 giorni), si rendono necessari ed urgenti i programmi per lo sviluppo della cultura e della formazione in medicina palliativa e terapia del dolore tra gli operatori sanitari.

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. In questo complesso d'attività sono coinvolti: 1) l'Università e il Consiglio Nazionale delle Ricerche, che hanno come obiettivo fondamentale la ricerca di base, 2) gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), il cui bersaglio principale è la ricerca traslazionale, 3) gli Ospedali che, assieme agli IRCCS e alle Cliniche Universitarie, si occupano anche di ricerca clinica, 4) le organizzazioni non governative di supporto.

Si è però venuta a creare una situazione non bene definita, perché questa suddivisione di compiti ha confini molto sfumati essenzialmente perché manca 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 Iniziative" 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.
- Nell'ambito di tali proposte, si intendono perseguire in Italia una serie di iniziative, d'intesa con le Associazioni per la ricerca e per la lotta contro il cancro, finalizzate a:
- realizzare un Progetto-modello di Centro Oncologico traslazionale (IRCCS);
  - affiancare agli IRCCS esistenti una serie di Centri Ospedalieri, creando così una rete oncologica in grado di soddisfare le richieste emergenti dal territorio, di favorire la collaborazione tra Enti e l'uso di protocolli avanzati, di costituire un' "Alleanza contro i tumori", allargando la partecipazione anche alle Associazioni e al volontariato;
  - realizzare un progetto di formazione del personale anche attraverso scambi di conoscenze ed esperienze e il rientro di personale dall'estero.

### **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 a questi 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, costituendo a tutti gli effetti un Livello Essenziale di Assistenza, 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, alla quale dovrà essere garantito, se richiesto, un adeguato supporto religioso.

Deve essere particolarmente stimolata e favorita l'integrazione nella rete delle numerose Organizzazioni Non Profit, in particolare di quelle del volontariato, attive da anni nel settore delle cure palliative, dell'assistenza domiciliare e negli hospice, nel rispetto di standard di autorizzazione/accreditamento tecnologici, strutturali e organizzativi precedentemente definiti a livello nazionale e regionale.

Al fine di garantire la realizzazione della rete, a fianco delle strutture e degli operatori impegnati nella assistenza sanitaria di base, la maggior parte delle Regioni ha previsto la attivazione di unità funzionali di cure palliative specialistiche, definendole Unità di Cure Palliative (U.C.P.). Tali Unità, nuclei organizzativi multiprofessionali e multidisciplinari, devono assicurare l'attività di *consulenza specialistica*, sia a livello domiciliare che intra-ospedaliero, e di eventuale *presa in carico totale* del paziente, sia a livello domiciliare sia a livello degenziale e/o residenziale. In base ad analisi di tipo

geografico, storico, socio-economico e ad esperienze nazionali, fatta salva diversa scelta da parte di ogni singola regione, si ritiene opportuna la presenza di almeno una U.C.P. nel territorio di ciascuna AUSL.

Per garantire all'utenza un flusso informativo coordinato ed un unico accesso ai servizi domiciliari, e' fondamentale che la rete di cure palliative, per quanto riguarda le attività domiciliari si coordini e si raccordi strettamente con la Centrale Operativa di distretto.

Salvaguardando il principio della gradualità e della appropriatezza nella offerta di cura, a seconda delle esigenze della persona malata e della sua famiglia, gli interventi a domicilio dovranno sempre garantire la reale continuità circadiana e settimanale degli interventi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali.

Per i pazienti inseriti in un programma di cure palliative domiciliari si ritiene opportuno prevedere l'erogazione diretta dei farmaci (in particolare dei farmaci analgesici compresi gli oppioidi secondo quanto indicato dalla Legge n. 12 dell'8 gennaio 2001), dei presidi e degli ausili. Parimenti dovrebbero essere favorite modalità di rimborso per il trasporto dei malati dal domicilio verso le Strutture di ricovero e cura e viceversa.

Ai fini di promuovere la diffusione delle cure palliative è 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;
- promuovere una maggiore diffusione dei Centri ed una maggiore integrazione tra l'Ospedale ed il domicilio del malato;
- avviare la formazione del personale sanitario con l'istituzione di insegnamenti di medicina palliativa, in analogia agli altri Paesi europei;
- 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, l'obesità e i disturbi del comportamento alimentare (DCA)***

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 è strettamente legata ad una corretta gestione, da parte degli stessi pazienti, dello stile di vita in generale e di quello alimentare in particolare.

Pertanto è 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) è 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 è 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 cardio-circolatorio 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'auto-gestione 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 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 multiscopo ISTAT con notevoli differenze geografiche di prevalenza autopercepita e questo dato è 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* è la seconda causa di morte prevenibile, dopo il fumo. Nel mondo industrializzato, circa metà della popolazione è in eccesso di peso. In Italia negli ultimi dieci anni la prevalenza dell'obesità è aumentata del 50% e questo è più evidente nei soggetti in età pediatrica, soprattutto nelle classi socioeconomiche 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%), è 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.

La situazione clinica, universalmente riconosciuta come quella attraverso la quale si realizzano le complicanze dell'obesità e che accomuna in una comorbilità a rischio questa patologia con il diabete di tipo 2, è la cosiddetta "Sindrome Metabolica (SM)", caratterizzata dalla presenza di diabete di tipo 2, ipertensione arteriosa, dislipidemia e obesità (oppure anche solo sovrappeso, quando questo sia di tipo "viscerale"), i quali, variamente associati, configurano una sinergia nell'aumento del rischio cardiovascolare. Nella maggior parte dei casi la SM non viene correttamente identificata, ignorando il suo ruolo di indicatore di rischio per le malattie cardio-circolatorie.

Su JAMA sono stati pubblicati all'inizio dell'anno i risultati del terzo studio osservazionale nazionale americano (NHANES III) sullo stato di salute e nutrizione della popolazione USA, condotto tra il 1988 ed il 1994; in esso la valutazione della prevalenza statistica della SM viene effettuata utilizzando degli specifici e pratici criteri minimi di identificazione, sulla base dei quali si può ritenere affetto da SM chi presenta almeno tre dei seguenti cinque parametri:

- 1 – Obesità addominale con circonferenza alla vita maggiore di 102 cm. nell'uomo e maggiore di 88 cm. nella donna;
- 2 – Trigliceridemia: maggiore di 150 mg/dl;
- 3 – HDL colesterolo minore di 40 mg/dl nell'uomo e minore di 50 mg/dl nella donna;
- 4 – Pressione arteriosa maggiore di 130/85 mm Hg;
- 5 – Glicemia a digiuno maggiore di 110 mg/dl

La prevalenza della Sindrome Metabolica nella popolazione americana, aggiustata per l'età è del 23,7% con un'impennata dei valori dopo i 60 anni di età, senza significativa differenza tra sessi, almeno nella popolazione bianca. In pratica un totale di 47 milioni di residenti USA è affetto da questa importante sindrome, e dati percentualmente analoghi sono stati riportati sulla popolazione europea.

La necessità di una precoce identificazione della SM ha come presupposto la possibilità di attuare una strategia di prevenzione delle complicanze cardiocircolatorie di cui rappresenta il maggior fattore di rischio.

La letteratura scientifica internazionale è infatti concorde nell'indicare che anche un modesto calo ponderale, dell'ordine del 5-10 % del peso iniziale, è già sufficiente a risolvere molte delle patologie concomitanti e comunque a ridurre drasticamente il rischio di morbilità e di mortalità. Tali osservazioni devono essere corredate dal principio che il ruolo prioritario terapeutico va assegnato alle modificazioni dello stile di vita: counseling nutrizionale e attività fisica. In particolare, va sottolineato con forza l'ultimo aspetto mediante suggerimenti semplici, quali la regola dei 10.000 passi quotidiani, che si allinea alle indicazioni dei Centers for Disease Control and

Prevention di Atlanta, dell'American College of Sport Medicine e del Surgeon's General Report on Physical Activity and Health, le quali tutte riconoscono la possibilità di ottenere significativi miglioramenti soggettivi ed obiettivi svolgendo almeno 30 minuti al giorno di attività fisica moderata (cammino a passo spedito).

Il counselling nutrizionale potrebbe essere razionalmente sintetizzato nella cosiddetta tipica "dieta mediterranea", caratterizzata da un incremento di assunzione di frutta, vegetali e fibre oltre che da una limitata assunzione di acidi grassi saturi (non più del 10% dell'apporto energetico) e di colesterolo (non più di 250 mg/die); l'assunzione di acidi grassi omega 3 di origine vegetale e marina non dovrebbe essere minore di 4 g al dì.

Non può sfuggire l'importanza di poter effettuare in Italia un'ampia azione di prevenzione e di educazione al corretto comportamento alimentare utilizzando strutture già esistenti, capillarmente diffuse nel territorio nazionale come i cosiddetti centri antidiabete, ovvero le unità aziendali di nutrizione clinica, già in possesso dei requisiti strutturali, organizzativi e culturali di base per fungere da riferimento alla richiesta di controllo preventivo nascente da una corretta pubblicizzazione dei dati esposti.

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 è valutata in 9-12 nuovi casi/anno. La maggior parte degli studi è stata effettuata in paesi anglosassoni e in Italia sono stati rilevati dati sovrapponibili.

Per quanto attiene all'obesità è oramai dimostrato che nel suo trattamento l'intervento di ordine psico-comportamentale è 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 di internisti, psichiatri e psicologi e la necessità di un approccio multidimensionale.

I casi che si rivolgono al Servizio Sanitario Nazionale sono sempre più numerosi ma la domanda si distribuisce in modo largamente casuale fra reparti e ambulatori di psichiatria, medicina interna, ginecologia, endocrinologia, nutrizione clinica. In particolare, la possibilità di trattamenti integrati dei disturbi psichici e dei guasti somatici, unica strategia efficace d'intervento nei DCA, rappresenta l'eccezione piuttosto che la regola.

Non esiste nell'ambito della sanità pubblica una rete strutturata di Servizi in grado di dare una risposta adeguata all'obesità ed alla Sindrome Metabolica. A livello locale, esistono risposte parziali che vedono diversi servizi (medicina interna, pediatria, endocrinologia, diabetologia, geriatria e nutrizione clinica/dietologica) dedicare una parte del loro lavoro assistenziale a questa patologia, senza adeguato coordinamento dei diversi operatori. Esistono, inoltre, molte professionalità soprattutto di ordine dietologico che svolgono la loro attività a livello privato o libero professionale e che si occupano di questa problematica: non esiste, però, alcun sistema di riconoscimento o di accreditamento per la competenza in questo settore sempre più delicato e importante.

Inoltre, in Italia non esistono protocolli ufficiali per la diagnosi precoce dell'obesità e dei DCA, anche per la scarsa considerazione per queste patologie da parte degli operatori sanitari e alla mancanza di linee guida diagnostiche e terapeutiche, per le quali vi è urgenza, come vi è necessità di formazione di personale medico e sanitario non medico.

Considerate le strette connessioni fisiopatologiche e cliniche e, soprattutto, gestionali, sembra logico e coerente affrontare il problema dell'assistenza ai DCA in modo articolato con l'organizzazione della rete di servizi per la diagnosi e la cura dell'obesità e della Sindrome Metabolica.

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 sei aree che, pur interagendo, hanno caratteristiche e tempi di realizzazione differenti: prevenzione primaria, prevenzione secondaria, assistenza, formazione, ricerca, coordinamento regionale. 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.

Nel settore della prevenzione primaria i fattori di rischio per l'obesità e per i DCA sono molteplici e vanno ricercati sia tra gli aspetti genetici sia tra quelli comportamentali e psico-sociali. Nell'età pediatrica, specifici programmi di prevenzione possono essere efficaci attraverso la collaborazione tra le strutture sanitarie e quelle scolastiche, sviluppando azioni nel campo dell'educazione alimentare e dello stile di vita. Sono stati già studiati e previsti dal Ministero della Salute progetti di prevenzione primaria: la costituzione di Unità Interdipartimentali di assistenza per la SM, l'obesità e i DCA, potrebbe rappresentare un elemento molto importante per una loro più efficiente, più coerente e coordinata attuazione.

Nella prevenzione secondaria è opportuno sensibilizzare le istituzioni scolastiche e i medici di medicina generale. Nelle ASL, la rete delle attuali Unità di nutrizione clinica ed antidiabetiche dovrà essere adeguata culturalmente e strutturalmente ad una precoce individuazione della SM ed alla prevenzione delle complicanze mediante opportuna educazione alimentare e dello stile di vita. Nel campo dell'Assistenza una possibile soluzione è quella di promuovere la costituzione di Unità Interdipartimentale di assistenza per il sovrappeso, la SM, l'obesità e i DCA, con sede all'interno di strutture ASL oppure di aziende ospedaliere, aggregando e coordinando attività di tipo ambulatoriale, Day Hospital e (quando il caso) di ricovero ordinario. Per la sua attivazione non sarà necessario creare nuove figure professionali né incrementare i ruoli dirigenziali assistenziali, ma sarà sufficiente, in termini organizzativi, aggregare operativamente, in un modello di tipo interdipartimentale, le professionalità di ordine internistico (generale con competenza endocrino-metabolica e specialistico oltre che pediatrico) - nutrizionale - psichiatrico - psicologico, già eventualmente esistenti o da individuare con l'obiettivo non solo di assistere i malati, ma anche di promuovere le attività di prevenzione ed educazione comportamentale, di formazione degli operatori e di ricerca scientifica, e di coordinare le singole attività a livello ambulatoriale, di Day Hospital e di (quando il caso) ricovero ordinario, secondo un comune razionale. Per la realizzazione delle suddette Unità Interdipartimentali ci si potrà avvalere delle specifiche competenze di Unità antidiabetiche o di nutrizione clinica o di Centri per la diagnosi ed il trattamento dei DCA e dell'obesità già presenti sul territorio, per i quali comunque si collegherà funzionalmente e in rete e per i quali fungerà da riferimento con funzioni educative e di prevenzione.

Il coordinamento dell'Unità sarà affidato a persona scelta tra gli strutturati medici (internisti o psichiatri, ma con riconosciute competenze specifiche) dei Dipartimenti collegati. L'unità Interdipartimentale deve poter godere di tutti i servizi ospedalieri, usufruire di tutte le altre consulenze specialistiche che si potrebbero rendere necessarie (cardiologiche, gastroenterologiche, chirurgiche, ecc.) e prevedere anche letti di degenza per le situazioni acute e/o più gravi, comprese quelle espresse da soggetti con DCA.

Per i pazienti le cui condizioni cliniche non consentono una terapia ambulatoriale o domiciliare devono essere attivate (o confermate laddove già esistenti) strutture in cui venga erogata un'assistenza riabilitativa di carattere intensivo, residenziali o semiresidenziali, ospedaliere o extra-

ospedaliera per le attività di riabilitazione psico-nutrizionale a medio-lungo termine (3-6 mesi).

Le indicazioni principali al trattamento residenziale sono rappresentate dall'anoressia nervosa, ma sono frequenti anche nella bulimia nervosa e nell'obesità complicata, specie in presenza di grave co-morbilità psichiatrica (suicidalità, impulsività incontrollabile, gravi conflittualità familiari) e di cronicità resistente con storia clinica di ripetuti fallimenti delle terapie ambulatoriali e/o in Day Hospital.

Le strutture residenziali, pur inserite nelle ASL territoriali di competenza dovrebbero operare a livello regionale ed essere collegate alle Unità Interdipartimentali di competenza. Sarebbe auspicabile, a livello della programmazione regionale, assegnare a Unità localizzate all'interno delle Aziende Ospedaliere sedi di facoltà di Medicina, compiti di Centro Regionale per l'Obesità e i DCA, con ulteriori funzioni a livello regionale: raccolta di dati epidemiologici attraverso la medicina di base e nelle istituzioni scolastiche; coordinamento tecnico e omogeneizzazione delle iniziative di prevenzione primaria e secondaria; promozione di iniziative per la diffusione di linee guida e di protocolli diagnostici, terapeutici e di follow-up; ricerca clinica e biomedica; formazione e aggiornamento del personale medico e non medico; prestazioni assistenziali cliniche e diagnostiche di alto livello e particolarmente impegnative; predisposizione e coordinamento di programmi di controllo di qualità; supporto organizzativo alle attività diagnostiche e terapeutiche dell'Unità; anagrafe e valutazione delle sperimentazioni cliniche. I Coordinamenti Regionali si collegano con un registro nazionale.

Fondamentale infine sarà l'opera di aggiornamento e coinvolgimento della rete dei medici di medicina generale che dovranno potersi coordinare, anche in via diretta, con le Unità Interdipartimentali per la SM, l'obesità ed i DCA.

### ***3.2.5. 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 (circa il 6% della mortalità totale) 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 confermata 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, interessa 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: anche i tassi di ospedalizzazione per asma sono in aumento, in particolare per gli accessi ai Servizi di Emergenza-Urgenza.

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.

Anche gli studi epidemiologici sono complessi e, nonostante siano stati avviati da anni studi collaborativi, molteplici aspetti etiologici rimangono ancora oscuri.

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, e per i pazienti e le loro famiglie.

### ***3.2.6. 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. E', 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 più 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 entità, la menopausa precoce per la donna, 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 è la prevenzione, con misure volte a migliorare lo stile di vita alimentare e fisico nei soggetti giovani e anziani, e con l'impiego delle metodiche densitometriche nei soggetti a rischio.

### ***3.2.7. Le complicanze della menopausa***

La menopausa è definita come la cessazione permanente della mestruazione per effetto della perdita dell'attività follicolare ovarica. Ad essa fanno seguito una serie di cambiamenti metabolici ed endocrini che possono comportare in alcuni casi l'insorgere di patologie di varia entità. In questo particolare momento della vita della donna il medico ha quindi il compito di valutarne le condizioni di salute e stabilire se sia necessario attuare misure volte a promuoverle e a prevenire l'instaurarsi di determinate patologie.

La cessazione della funzione ovarica porta ad una brusca riduzione delle concentrazioni degli ormoni che l'ovaio produce, questo causa in più di metà delle donne il manifestarsi di specifici sintomi (vampate, insonnia, secchezza della cute e mucose). Ai disturbi soggettivi spesso si associa una riduzione della densità ossea dovuta ad un accelerato processo di riassorbimento, non più contrastato dagli ormoni femminili

#### *La terapia sostitutiva*

Quando presenti, questi sintomi si possono trattare sottoponendo la paziente alla terapia sostitutiva, che consiste nel ripristino dei livelli circolanti di ormoni ovarici mediante somministrazione di preparazioni ad attività estrogena. Nella donna non isterectomizzata, la terapia con estrogeni deve essere associata alla somministrazione di progestinici capaci di prevenire l'effetto proliferativo degli estrogeni sull'endometrio. La terapia estroprogestinica può basarsi su una somministrazione dei due ormoni in modo sequenziale (cui segue una mestruazione) o continua (senza emorragia ciclica). La terapia, somministrata per periodi che vanno da pochi mesi a pochi anni, secondo il quadro clinico presentato dalla paziente, elimina i disturbi causati dalla menopausa. Nella quasi totalità dei soggetti, i sintomi non si ripresentano alla sospensione del trattamento. La terapia sostituiva

esplica anche un importante effetto preventivo e curativo della osteoporosi inibendo il riassorbimento osseo.

#### *Il tumore della mammella*

Il tumore alla mammella è la più frequente neoplasia nella donna e l'incremento della sua incidenza nei paesi industrializzati è da imputarsi principalmente al numero ridotto di figli e agli assenti o brevi periodi di allattamento.

Sono stati condotti diversi studi sull'incidenza del tumore alla mammella e la somministrazione della terapia sostitutiva.

Per quanto sia noto da alcuni anni che anche la terapia sostitutiva induce un modesto aumento di rischio di tumore alla mammella e che questo aumento è in funzione della durata di trattamento, esso viene ritenuto trascurabile per trattamenti brevi (4-6 anni).

#### *Il rischio cardiovascolare*

Non è da tutti accettato il fatto che la menopausa "per sè" (indipendentemente dall'età) aumenti il rischio cardiovascolare, prima causa di morbilità nella donna. Infatti i fattori di rischio sono numerosi e sono uguali nella donna e nell'uomo.

Però, per una combinazione di fattori la mortalità da rischio cardiovascolare è più elevata nella donna che nell'uomo (ad es. la mortalità dopo ictus è 16% nella donna e 8% nell'uomo) e così la mortalità dopo intervento di bypass. Nonostante questo meno donne che uomini utilizzano le usuali strategie di prevenzione. Inoltre le donne sono state in passato sistematicamente escluse dagli studi clinici condotti sui metodi di trattamento dello scompenso cardiocircolatorio, ma i nuovi trials tendono rapidamente a colmare tali lacune.

La terapia sostitutiva, che include diversi agenti, diverse vie di somministrazione, produce diversi effetti sull'apparato cardiovascolare. Attraverso numerosi studi osservazionali effettuati negli anni passati si era riscontrata una riduzione del rischio vascolare (30-50%) nei soggetti in terapia sostitutiva. I dati ottenuti di recente su studi controllati invece non hanno per ora confermato l'effetto protettivo (vedi Studio "Women's Health Initiative), ed anche l'incidenza di trombosi venose può aumentare nelle donne che assumono estrogeni. Oggi quindi la terapia sostitutiva non può essere considerata una strategia di prevenzione del rischio cardiovascolare.

### **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'umanità. 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 è superiore a 5 su 10.000 abitanti. L'80% delle malattie rare, circa 4000, è di origine genetica, mentre il restante 20% sono acquisite, ma non per questo meno gravi e invalidanti.

Per la loro rarità, 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 difficoltà nell'individuare i Centri specializzati nella diagnosi e nella cura, e, quindi, accedere a eventuali trattamenti, peraltro scarsamente disponibili.

Ciò 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 è costituita da presidi accreditati, appositamente individuati dalle Regioni per erogare prestazioni diagnostiche e terapeutiche. Tra questi vengono individuati i Centri interregionali di riferimento per le malattie rare, ai quali è affidato, oltre alle funzioni assistenziali, il coordinamento dei presidi secondo metodologie condivise (Registro interregionale, consulenza e supporto ai medici del Servizio Sanitario Nazionale, scambio di informazioni, attività formativa degli operatori sanitari e di informazione per i cittadini);
- l'ottimizzazione del Registro delle Malattie Rare, istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità, 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 attività 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 Sanità per il coordinamento ed il monitoraggio delle attività assistenziali per le malattie rare, al fine di ottimizzare il funzionamento delle reti regionali e salvaguardare il principio di equità dell'assistenza per tutti i cittadini, evitando nel contempo che le prescrizioni e le effettuazioni di indagini soprattutto genetiche diffuse nel territorio comportino inutili spese e fuorvianti decisioni di tipo diagnostico e terapeutico.

### **3.2.9. La 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 è 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 è in continuo declino, in modo particolare nelle classi di età più giovani, interessate fin dal 1991 dalla vaccinazione universale.

Non mancano, tuttavia, in Italia numerose malattie per le quali è necessario un controllo più efficace attraverso le vaccinazioni. La vaccinazione contro il morbillo (incidenza nel 1999 pari a 5,05 casi su 100.000) è raccomandata, ma il livello stimato di copertura di immunizzazione è ancora il più basso tra i Paesi dell'Europa occidentale (56% nel 1998), con profonde differenze tra aree diverse del Paese. La rosolia è ancora frequente (incidenza di 5,76 per 100.000 nel 1998) e nel 1999 sono stati denunciati in Italia più 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 è però volontario, sebbene raccomandato.

L'incidenza della pertosse è ancora elevata (circa 7 per 100.000 abitanti nel 1999, anno in cui sono stati notificati 3.797 casi); la vaccinazione è volontaria ma il livello stimato di copertura vaccinale è stato piuttosto alto nel 1998 (87,9 %, con un intervallo tra 70,5% e 97,6%) nei bambini di 24 mesi di età.

Per quanto l'incidenza di epatite B stia lentamente diminuendo in Italia (nel 1999 essa è stata del 2,74 per 100.000), il livello permane ancora fra i più elevati dell'Europa occidentale; la vaccinazione contro l'epatite B è obbligatoria in Italia per i bambini fin dal 1991 e la stima della copertura, osservata nel 1998, è stata a livello nazionale del 90%, con solo tre Regioni con copertura inferiore al 90%.

La vaccinazione contro *Haemophilus influenzae* di tipo B può anche prevenire forme invasive della malattia quali meningiti e polmoniti. La vaccinazione in Italia è volontaria ed il livello di copertura vaccinale è 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 può variare dal 5% al 30%, con conseguenti importanti ripercussioni negative sull'attività lavorativa e sulla funzionalità dei servizi di pubblica utilità, in primo luogo di quelli sanitari. La copertura vaccinale

negli anziani di età pari o superiore a 64 anni non ha superato nel periodo 1999-2000 il 41% circa a livello nazionale.

La recente disponibilità di efficaci vaccini contro la varicella, contro le infezioni invasive da pneumococco e da meningococco di gruppo C, 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 è 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 possibilità di realizzare diversi nuovi vaccini tra i quali due in particolare di grande rilevanza:

- 1) vaccini anti-HIV. L'Istituto Superiore di Sanità (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 inizierà in primavera i trials clinici di fase I. Un secondo vaccino basato sull'uso di componenti strutturali (Env, Gag) del virus è stato sviluppato e brevettato dalla Chiron con risultati anche essi promettenti, la cui sperimentazione clinica di fase I inizierà 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) è 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 Sanità sta realizzando rapporti di partenariato con i produttori.

L'Italia nel giro di pochi anni potrebbe proporre nell'ambito del G8 l'uso di entrambi i suddetti vaccini per le popolazioni dei Paesi in via di sviluppo.

### ***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 metà del 1996 si è 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 è stabilizzata negli ultimi anni e a differenza di quanto accadeva tra la fine degli anni 80 e l'inizio degli anni '90 non tende più alla diminuzione.

Le altre malattie a trasmissione sessuale più frequentemente diagnosticate in Italia sono i condilomi acuminati, le infezioni genitali non specifiche (uretriti batteriche non gonococciche né 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 mortalità 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 qualità 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 è molto prolungata, è 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 società in genere. Per queste persone è quindi necessario sviluppare programmi di

accompagnamento su questo percorso con adeguati sostegni e misure utili allo scopo.

### **3.3. Ridurre gli incidenti e le invalidità**

Le cause esterne di morte e disabilità, 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'età 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 invalidità (più della metà 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 mortalità e disabilità. 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 viabilità (segnaletica stradale, illuminazione, condizioni di percorribilità) nelle zone ad alto rischio di incidenti stradali;
- la promozione della guida sicura mediante campagne mirate al rispetto dei limiti di velocità e della segnaletica stradale nonché 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 metà 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 mortalità e la disabilità da incidenti domestici, gli aspetti prioritari sono quelli connessi all'informazione e comunicazione nonché 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 disabilità e di ridotta funzionalità 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 più 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.

Per la problematica relativa agli incidenti sul lavoro, la mutata organizzazione del lavoro (telelavoro, esternalizzazione della produzione), la comparsa di nuove tipologie di lavoro flessibile (lavori atipici, lavoro interinale), le diverse caratteristiche della forza lavoro (invecchiamento della popolazione lavorativa, lavoratori extracomunitari), nonché le nuove tecnologie hanno introdotto modifiche positive nei modelli produttivi e nella distribuzione e diffusione dei rischi, ma permangono in numerosi settori lavorativi i rischi tradizionali, non sempre né diffusamente risolti. Nonostante mostri una complessiva attenuazione se osservato sul lungo periodo, il fenomeno infortunistico è ancora molto rilevante sia in termini di numero di eventi che di gravità degli effetti conseguenti. I settori a maggior incidenza infortunistica (tenendo conto sia della frequenza sia della gravità delle conseguenze), pur con andamenti non costanti in tutte le Regioni, rimangono l'industria del legno, quella dei metalli, l'industria della trasformazione ed il settore delle costruzioni.

Per quello che riguarda le malattie professionali, le principali patologie da rischi noti sono nell'industria le ipoacusie da rumore, le malattie cutanee e la pneumoconiosi, e nell'agricoltura le broncopneumopatie, l'asma bronchiale e le alveoliti allergiche. Accanto alle patologie da rischi tradizionali, prevalentemente in attenuazione, si presta attualmente maggiore attenzione alle patologie da rischi emergenti, quali quelle da sovraccarico meccanico a quelle da fattori psico-sociali (*burn-out*, *mobbing*, alterazioni delle difese immunitarie e patologie cardiovascolari), alle patologie da agenti biologici e da composti chimici (effetti cancerogeni), ai tumori di origine professionale. Secondo gli obiettivi adottati dall'OMS, entro l'anno 2020 la mortalità e la disabilità dovute ad incidenti sul lavoro, domestici e del tempo libero dovrebbero essere ridotte almeno del 50%. A tal fine vale rilevare che negli ultimi anni si è profondamente modificata la normativa di riferimento con l'avvento delle direttive comunitarie ed in particolare con il Decreto Legislativo 19 settembre 1994 n. 626 e successive modifiche che, introducendo varie innovazioni nell'organizzazione della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro, rafforzano la centralità e la responsabilità dell'impresa nei processi di valutazione dei rischi e di organizzazione e gestione della sicurezza.

Ciò comporta quindi nuove dinamiche anche nei rapporti tra il sistema delle imprese e quello dello Stato e delle Regioni, l'adeguamento alle norme, in particolare nelle piccole imprese, il potenziamento degli strumenti della

partecipazione previsti dal Decreto Legislativo 19 settembre 1994 n. 626, una strategia di pianificazione delle azioni dei Dipartimenti di prevenzione e dei Servizi territoriali delle ASL, una migliore integrazione con l'attività delle Agenzie Regionali per l'Ambiente.

Inoltre, alcuni obiettivi specifici in materia di sicurezza del lavoro che si intende realizzare riguardano:

- la identificazione delle priorità nei settori più a rischio, in funzione degli studi epidemiologici, e di un adeguato sistema informativo;
- l'integrazione dei sistemi informativi;
- l'informazione e formazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale addetto alla prevenzione e vigilanza nei luoghi di lavoro;
- il miglioramento progressivo dei processi di garanzia della qualità e dell'efficacia delle azioni di prevenzione;
- lo sviluppo, l'armonizzazione e la completa applicazione della normativa di prevenzione e sicurezza;
- il miglioramento dell'accertamento delle malattie professionali.

### **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, è di circa 4.500 nuovi casi anno su tutto il territorio nazionale. Di questi la mortalità in fase acuta incide per il 34%, il 40% dei pazienti presenta esiti invalidanti modesti, il 25% è affetto da danni o complicanze di gravità 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 tempestività già 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 Unità Operative di alta specialità riabilitativa per assicurare la continuità del processo terapeutico assistenziale.

Qualche che sia la natura dell'evento lesivo che causa la necessità di interventi di riabilitazione, gli obiettivi da perseguire sono la garanzia dell'unitarietà 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. Ciò 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 modalità di offerta (ospedaliera, extra-ospedaliera,

residenziale, semiresidenziale e domiciliare) e di integrazione tra aspetti sanitari e sociali.

Tra gli obiettivi strategici va considerato quello di realizzare sul territorio nazionale una rete di presidi per il trattamento delle lesioni cerebrali, ognuno dei quali costituito da tre distinte subunità:

Unità neurologica e neurochirurgica per il trattamento del paziente acuto, dotata di terapia semi-intensiva (Stroke Unit);

al termine del periodo acuto diviene necessario il ricovero del paziente in Unità di riabilitazione per il recupero. In questo ambito è necessario sviluppare anche una ricerca atta a realizzare nuovi metodi e nuovi presidi e protesi capaci di migliorare il recupero del malato;

se il recupero non è possibile o è stato ottenuto quello possibile, il paziente deve essere avviato a Strutture residenziali o a domicilio. Le terapie domiciliari sono possibili, ma gravano pesantemente sulle famiglie e quindi spesso si rendono difficili. Nei presidi per la cronicità a tempo indeterminato devono afferire anche i soggetti in stato vegetativo permanente provenienti dalle Rianimazioni, che oggi si trovano in difficoltà non sapendo dove trasferire questi pazienti.

Il complesso delle tre Unità sopra descritte, riunite in rete sul modello già descritto per i Centri di Eccellenza, può costituire lo strumento adatto a risolvere un grave problema assistenziale e nel contempo a sviluppare una ricerca applicata che in questo ambito è estremamente necessaria.

### **3.5. Migliorare la medicina trasfusionale**

Le attività 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 dovrà 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 Sanità.

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 è stato molto modesto: tra le cause di questo insuccesso vi è 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. Una strategia efficace per migliorare l'uso del sangue, già attuata in alcuni Centri d'Eccellenza stranieri, è quella di formare il personale medico dei servizi trasfusionali nella disciplina della medicina trasfusionale, centrata maggiormente sugli aspetti clinici della trasfusione che su quelli di laboratorio, e far svolgere loro un ruolo di consulenza, sia nel servizio trasfusionale, ove verificano l'appropriatezza delle richieste di sangue, sia nei reparti, ove concordano con i clinici l'indicazione e la richiesta alla trasfusione. Per attuare questa strategia è innanzitutto necessario prevedere corsi regionali di formazione/qualificazione nella materia, ed in secondo luogo modificare l'organizzazione del servizio trasfusionale in modo da consentire l'esplicitamento del ruolo di consulenza in medicina trasfusionale, che è già previsto dalla normativa nazionale vigente.

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, il cui quadro organizzativo sia di tipo dipartimentale, 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:

- disciplinare le attività di medicina trasfusionale, anche attraverso una nuova legge, che organizzi il sistema trasfusionale in Dipartimenti di Medicina Trasfusionale (individuati dalla Regioni), articolati secondo Unità Operative per quanto riguarda sia le attività di produzione del sangue, dei suoi componenti e delle cellule staminali, sia quelle di servizio; dati i buoni risultati ottenuti nell'ambito dei trapianti, si è concordato, in analogia, un Centro Nazionale Trasfusione Sangue coordinato con i Centri Regionali di Coordinamento e Compensazione e coadiuvato da una Consulta nella quale trovino spazio ampio le Associazioni dei donatori di sangue e dei pazienti emopatici;
- 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;
- individuare i responsabili del rispetto delle Linee Guida e del buon uso del sangue, che svolgano funzioni di consulenza di medicina trasfusionale in collaborazione con il Comitato Trasfusionale, cui sono attribuite funzioni di coordinamento;
- adottare un sistema informativo unico che metta in rete le strutture trasfusionali presenti sul territorio, assicurando il collegamento in linea tra gli operatori del settore;
- 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. E', 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, addestrandolo 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 qualitative e 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;
- prevedere sistemi di verifica sull'efficacia dell'attività dei coordinatori locali, contestualmente al riconoscimento di incentivi;
- prevedere che in tutte le rianimazioni si attuino procedure per reperire tutti i potenziali donatori e sia disponibile la commissione per l'accertamento della morte;
- 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 al 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. 102-103* - a cura del Prof. Antonio Ballarin Denti, pubblicata su "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 vicoli 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 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).

Assertire 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% attribuibili 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. E' 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. E' 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  $40\mu\text{g}/\text{m}^3$ , 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  $30\mu\text{g}/\text{m}^3$ . E' stato stimato che riducendo il PM10 ad una media di  $30\mu\text{g}/\text{m}^3$  si potrebbero prevenire circa 3.500 morti all'anno nelle 8 città studiate. Inoltre, riducendo le concentrazioni medie di PM10 a  $30\mu\text{g}/\text{m}^3$ , 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 400 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 è irritante, ed, 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). È un potente agente tossico perché blocca la capacità di trasporto di ossigeno nel sangue. Ad alte concentrazioni provoca 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 maggiore predisposizione alle infezioni soprattutto nei soggetti affetti da patologie polmonari.

*Ozono:* si origina per processi fotochimici (dipendenti cioè dalla radiazione solare) partendo da ossidi di azoto e da composti organici volatili

(idrocarburi non metanici). E' un inquinante secondario cioè non è 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); può 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 più verso quelle profonde quanto minore è il diametro delle particelle che lo costituiscono. Ha azione irritante nelle vie respiratorie superiori (faringe), ma nel sistema broncopolmonare può 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  $\mu\text{m}$ ). Data la loro piccola massa restano più a lungo sospese in atmosfera e, per il 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 è perciò elevato. Da un recente studio epidemiologico condotto su un campione di città statunitensi è emerso che un incremento di 10  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  nella concentrazione atmosferica di PM10 provoca un aumento dallo 0,5% allo 0,7% delle cause generali di morte, ed un corrispondente incremento dei decessi dovuti a patologie cardio-respiratorie. Analoghi studi condotti su città europee, hanno evidenziato dati che se applicati (con tutte le incertezze e cautele del caso) a una città media europea di un milione di abitanti che registri una concentrazione media di polveri fini di 50  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  rispetto al valore limite indicato dalla recente direttiva europea di 40  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  (tale è il caso di alcune tra le principali città 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 più consentite attività di estrazione, importazione, commercio e esportazione di amianto e materiali contenenti amianto.

Vi è, poi, un numero difficilmente stimabile di lavoratori esposti per la presenza di amianto come isolante in una molteplicità 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 prossimità di stabilimenti nei quali è 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 attività di risanamento ambientale procedono in modo relativamente frammentario ed episodico.

E' quindi prioritaria una più 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'attività 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 più 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 può 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 è 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 è 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 è quello della elevatissima densità 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 può 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 è stato perseguito con successo attraverso la riduzione del benzene nella benzina, ma è 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 è essenziale a fini strategici per comprendere quali obiettivi siano effettivamente conseguibili in tal modo. Appare, comunque, importante prevedere un qualche sistema di controllo della funzionalità 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 quantità sufficienti di acqua per tutto l'anno, circa il 13% degli Italiani non riceve sufficienti quantità di acqua per un quarto dell'anno e circa il 20% per due/tre quarti dell'anno. Queste proporzioni non sono ugualmente distribuite in tutto il Paese. La maggior parte delle popolazioni del Sud e delle isole non riceve quantità sufficienti di acqua per almeno un quarto dell'anno.

Inoltre, in molte parti d'Italia, per le quali vi sono dati disponibili, i caratteri organolettici dell'acqua come torbidità, colore, odore o sapore sono di bassa qualità. La proporzione della popolazione che non beve o beve raramente acqua di rubinetto è 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 poiché in alcune situazioni, peraltro limitate e localizzate, è 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 occorrerà promuovere le seguenti azioni:

- riduzione della quantità 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'attività 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 più restrittivi rispetto alla direttiva europea attualmente in vigore. Inoltre, la normativa italiana considera "acque di balneazione" le acque nelle quali la balneazione è espressamente autorizzata dalle Autorità e non vietata, mentre la direttiva europea stabilisce che "acque di balneazione" sono da considerarsi quelle dove la balneazione è 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 ciò 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 Presidente della Repubblica 8 giugno 1982 n. 470, porta a riconoscere un generale miglioramento della qualità delle acque delle zone costiere italiane, valutato in funzione dei chilometri di costa controllata.

L'ulteriore miglioramento della qualità 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 attività 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, è 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 può riscontrarsi in alcuni ambienti di lavoro, si registra un abbassamento irreversibile della soglia uditiva. Anche in relazione a esposizione a più 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 città 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 può stimare, in maniera conservativa, che la popolazione dei lavoratori esposti a più di 90 dB(A) di Leq (Livello Equivalente di pressione sonora) sia pari almeno alle 100.000 unità, e le ipoacusie professionali rimangono di gran lunga la prima tecnopatia in Italia, contribuendo con più del 50% al totale delle malattie professionali indennizzate.

Da quanto esposto scaturisce con urgenza la necessità 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 è soltanto uno degli strumenti per migliorare la qualità ambientale, e deve essere integrata con altre azioni individuabili a livello locale, nazionale, comunitario: dalla pianificazione urbanistica, alla viabilità e conseguente regolamentazione dei flussi di traffico, al potenziamento dell'attività di controllo e repressione dei comportamenti eccessivi, agli incentivi economici per lo svecchiamento dei mezzi di trasporto pubblici e privati, al finanziamento dell'attività 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:

- migliorare gli standard di sicurezza e tutela aziendali tramite una più corretta e puntuale applicazione della vigente legislazione;
- incrementare l'azione di vigilanza a livello territoriale sulla corretta applicazione della vigente legislazione in materia, in particolare destinando almeno l'1% del personale sanitario della ASL alla vigilanza e alla prevenzione, come previsto da "Carta 2000";



- completare l'emanazione dei decreti attuativi previsti dal Decreto Legislativo 15 agosto 1991 n. 277;
- attuare una politica di incentivazione e di sostegno alle aziende che vogliono attuare interventi di riduzione della rumorosità negli ambienti di lavoro.

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

#### **4.6. I campi elettromagnetici**

Negli ultimi anni si è verificato un aumento senza precedenti del numero e della varietà di sorgenti di campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici utilizzate a scopo individuale, industriale e commerciale. Tali sorgenti comprendono, oltre le linee di trasporto e distribuzione dell'energia elettrica, apparecchiature per uso domestico, personal computers (dispositivi operanti tutti alla frequenza di 50 Hz), telefoni cellulari con le relative stazioni radio base, forni a microonde, radar per uso civile e militare (sorgenti a radio frequenza e microonde), nonché altre apparecchiature usate in medicina, nell'industria e nel commercio. Tali tecnologie, pur di grande utilità, generano continue preoccupazioni per i possibili rischi sanitari della popolazione.

Un recente rapporto scientifico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1999) ha evidenziato che, secondo la letteratura scientifica oggi disponibile, non sussiste alcuna prova convincente del fatto che l'esposizione a campi di radio-frequenza (RF) possa abbreviare la vita dell'uomo o promuovere l'insorgenza del cancro. Tuttavia, lo stesso rapporto ha sottolineato la necessità di effettuare ulteriori ricerche per ottenere un quadro più completo sui rischi per la salute, soprattutto sui possibili rischi cancerogeni a seguito di un'esposizione a lungo termine a bassi livelli di RF. Sono tutt'ora in corso alcuni studi sull'argomento, comprendenti anche un'ampia indagine epidemiologica dell'OMS sulla possibile associazione fra l'esposizione a campi di radiofrequenza e l'insorgenza di neoplasie del sistema nervoso centrale. I risultati di tale studio saranno molto utili per quanti hanno responsabilità decisionali, considerate le preoccupazioni sollevate da segnalazioni episodiche di effetti a lungo termine dell'esposizione a campi di Radio-Frequenza.

Per quanto riguarda i campi a frequenza estremamente bassa (ELF), l'esposizione dell'uomo è principalmente collegata alla produzione, alla distribuzione ed all'utilizzazione dell'energia elettrica. Nel 1998, il gruppo di esperti internazionali del National Institute of Environmental Health Sciences (USA) ha affermato che, usando i criteri stabiliti dalla Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC), i campi ELF dovrebbero essere considerati come "possibili cancerogeni". Possibile cancerogeno per l'uomo significa che esistono limitate evidenze scientifiche sulla possibilità che l'esposizione a campi ELF possa essere associata all'insorgenza dei tumori. Stime sull'esposizione della popolazione italiana ai suddetti campi per valori di induzione magnetica uguale o superiore a 0,2 micro Tesla sono state fatte sia in relazione alla residenza in prossimità di linee elettriche che

all'uso di apparecchiature elettriche e alla configurazione e posizione dei fili elettrici nelle abitazioni. Circa 306.000 persone, corrispondenti allo 0,54% della popolazione italiana totale, risiedono in prossimità di elettrodotti a 132-380 kV. Risultati preliminari di un vasto studio sulle leucemie nell'infanzia indicano una esposizione all'interno delle case uguale o superiore a 0,2 micro Tesla dovute all'uso di apparecchiature elettriche e alla configurazione e posizione dei fili elettrici dell'abitazione comprese tra 1 e 10 % delle abitazioni. Sulla base di queste valutazioni di esposizioni e della stima del livello di rischio di leucemia per l'infanzia, è stato calcolato che ogni anno si potrebbero verificare 1,3 (95% intervallo di certezza: 0- 4,1) casi aggiuntivi di leucemia infantile collegabili alla vicinanza delle abitazioni a linee elettriche ad alta tensione e 26,7 casi (95% intervallo di certezza: 3,9 - 57,3) collegabili all'esposizione nelle case. Tali dati corrisponderebbero rispettivamente a valori che variano da 0,3% a 6,1 % del totale dei 432 casi di leucemia infantile che si verificano ogni anno in Italia. Restano, tuttavia, ovvie incertezze sul rapporto causa – effetto.

Per quanto riguarda le problematiche della zona laziale di Cesano, interessata dal Centro di Santa Maria di Galeria, è noto che la Commissione di esperti, istituita nel 2001 dal Ministro della Sanità, ha concluso che lo studio condotto dall'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio non dimostra alcuna relazione fra emissioni radio del Centro della Radio Vaticana di Santa Maria di Galeria e incidenza e mortalità per leucemie infantili (rapporto Istisan 01/25). La mortalità e l'incidenza di leucemia infantile della zona circostante per dieci km la radio, infatti, non sono diverse da quelle del Comune di Roma e la postulata associazione tra distanza dall'impianto e l'incidenza decrescente di leucemia infantile non è confortata da sufficiente validità statistica. In altri termini non è dimostrato un eccesso di incidenza di leucemia nella zona di dieci km dalla Radio Vaticana, né un decremento del rischio a distanza crescente dell'impianto. I dati sulle misure di campo elettrico disponibili dalle campagne di misurazione effettuate dal 1998 al 2001 (aprile) non sostengono un'associazione tra il funzionamento dell'impianto radio e le leucemie infantili avvenute in residenti della zona. Gli attesi numeri di casi sono troppo piccoli per far emergere da questo studio ecologico associazione tra esposizione e leucemia.

Secondo il recente “Libro Bianco” sull'esposizione ai campi elettromagnetici a radiofrequenza (*documento redatto nel novembre 2001 da un gruppo di studio coordinato dal Prof. Angelo Bernardini dell'Università La Sapienza di Roma*), l'analisi delle principali ricerche e studi scientifici effettuati in campo internazionale consente di pervenire alle seguenti considerazioni:

- le uniche basi scientifiche a supporto della scelta di un criterio per la limitazione delle emissioni elettromagnetiche a radiofrequenza sono quelle indicate dall'ICNIRP (International Committee for Non-Ionizing Radiation Protection);
- anche in considerazione dell'aumento dei livelli di esposizione della popolazione legato allo sviluppo di sistemi di telecomunicazione, occorre che vengano proseguiti studi e ricerche atti a fornire elementi per

la valutazione di eventuali rischi non ancora accertati che consentano di ridurre l'attuale grado di incertezza scientifica;

- allo stato attuale, in assenza di risultati scientifici certi, è possibile fare ricorso a politiche cautelative a condizione che valutazioni di rischio e limiti di esposizione siano fondati su basi scientifiche e non su considerazioni improprie e arbitrarie;
- in base a quanto emerge dalla letteratura scientifica, non appare giustificato il ricorso alla definizione di nuovi valori rispetto ai limiti indicati dall'ICNIRP; l'unico approccio cautelativo attualmente applicabile consiste nell'imporre criteri di progettazione degli impianti volti a minimizzare i livelli di emissione.

La normativa a tutt'oggi vigente in Italia – in attesa di una nuova generale regolamentazione di tutto il settore – (la Legge Quadro 22 febbraio 2001 n. 36 prevede infatti espressamente l'emanazione di specifici decreti attuativi) è rappresentata dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 aprile 1992, recante i limiti massimi di esposizione ai campi elettrici e magnetici generati alla frequenza industriale nominale (50 Hz) negli ambienti abitativi e nell'ambiente esterno e il Decreto Interministeriale 10 settembre 1998 n. 381, recante “norme per la determinazione dei tetti di radiofrequenza compatibili con la salute umana”.

Con la suddetta Legge Quadro n. 36, in materia di protezione dalle esposizioni a campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici, sono stati previsti fra l'altro l'adozione di limiti di esposizione, valori di attenzione e obiettivi di qualità, la misurazione e rilevamento dell'inquinamento elettromagnetico nonché la fissazione di parametri per la previsione di fasce di rispetto per gli elettrodotti, in applicazione dell'art. 4, comma 1, lettere a), e) e h).

Questi adempimenti si scontrano con notevoli difficoltà di ordine pratico, essendosi nel frattempo autorevoli consensi scientifici espressi a favore di una maggiore coerenza della normativa italiana con gli orientamenti formulati nella Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea del 12 luglio 1999, relativa alla limitazione della esposizione della popolazione ai campi elettromagnetici da 0 Hz a 300 GHz. Le preoccupazioni espresse da più parti si riferiscono al timore che alcuni degli approcci previsti nella citata Legge Quadro n. 36 del 2001 possano portare a decisioni non rispettose del principio costo-beneficio. L'obiettivo prioritario è quello di orientare in modo più scientificamente valido le politiche di protezione sanitaria e ambientale in questo settore, anche alla luce degli sviluppi nella valutazione del rischio e nella conoscenza scientifica.

#### **4.7. Lo smaltimento dei rifiuti**

Il rischio per la salute si manifesta anche quando risultano assenti o inadeguati i processi di raccolta, trasporto, stoccaggio, trattamento o smaltimento finale dei rifiuti, nonché quando lo smaltimento avviene senza il rispetto delle norme sanitarie rigorose previste dalle norme vigenti. La mancata raccolta dei rifiuti costituisce una causa importante di deterioramento del benessere e dell'ambiente di vita. I rifiuti, qualora non

vengano adeguatamente smaltiti, possono contaminare il suolo e le acque di superficie. L'escavazione di metano dai siti di interrimento non idonei rappresenta un rischio di incendio ed esplosioni. Tuttavia, se trattati adeguatamente, i rifiuti possono costituire una fonte combustibile. Le emissioni in atmosfera in strutture atte alla produzione di compost e negli impianti di incenerimento dei rifiuti, qualora non opportunamente abbattute, sono state identificate quali fattori di rischio per la salute dei lavoratori addetti.

La discarica rimane il sistema più diffuso di smaltimento dei rifiuti, sia perché i costi sono ancora oggi competitivi con quelli degli altri sistemi, sia perché l'esercizio è molto più semplice. La discarica controllata, se ben condotta, non presenta particolari inconvenienti, purché sia ubicata in un idoneo sito e sia dotata degli accorgimenti atti ad evitare i pericoli di inquinamento che i rifiuti possono provocare in via diretta ed indiretta.

I principali obiettivi in questo settore sono:

- l'adozione di un regime di smaltimento dei rifiuti urbani ed industriali, che minimizzi i rischi per la salute dell'uomo ed elimini i danni ambientali;
- l'attivazione di azioni educative per ridurre la produzione dei rifiuti;
- l'incentivazione della gestione ecocompatibile dei rifiuti, con particolare riferimento al riciclaggio;
- l'incremento delle attività di tutela ambientale per l'individuazione delle discariche abusive e delle altre forme di smaltimento non idonee;
- il monitoraggio accurato delle emissioni inquinanti degli impianti di incenerimento.

#### **4.8. Pianificazione e risposta sanitaria in caso di eventi terroristici ed emergenze di altra natura**

Negli ultimi anni, ed in particolare nel corso del 2001, si è presentato in forme nuove la minaccia del terrorismo con uso di armi non convenzionali. Gli episodi di bioterrorismo sono diventati un rischio più plausibile per molti Paesi occidentali, ivi inclusa l'Italia.

Risposte rapide ed efficaci a questo tipo di emergenze, come d'altra parte ad altre emergenze associate, ad esempio, a gravi incidenti chimici o a disastri naturali, non possono essere assicurate se non esiste un'attività di preparazione continua a monte dell'evento. Questo è particolarmente vero per il Servizio Sanitario, specie nelle grandi città ove è più elevato il rischio, e dove i servizi sono, di norma, già saturi di richieste e spesso troppo rigidi per adattarsi in tempi brevi alle emergenze.

Anche se la risposta ad eventuali attacchi terroristici e ad altre emergenze non è solo di competenza del settore sanitario, è ovvia la necessità di preparare e, quando necessario, mobilitare il servizio sanitario alla cooperazione con le forze di soccorso, di difesa e di ordine interno, a seconda del caso.

Il sistema di emergenza 118, gli Ospedali e le ASL, i dipartimenti di prevenzione, i laboratori diagnostici, i Centri anti-veleni e le Agenzie regionali per l'ambiente, unitamente all'ISS ed all'ISPESL, sono alcuni dei

soggetti che devono collaborare per sviluppare un'adeguata rete di difesa e protezione sanitaria. In sede locale, un piano di interventi sanitari contro il terrorismo ed altri gravi eventi non può pertanto che risultare dalla progettualità di ciascuna Regione e dall'efficacia e dall'efficienza delle attività svolte dalle diverse articolazioni in ciascuna Azienda Sanitaria.

Per garantire una pronta risposta sanitaria di fronte a possibili aggressioni terroristiche di natura chimica, fisica e biologica ai danni del nostro Paese sono state già assunte iniziative a livello centrale e locale, che hanno consentito di superare il primo momento dell'emergenza.

Fra le iniziative più importanti assunte immediatamente a ridosso dei tragici eventi dell'11 settembre 2001:

- è stata costituita, con Decreto Ministeriale 24 settembre 2001 un'apposita Unità di crisi che, fra l'altro, ha elaborato il protocollo operativo per la gestione della minaccia terroristica derivante da un eventuale uso del bacillo dell'antrace;
- sono stati individuati, d'intesa con le Regioni, l'ISS e l'ISPESL, come Centri di consulenza e supporto, rispettivamente, per gli eventi di natura biologica e chimico-fisica e per gli ambienti di lavoro; l'Ospedale L. Sacco di Milano, l'IRCSS L. Spallanzani di Roma, il Policlinico di Bari e il Presidio Ascoli Tomaselli di Catania, quali Centri nosocomiali di riferimento per il supporto clinico nonché l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Foggia quale centro di riferimento per il controllo analitico del materiale sospetto (alla data del 15 febbraio 2002 sono stati analizzati 1876 campioni di materiale sospetto);
- è stato istituito un numero telefonico verde dedicato tanto agli operatori sanitari quanto ai singoli cittadini che, alla data del 15 febbraio 2001, ha dato riscontro a 4.239 richieste pervenute;
- si è provveduto al reperimento dei vaccini e altri medicinali ritenuti essenziali;
- si è fattivamente collaborato in sede UE e G8 al necessario coordinamento per la costruzione di una elevata capacità di risposta sanitaria.

Contestualmente, si è reso necessario predisporre altre misure sanitarie utili per far fronte ad altre situazioni ipotizzabili, stabilendo l'idonea pianificazione degli interventi.

In linea con il Piano nazionale di difesa da attacchi terroristici di tipo biologico, chimico e radiologico, emanato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, è stato, perciò, redatto un documento di Piano che si articola in due parti: nella prima è presa in considerazione la minaccia biologica; nella seconda, è trattata la minaccia chimica e radiologica. Ognuna di dette parti può, a sua volta, essere considerata come sostanzialmente suddivisa in due capitoli. Nel primo, di tipo divulgativo, vengono fornite informazioni sui criteri essenziali per l'identificazione di eventi dannosi a seguito di atto terroristico, sui siti bersaglio, sugli aggressivi presumibilmente utilizzabili in tali scenari, sulle modalità patogenetiche di detti aggressivi, ipotizzando, in ultimo, una scala di gravità riferita alle caratteristiche specifiche di

ciascun aggressivo e rapportata alle varie tipologie di siti bersaglio ed al numero di individui colpiti; nel secondo, a carattere eminentemente operativo, vengono enunciate considerazioni di massima di tipo organizzativo in base alle quali possono essere sviluppate in sede locale le procedure di intervento più idonee. Nell'allegato sono riportate le schede tecniche relative ad agenti biologici, chimici e fisici nonché approfondimenti su alcuni temi particolarmente critici, che riprendono, sviluppano ed integrano argomenti ed informazioni già esposti nella prima e nella seconda parte del Piano.

Il documento di Piano, redatto con l'apporto dell'ISS, dell'ISPESL della Protezione Civile e della Direzione Generale della Sanità Militare, tiene conto della linea organizzativa prevista dalle vigenti disposizioni in materia di gestione delle crisi, che individuano nel Presidente del Consiglio dei Ministri, nel Consiglio dei Ministri e nel Comitato Politico Strategico gli organismi decisionali nazionali, nel Nucleo Politico Militare il massimo organo di coordinamento nazionale, nella Commissione Interministeriale Tecnica per la Difesa Civile l'organo di coordinamento tecnico delle attività di difesa civile al momento dell'emergenza e nel Prefetto l'autorità di coordinamento della difesa civile a livello periferico. Nel rispetto dell'autonomia organizzativa e gestionale delle Istituzioni centrali e territoriali che potrebbero essere chiamate ad attivare operazioni di soccorso ai cittadini, il documento di Piano vuole offrirsi come un punto di riferimento per le successive fasi di pianificazione e di messa in atto, a livello territoriale, delle azioni volte alla tutela della salute.

Gli obiettivi strategici in questo settore sono sostanzialmente riconducibili a:

- programmare le misure preventive;
- definire le misure di sorveglianza, ovvero attivare preventivamente le funzioni specifiche e modellarle rispetto alla minaccia;
- pianificare le misure di soccorso e trattamento, al fine di ripristinare le condizioni di salute dei soggetti eventualmente colpiti, bonificare gli ambienti colpiti e/o i materiali contaminati nonché contenere e/o inattivare il rischio residuo;
- diffondere la cultura dell'emergenza e migliorare la capacità degli operatori a risposte pronte ed adeguate;
- incrementare la capacità informativa a favore della popolazione (anche attraverso l'accesso al numero telefonico verde), al fine di accrescere la fiducia del cittadino e la conoscenza dei comportamenti più opportuni da adottare.

Conseguentemente, le principali azioni da realizzare sono:

- predisporre piani operativi regionali, articolati in ciascuna Azienda Sanitaria, che individuino le funzioni da esperire, specifichino le modalità di svolgimento ed identifichino i diversi livelli di responsabilità;
- approntare adeguate attrezzature, risorse e protocolli per affrontare i diversi scenari di emergenza;
- adottare procedure operative standard per la risposta a falsi allarmi;
- intensificare l'aggiornamento e la formazione di operatori sanitari;

- sviluppare le indagini epidemiologiche e potenziare il collegamento e l'integrazione tra diversi sistemi informativi.

#### **4.9 Salute e sicurezza nell'ambiente di lavoro**

Una profonda trasformazione delle condizioni di lavoro è in atto in tutti i settori lavorativi a causa dell'impiego di nuove tecnologie e del conseguente cambiamento dei modelli di produzione. Inoltre la competitività del mercato ha determinato la graduale introduzione di nuovi modelli organizzativi e operativi. Nel settore della sicurezza e della salute occupazionale ciò sta determinando la comparsa di nuovi rischi e induce una progressiva modificazione dei modelli tradizionali di esposizione al rischio.

La mutata organizzazione del lavoro (telelavoro, esternalizzazione della produzione), la comparsa e il rapido incremento di nuove tipologie di lavoro flessibile (lavori atipici, lavoro interinale) e le diverse caratteristiche della forza lavoro (femminilizzazione dell'occupazione, invecchiamento della popolazione lavorativa, lavoratori extracomunitari, ecc.) introducono modifiche nella distribuzione e diffusione dei rischi. Nel frattempo permangono in numerosi settori lavorativi i rischi tradizionali, non sempre e non diffusamente risolti.

Negli ultimi anni si è inoltre profondamente modificata la normativa di riferimento, con l'avvento delle direttive comunitarie ed in particolare con il D.Lgs. 626 e successive modifiche che hanno introdotto varie innovazioni nell'organizzazione della sicurezza e della salute nei luoghi di lavoro ma la cui applicabilità non sempre è risultata agevole, soprattutto nella Piccola e Media Impresa (PMI). Ciononostante il ruolo centrale dell'impresa nei processi di valutazione dei rischi e di organizzazione e gestione della sicurezza è risultato rafforzato. Ciò comporta quindi nuove dinamiche anche nei rapporti tra il sistema delle imprese e quello dello Stato e delle Regioni. Per quanto concerne il primo, è necessario che sia completato il processo di adeguamento alle norme e siano potenziati gli strumenti della partecipazione previsti dal D.Lgs. 626.

Per quanto concerne il sistema pubblico, cui compete il ruolo di promozione, regolazione, verifica e controllo, si pone l'esigenza di una strategia di pianificazione e intervento in ordine a una reale promozione della sicurezza e della salute nelle Piccole e Medie Imprese. In particolare a livello periferico è necessario un rafforzamento delle azioni dei Dipartimenti di prevenzione e dei relativi Servizi di Prevenzione e Sicurezza nell'Ambiente di Lavoro (SPSAL) delle Aziende USL, mediante la definizione di priorità, di obiettivi, e di risorse per il raggiungimento dei livelli minimi di prevenzione e protezione, secondo quanto indicato dai Livelli Essenziali di Assistenza. Altrettanto significativa è la necessità di una migliore integrazione con l'attività delle Agenzie Regionali per l'ambiente.

Un'indagine svolta nel 2000 dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sul sistema sanitario ha messo in evidenza come, dall'esame di alcuni indicatori, il completamento del processo istitutivo dei Dipartimenti di

prevenzione appaia limitato proprio dalla mancata attivazione degli strumenti operativi e gestionali (5% del finanziamento previsto dalla quota del fondo sanitario assegnata integralmente solo nel 26,2% dei casi; assegnazione di budget previsto nel 50,7%; implementazione del sistema informativo dipartimentale nel 54,3%; formazione del personale prevista nel 64,1%; mancata attivazione dello Sportello unico dipartimentale nel 78%).

### ***Gli infortuni***

Il fenomeno infortunistico, nonostante mostri una complessiva affermazione se osservato sul lungo periodo, appare ancora rilevante in termini sia di numero di eventi sia di gravità degli effetti conseguenti. L'andamento infortunistico dell'anno 2000 mostra una modesta crescita del numero degli infortuni nell'Industria e Servizi (+1,2%), con riduzione peraltro degli infortuni mortali, e una diminuzione in Agricoltura (-7,4%). Tale andamento è in linea con la crescita occupazionale registrata nell'ultimo periodo.

I settori a maggior incidenza infortunistica (tenendo conto sia della frequenza sia della gravità delle conseguenze), pur con andamenti non costanti in tutte le regioni, rimangono l'industria del legno, quella dei metalli, l'industria della trasformazione ed il settore delle costruzioni.

A conferma di una tendenza degli ultimi anni, una parte assai rilevante (più del 50%) dei 1.354 infortuni mortali e degli infortuni particolarmente gravi è stata legata a mezzi di trasporto e ad incidenti stradali.

Per quel che riguarda il 2001, i dati relativi al primo trimestre, mostrano un'ulteriore crescita degli infortuni nell'industria e nei servizi, in prevalenza nella popolazione femminile. Permane il decremento generalizzato in agricoltura.

Altro aspetto rilevante è quello relativo alla sicurezza dei lavoratori in "nero". Applicando gli indici infortunistici della popolazione regolarmente occupata ai dati ISTAT sull'occupazione non regolare (anno '97) è stato stimato che il numero degli infortuni nel "sommerso" sia pari a 165.000 casi. Tale stima appare conservativa in quanto è presumibile che le attività non regolari vengano svolte senza alcuna applicazione delle norme di prevenzione.

I dati relativi agli infortuni, su base regionale mostrano il seguente andamento (Tab. 2):

<b>Tabella 2 - Frequenze relative di infortunio (x 1.000 addetti) per regione e tipo di conseguenza (media triennio 1997 - 1999)</b>			
<b>Regioni</b>	<b>Tipo di conseguenza</b>		
	<b>Inabilità temporanea</b>	<b>Inabilità permanente</b>	<b>Morte</b>
<b>Industria e Servizi</b>			
Umbria	52.92	3.82	0.08
Emilia	49.63	2.21	0.09
Marche	48.81	3.01	0.10
Friuli Venezia Giulia	49.12	2.10	0.09
Basilicata	46.94	2.80	0.14
Veneto	47.90	1.60	0.09



Abruzzo	43.83	2.55	0.12
Liguria	42.57	2.69	0.06
Puglia	42.27	2.83	0.15
Toscana	41.53	2.44	0.08
Trentino Alto Adige	41.36	1.74	0.07
Molise	37.83	2.43	0.15
Sardegna	34.81	2.21	0.12
Valle D'Aosta	33.92	1.51	0.11
Piemonte	33.69	1.44	0.07
Lombardia	33.07	1.40	0.06
Calabria	28.89	2.38	0.14
Sicilia	26.64	1.92	0.10
Campania	25.12	2.55	0.13
Lazio	25.45	1.41	0.07
<b>Italia</b>	<b>37.99</b>	<b>1.90</b>	<b>0.09</b>

### *Le malattie professionali*

Per quanto riguarda le malattie professionali, la loro valutazione include un rapporto stretto tra lo studio dei rischi attuali e pregressi e le tendenze in atto nelle patologie legate al lavoro.

Accanto alle patologie da rischi noti (prevalentemente in attenuazione) acquistano sempre maggior rilievo le patologie da rischi emergenti, non necessariamente legate a rischi nuovi, rispetto alle quali sono iniziati approfondimenti soprattutto negli ultimi anni; tra questi si segnalano le patologie dell'arto superiore da sovraccarico meccanico, le patologie da fattori psico-sociali associate a stress e la cancerogenesi professionale Tab. 3). Per quanto riguarda quest'ultima, il recente studio multicentrico europeo CAREX stima che i lavoratori potenzialmente esposti in Italia a sostanze cancerogene siano pari al 24% degli occupati, ed è stimato in 160.000 il numero di morti per anno dovute a cancro e correlabili a esposizioni lavorative.

**Tabella 3 a - Patologie da rischi noti**

Industria	Agricoltura
Ipoacusie da rumore	Broncopneumopatie
Malattie cutanee	Asma bronchiale
Pneumoconiosi	Alveoliti allergiche

**Tabella 3 b - Patologie da rischi emergenti**

Patologie dell'arto superiore da sovraccarico meccanico
Patologie da fattori psico-sociali associate a stress (burn-out, mobbing, alterazioni delle difese immunitarie e patologie cardiovascolari)
Patologie da sensibilizzazione
Patologie da agenti biologici
Patologie da composti chimici (effetti riproduttivi e cancerogeni)

Tumori di origine professionale

Effetti sulla salute dei fattori organizzativi del lavoro

### **Obiettivi**

- riduzione dei rischi per la sicurezza in particolare in quei settori contrassegnati da un maggior numero di eventi infortunistici e da una maggiore gravità degli effetti;
- riduzione dei rischi per la salute e progressivo miglioramento delle condizioni di lavoro;
- riduzione dei costi umani ed economici conseguenti ai danni alla salute dei lavoratori;
- riordino, coordinamento e semplificazione in un Testo unico delle norme vigenti in materia di igiene e la sicurezza del lavoro, nel rispetto delle normative comunitarie, al fine dello snellimento delle procedure di applicazione;
- promozione di linee guida per l'applicazione della normativa in settori specifici (PMI, agricoltura, lavori atipici);
- identificazione dei requisiti minimi per l'accreditamento e l'esercizio della professione delle figure della prevenzione;
- rafforzamento degli strumenti operativi e gestionali dei dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali;
- potenziamento e coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza rispetto ai processi ed alle procedure di lavoro anche attraverso il monitoraggio dell'applicazione del D.Lgs. 626;
- programmazione delle priorità d'intervento nei settori più a rischio in funzione degli studi epidemiologici e dei dati provenienti da un adeguato sistema informativo;
- attuazione di programmi per il contrasto del lavoro sommerso e la tutela della sicurezza e la salute sul lavoro degli impiegati in lavori atipici;
- azioni per la specificità di genere sul lavoro a tutela delle lavoratrici;
- azioni per l'inserimento o reinserimento lavorativo di particolari tipologie di lavoratori come i minori, i disabili, i tossicodipendenti, gli immigrati;
- integrazione dei sistemi informativi;
- azioni per la formazione dei soggetti deputati alla attuazione della sicurezza nei luoghi di lavoro (datori di lavoro, addetti alla sicurezza, medici competenti rappresentanti dei lavoratori) ivi compreso il personale del Servizio Sanitario Nazionale addetto alla prevenzione e vigilanza nei luoghi di lavoro.
- promozione di programmi di formazione nella scuola.
- miglioramento progressivo dei processi di verifica della qualità e dell'efficacia delle azioni di prevenzione basata sull'evidenza.
- miglioramento dell'accertamento e dell'evidenziazione delle malattie professionali.
- individuazione di strumenti adeguati di carattere informativo, tecnico ed economico per la corretta implementazione delle norme.
- incentivazione anche attraverso strumenti di defiscalizzazione e/o di tipo premiale alle P.M.I. che realizzino una efficace prevenzione dei rischi.

## 5. La sicurezza alimentare e la sanità veterinaria

L'impatto della globalizzazione dei mercati sia sulla sicurezza degli alimenti sia sulla salute delle popolazioni animali è stato considerevole. Il sistema Italia ha registrato notevoli difficoltà di adattamento rispetto agli scenari che si sono venuti delineando in seguito alla stipula dell'Accordo sulle misure sanitarie e fitosanitarie (Accordo SPS) nell'ambito dell'Organizzazione Mondiale del Commercio. Questi accordi hanno modificato *de facto* in modo radicale una serie di impostazioni tradizionali nella gestione della sicurezza igienico-sanitaria. Tali difficoltà sono, per certi aspetti, comuni a tutta l'Unione europea, ma in Italia l'adattamento è risultato, sotto diversi aspetti, più difficile.

Molte energie sono state assorbite dalla necessità di gestire una serie di emergenze che si sono succedute negli ultimi anni. Zoonosi causate da nuovi patogeni ed, in particolare, l'encefalopatia spongiforme bovina (BSE) hanno costituito un serio problema negli ultimi anni in Italia e in numerosi altri Stati europei. In particolare l'epidemia di Encefalopatia Spongiforme Bovina verificatasi nel Regno Unito è stata messa in relazione con la comparsa nell'uomo di una nuova entità nosologica, nota come la variante della malattia di Creutzfeldt Jakob, che ad oggi, ha provocato 113 casi in Gran Bretagna, 5 casi in Francia, 1 caso in Irlanda e recentemente un caso anche in Italia. La tesi di una variante fenotipica della malattia di Creutzfeldt Jakob (vCJD) è avvalorata da dati di natura epidemiologica, clinica e sperimentale: i primi dieci casi descritti di vCJD si sono verificati nel Regno Unito circa 10 anni dopo l'insorgenza dell'epidemia di BSE; i soggetti colpiti, a differenza di quanto accade nella forma sporadica della malattia di Creutzfeldt Jakob, sono in prevalenza al di sotto dei 50 anni di età.

Altre recenti crisi sanitarie hanno investito il sistema agrozootecnico-alimentare, quali la contaminazione da PCB, diossina e altre sostanze chimiche, nonché la febbre catarrale degli ovini, la peste suina classica e l'influenza aviaria.

Nonostante i successi registrati nel fronteggiare questi ed altri problemi, la realizzazione di una rete di sorveglianza epidemiologica nazionale (come componente primaria di una politica di gestione del rischio adeguata alla sfida posta dall'internazionalizzazione dei mercati), malgrado l'impegno profuso da parte di diverse componenti del sistema di Sanità pubblica veterinaria nazionale, non è ancora sufficientemente sviluppata. Inoltre la politica della formazione appare ancora largamente inadeguata rispetto alla straordinaria velocità dei mutamenti già avvenuti e previsti nell'immediato futuro.

Una politica di sicurezza degli alimenti, soprattutto per un Paese come l'Italia, che è membro della Unione Europea e forte importatore sia di animali e loro derivati sia di vegetali da tutto il mondo, deve assumere come riferimento imprescindibile la realtà del mercato globale delle materie prime e dei prodotti trasformati. Inoltre, le grandi trasformazioni dei sistemi di

produzione e distribuzione degli alimenti richiedono anche sul piano nazionale e locale che i metodi e l'organizzazione dei controlli si rinnovino e si adeguino continuamente.

Il controllo igienico-sanitario degli alimenti, in un contesto di questo tipo, assume connotati completamente diversi rispetto alla realtà esistente fino alla metà degli anni '90. In particolare, i controlli non sono più concentrati sul prodotto, ma sono distribuiti lungo tutto il processo di produzione «dall'aratro al piatto» e le garanzie date dal produttore sono parte non esclusiva, ma certamente determinante del sistema della sicurezza.

In questo senso deve essere inquadrato il recente accordo tra il Ministro della Salute e la Federazione Italiana Pubblici Esercizi - Confcommercio, che ha portato alla elaborazione di Linee Guida per la Certificazione delle imprese di somministrazione di alimenti e bevande, con l'obiettivo di garantire una maggiore e più diffusa sicurezza alimentare. L'accordo prevede che le aziende di ristorazione commerciale e collettiva si sottopongano ad una verifica periodica di conformità da parte di organismi accreditati, al cui superamento consegue il rilascio di un marchio: questo, denominato "Bollino Blu", certifica sia il rispetto dei requisiti di sicurezza alimentare e di igiene sanciti dall'accordo, sia l'attivazione della Carta dei Servizi nel cui contesto rientra l'informazione puntale sugli alimenti, nonché la disponibilità ad adattare le preparazioni a corretti stili di vita per la prevenzione delle malattie metaboliche e delle intolleranze alimentari.

La sicurezza degli alimenti, pertanto, assume in concreto una dimensione internazionale e può essere assicurata solo attraverso un'azione che non solo si basi su accordi commerciali bi- o multi-laterali, ma sia capace di influire sulle istanze comunitarie ed internazionali dove si discutono e si approvano le norme che regolano la sicurezza e la tutela igienico-sanitaria, degli scambi di animali, vegetali e prodotti derivati. Paradossalmente, a fronte di una sempre più marcata domanda di autonomia istituzionale dei livelli locali dei sistemi di controllo, la sicurezza degli alimenti diventa sempre più dipendente dalla capacità di azione a livello internazionale.

Per l'Italia che fonda parte importante del successo economico delle proprie imprese agro-alimentari sulla capacità di trasformare materie prime nazionali e di importazione in prodotti di alto pregio qualitativo da collocare sul mercato dei Paesi più avanzati, la capacità di assicurare alti livelli di sicurezza delle filiere produttive diventa non solo elemento determinante per la sicurezza dei propri consumatori, ma anche per lo sviluppo economico. La mancanza o la percezione di mancanza di sicurezza igienico-sanitaria degli alimenti può indurre, infatti, sconvolgimenti profondi del mercato agro-alimentare. La mancanza di fiducia dei consumatori, nel contesto di una forte competizione, può portare a perdite significative di quote di mercato.

Il sistema dei controlli deve assicurare nel concreto delle azioni quotidiane la qualità dei processi, dalla produzione delle materie prime alla somministrazione, per consentire la libera circolazione delle merci e la concorrenza sui mercati. In particolare, i pericoli insiti nei sistemi di

produzione devono essere individuati e eliminati o minimizzati mediante processi trasparenti e documentati di analisi e gestione del rischio secondo le norme internazionali e comunitarie che regolano in modo molto puntuale il controllo della sicurezza degli alimenti, della salute e del benessere degli animali.

La strategia e gli obiettivi da perseguire, in materia di sicurezza degli alimenti e delle popolazioni animali, dunque, devono necessariamente tener conto del contesto internazionale, comunitario e nazionale. Essi, pertanto, da un lato devono essere tali da garantire che i fornitori comunitari ed internazionali di animali, materie prime e prodotti operino secondo criteri di sicurezza equivalenti a quelli attesi dai produttori e consumatori italiani. Dall'altro, l'Italia deve essere in grado di garantire ai consumatori nazionali ed a quelli dei Paesi che importano le derrate alimentari prodotte in Italia livelli di sicurezza omogenei del più alto tenore, su tutto il territorio nazionale.

La sicurezza degli alimenti oggi può essere assicurata solo attraverso azioni di eliminazione e mitigazione del rischio che iniziano nella fase di produzione agricola e si estendono in modo integrato nelle fasi di trasformazione, distribuzione, conservazione e somministrazione. Livelli di sicurezza adeguati non sono raggiungibili se non si adottano misure operative integrate concertate e verificate a livello internazionale, comunitario, nazionale e locale.

Gli obiettivi prioritari sono i seguenti:

- definire una politica della sicurezza degli alimenti e della salute e del benessere degli animali basata sulla valutazione e la gestione del rischio che consenta di uscire gradualmente dalla logica dell'emergenza, realizzando una politica fondata su obiettivi di sicurezza e di salute misurabili e verificati;
- ridurre i rischi connessi al consumo degli alimenti ed alle zoonosi, assicurando alti livelli di sicurezza igienico-sanitaria degli alimenti ai consumatori italiani;
- ridurre l'incidenza delle zoonosi e delle malattie diffuse nelle popolazioni degli animali domestici, con particolare riferimento alle infezioni della lista A dell'OIE, alla brucellosi bovina, ovi-caprina e bufalina ed alla tubercolosi, nonché alle encefalopatie spongiformi trasmissibili.
- Il perseguimento degli obiettivi posti richiede l'attenzione agli strumenti organizzativi e l'attuazione di numerosi programmi operativi. In particolare, è necessario rendere operativo un sistema dedicato che:
  - fornisca la consulenza ed il supporto tecnico e scientifico per le attività di pianificazione e legislazione nei settori che hanno un impatto diretto o indiretto sulla sicurezza degli alimenti destinati all'uomo ed agli animali, nonché sulla salute ed il benessere degli animali;
  - rappresenti l'interfaccia operativa nazionale dell'Autorità europea degli alimenti, che ha visto l'avvio con l'inizio del 2002; essa costituisce un importante modello di coordinamento istituzionale dei diversi soggetti

tenuti a collaborare in vista del raggiungimento dell'obiettivo di sicurezza alimentare nell'Unione Europea. Ad essa, soggetto indipendente che agisce secondo il principio dell'elevata qualità scientifica e della trasparenza, è attribuito il compito fondamentale dell'analisi scientifica del rischio su cui fondare le decisioni politiche e amministrative: l'Autorità cura l'analisi scientifica e la valutazione del rischio, la comunicazione del rischio per consentire una chiara comprensione dello stesso e delle implicazioni sottostanti e il sistema di allerta;

- raccolga e analizzi i dati che permettono la caratterizzazione ed il monitoraggio dei rischi per la sicurezza alimentare che hanno un impatto diretto o indiretto sulla sicurezza degli alimenti destinati all'uomo ed agli animali e sulla salute ed il benessere di questi ultimi;
- assicuri le analisi e valutazioni scientifiche che servono come base scientifica per l'azione legislativa e regolamentare del Governo nei campi della sicurezza degli alimenti, della salute e del benessere degli animali;
- realizzi di un sistema di auditing per la verifica dell'efficacia del sistema nazionale del controllo ufficiale degli alimenti e delle popolazioni animali, conformemente ai requisiti stabiliti da norme riconosciute a livello internazionale (OIE, Codex, ISO EN) che permettono di misurare la qualità del servizio/prodotto;
- organizzi un sistema per la gestione delle emergenze veterinarie, soprattutto per quelle ad andamento prevalentemente diffusivo, coordinato a livello nazionale ed in grado di mobilitare le risorse necessarie ove occorrono, nei tempi e nei modi adeguati alle esigenze. Particolare attenzione dovrà essere rivolta agli strumenti di mobilitazione delle risorse umane ed al reperimento delle attrezzature necessarie, anche, ove indispensabile, mediante la mobilitazione della protezione civile ed ai sistemi di abbattimento e distruzione delle carcasse animali;
- migliori in modo significativo il sistema di sorveglianza epidemiologica nazionale nel settore della sicurezza degli alimenti, della salute e del benessere degli animali e delle zoonosi, utilizzando e rafforzando le competenze dei Centri nazionali e regionali esistenti, per adottare misure trasparenti, coerenti e tempestive su scala nazionale e condivise anche a livello comunitario ed internazionale;
- attui concretamente un programma di formazione straordinario per favorire la realizzazione di sistemi di gestione ed assicurazione della qualità nell'ambito del SSN e omogeneità di prestazioni su tutto il territorio nazionale. In particolare deve essere assicurato l'accreditamento dei servizi di Sanità pubblica veterinaria, secondo norme di assicurazione della qualità riconosciute a livello internazionale, estendendo così i buoni risultati già ottenuti nell'accreditamento quasi totale degli Istituti Zooprofilattici Sperimentali. L'accreditamento è indispensabile per poter continuare nel medio-lungo termine le attività di certificazione, indispensabili per la libera circolazione degli animali e dei prodotti derivati in ambito internazionale. Le attività di formazione

devono, inoltre, essere indirizzate all'introduzione e utilizzazione della sorveglianza epidemiologica e dell'analisi del rischio come strumento di tutela delle popolazioni animali e della salute dei consumatori.

Nel settore della sicurezza alimentare il raggiungimento degli obiettivi posti è fortemente condizionato dal contesto internazionale e comunitario; è indispensabile, pertanto, creare le condizioni, sia a livello nazionale che a livello comunitario ed internazionale, che consentano il perseguimento degli obiettivi e delle azioni identificate, ed in particolare:

- gli obiettivi di sicurezza degli alimenti e di salute e benessere degli animali devono essere individuati in modo esplicito e trasparente e verificati sistematicamente, assicurando l'efficace integrazione del controllo pubblico con l'effettiva attribuzione di responsabilità agli operatori economici della produzione primaria, della trasformazione, e del commercio degli alimenti;
- l'attuale revisione delle politiche di sicurezza degli alimenti, in ambito dell'Unione Europea deve tenere conto delle peculiarità del sistema di produzione agro-alimentare dell'Italia;
- la partecipazione dell'Italia alle attività delle Organizzazioni internazionali che operano nel campo della sicurezza degli alimenti e della salute e al benessere degli animali deve essere rafforzata;
- la collaborazione dell'Italia con i Paesi dai quali il sistema agro-industriale italiano si approvvigiona, deve essere rafforzata, dando alla cooperazione internazionale un ruolo più importante ed organico.

Da quanto premesso scaturisce con forza la necessità di un Piano Nazionale per la Sicurezza Alimentare redatto e governato da un apposito ufficio di coordinamento che, prendendo le mosse dalla riorganizzazione a livello nazionale resa necessaria dall'avvio dell'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare, definisca in modo fortemente integrato, con chiarezza e in maniera dettagliata, la natura e le responsabilità di diversi livelli di intervento, dei flussi di coordinamento nell'acquisizione dei dati nonché delle relative analisi e consenta di assumere e di attuare a livello più idoneo e con rapidità le decisioni indispensabili per il conseguimento degli obiettivi summenzionati.

Infine è significativo ricordare che, relativamente alla sicurezza alimentare, la finanziaria 2003 ha previsto, con lo scopo di aumentare in maniera rilevante rispetto a quanto previsto dal D.Lgs. 30 dicembre 1999, n° 507, l'entità delle sanzioni amministrative pecuniarie previste in caso di violazioni di disposizioni che incidono sulla salute dei cittadini ed assicurarne una immediata irrogazione, da parte degli organi che direttamente accertano l'avvenuta violazione.

## **6. La salute e il sociale**

Nessun sistema sanitario, per quanto tecnicamente avanzato, può soddisfare a pieno la propria missione se non è rispettoso dei principi fondamentali di solidarietà sociale e di integrazione socio-sanitaria.

## 6.1. Le fasce di povertà e di emarginazione

Numerosi studi hanno documentato che la mortalità in Italia, come in altri Stati, cresce con il crescere dello svantaggio sociale. Alcuni studi mostrano che le diseguaglianze nella mortalità non si riducono nel tempo, anzi sembrano ampliarsi, almeno tra gli uomini adulti.

Effetti diretti della povertà e dell'emarginazione sono misurabili sulla mortalità delle persone e delle famiglie assistite dai servizi sociali per problemi di esclusione (malattie mentali, dipendenze, povertà, disoccupazione), che in alcune zone presentano uno svantaggio nella aspettativa di vita di 13 anni per gli uomini e 7 per le donne, rispetto al resto della popolazione.

Le cause di morte e di malattia più frequentemente associate alle differenze sociali sono quelle correlate alle dipendenze e al disagio sociale (droga, alcool e fumo), quelle legate a storie di vita particolarmente svantaggiate (malattie respiratorie e tumori allo stomaco), quelle che hanno a che fare con la prevenzione nei luoghi di lavoro o sulla strada (incidenti), quelle correlate con la scarsa qualità dell'assistenza sanitaria (morti evitabili) e, in minore misura, quelle ischemiche del cuore.

Un'associazione con la condizione socio-economica misurata in base al livello d'istruzione della madre, è stata osservata anche per il peso alla nascita; la probabilità di mettere al mondo un bambino sotto peso risulta 1,5 volte maggiore per le madri con un basso livello di istruzione (scuola elementare), rispetto alle madri con un livello di studi universitari.

Per quanto riguarda il ruolo del sistema sanitario sono documentati svantaggi sociali sia nell'accesso alla prevenzione primaria e alla diagnosi precoce, sia nell'accesso a cure tempestive ed appropriate. Per quanto riguarda la prevenzione primaria si possono citare le diseguaglianze fra il Nord e il Sud d'Italia nella prevenzione della carie dentaria e nella pratica delle vaccinazioni obbligatorie nei bambini tra i 12 e i 24 mesi.

Nel campo della prevenzione secondaria occorre ricordare il minore ricorso allo *screening* dei tumori femminili delle donne meno istruite.

Rispetto all'accesso alle cure, merita ricordare le diseguaglianze nella sopravvivenza per tumori a favore delle sedi che dispongono di strutture sanitarie in grado di erogare trattamenti più efficaci.

Altri indizi di discriminazione sono ricavabili dall'esame dell'accesso al by-pass coronarico o alle cure per l'AIDS, o del ricorso ad una ospedalizzazione inappropriata, che risultano a vantaggio delle persone di più alto stato sociale.

In generale i gruppi di popolazione che meritano più attenzione, per gli svantaggi sociali che li caratterizzano sono: i bambini e i ragazzi poveri (0-18 anni); gli anziani poveri (più di 65 anni); le madri sole con figli a carico; i disoccupati di lunga durata (più di un anno); i disoccupati giovani (15-24 anni); gli stranieri immigrati da Paesi poveri a forte pressione migratoria; i tossicodipendenti; gli alcoolisti; i senza fissa dimora. Cioè da un lato i gruppi che sono più esposti alla marginalità sociale (si tratta di bambini, adulti e anziani in difficoltà e in povertà), dall'altro gli emarginati estremi (i senza fissa dimora), e nel mezzo le categorie come quelle delle persone



affette da una dipendenza (gli alcoolisti o i tossicodipendenti) e quelle degli stranieri immigrati che cercano di inserirsi nella società italiana con un nuovo progetto di vita.

Secondo gli obiettivi adottati dall'OMS nel 1999, il divario nella salute tra diversi gruppi socio-economici dovrebbe essere ridotto, entro l'anno 2020, di almeno un quarto. In particolare il divario in termini di aspettativa di vita tra i vari gruppi socio-economici dovrebbe essere ridotto di almeno il 25%, e i valori dei principali indicatori di morbilità, disabilità e mortalità nei diversi gruppi socio-economici dovrebbero essere distribuiti più uniformemente. Inoltre dovrebbero essere migliorate le condizioni socio-economiche che possono produrre effetti dannosi per la salute, quali il basso reddito, bassi livelli di istruzione e limitato accesso al mondo del lavoro, così da ridurre la percentuale di persone che vivono in povertà. Infine, i soggetti che hanno bisogni speciali in ragione delle proprie condizioni di salute, dovrebbero essere protetti dall'esclusione e fruire di un agevole accesso a cure appropriate.

Le azioni prioritarie per conseguire questi obiettivi riguardano in primo luogo gli interventi sulle cause che generano le disuguaglianze nella salute soprattutto per quanto riguarda i bambini in povertà e le madri sole con figli a carico, i disoccupati, gli stranieri immigrati ed altri gruppi.

E' ben noto che la lotta alla povertà è uno degli strumenti più efficaci per migliorare lo stato di salute. Si tratta, quindi, di misure di carattere sociale tipiche dello stato assistenziale per contrastare la povertà le quali non rientrano direttamente nella competenza del Servizio Sanitario Nazionale. E', quindi, molto importante l'efficace collegamento delle politiche finalizzate alla riduzione delle disuguaglianze nello stato di salute derivanti dalla povertà con le politiche di sviluppo economico e sociale.

Nell'ambito più specificamente sanitario si tratta, in particolare, di assicurare l'accesso ai servizi sanitari superando, attraverso idonee modifiche organizzative ed appositi programmi di attività, le barriere di conoscenza ed, in alcuni casi, linguistiche che si frappongono alla fruibilità dei servizi sanitari. Specifici programmi di formazione e obiettivi di qualità per il personale addetto sono auspicabili.

Un'altra serie di interventi di carattere più strettamente sanitario riguarda quelli finalizzati al contenimento dei danni delle disuguaglianze (specie per gli anziani poveri e i soggetti dipendenti da sostanze o alcool) nonché ad interrompere i processi di esclusione che nascono da problemi di salute, quali l'istituzionalizzazione degli anziani poveri e la segregazione dei malati poveri.

Si richiamano qui, in quanto rilevanti, integralmente le analisi e le proposte sviluppate nel presente Piano in materia di: (i) malati cronici, anziani e disabili (Parte I, Sezione 2.2); (ii) stili di vita salutari, prevenzione e comunicazione pubblica sulla salute (Parte I, Sezione 2.9); (iii) salute mentale (Parte II, Sezione 6.3); (iv) tossicodipendenze (Parte II, Sezione 6.4); e (v) salute degli immigrati (Parte II, Sezione 6.6). Prezioso in tale ambito e specialmente per l'assistenza dei senza fissa dimora, è la collaborazione tra le strutture del Servizio Sanitario Nazionale e le Organizzazioni del volontariato che dispongono di una maggiore flessibilità

e capacità di integrazione con questo gruppo di emarginati. La messa a punto di incentivi a carattere settoriale ed intersettoriale per facilitare azioni congiunte è fortemente auspicabile.

Infine, è molto importante continuare l'approfondimento dei determinanti sociali, economici ed ambientali più direttamente collegati con i problemi della salute, associati alla povertà, e la sistematica valutazione delle diverse iniziative ed opportunità per alleviare o rimuovere le difficoltà esistenti.

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

Premesso che il Progetto Obiettivo Materno-Infantile del PSN 1998-2000 ancora non ha avuto piena applicazione, pur conservando in linea di massima la sua validità, vengono focalizzati in questo capitolo solo alcuni aspetti che riguardano la salute del bambino.

Dal 1975 ad oggi il tasso di mortalità infantile (morti entro il primo anno di vita per 1.000 nati vivi) in Italia è sceso di più del 76%, dal 20,5 del 1975 al 4,9/1.000 del 1999. Si tratta di uno dei più significativi miglioramenti registrati nell'Europa occidentale durante questo periodo. Tuttavia vi sono ancora notevoli differenze tra le Regioni italiane: in alcune Regioni meridionali (Puglia, Sicilia, Basilicata) il tasso di mortalità infantile nel 1999 era di 7,33/1.000 nati vivi, rispetto al 3,0 delle Regioni con il tasso di mortalità più basso (Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia). La mortalità neonatale (entro le prime quattro settimane di vita, ed in particolare entro la prima) più elevata nelle Regioni del Centro-Sud, è responsabile della maggior parte di tale mortalità. Obiettivo fondamentale è quindi innanzitutto ridurre le disparità regionali nei tassi di mortalità neonatale, avvicinando la media nazionale a quella della regione con indice di mortalità più basso. Per quanto riguarda la mortalità nel primo anno di vita, le malformazioni congenite rappresentano, insieme alla prematurità, l'83% di tutte le cause. Confronti sulla base dei registri della popolazione in alcune aree d'Italia che partecipano alla rete EUROCAT ("European Registration of Congenital Anomalies"), indicano che il tasso di malformazioni congenite in Italia è simile a quello di altre aree d'Europa.

Nella valutazione dello stato di salute della popolazione infantile un importante indicatore è il peso alla nascita dei neonati a termine. Esso è influenzato dallo stato sociale e da altri fattori come il fumo. In Italia il tasso di basso peso alla nascita nel 1995 era del 4,7% (4,1% maschi e 5,3% femmine, dati ISTAT). L'incidenza di basso peso alla nascita non è cambiata in maniera significativa nel corso degli ultimi 15 anni.

Per raggiungere l'obiettivo adottato dall'OMS per l'anno 2020, la prevalenza dei bambini sottopeso alla nascita dovrebbe diminuire al valore globale di 3,8% (3,3% per i maschi e 4,2% per le femmine).

La tutela della salute del prodotto del concepimento deve iniziare già in epoca preconcezionale e deve realizzarsi già con il coinvolgimento dei medici di famiglia, dei pediatri di libera scelta, della scuola, dei centri di aggregazione sociale e dei mezzi di comunicazione di massa. La promozione della salute consiste nel dare corrette informazioni sul

possibile rischio genetico, sulla contraccezione, sulla necessità di abolire il fumo, l'alcool e le droghe, sulle problematiche della nutrizione, sulla necessità di profilassi con acido folico e di un supporto sociale ed emozionale tempestivo. Vanno inoltre date precise informazioni sull'esistenza nel territorio di reparti e centri ostetrici-neonatologici specificamente indirizzati all'assistenza delle gravidanze normali e ad alto rischio.

Infatti, un fattore molto importante per prevenire le patologie del prodotto del concepimento è certamente la promozione dell'assistenza preconcezionale al fine di ridurre i fattori di rischio ed in particolare la prematurità. L'educazione a comportamenti corretti in gravidanza, soprattutto per quanto riguarda il fumo, è a tal riguardo di fondamentale importanza. Esistono, inoltre, molte disuguaglianze sul piano organizzativo e gestionale nelle strutture dove avviene la nascita e questo pesa negativamente sulla mortalità perinatale e sugli esiti a distanza (handicap). Occorre anche ridurre le morti improvvise in culla, prima causa di mortalità infantile dopo la prima settimana di vita, attraverso campagne informative atte a ridurre i fattori di rischio.

Per quanto riguarda il gruppo di età tra 1 e 14 anni, il tasso di mortalità ha mostrato un importante declino negli ultimi 25 anni, da 49,9/100.000 all'attuale 19,7. Le maggiori cause di morte in questo gruppo di età sono gli incidenti (5/100.000) e il cancro (5/100.000). Le differenze geografiche riscontrate in Italia nel 1997 indicano una mortalità più elevata (+14% circa) al Sud che al Nord. L'obiettivo della riduzione della mortalità per incidenti, sia domestici che stradali deve prevedere misure legislative, di controllo, ed una forte campagna di prevenzione con misure di educazione stradale e di sicurezza in casa e nelle scuole.

Le malattie infettive prevenibili tramite vaccinazione (vedi capitolo 3.2.9) presentano aspetti che richiedono maggiori e più integrati sforzi, in particolare per la prevenzione del morbillo: infatti l'Italia è una delle nazioni a maggior rischio di eventi epidemici, poiché presenta una scarsa copertura vaccinale e di conseguenza ampie quote di popolazione suscettibili: questo ha provocato nel 2002 una epidemia con 30.000 casi stimati, ed alcuni decessi. La disponibilità di un vaccino combinato, morbillo, parotite e rosolia, - MPR - consente anche di prevenire le complicanze legate a queste ultime due malattie, ed in particolare la nascita di bambini affetti da rosolia congenita.

Per interrompere la trasmissione dell'infezione morbillosa è necessario raggiungere e mantenere nel tempo elevate coperture vaccinali nei bambini entro il secondo anno di vita, vaccinando anche i bambini oltre i due anni e gli adolescenti ancora suscettibili perché non sottoposti alla vaccinazione, nonché prevedere un richiamo vaccinale. E' inoltre necessario rafforzare i sistemi di sorveglianza e garantire la disponibilità di informazioni sui benefici e rischi della vaccinazione. Per quanto riguarda le modalità di somministrazione è opportuno che la prima dose di vaccino MPR sia somministrato a 12 mesi di età al momento della somministrazione della terza dose delle altre vaccinazioni dell'infanzia, e comunque non oltre i 15 mesi.

Le condizioni morbose croniche prevalenti nei bambini e negli adolescenti sia in Italia che nel resto dell'Europa, con un andamento in continua crescita, sono l'asma e l'obesità. È significativo che le due condizioni morbose più frequenti siano legate a problematiche ambientali e a comportamenti alimentari errati, rispettivamente: la prevenzione, in termini di salvaguardia ambientale (con lotta all'inquinamento e al fumo passivo) e di educazione alimentare nella popolazione, deve essere l'obiettivo fondamentale della politica sanitaria per l'immediato futuro.

In Italia si riscontra una bassa percentuale di gravidanze in età adolescenziale (2,25%), paragonabile ai tassi osservati in altri Paesi europei quali Germania, Danimarca, Finlandia, Svezia e Francia. I dati riguardanti le Regioni italiane relativi al 1995 mostrano marcate differenze geografiche: nelle Regioni meridionali si registra una percentuale più elevata di gravidanze in età adolescenziale in confronto alle Regioni del Nord anche se questo avviene nel contesto di unioni legali. Obiettivo di questo settore dovrà essere la prevenzione primaria delle gravidanze non desiderate in età adolescenziale con una appropriata educazione sessuale, che deve vedere coinvolti tutti gli educatori e il personale sociosanitario, accanto alle famiglie, nell'ambito di un progetto di educazione volto alla procreazione responsabile e alla prevenzione delle malattie trasmissibili per via sessuale.

La rete ospedaliera pediatrica, malgrado i tentativi di razionalizzazione, appare ancora decisamente ipertrofica rispetto ad altri Paesi europei, con un numero di strutture pari a 504 nell'anno 1999, mentre la presenza del pediatra dove nasce e si ricovera un bambino è garantita nel 50% degli Ospedali, l'attività di pronto soccorso pediatrico è presente solo nel 30% degli Ospedali. La guardia medico-ostetrica 24 ore su 24 nelle strutture dove avviene il parto è garantita solo nel 45% dei reparti. Inoltre, malgrado la forte diminuzione della natalità, il numero dei punti nascita è ancora molto elevato, 605 in strutture pubbliche o private accreditate: tra queste poco meno della metà ha meno di 500 parti all'anno, soprattutto nelle Regioni del Sud del Paese. L'attuale organizzazione ospedaliera, insieme alla mancanza di una continuità assistenziale sul territorio, ha determinato, nel 1999 un tasso di ospedalizzazione del 119‰, un valore significativamente più elevato rispetto a quello dei Paesi europei, quali ad esempio il Regno Unito (51‰) e la Spagna (60‰). Un possibile elemento per ridurre l'ospedalizzazione inappropriata è rappresentato dalla attivazione di letti per osservazione continuativa ma temporanea, che permettono di creare un'area per la sorveglianza medica e infermieristica continua, finalizzata alla definizione del percorso diagnostico-terapeutico, secondo modelli organizzativi già in uso in alcune realtà italiane, sia al Nord che al Sud.

È necessario aggiungere che i fattori sopra indicati hanno una distribuzione geografica diversa, e sono tra i più importanti determinanti delle differenze interregionali nei tassi di mortalità infantile e neonatale a sfavore delle Regioni del Sud, anche sulla base di differenti sistemi organizzativi e gestionali delle unità operative pediatriche.

Gli stessi fattori condizionano anche l'elevato numero di parti per taglio cesareo nel nostro Paese, ben il 33% nel 1999, più frequenti nelle strutture del Centro-Sud con un basso numero di nati, fino a raggiungere in

Campania il 51%, mentre le Regioni Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia hanno una percentuale di parti per taglio cesareo pari al 20%, valori di poco superiori a quelli riportati dalla maggior parte dei Paesi dell'Unione Europea. Fattori economici relativi al sistema di rimborso delle prestazioni come anche fattori organizzativi del sistema sanitario hanno contribuito in questi anni ad incrementare il ricorso al parto cesareo, a scapito di quello per via naturale.

Peraltro, va notato che la pratica del parto indolore ancora non è garantita in Italia dal Servizio Sanitario Nazionale, e ciò induce alcune gravide ad effettuare parto cesareo o a recarsi all'estero per partorire.

Malgrado la Convenzione Internazionale di New York e la Carte Europea dei bambini degenti in ospedale (con la risoluzione del Parlamento Europeo del 1986), ancora più del 30% dei pazienti in età evolutiva viene ricoverato in reparti per adulti e non in area pediatrica. L'area pediatrica è "l'ambiente in cui il Servizio Sanitario Nazionale si prende cura della salute dell'infanzia con caratteristiche peculiari per il neonato, il bambino e l'adolescente".

L'area pediatrica, che concerne non solo la salute fisica, ma anche quella mentale e sociale dei soggetti in età evolutiva, deve essere organizzata in spazi, strutture e servizi idonei alle esigenze dei soggetti in età evolutiva (0-17 anni) e delle loro famiglie. La differenziazione all'interno dell'area pediatrica di tre utenze (neonato, bambino, adolescente) obbliga il Servizio Sanitario Nazionale a differenziare le tipologie di intervento e gli obiettivi del programma. Sino ad ora infatti, a fronte di queste differenze, ed in particolare per l'utenza "adolescenti" non si è ancora consolidata una prassi adeguata e, nelle zone di sovrapposizione, si creano le condizioni di maggiore confusione e diseconomia.

Va sottolineata la rilevanza delle patologie croniche e dell'handicap neuropsichico che costituiscono una quota statisticamente significativa (1-3% della popolazione pediatrica) e sono un indicatore importante delle capacità di risposta dell'intero sistema socio-sanitario.

### ***Gli obiettivi strategici***

- attivare i programmi specifici per la protezione della maternità e migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica nel periodo perinatale;
- realizzare reparti dedicati all'area adolescenziale negli Ospedali maggiori e/o di eccellenza con personale specializzato, e prevedere negli altri reparti un'area a loro dedicata;
- ricostruire le strutture pediatriche di alta specializzazione non più adeguate da un punto di vista strutturale ed organizzativo, favorendo anche la creazione e la sperimentazione di fondazioni;
- ridurre il disagio del bambino in ospedale prevedendo interventi psicologici, attività ludica ed occupazionale, e la scuola in ospedale;
- educare alla salute e all'igiene i giovani e le famiglie, col contributo essenziale della scuola e degli enti territoriali e dei servizi socio-assistenziali competenti con particolare riguardo alla prevenzione dei maltrattamenti, abusi e sfruttamento minorile, dell'obesità, delle malattie

- sessualmente trasmesse, con particolare riguardo alla prevenzione della tossicodipendenza, e degli infortuni ed incidenti;
- valorizzare la centralità di ruolo del pediatra di libera scelta e del medico di base nella definizione di percorsi diagnostico-terapeutici e la sua funzione di educazione sanitaria individuale;
  - pianificare l'assistenza perinatale attraverso la centralizzazione delle gravidanze a rischio in Ospedali dotati di terapia intensiva neonatale;
  - attivare in ogni regione il Servizio di trasporto di emergenza dei neonati e delle gestanti a rischio;
  - ridurre il tasso di ospedalizzazione con l'obiettivo di ridurlo del 10% per anno;
  - garantire, dove è presente un punto nascita e dove si ricovera un bambino, la presenza di un medico pediatra e un medico ostetrico 24 ore su 24, anche attraverso la riconversione delle strutture ostetriche e pediatriche dei piccoli ospedali;
  - incrementare l'adozione di strutture socio-sanitarie alternative, quali l'ospedalità a domicilio ed in strutture residenziali funzionalmente collegate con gli Ospedali;
  - elaborare Linee Guida Clinico-organizzative e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi anche in ambito locale con i pediatri di libera scelta e medici di base, con particolare attenzione alle patologie che comportano il maggior numero di ricoveri in età pediatrica e alle patologie chirurgiche più a rischio di interventi inappropriati;
  - privilegiare l'attività di day surgery e di one-day-surgery che dovranno consentire di effettuare almeno il 50% degli interventi chirurgici nel triennio secondo queste modalità organizzative, in aderenza alle Linee Guida clinico-organizzative;
  - articolare gli interventi di Guardia Pediatrica e di Pronto Soccorso, secondo un modello interdisciplinare, che sia in grado di differenziare il luogo della accoglienza e della assistenza all'utenza da quello di ricovero, mediante la creazione, in ogni unità operativa pediatrica, di un'area di osservazione temporanea, opportunamente regolamentata;
  - diminuire la frequenza dei parti per taglio cesareo, e ridurre le forti differenze regionali attualmente esistenti, arrivando entro il triennio ad un valore nazionale pari al 20%, in linea con i valori medi degli altri Paesi europei, anche tramite una revisione dei DRG relativi;
  - ottimizzare il numero dei punti nascita, riducendone il numero ed incrementandone la qualità;
  - garantire a livello distrettuale la presenza di un pediatra con funzioni di pediatra di comunità con il ruolo di promuovere progetti per la salute dell'infanzia, razionalizzare la rete dei servizi pediatrici in risposta alla patologia acuta e ai bambini con bisogni speciali (patologia cronica, handicap neuropsichico, disabilità, condizioni di rischio, soggetti deboli);
  - riqualificare i consultori-ambulatori che operino sul territorio ed in ospedale già in epoca preconcezionale per una promozione attiva di tutte le iniziative atte a ridurre i rischi durante la gravidanza;

- promuovere campagne informative rivolte alle gestanti e alle puerpere sulle norme comportamentali di prevenzione quali la promozione dell'allattamento al seno, l'estensione delle vaccinazioni, il corretto trasporto in auto del bambino, ricordando l'importanza della prevenzione della morte in culla del lattante: posizione nel sonno supina, evitare il fumo di sigaretta e temperature ambientali elevate.

### **6.3. La salute mentale**

I problemi relativi alla salute mentale rivestono, in tutti i Paesi industrializzati, un'importanza crescente, perché la loro prevalenza mostra un trend in aumento e perché ad essi si associa un elevato carico di disabilità e di costi economici e sociali, che pesa sui pazienti, sui loro familiari e sulla collettività.

Numerose evidenze tratte dalla letteratura scientifica internazionale segnalano che nell'arco di un anno il 20% circa della popolazione adulta presenta uno o più dei disturbi mentali elencati nella Classificazione Internazionale delle Malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Tra i disturbi mentali più frequenti vi sono i disturbi d'ansia, il cui tasso di prevalenza supera il 15%, con un incremento degli attacchi di panico e delle forme ossessivo-compulsive. La depressione nelle sue varie forme cliniche colpisce tutte le fasce d'età e il tasso di prevalenza supera il 10%. Spesso depressione e disturbi d'ansia coesistono. Significativa anche la prevalenza dei disturbi della personalità e dei disturbi dell'alimentazione (anoressia e bulimia). Il tasso di prevalenza delle psicosi schizofreniche, che rappresentano senza dubbio uno dei più gravi disturbi mentali, è pari a circa lo 0,5%. Occorre considerare, inoltre, i disturbi mentali che affliggono la popolazione anziana, soprattutto le demenze nelle loro diverse espressioni. Va segnalata, infine, la complessa problematica relativa alle condizioni di comorbidità tra disturbi psichiatrici e disturbi da abuso di sostanze e tra disturbi psichiatrici e patologie organiche (con particolare riferimento alle patologie cronico-degenerative: neoplasie, infezione da HIV, malattie degenerative del Sistema Nervoso Centrale).

Recenti studi hanno documentato che molti disturbi mentali dell'età adulta sono preceduti da disturbi dell'età evolutiva-adolescenziale. In particolare, l'8% circa dei bambini e degli adolescenti presenta un disturbo mentale, che può determinare difficoltà interpersonali e disadattamento; non va dimenticato che il suicidio rappresenta la seconda causa di morte tra gli adolescenti.

Le condizioni cliniche citate presentano un differente indice di disabilità: i disturbi ansioso-depressivi, pur numerosi, possono, quando appropriatamente trattati, presentare una durata e gradi di disabilità non marcati, anche se alcuni casi di sindrome ossessivo-compulsiva o di agorafobia sono seriamente invalidanti. D'altro canto le psicosi (schizofreniche, affettive e le depressioni maggiori ricorrenti) impegnano i servizi sanitari e sociali in maniera massiccia, per via della gravità, del rischio di suicidio, della lunga durata e delle disabilità marcate che le caratterizzano.

Nel nostro Paese, il processo di adeguamento dell'assistenza psichiatrica alle necessità reali dei malati ed agli orientamenti più attuali della sanità pubblica, avviato con la Legge 23 dicembre 1978 n. 833, ha determinato l'integrazione dell'assistenza psichiatrica nel Servizio Sanitario Nazionale, l'orientamento comunitario dell'assistenza alle persone con disturbi mentali, il superamento del modello custodialistico rappresentato dall'Ospedale Psichiatrico.

L'assetto organizzativo dei servizi per l'età adulta, come previsto dall'attuale normativa, prevede quattro tipologie strutturali, coordinate all'interno di un modello dipartimentale:

- Centri di salute mentale per interventi sul territorio;
- Servizi psichiatrici di diagnosi e cura per l'assistenza ospedaliera;
- Centri diurni e day hospital per attività riabilitative in regime semiresidenziale;
- Strutture per attività riabilitative in regime residenziale.

Tutte le strutture devono agire, nel rispetto della programmazione regionale, in efficiente e costante integrazione tra loro e con le strutture del privato sociale ed imprenditoriale comprese nel territorio del Dipartimento, in modo che la presa in carico del paziente sia attuata nella sua globalità, prevedendo anche, quando necessario, interventi domiciliari, di cui si fa carico il Centro di Salute Mentale. Le unità multiprofessionali dei Dipartimenti (costituite da psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri, tecnici della riabilitazione psicosociale, educatori) dipendono funzionalmente da un direttore/coordinatore unico.

Per migliorare l'assistenza ai pazienti con problemi di salute mentale occorre tener conto delle conclusioni cui è pervenuto il *Comitato Ristretto dell'Osservatorio Nazionale per la Tutela della Salute Mentale*:

- 1) il *Dipartimento di Salute Mentale* è la struttura organizzativa che meglio può far fronte ai problemi del disagio mentale;
- 2) il *Dipartimento di Salute Mentale* è in grado di far fronte sia all'urgenza (in collegamento con il 118), sia al trattamento territoriale domiciliare e residenziale o semi-residenziale con le figure professionali adatte. Si rileva però che non tutte le aree del Paese hanno attivato compiutamente il *Dipartimento di Salute Mentale*;
- 3) è indispensabile che il Dipartimento si doti di *Servizi di Prossimità* ossia di strutture quali un Call Center o uno *Sportello* gestito prevalentemente o totalmente da famigliari di pazienti riuniti in Associazioni e sostenuto economicamente dalle Istituzioni, che possa raccogliere precocemente le problematiche che emergono nel territorio e trasferirle al Dipartimento. In tal modo si potrà superare la difficoltà che alcuni famigliari o pazienti hanno a dichiarare esplicitamente il loro disagio (stigma). I *Servizi di Prossimità* possono anche contribuire al monitoraggio dell'aderenza dei pazienti al trattamento terapeutico che, notoriamente, presenta spesso seri problemi di *compliance*. Il Ministero della Salute è disponibile a considerare



- il finanziamento di sperimentazioni gestionali che riguardano questi *Servizi di Prossimità*;
- 4) è indispensabile attivare sistematicamente interventi finalizzati alla diagnosi precoce in età evolutiva, per evidenziare precocemente i sintomi e i comportamenti che successivamente possono evolvere verso malattie mentali e che possono essere curati prevenendo malattie e disabilità. Sono utilizzabili a questo scopo protocolli diagnostici basati sulle evidenze;
  - 5) è importante che, per i casi più complessi siano disponibili strutture territoriali e residenziali di riabilitazione dove i pazienti possano essere trattati secondo percorsi terapeutici validati. E' importante evitare che queste strutture ripropongano il modello custodialistico, anche se è necessario che i pazienti pericolosi per sé o per gli altri vengano qui ammessi e riabilitati anche senza il loro consenso;
  - 6) si ritiene che sia molto dannoso continuare ad associare la malattia mentale alla violenza, specie da parte dei mezzi di comunicazione. A questo proposito il Ministero prenderà contatti con gli organi di informazione affinché, accanto alla notizia di episodi gravi, i *mass media* segnalino l'opportunità che persone con disagi mentali possono rivolgersi a strutture ben identificate del *Dipartimento di Salute Mentale* o consultare i *Servizi di Prossimità*;
  - 7) viene ribadita con forza la necessità che le Istituzioni pongano in atto sistematiche verifiche nelle strutture e sulle attività del *Dipartimento di Salute Mentale*, così da assicurare che eventuali carenze possano comunque andare a regime nella sua completezza; a tal fine appare indispensabile l'implementazione del Sistema Informativo Sanitario con dati riguardanti la salute mentale, secondo il modello approvato dalla Conferenza per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome approvato in data 11 ottobre 2001;
  - 8) viene ribadita con forza la necessità di implementare ogni controllo per evitare che persone in crisi acuta o cronica vengano sottoposti a mezzi di contenzione o comunque lesivi dei diritti umani.

Gli obiettivi strategici da realizzare sono rappresentati da:

- la riduzione dei comportamenti suicidari, con particolare attenzione all'età adolescenziale e a quella anziana;
- la riduzione delle interruzioni non concordate di trattamento, mediante attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi multidisciplinari integrati in risposta ai bisogni di salute mentale dei pazienti e delle famiglie;
- la riduzione dei tempi d'attesa per l'accesso ai trattamenti, ivi compresi quelli psicoterapici;
- il miglioramento delle conoscenze epidemiologiche sui bisogni di salute mentale nella popolazione e sull'efficacia degli interventi;

- la promozione della salute mentale nell'intero ciclo della vita, garantendo l'integrazione tra servizi sanitari e sociali - pubblici e del privato sociale ed imprenditoriale - con particolare riferimento agli interventi a favore dei soggetti maggiormente a rischio;
- la cooperazione dei servizi di salute mentale con soggetti non istituzionali (Associazioni dei familiari, dei pazienti, volontariato, Associazioni di Advocacy), il privato sociale ed imprenditoriale
- la promozione dell'informazione e della conoscenza sulle malattie mentali nella popolazione, al fine:
  - 1) di realizzare interventi di prevenzione primaria e secondaria (informazione sui disturbi mentali, sui servizi, collegamenti tra le strutture sanitarie, i servizi sociali, le scuole, le associazioni di volontariato);
  - 2) incrementare la lotta allo stigma verso la malattia mentale e la promozione di una maggiore solidarietà nei confronti delle persone affette da disturbi mentali gravi;
  - 3) diffondere e sviluppare la cultura del volontariato, dell'associazionismo, dell'auto-aiuto, per uno sforzo congiunto nella cura delle malattie mentali.

A breve termine è necessario pianificare azioni volte a:

- ridurre le disomogeneità nella distribuzione dei servizi e negli organici all'interno del territorio nazionale superando le discrepanze esistenti tra il nord e il sud del Paese ed all'interno delle singole realtà regionali, anche attraverso il ricorso al contributo di strutture private sociali ed imprenditoriali, promuovendo la realizzazione di un numero adeguato di Strutture residenziali per trattare pazienti affetti da disturbi mentali gravi che prevedano una più elevata intensità e/o durata dell'intervento riabilitativo, individualizzato sulla base dei bisogni del paziente, regolarmente sottoposto a verifica;
- concludere il processo di superamento dei manicomi pubblici e privati superando, finalmente qualunque approccio custodialistico;
- pianificare interventi di prevenzione, diagnosi precoce e terapia dei disturbi mentali in età infantile ed adolescenziale attivando stretti collegamenti funzionali tra strutture a carattere sanitario (neuropsichiatria infantile, dipartimento materno-infantile, pediatria di base), ed altri servizi sociali ed Istituzioni a carattere educativo, scolastico e giudiziario;
- potenziare i servizi territoriali, i day hospital, le comunità terapeutiche e, soprattutto, attivare o potenziare i servizi psichiatrici di urgenza pubblici o privati accreditati afferenti al Dipartimento di Salute Mentale, *operanti nel corso delle 24 ore*, poiché la presa in carico in tempo utile riduce in maniera altamente significativa l'incidenza della cronicizzazione di un disturbo mentale;
- assicurare la presa in carico e la continuità terapeutica dei problemi di salute mentale del paziente, qualunque sia il punto di accesso nel sistema sanitario, pubblico o privato accreditato, attraverso la sperimentazione di un modello di Coordinamento Interdipartimentale che garantisca in ciascuna Azienda Sanitaria l'integrazione funzionale dei Dipartimenti di

Salute Mentale con i Dipartimenti materno-infantile, anziani, tossicodipendenze, con i Distretti e i Dipartimenti Ospedalieri; alla realizzazione dei programmi del coordinamento interdipartimentale parteciperanno le strutture del privato sociale ed imprenditoriale accreditate; le Associazioni dei familiari verranno periodicamente consultate dal Coordinamento;

- migliorare la gestione delle condizioni di comorbidità tra disturbi psichiatrici e patologie organiche, mediante l'attivazione di Servizi di Psichiatria di Consultazione e Collegamento con la medicina generale e quella ospedaliera;
- attuare interventi di sostegno ai gruppi di auto-aiuto di familiari e di pazienti;
- attivare interventi per la prevenzione e cura del disagio psichico nelle carceri, secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n. 230.

**Sono azioni prioritarie:**

1. aumentare l'accessibilità dei servizi, superando procedure farraginose e burocratiche, per garantire tempestività nelle risposte;
2. migliorare l'assetto organizzativo di tutte le strutture del DSM ai fini di una maggiore flessibilità nell'attuazione dei percorsi di cura, soprattutto per i pazienti affetti da disturbi mentali gravi;
3. rinforzare la rete di interventi domiciliari, anche in situazioni di urgenza, e sviluppare una forte continuità terapeutico-assistenziale;
4. incrementare la dotazione di strutture semiresidenziali e residenziali, a differente gradiente di intensità riabilitativa e assistenziale, finalizzate agli interventi sulle disabilità ed all'integrazione familiare e sociale;
5. sviluppare strategie di intervento precoce, al fine di ridurre il tempo che intercorre tra l'esordio della patologia e la presa in carico, migliorando così sensibilmente le prospettive di guarigione;
6. definire in modo più appropriato le procedure per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori, specificando le responsabilità e le titolarità dell'intervento, senza abbassare i livelli di garanzia per il paziente ma rinforzandoli in relazione al diritto all'accesso ad una cura tempestiva ed efficace;
7. mettere in atto programmi adeguati per il sostegno alle famiglie ai fini di non disperdere risorse e relazioni che sono fondamentali nei processi di cura;
8. coniugare gli aspetti organizzativi con la possibilità che il paziente sia partecipe ad ogni livello del programma d'intervento, anche attraverso la scelta consapevole del luogo di cura e del curante per migliorare la adesione al trattamento;
9. mettere in campo nuovi strumenti per l'integrazione sociale e lavorativa del paziente, nel contesto del tessuto sociale e non in surrogati di esso, superando barriere e stigmatizzazioni che ancora oggi riducono le opportunità per pazienti e familiari;

10. migliorare il funzionamento in rete dei servizi, pubblici e privati, puntando all'integrazione e all'incremento della qualità dell'assistenza erogata;
11. favorire il coinvolgimento dei pazienti e delle associazioni dei familiari nella individuazione delle priorità e nella verifica di efficienza dei servizi;
12. sviluppare adeguate iniziative di formazione ed aggiornamento, per migliorare costantemente la competenza e la motivazione degli operatori;
13. sviluppare servizi di prossimità e centri di auto aiuto che possano cogliere i problemi al loro insorgere e trasferirli tempestivamente alle strutture professionali del DSM.

***Lotta allo stigma (o esclusione o pregiudizio o discriminazione)***

Bisogna realizzare una forte azione educativa del pubblico, dei medici e dei giornalisti per rimuovere i pregiudizi e l'ignoranza che circondano le malattie mentali, chiarendo i seguenti punti:

1. I disturbi mentali sono malattie determinate da varie cause (biologiche, psicologiche e socio-ambientali) in analogia ad altre malattie di cui si occupa la medicina. La psichiatria va quindi inserita e affiancata dalla medicina generale e dalla medicina interna.
2. I disturbi mentali sono oggi curabili con trattamenti efficaci, sia farmacologici, che psicoterapeutici che riabilitativi. Bisogna rompere il silenzio sul problema, dare informazioni corrette, evitare l'esclusione delle persone con disturbi mentali per ignoranza, paura e pregiudizio.
3. Lo stretto collegamento tra disturbi mentali e violenza è uno slogan giornalistico che non risponde a verità.

Bisogna, inoltre, focalizzare l'azione sui seguenti punti:

4. I disturbi mentali possono presentarsi anche nei bambini, negli adolescenti e negli anziani e in associazione con malattie somatiche e possono essere riconosciuti e curati.
5. Bisogna favorire l'inserimento lavorativo, evitando la disoccupazione a lungo termine e la mancanza di attività (anche attivando aziende pubbliche, vista la difficoltà di inserimento nelle aziende private).
6. Bisogna incrementare i servizi domiciliari tramite servizi di prossimità in collegamento con i Dipartimenti di Salute Mentale, i pazienti stessi e le loro famiglie. E' molto importante la riabilitazione in servizi semiresidenziali per i casi che lo necessitano.

Inoltre:

7. E' importante che ogni paziente grave venga attivamente preso in carico da un *case manager* (operatore di riferimento) che ne faciliti

- anche i rapporti con la società (*ombudsman*, amministratore di sostegno).
8. Facilitare una diagnosi precoce nella fascia preadolescenziale ed adolescenziale, attraverso la sensibilizzazione e informazione dei genitori ed insegnanti, la formazione dei Pediatri e dei Medici di Medicina Generale ed il potenziamento dei servizi di Neuropsichiatria Infantile.
  9. Investire nella ricerca sulla patogenesi e terapia dei disturbi mentali.
  10. Sviluppare reti di auto-aiuto per aumentare l'autostima ed evitare l'autoesclusione.

#### **6.4. Le tossicodipendenze**

In un tessuto sociale, educativo e culturale fortemente segnato dalla crisi della famiglia e dai modelli di deresponsabilizzazione individuale e talora istituzionale, nonché di solitudine subita e talora ricercata, la diffusione dei vari tipi di droghe interessa un numero considerevole di giovani e di giovanissimi troppo spesso inconsapevoli dei pericoli cui vanno incontro, ma anche privi di stimoli ed orientamenti positivi per la propria vita.

Adeguate strategie pubbliche contro la droga richiedono che le Amministrazioni dello Stato promuovano una cultura istituzionale idonea a contrastare l'idea della sostanziale innocuità delle droghe e l'atmosfera di "normalità" in cui il loro uso, non di rado, si diffonde determinando un pericoloso abbassamento dell'allarme sociale, fattori questi che contribuiscono a determinare un oggettivo vantaggio per il mercato criminale nell'offerta di droghe.

Asse portante della nuova linea di politica sociale in materia di droghe dovrà essere, pertanto, la considerazione che la tossicodipendenza e l'uso delle sostanze illecite non possono essere fronteggiati con scelte tecnico-politiche fondate sul puro controllo farmacologico del problema. Si correrebbe in tal caso, e purtroppo si è corso, il rischio di contribuire al rafforzamento di una condizione invalidante e di dipendenza cronica, rinunciando a perseguire l'obiettivo del pieno recupero personale e sociale della persona.

Il fine cui dovranno tendere le Amministrazioni statali, nel pieno rispetto delle proprie competenze e dei propri limiti, è quello di realizzare interventi e progetti che coinvolgano – con pari dignità – soggetti pubblici e privati, con la finalità ultima di ridurre la domanda di droghe fornendo concreto ausilio a coloro che sono già dipendenti, o a rischio di divenirlo, e di individuare progetti di esistenza lontani dall'uso di droghe, nonché di ridurre concretamente l'offerta rendendo le Istituzioni sempre più in grado di esercitare una forte azione di controllo della produzione e del traffico di stupefacenti.

Nel corso del mese di novembre 2001, di fronte al Comitato Interministeriale di Coordinamento per l'azione anti-droga, costituito ai sensi del D.P.R. n. 309 del 1990, si è insediato il Commissario straordinario di Governo, in qualità di responsabile del Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga, che avrà il compito di coordinare le politiche e le

competenze oggi distribuite in diversi Ministeri, così da progettare un Piano Nazionale più incisivo ed efficace.

Le azioni e gli interventi indicati di seguito sono quelli contenuti nel Piano predisposto e approvato dal Governo il 14 febbraio 2002, che avranno attuazione con il coinvolgimento di tutte le componenti istituzionali direttamente interessate.

Alla luce dei dati più recenti è possibile affermare che il fenomeno della tossicodipendenza riguarda oggi, in misura largamente prevalente, l'uso contemporaneo di più sostanze, dalle cosiddette droghe leggere, alle amfetamine, all'eroina e alla cocaina.

E' anche accertato come l'età del primo approccio con le sostanze sia in continua e progressiva diminuzione: recenti ricerche hanno posto in evidenza come essa sia collocabile, per la stragrande maggioranza dei consumatori di droghe, fra gli 11 e i 17 anni, con la media della "prima esperienza" stabilizzata ormai al di sotto dei 13 anni.

Allo stesso tempo il passaggio dal consumo della cannabis a quello delle altre droghe risulta avvenire in tempi sempre più ridotti rispetto agli anni passati.

Dai dati ufficiali risulta inoltre che:

- il consumo di eroina, nonostante in alcune zone del Paese il trend dei nuovi consumatori di tale sostanza sia in contrazione, è in aumento, specialmente attraverso nuove modalità di assunzione (fumo, inalazione);
- continua il progressivo aumento, peraltro già rilevato, del consumo di cocaina, che da droga di "élite" si è trasformata rapidamente in una droga di massa. L'assunzione della sostanza riguarda, infatti, fasce sempre più diversificate e giovani di utilizzatori;
- si evidenzia un costante aumento dei consumi di "ecstasy" e di amfetamine, come indirettamente confermato dall'aumento esponenziale dei sequestri di questo tipo di droghe;
- il consumo di cannabinoidi coinvolge ormai, secondo le statistiche più attendibili, oltre un terzo degli adolescenti ed è un comportamento considerato "normale" da una parte consistente dell'opinione pubblica, dei mezzi di informazione e perfino da alcuni soggetti istituzionali.

Il quadro descritto dimostra come, nonostante l'impegno dei molti soggetti del pubblico e del privato sociale e le esperienze e conoscenze accumulate in oltre 30 anni di attività di prevenzione e riabilitazione, il fenomeno assuma oggi dimensioni sempre più vaste e preoccupanti; ciò anche a causa dell'ambiguità e della inefficacia con cui, negli ultimi 8-9 anni è stato affrontato il problema dell'informazione sulle droghe con scelte di politiche sociali improduttive e inefficaci.

Si è preferito, infatti, "controllare socialmente" il fenomeno e limitarne i danni per la società anziché affrontarlo con una seria politica di riduzione della domanda di droghe e soprattutto con iniziative nel campo della prevenzione, del recupero e della riabilitazione dei tossicodipendenti, tutte orientate al loro reinserimento nella società.

Il tutto, peraltro, nella carenza di un intervento organico e coordinato delle diverse Amministrazioni pubbliche coinvolte (Ministeri, Regioni ed Enti

locali), e nell'utilizzo delle risorse finanziarie disponibili effettuate in assenza di obiettivi concreti e misurabili e di una valutazione scientificamente attendibile sugli stessi.

### ***Panorama internazionale***

L'andamento del fenomeno negli altri Paesi dell'Unione Europea non si discosta significativamente dalla situazione italiana con punte di forte diffusione del consumo di sostanze sintetiche in Gran Bretagna e nei Paesi Bassi, di cannabis in Francia e Spagna e di eroina in Germania.

Va inoltre messo in evidenza come l'Olanda sia diventata, a causa di un diffuso permissivismo sul consumo di droghe, il principale produttore europeo di ecstasy e di cannabis in serra; quest'ultima risulta, negli ultimi tempi, contenere una percentuale di principio attivo (THC) enormemente superiore a quella nota sino a 4-5 anni fa.

Al fine di contrastare tale situazione, e facendo seguito agli impegni sottoscritti in occasione dell'Assemblea generale dell'ONU (giugno 1998), il Consiglio Europeo ha adottato ufficialmente (giugno 2000) un Piano d'Azione sulle droghe per gli anni 2000-2004, indicando con precisione i seguenti sei obiettivi strategici ed impegnando i Paesi aderenti al loro integrale recepimento:

- ridurre in misura rilevante, nell'arco di cinque anni, il consumo di droghe illecite e il numero di nuovi consumatori, soprattutto tra i giovani di età inferiore ai diciotto anni;
- abbassare in misura sostanziale l'incidenza dei danni causati alla salute dall'uso di sostanze stupefacenti nonché, conseguentemente, anche il numero di decessi correlati all'uso di droghe;
- aumentare in misura rilevante il numero dei tossicodipendenti sottoposti con successo a trattamento;
- diminuire considerevolmente la reperibilità di droghe illecite;
- ridurre in misura significativa il numero di reati correlati alla droga;
- contrastare in maniera sempre più efficace il riciclaggio di denaro sporco ed il traffico illecito delle sostanze chimiche impiegate nella produzione di droghe.

### ***Il contesto nazionale***

Nel nostro Paese risultano attivi 555 SerT (Servizi per le Tossicodipendenze), che hanno in carico 150.400 soggetti tossicodipendenti; tale dato presenta un aumento di circa il 2,2 % rispetto all'anno precedente. La maggioranza degli utenti dei SerT (81,4 %) è dipendente principalmente da eroina, mentre i soggetti che fanno uso solamente di cannabis, ecstasy e cocaina costituiscono una percentuale del tutto irrilevante.

Nelle strutture socio-riabilitative residenziali e semi-residenziali, gestite nella maggioranza dei casi da soggetti del privato sociale, risultano invece assistiti 19.465 soggetti; tale valore manifesta una diminuzione di circa l'1 % rispetto all'anno precedente.

Per quanto riguarda gli utenti dei SerT i dati mostrano una costante crescita dei trattamenti farmacologici con metadone, trattamenti che superano ormai

la metà dei casi seguiti (51,2% rispetto al 49,5% del 1999 e al 43% del 1995).

All'interno dei trattamenti metadonici aumentano inoltre i casi di "terapia di lunga durata" (30,9 % nel 2001 rispetto al 27 del 1999) a scapito di quelli a breve termine (8,5% nel 2001 rispetto al 10,2% del 1999).

I dati sopra riferiti evidenziano, in sostanza, come l'approccio farmacologico alla tossicodipendenza rappresenti la principale attività svolta dai SerT.

I consumatori di sostanze diverse dall'eroina non si rivolgono più ai SerT perché questi non sono normalmente in grado di fornire loro risposte adeguate; le stesse persone in trattamento inoltre, "invecchiano" nei servizi pubblici, attesa la pratica inefficacia delle cure che ivi vengono praticate (le persone in trattamento presso i SerT con età superiore ai 30 anni sono passate negli ultimi dieci anni dal 29.5% al 57.8%).

Va sottolineato, inoltre, come l'innalzamento dell'età media degli utenti si ripercuota anche sulle strutture riabilitative, atteso che l'invio dei tossicodipendenti a queste ultime è di esclusiva competenza dei servizi pubblici (ai sensi della legislazione vigente l'idoneità del programma terapeutico delle strutture socio-riabilitative private è certificato esclusivamente dai SerT), il che comporta e, purtroppo, determina l'esclusione di un'ampia fascia di consumatori di droghe da qualunque intervento terapeutico.

#### ***Le nuove politiche del Governo in materia di tossicodipendenza***

Il Governo italiano intende dare piena attuazione al piano di azione comunitario e degli indirizzi ONU in materia di riduzione della domanda e dell'offerta di droga, potenziando, in coerenza con quanto affermato nel DPEF 2002-2006, le iniziative orientate alla prevenzione della tossicodipendenza, al recupero del valore della persona nella sua interezza e al suo reinserimento a pieno titolo nella società e nel mondo del lavoro.

#### ***Prevenzione del disagio giovanile e delle dipendenze***

Gli interventi di prevenzione debbono rappresentare il punto centrale delle politiche sociali.

Occorre, in particolare, ampliare e diversificare le tipologie di intervento e rivolgerle in modo efficace ad una più vasta platea di soggetti destinatari, considerato che il disagio giovanile non riguarda ormai più "categorie a rischio", ma può prodursi in maniera del tutto asintomatica e poi esplodere in forme di devianza imprevedibile, tra le quali, appunto, l'uso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope.

In tale ottica risulta, quindi, indispensabile definire un sistema coordinato ed integrato di interventi, che coinvolgano la società civile nel suo insieme e, in particolare, le principali agenzie educative: famiglia e scuola.

Gli interventi debbono pertanto essere orientati, pur nelle differenti specificità e contesti di riferimento, sia al sostegno della progettualità e dell'autonomia dei giovani (in alternativa al modello massificante della droga) e alla realizzazione di un patto di intenti tra famiglia e scuola, nell'interesse del futuro dei giovani, libero dall'uso di qualunque sostanza.

Più in particolare, le iniziative debbono essere orientate ad un più marcato coinvolgimento di associazioni imprenditoriali, di aziende, del volontariato,



di singoli professionisti, esponenti del mondo della cultura, dello sport e dello spettacolo, nell'ideazione e nella gestione di progetti che, soprattutto in talune aree ad alto rischio (forte concentrazione urbana, notevole emarginazione sociale), prevedano la realizzazione di una rete strutturale di servizi, nonché della presenza attiva di soggetti istituzionali (Scuola, Enti locali) e delle diverse espressioni del privato sociale.

I progetti dovranno essere orientati a:

- promuovere lo sviluppo integrale della persona;
- offrire occasioni di miglioramento dei processi di partecipazione attiva e di riconoscimento della propria identità;
- contribuire a creare consapevolezza e capacità decisionali ed imprenditoriali nei giovani;
- offrire concrete occasioni di inserimento nel mondo della formazione e del lavoro;
- qualificare la vita in termini complessivi, come valore insostituibile.

Per quanto riguarda, poi, le campagne informative, si intende fare riferimento a dati e ricerche autorevoli, scientificamente credibili e facilmente "acquisibili" dai giovani, evitando messaggi approssimativi e contraddittori quali, ad esempio, quelli che minimizzano i danni provocati dalle sostanze, con superficiali e superate distinzioni tra le droghe cosiddette "pesanti" e "leggere".

Una campagna di prevenzione non può ovviamente basarsi sulla sola informazione. Non ci si può, infatti, limitare a spiegare la formula chimica di una droga ed i suoi effetti, ma occorre promuovere e illustrare stili di vita responsabili e rispettosi di se e degli altri.

Gli obiettivi della campagna informativa nazionale di prevenzione devono pertanto essere quelli di ridurre il consumo di droghe, promuovere stili di vita responsabili, valorizzare tra i giovani, coloro che non praticano comportamenti a rischio e fornire intelligente e valido sostegno a tutte le agenzie educative.

### ***Servizi pubblici per le dipendenze***

Il Governo e il Ministero della Salute per la parte di propria competenza, d'intesa con le Regioni, intendono valorizzare la diffusione sul territorio dell'esperienza maturata dai SerT, facilitando il loro adeguamento all'attualità del fenomeno, che non riguarda più un'unica sostanza né categorie specifiche di persone, ma attraversa tutta la popolazione giovanile. A tal fine si rende necessario il potenziamento delle attività psico-sociali dei servizi in un'ottica di sinergia e di collaborazione con gli altri enti, pubblici e privati, operanti nel campo delle dipendenze.

L'obiettivo è, quindi, quello di sviluppare percorsi che non si limitino ai trattamenti con sostanze sostitutive ma finalizzino il loro uso, laddove esso sia considerato strettamente necessario, al fine di ottenere il pieno superamento dello stato di dipendenza, da sostanze sia illegali che lecite.

In applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 e secondo le previsioni del Decreto interministeriale 14 giugno 2002 sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze, le Regioni e le ASL devono organizzare uno specifico Dipartimento per le dipendenze. Tale Dipartimento deve pertanto essere

organizzato con modalità di integrazione inter-istituzionale, che vedano la diretta partecipazione, a livello operativo e decisionale, del privato sociale accreditato o autorizzato operante nel territorio (Enti ausiliari, Associazioni di volontariato, Associazioni di famiglie, ecc.) alle quali dovrà essere riconosciuto un ruolo strategico importante nell'ambito dello sviluppo di un moderno sistema di promozione e protezione della salute. Il Dipartimento per le dipendenze patologiche opera funzionalmente per il trattamento, il reinserimento e la prevenzione dei problemi correlati all'uso di sostanze psicotrope, legali ed illegali, e per i comportamenti assimilabili (disturbi dell'alimentazione, gioco d'azzardo, videodipendenze, ecc.).

### ***Strutture socio-riabilitative, pubbliche e private***

Le Istituzioni intendono assicurare la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla cura e alla riabilitazione dall'uso di sostanze stupefacenti e garantire la libertà di scelta del cittadino/tossicodipendente e della sua famiglia di intraprendere i programmi riabilitativi presso qualunque struttura autorizzata su tutto il territorio nazionale, sia essa pubblica che del privato sociale.

Appare quindi necessario intervenire sull'assetto legislativo attuale, affinché anche le strutture socio-riabilitative, autorizzate e dotate di apposita equipe multidisciplinare integrata, possano certificare lo stato di tossicodipendenza della persona ed avviarla, direttamente verso un programma riabilitativo.

Considerata l'entità del fenomeno e l'obiettivo di avviare un maggior numero di tossicodipendenti in percorsi riabilitativi, si rende inoltre necessaria la costituzione di misure per l'edilizia residenziale, finalizzata alla creazione di nuove strutture e al potenziamento della ricettività e/o dei servizi delle strutture già esistenti.

Si intende valorizzare le risorse dei servizi pubblici in una logica di Dipartimento allargato a tutti gli altri servizi del territorio, anche attraverso una reale integrazione tra il servizio pubblico ed il privato-sociale in un quadro di effettiva pari dignità.

Particolare attenzione dovrà quindi essere posta per il soddisfacimento dei fabbisogni formativi del personale e dei volontari operanti nelle strutture socio-riabilitative.

### ***I tossicodipendenti in carcere***

Un problema prioritario è rappresentato dalle migliaia di detenuti tossicodipendenti ai quali occorre garantire il diritto di accedere, se ne fanno richiesta e secondo le normative vigenti, a percorsi riabilitativi alternativi alla detenzione.

Si dovranno, pertanto, snellire le procedure amministrative e potenziare le presenze di educatori e volontari all'interno delle strutture penitenziarie, per motivare il maggior numero di tossicomani detenuti a scegliere la strada del cambiamento e della riabilitazione.

Si rende, infine, necessaria la realizzazione di specifiche strutture "a custodia attenuata", inserite nel quadro del Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria, gestite in collaborazione con le realtà del privato sociale e propedeutiche al successivo inserimento delle persone in

programmi riabilitativi "drug-free", sia presso il carcere che in comunità vigilate.

### ***Reinserimento lavorativo***

Un Piano di azione efficace e completo contro le dipendenze deve necessariamente prevedere la fase fondamentale del reinserimento lavorativo di coloro che hanno concluso con successo un programma di riabilitazione dalla tossicodipendenza.

A tal fine il Governo intende incentivare i programmi riabilitativi che prevedano e/o includano, fra le finalità, azioni di formazione professionale orientate a facilitare l'inserimento nel mondo del lavoro degli ex-tossicodipendenti.

Sono stati, in proposito, prioritariamente individuati i seguenti interventi:

- applicazione dell'Atto di Intesa Stato-Regioni, laddove esso prevede "programmi di formazione ed avviamento al lavoro dei tossicodipendenti tramite l'inserimento in attività interne alle comunità o in realtà esterne nell'ambito di accordi predefiniti";
- inclusione degli ex-tossicodipendenti tra le "categorie svantaggiate" previste dal comma 1, dell'art. 4 della Legge 8 novembre 1991 n. 381 in materia di Cooperative Sociali;
- incentivazione all'avviamento di attività imprenditoriali da parte di ex-tossicodipendenti;
- ampliamento e miglioramento della normativa che prevede congrui periodi di aspettativa per i lavoratori che si sottopongono ad un programma riabilitativo in una struttura riconosciuta, eliminando la disparità di trattamento tra i diversi contratti pubblici e privati.

In sintesi quindi l'azione in questo campo deve tenere conto di due direttrici strategiche:

- la prima direttrice si snoda sulla valorizzazione delle buone esperienze già in atto nel sistema pubblico e nel privato sociale accreditato in materia di prevenzione, trattamento, cura e recupero del tossicodipendente, , tramite la messa a punto di un sistema di valutazione, monitoraggio e comunicazione dei risultati di tipo centralizzato, integrato e continuamente aggiornato;
- la seconda direttrice prevede, da parte del Ministero della Salute:
  - a) l'assunzione - nell' ambito delle linee strategiche definite dal "Programma triennale del Governo per la lotta alla produzione, al traffico, allo spaccio ed al consumo di sostanze stupefacenti e psicotrope 2002-2004", e degli indirizzi definiti dal Dipartimento nazionale per le politiche anti-droga istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri - di un ruolo di coordinamento del settore rispetto agli altri Ministeri coinvolti (Lavoro e Politiche Sociali, Istruzione, Beni Culturali, Comunicazioni, Giustizia, Interno);
  - b) la creazione del necessario raccordo programmatico con le Regioni, in quanto titolari di competenza in materia di tossicodipendenze; ciò dovrà aver luogo nel rispetto e valorizzazione dei legami

specifici con il territorio che ciascuna Regione ha già in atto con il servizio pubblico e privato accreditato;

- c) l'attivazione di momenti di verifica, valutazione e coordinamento delle informazioni inerenti i dati, gli indicatori sanitari e sociali, i risultati, le azioni svolte, sia dal sistema di risposta pubblico, sia da parte di tutto il privato sociale, che agisce in maniera differenziata e diffusa sul fenomeno stesso e che, proprio a livello territoriale, gioca un ruolo essenziale in tutte le fasi del progetto di riabilitazione individuale in relazione alla sua capacità "creativa sociale".

In conclusione si possono identificare i seguenti obiettivi prioritari:

- promuovere e attivare una verifica sistematica e in costante aggiornamento delle esperienze realizzate sui vari territori, tramite le Regioni e gli Enti Locali;
- promuovere e attivare la piena realizzazione della parità di prestazione tra sistema pubblico e privato sociale accreditato -attraverso l'ulteriore evoluzione del modello organizzativo dipartimentale della assistenza- prevedendone il diretto coinvolgimento a livello delle Aziende Sanitarie Locali, anche in fase di programmazione delle risorse;
- promuovere la partecipazione delle associazioni delle famiglie sin dal momento programmatorio, prevedendone il coinvolgimento nella logica dell'integrazione interistituzionale;
- inserire nel programma di abbattimento dell'uso e dell'abuso, oltrechè le sostanze illegali, anche la tematica della prevenzione dell'alcoolismo (soprattutto giovanile) e del tabagismo e estendere l'azione anche a settori innovativi di intervento come le dipendenze comportamentali (es.: gioco d'azzardo);
- attivare programmi di prevenzione e informazione nella scuola;
- migliorare la presa in carico, da parte dei SerT e degli interventi privati accreditati, dei soggetti inviati dalle prefetture per l'attuazione di programmi terapeutici, valorizzando l'approccio multidisciplinare e gli strumenti propri della valutazione multidimensionale, allo scopo di attivare progetti assistenziali e riabilitativi personalizzati e coinvolgenti il nucleo familiare;
- promuovere e attivare sperimentazioni e ricerche su effetti, danni e patologie derivati da uso e abuso di sostanze stupefacenti;
- produrre Linee Guida e protocolli terapeutici per gli interventi in campo sociale e sanitario;
- attivare sinergie con le Forze dell'Ordine sia sulla repressione del fenomeno sia, soprattutto, sul loro ruolo fondamentale di prevenzione attraverso le informazioni, le analisi e i collegamenti internazionali;
- attivare il monitoraggio delle informazioni e della comunicazione dei mass media e delle campagne della stampa quotidiana;
- concordare con le Regioni le modalità per il recupero globale della persona evitando quando possibile il ricorso esclusivo alla terapia farmacologica di lunga durata;
- utilizzare gli spazi normativi già esistenti (Legge 45/99, DPR 309/90) e quelli fortemente innovativi in corso di perfezionamento (revisione del

Decreto Ministeriale 444/90) per provvedere alla rivitalizzazione dei SerT, alla riformulazione dei profili e/o della formazione delle figure professionali coinvolte (medici, psicologi, psichiatri, operatori, educatori), alla sperimentazione integrata sul territorio, con le Regioni e col privato sociale, delle opzioni farmacologiche e dei trattamenti e garantendo, in particolare:

- a) costante attenzione alle condizioni di salute, sia fisica che psichica;
- b) l'offerta, a livello territoriale, qualunque sia la struttura pubblica o privata accreditata di accesso alla rete dei servizi, di trattamenti di disintossicazione e l'avvio e il monitoraggio di programmi socio-riabilitativi condotti in condizioni "drug free".

### **6.5. La sanità penitenziaria**

Nell'anno 2000 le persone detenute erano 53.340 (51.074 uomini e 2.266 donne), nonostante le infrastrutture avessero una disponibilità di 35.000 posti distribuiti nei 200 istituti esistenti. Dei suddetti detenuti 13.668 (25,63%) erano extracomunitari, 14.602 (27,38%) tossicodipendenti, di cui 1.548 (2,9% dei detenuti) sieropositivi per HIV (9,8% dei sieropositivi in AIDS conclamata), oltre 4.000 (7,5%) sofferenti di turbe psichiche e 695 (1,3%) alcooldipendenti.

Nel 1999 la sanità penitenziaria ha subito profonde modificazioni a seguito dell'emanazione del Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n. 230 che stabilisce il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle competenze in tema di assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati. Le funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e dall'assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti sono già state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale. Per il trasferimento graduale delle altre funzioni è stata effettuata una sperimentazione in varie Regioni. I risultati ottenuti sono stati ritenuti non del tutto soddisfacenti, cosicché si ritiene oggi più opportuno da parte del Governo lasciare alla responsabilità dell'Istituto di pena la gestione dell'assistenza non specialistica sotto la vigilanza di un direttore sanitario o di un responsabile della stessa specialità e la vigilanza della ASL, trasferendo a quest'ultima e alle aziende sanitarie le prestazioni specialistiche di maggiore complessità anche in regime di ricovero. Il Progetto Obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, emanato nel corso del 2000, previsto dal Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n. 230, propone modelli organizzativi nel rispetto delle funzioni dello Stato, delle Regioni e delle Aziende Sanitarie.

Tra le problematiche sanitarie di più vasto impatto in ambito penitenziario, individuate anche dal Progetto Obiettivo, vi sono le malattie infettive (specialmente epatiti virali, HIV, tubercolosi, scabbia e dermatofitosi), le tossicodipendenze e la salute mentale. E' indispensabile prevedere misure di prevenzione, sistemi di sorveglianza e modalità di trattamento. Per contrastare tali patologie è di primaria importanza migliorare la formazione

degli operatori sanitari e degli agenti di polizia penitenziaria e l'informazione dei detenuti.

La crescente presenza nelle carceri di cittadini provenienti da altri Paesi rende opportuno prevedere la presenza di mediatori culturali, persone qualificate non soltanto sul piano linguistico, ma anche culturale, che consentano di superare le difficoltà nei rapporti con i questi detenuti.

Obiettivi prioritari in questo campo sono i seguenti:

- attivare programmi di prevenzione primaria per la riduzione del disagio ambientale e rendere disponibili programmi di riabilitazione globale della persona, sia nel carcere che in comunità di recupero vigilate, nella logica di modelli organizzativi che equiparano strutture pubbliche e private accreditate secondo un modello dipartimentale nel quale siano previsti anche momenti di integrazione interistituzionale;
- attivare programmi per la riduzione dell'incidenza delle malattie infettive fra i detenuti;
- migliorare la qualità delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione a favore dei detenuti.

## **6.6. La salute degli immigrati**

Al 1° gennaio 2001 gli stranieri ufficialmente registrati dal Ministero dell'Interno erano in Italia 1.338.153. Se si aggiungono ad essi i richiedenti il permesso di soggiorno, il numero complessivo di stranieri regolarmente presenti sul territorio risulta di 1.686.606 persone, pari a circa il 2,9% dell'intera popolazione italiana (la media europea è del 5,1%). Il 27% degli immigrati proviene dai Paesi dell'Europa centro-orientale, il 29,1% dall'Africa settentrionale, il 7,3 % dall'Asia centro meridionale, il 10,5% dall'Asia orientale. Il 67% circa ha una età compresa tra 19 e 40 anni; il numero dei minori è stimato intorno al 15% e gli ultrasessantenni sono circa il 10%. Meno del 45% degli stranieri è di sesso femminile. La presenza irregolare è stata stimata ufficialmente dal Governo pari a circa 400.000 unità sulla base del numero di domande di regolarizzazione presentate entro il termine del 15 dicembre 1998 sulla base della Legge n. 40 del 1998.

Negli ultimi anni i flussi dall'Europa dell'Est, in particolare ex-Yugoslavia, Polonia e Albania, sono fortemente cresciuti, superando quelli del Nord Africa, prevalenti fino a poco tempo fa. Il fenomeno dei "ricongiungimenti familiari" sta rapidamente riequilibrando la composizione per età e genere degli stranieri immigrati, che ancora agli inizi degli anni '90 era prevalentemente rappresentata da giovani adulti maschi.

Il tempo intercorso dal momento della migrazione configura esperienze di svantaggio molto diverse. In prossimità dell'immigrazione prevalgono il trauma del distacco dalla casa e dal Paese di origine e le condizioni di estremo disagio nella ricerca di un tetto e di un lavoro, di relazioni sociali, di affetti, e di un riconoscimento giuridico. In questa fase, gli immigrati condividono con gli italiani senza fissa dimora condizioni di svantaggio estremo.

In un secondo momento, diventano più importanti le difficoltà di integrazione o di interazione e convivenza con la cultura ospite e con il

sistema dei servizi e le difficoltà di apprendere la lingua accrescono le barriere alla fruizione dei servizi ed alla soddisfazione delle necessità quotidiane.

Osservando il flusso di utilizzo di alcuni servizi sanitari da parte degli stranieri, si evidenzia una sostanziale mancanza di elasticità dell'offerta di servizi, a fronte dei nuovi problemi di salute di questi nuovi gruppi di clienti.

Tra i 25.000 bambini nati da almeno un genitore straniero sono più frequenti la prematurità, il basso peso alla nascita, la mortalità neonatale e i calendari vaccinali sono effettuati in ritardo o in modo incompleto specie nelle popolazioni nomadi.

Per quanto riguarda la salute della donna, i temi emergenti sono l'alto tasso di abortività, la scarsa informazione (con conseguente ridotta domanda di assistenza alla gravidanza), la presenza di mutilazioni genitali femminili. Un'indagine coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità ha evidenziato che le I.V.G. effettuate da donne straniere sono passate da 4.500 nel 1980 a 20.500 nel 1998, con un trend fortemente decrescente dalle età più giovani a quelle in età più avanzate.

Rilevante è anche il fenomeno della prostituzione. Stime del 1998 indicano il numero delle prostitute straniere compreso tra 15.000 e 19.000.

Per quanto attiene le patologie neoplastiche, secondo un'analisi retrospettiva riguardante 2.800 pazienti stranieri con più di 60 anni visitati presso l'IRCCS S. Gallicano di Roma, si è evidenziato un aumento dal 1994 al 2001 del 7,8% dei casi.

Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, i casi di AIDS notificati in cittadini stranieri sono passati da meno del 3%, sul totale dei casi di AIDS segnalati prima del 1992 ad oltre il 14% nel 2001. Il Sistema di Sorveglianza delle Malattie Sessualmente Trasmesse dell'Istituto Superiore di Sanità, registra una prevalenza di tali patologie nell'ambito della popolazione straniera dell'11,0%. Questa prevalenza, come del resto quella relativa alle malattie tropicali propriamente dette, viene considerata dagli esperti del settore come sottostimata.

Anche la percentuale dei casi di tubercolosi in cittadini stranieri è in costante aumento; secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità essa è passata dall'8,1% nel 1992 al 16,6% nel 1998. Questa tendenza è confermata anche da altri studi epidemiologici europei effettuati dall'International Centre for Migration and Health dell'OMS. Questa patologia colpisce pazienti irregolari che vivono in condizioni igienico-abitative peggiori sia rispetto alla popolazione generale, sia rispetto agli stranieri con regolare permesso di soggiorno.

Una maggiore frequenza, in confronto alla popolazione italiana, dei ricoveri causati da traumatismi (5,7 % negli stranieri, 4,8 negli italiani), segnalata dalle schede di dimissione ospedaliera, potrebbe essere la spia di un maggior numero di incidenti sul lavoro ai quali vanno incontro i lavoratori immigrati. L'analisi delle schede di dimissione ospedaliera mostra, inoltre, tra le cause più frequenti di ricovero quelle legate alla patologia della gravidanza (7,3% dei ricoveri nelle straniere, 3,2% nelle italiane), alle infezioni delle vie aeree (3,1% negli stranieri di cui 0,8% per tubercolosi,

1,8% negli italiani, di cui 0,1% per tubercolosi), agli aborti indotti (1,7% nelle straniere, 0,5% nelle italiane).

Nel quadro dei molteplici interventi necessari per superare l'emarginazione degli immigrati bisognosi, un importante aspetto è quello di assicurare l'accesso delle popolazioni immigrate al Servizio Sanitario Nazionale adeguando l'offerta di assistenza pubblica in modo da renderla visibile, facilmente accessibile, attivamente disponibile e in sintonia con i bisogni di questi nuovi gruppi di popolazione, in conformità a quanto previsto dal testo unico sulla immigrazione che ha sancito il diritto alle cure urgenti ed essenziali e alla continuità della cura anche per gli immigrati irregolari. In tale contesto, sono necessari, fra l'altro, sia interventi di tipo informativo dell'utenza immigrata sull'offerta dei servizi da parte delle ASL che l'individuazione all'interno di ciascuna ASL di unità di personale esperte e particolarmente idonee per questo tipo di rapporti.

Altre azioni prioritarie riguardano i seguenti aspetti:

- migliorare l'assistenza alle donne straniere in stato di gravidanza e ridurre il ricorso alle I.V.G.;
- ridurre l'incidenza dell'HIV, delle malattie sessualmente trasmesse e delle tubercolosi tramite interventi di prevenzione mirata a questa fascia di popolazione;
- raggiungere una copertura vaccinale della popolazione infantile immigrata pari a quella ottenuta per la popolazione italiana;
- ridurre gli infortuni sul lavoro tra i lavoratori immigrati, tramite gli interventi previsti a tal fine per i lavoratori italiani.



## ***Ringraziamenti***

*La stesura del presente Piano non sarebbe stata possibile senza la fattiva ed intelligente collaborazione delle persone elencate di seguito:*

Componenti del Gruppo Pensiero Strategico:

*Marco Campari, Cinzia Caporale, Emanuele Carabotta, Antonella Cinque, Guido Coggi, Carla Collicelli, Lorenzo Lamberti, Franco Mandelli, Michelangelo Tagliaferri.*

Hanno inoltre collaborato:

*Walter Canonica, Roberto Cardea, Leoluca Crescimanno, Pier Giorgio Crosignani, Giovanni De Girolamo, Cristina Di Vittorio, Enrico Garaci, Alessandro Ghirardini, Daniele Giovanardi, Donato Greco, Antonio Guidi, Roberto Iadicicco, Maria Teresa Loretucci, Novella Luciani, Mario Maj, Claudio Mencacci, Aldo Morrone, Carmine Munizza, Alessandro Nanni Costa, Ludovico Perletti, Maurizio Pocchiari, Guido Pozza, Antonio Randazzo, Giovanni Rezza, Stefano Signorini, Giovanni Spera, Francesco Tancredi, Vittorio Silano, Michele Tansella, Piergiorgio Zuccaro, ed i rappresentanti regionali Filippo Palumbo, Teresa Maglione.*