

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA del 23-05-2003

Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005

(Gazzetta Ufficiale n. 139 del 18-06-2003)

Allegato 1

Piano Sanitario Nazionale 2003-2005

- 1. | I nuovi scenari e i fondamenti del Servizio sanitario nazionale
-
- 1.1. | Il primo Piano sanitario nazionale dopo il cambiamento
-
- 1.1.1. | L'etica del sistema
-
- 1.2. | Dalla sanità alla salute: la nuova visione ed i principi fondamentali

Parte Prima: I dieci progetti per la strategia del cambiamento

- 2. | I dieci progetti per la strategia del cambiamento
-
- 2.1. | Attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza e ridurre le liste di attesa
-
- 2.1. | Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali

anziani. 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 la loro attuazione, dal momento che è compito dello Stato garantire ai cittadini i diritti fondamentali sanciti dalla Costituzione.

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

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

il diritto alla salute;

l'equità all'interno del sistema;

la responsabilizzazione dei soggetti coinvolti;

la dignità ed il coinvolgimento "di tutti i cittadini";

la qualità delle prestazioni;

l'integrazione socio-sanitaria;

lo sviluppo della conoscenza e della ricerca;

la sicurezza sanitaria dei cittadini.

Il diritto alla salute e alle cure, indipendentemente dal reddito, costituisce da tempo parte integrante dei principi che costituiscono l'ossatura del patto sociale, ma non ha trovato fino ad oggi attuazione sufficiente. Nella nuova visione, esso costituisce un obiettivo prioritario. Pertanto è indispensabile, garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, concordati fra Stato e Regioni, assicurare un'efficace prevenzione sanitaria e diffondere la cultura della promozione della salute.

L'equità negli accessi ai servizi, nell'appropriatezza e nella qualità delle cure è un fondamentale diritto da garantire. Troppo spesso accade che, a parità di gravità ed urgenza, l'assistenza erogata sia diversificata a seconda del territorio, delle circostanze, delle carenze strutturali e organizzative e di altri fattori. In particolare, è necessario ridurre al minimo la mobilità dei pazienti derivante dalla carenza nel territorio di residenza di strutture sanitarie idonee a fornire le prestazioni di qualità richieste.

La responsabilizzazione piena dei soggetti e delle istituzioni incaricati di organizzare ed erogare le prestazioni di cura è fondamentale per promuovere concreti percorsi di salvaguardia delle garanzie. In questo senso va sviluppata la piena consapevolezza di tutti, in relazione alla complessità dei bisogni, agli obblighi che discendono dal patto costituzionale, alla sempre maggiore ampiezza delle possibili risposte in termini professionali e tecnologici e alla necessità di modulare gli interventi sulla base delle linee di indirizzo comuni e degli obiettivi prioritari del sistema, nel rispetto rigoroso delle compatibilità economiche. La dignità e la partecipazione di tutti coloro che entrano in contatto con i servizi e di tutti i cittadini costituisce nella nuova visione della salute un principio imprescindibile, che comprende il rispetto della vita e della persona umana, della famiglia e dei nuclei di convivenza, il diritto alla tutela delle relazioni e degli affetti, la considerazione e l'attenzione per la sofferenza, la vigilanza per una partecipazione quanto più piena possibile alla vita sociale da parte degli ammalati e la cura delle relazioni umane tra operatori ed utenti. Il cittadino e la sua salute devono essere al centro del sistema, unitamente al rispetto dei principi etici e bioetici per la tutela della vita, che sono alla base della convivenza sociale.

La qualità delle prestazioni deve essere perseguita per il raggiungimento di elevati livelli di efficienza ed efficacia nell'erogazione dell'assistenza e nella promozione della salute. È, inoltre, necessario garantire l'equilibrio fra la complessità ed urgenza delle prestazioni ed i tempi di erogazione delle stesse, riducendo la lunghezza delle liste di attesa. La crescita e la valorizzazione professionale degli operatori sanitari è un requisito essenziale che deve essere assicurato tramite la formazione permanente ed altri meccanismi di promozione.

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

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

La sicurezza sanitaria dei cittadini è stata messa in evidenza in tutta la sua importanza anche dai recenti drammatici avvenimenti connessi al terrorismo. La sanità di questi anni non può quindi prescindere dal comprendere tra gli elementi costitutivi della nuova visione quello dello sviluppo di strategie e strumenti di gestione dei rischi, di precauzione rispetto alle minacce, di difesa e prevenzione, nonché ovviamente di cura degli eventuali danni.

Il raggiungimento di tutti i suddetti obiettivi necessita della misurazione e della valutazione comparativa dei risultati ottenuti, sul versante sia quantitativo sia qualitativo. Non è infatti possibile assicurare pari dignità e pari trattamento a tutti gli utenti senza disporre di strumenti per la verifica del lavoro fatto e della qualità raggiunta nelle varie realtà. La soddisfazione degli utenti e la loro corretta informazione, la qualità delle prestazioni, i risultati ottenuti in termini clinici e sociali, nonché il rapporto tra costi e risultati devono costituire una parte significativa degli obiettivi da raggiungere e delle misurazioni e valutazioni da effettuare in modo comparativo fra le diverse realtà territoriali.

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

Parte Prima - I DIECI PROGETTI PER LA STRATEGIA DEL CAMBIAMENTO

2. I dieci progetti per la strategia del cambiamento

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

Il primo frutto concreto dell'Accordo stipulato tra il Governo e le Regioni in materia sanitaria l'8 agosto 2001 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:

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.

Gli obiettivi strategici:

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; valorizzare la partecipazione degli utenti al processo di definizione, applicazione e misurazione della qualità;

promuovere la conoscenza dell'impatto clinico, tecnico ed economico dell'uso delle tecnologie, anche con comparazione tra le diverse Regioni italiane;

mantenere e sviluppare banche dati sui dispositivi medici e sulle procedure diagnostiche terapeutiche ad essi associati, con i relativi costi;

attivare procedure di bench-marking sulla base di dati attinenti agli esiti delle prestazioni.

2.4. Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della 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, 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, inizia l'aggiornamento aziendale, che prevede un impegno delle Aziende Sanitarie ad attivare postazioni di educazione e corsi aziendali per il personale, utilizzando anche la rete informatica.

Un personale aggiornato 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. Il capitale sociale va inteso come quella rete di relazioni che devono legare in un rapporto di partnership tutti i protagonisti del mondo della salute impegnati nei settori dell'assistenza, del volontariato e del no profit, della comunicazione, dell'etica, dell'innovazione, della produzione, della ricerca, che possono contribuire ad aumentare le risorse per l'area del bisogno socio-sanitario, oggi largamente sottofinanziato. Tutta questa rete sociale, grande patrimonio del vivere civile, è ancora largamente da valorizzare ed è la cultura di questo capitale sociale che va prima di tutto sviluppata. L'altro punto da valorizzare è il capitale "fisico" del S.S.N.: gli investimenti per l'edilizia ospedaliera e per le attrezzature risalgono per la maggior parte alla legge 11 marzo 1988, n. 67 e molti dei fondi da allora impegnati non sono ancora stati utilizzati per una serie di difficoltà incontrate sia dallo Stato sia dalle Regioni in fase di progettualità e di realizzazioni. È necessario provvedere, come per i LEA, ad una

manutenzione continua del patrimonio fisico, partendo da un monitoraggio dello stesso perché il sistema possa essere effettivamente competitivo in termini di qualità dell'offerta.

Gli obiettivi strategici:

dare piena attuazione alla Educazione Continua in Medicina;

valorizzare le figure del medico e degli altri operatori sanitari;

garantire una costante manutenzione strutturale e tecnologica dei presidi sanitari del SSN, rilanciando il programma di investimenti per l'edilizia sanitaria e per le attrezzature, secondo quanto stabilito dall'Accordo dell'8 agosto 2001;

strutturare un piano di sviluppo della ricerca capace di attirare anche gli investitori privati ed i ricercatori italiani e stranieri;

alleggerire le strutture pubbliche ed il loro personale dai vincoli e dalle procedure burocratiche che limitano le capacità esternali 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 riportare i cittadini alle Istituzioni ed ai servizi sanitari pubblici e privati.

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

L'Educazione Continua in Medicina (ECM), vale a dire la formazione permanente nel campo delle professioni sanitarie, deve rispondere alla esigenza di garantire alla collettività il mantenimento della competenza professionale degli operatori. Come tale, essa si configura come un elemento di tutela dell'equità sociale e riassume in 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 rationale 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 obliquo

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

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

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

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

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

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

Gli obiettivi strategici:

la semplificazione delle procedure amministrative e burocratiche per la autorizzazione ed il finanziamento della ricerca;

la promozione delle collaborazioni e delle reti di scambio tra ricercatori, istituti di ricerca, istituti di cura, associazioni scientifiche ed associazioni di malati;

la elaborazione dello studio di modelli che creino le condizioni favorevoli per l'accesso alla ricerca e per favorire la 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 già sperimentati negli altri Paesi;

il perseguimento degli obiettivi prioritari previsti dal sesto Programma Quadro Comunitario in tema di ITC, Biotecnologie e nuovi materiali, nano e microtecnologie;

il perseguimento degli obiettivi previsti dai quattro assi di intervento previsti dal PNR.

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

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

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 presenza dei neonati.

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. Benchè il consumo di bevande alcoliche in Italia sia

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 Paptest, la mammografia e la ricerca del sangue occulto nelle feci.

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

1) la gran variabilità della casistica clinica non consente ai tecnici di focalizzare il loro interesse professionale alla diagnosi e terapia di questa patologia;

2) la necessità di fronteggiare tutte le patologie e la limitatezza dei fondi disponibili non consentono a tutti di acquisire le apparecchiature necessarie per erogare prestazioni adeguate (basta pensare alle poche Unità di Radioterapia presenti sul territorio nazionale).

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

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

Sia a livello nazionale sia a livello europeo sta per iniziare una discussione su questo problema: l'Unione Europea ha lanciato un'iniziativa definita "European Cancer Research 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.

3.2.3. Le cure palliative

In Italia muoiono ogni anno oltre 159.000 persone a causa di una malattia neoplastica (Istat, 1998) ed il 90% di esse (143.100) necessita di cure palliative che si realizzano attraverso la formulazione e l'offerta di un piano personalizzato di cura ed assistenza in grado di garantire la migliore qualità di vita residua possibile durante gli ultimi mesi di vita al paziente stesso e alla sua famiglia. Tale fase, definita comunemente "fase terminale", è caratterizzata per la persona malata da una progressiva perdita di autonomia, dal manifestarsi di sintomi fisici e psichici spesso di difficile e complesso trattamento, primo fra tutti il dolore, e da una sofferenza globale, che coinvolge anche il nucleo familiare e quello amicale e tale da mettere spesso in crisi la rete delle relazioni sociali ed economiche del malato e dei suoi cari.

La fase terminale non è caratteristica esclusiva della malattia oncologica, ma rappresenta una costante della fase finale di vita di persone affette da malattie ad andamento evolutivo, spesso cronico, a carico di

numerosi apparati e sistemi, quali quello respiratorio (ad es. insufficienza respiratoria refrattaria in persone affette da malattie polmonari croniche), cardio-circolatorio (ad es. persone affette da miocardiopatie dilatative), neurologico (ad es. malattie degenerative quali la sclerosi multipla), epatico (ad es. cirrosi) e di persone colpite da particolari malattie infettive, in primo luogo l'A.I.D.S.

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

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

Esse:

affermano la vita e considerano il morire come un evento naturale;

non accelerano né ritardano la morte;

provvedono al sollievo dal dolore e dagli altri disturbi;

integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza;

aiutano i pazienti a vivere in maniera attiva fino alla morte;

sostengono la famiglia durante la malattia e durante il lutto.

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

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

La necessità di offrire livelli assistenziali a complessità differenziata, adeguati alle necessità del malato, mutevoli anche in modo rapido ed imprevedibile, rende necessario programmare un sistema a rete che offra la maggior possibilità di integrazione tra differenti modelli e livelli di intervento e tra i differenti e numerosi soggetti professionali coinvolti.

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

Ai fini di promuovere la diffusione delle cure palliative 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;

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

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.

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

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

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

Il peso del traffico non deve comunque far dimenticare che un contributo all'inquinamento atmosferico urbano, minore in valore percentuale ma pur sempre alto in valore assoluto, deriva dagli impianti di riscaldamento; questo comparto, ora che l'industria pesante ha praticamente abbandonato l'ambiente urbano, resta, insieme al traffico, di fatto l'unica sorgente di inquinamento. In questo settore il diffondersi degli oli combustibili leggeri e soprattutto del metano (che, a parte gli ossidi di azoto, non emette praticamente altri inquinanti) e il rafforzamento delle politiche di controllo sugli impianti in esercizio da parte delle Autorità istituzionali (Province e Comuni) hanno portato a marcati miglioramenti, anche se molto ancora potrebbe e dovrebbe essere fatto (è oggi realisticamente immaginabile, grazie ad una ulteriore estensione dell'impiego del metano e a politiche di obblighi di manutenzione, un dimezzamento delle emissioni da impianti di riscaldamento entro un periodo di 3-5 anni).

Il particolato atmosferico, indicato con il termine di particolato totale sospeso (PTS), è un inquinante la cui origine è molto diversificata derivando dall'erosione del suolo e degli edifici, dall'attività umana (agricoltura, edilizia, industrie), dai processi di combustione (impianti di riscaldamento e traffico autoveicolare) e da reazioni chimiche di processi gassosi. Nelle aree urbane l'aerosol atmosferico è costituito dal 30% circa di particelle naturali e dal 60% di particelle derivanti dalla combustione delle quali più del 50% attribuibile al traffico. La composizione del particolato è estremamente variabile in base all'origine delle particelle (piombo, nichel, zinco, rame, cadmio, fibre di amianto, solfati, nitrati, idrocarburi policiclici pesanti, polvere di carbone e cemento). La frazione di polveri considerata più pericolosa per l'uomo è quella in grado di superare le barriere delle vie aeree superiori ovvero i PM10 e i PM2,5, particelle di polvere con diametro inferiore a 10 e a 2,5 micron rispettivamente.

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

I danni addebitabili alle particelle inalate sono dovuti al fatto che tali particelle, raggiungendo gli alveoli polmonari, rilasciano sostanze tossiche e possono ostruire gli alveoli stessi. Ne consegue un effetto irritante per le vie respiratorie e la possibilità di indurre alterazioni nel sistema immunitario, favorendo il manifestarsi di malattie croniche, quali maggior sensibilità agli agenti allergizzanti. L'effetto irritante è strettamente dipendente dalla composizione chimica del particolato. È anche ormai accertato il diretto rapporto tra elevata concentrazione di particolato e tasso di mortalità per complicanze polmonari che si verificano nei giorni successivi ad elevate concentrazioni: sono soprattutto gli anziani, i bambini e le persone con malattie croniche dell'apparato respiratorio ad essere maggiormente colpite. Inoltre, alcuni studi epidemiologici hanno dimostrato che elevate concentrazioni di PM10 non solo determinano anticipi sulla mortalità (ovvero decessi in soggetti compromessi che sarebbero comunque avvenuti a breve) ma causano in soggetti sani patologie polmonari che possono cronicizzare e portare a morte i soggetti stessi. L'aumento della morbilità inoltre porta ad un incremento della spesa sanitaria (maggiore numero di visite mediche, di ricoveri ospedalieri, di assenze dal lavoro per malattia).

Recenti studi epidemiologici indicano che l'inquinamento atmosferico nell'ambiente esterno delle 8 maggiori città italiane ha un impatto sanitario rilevante in termini di mortalità, ricoveri ospedalieri per cause cardiovascolari e respiratorie e prevalenza di malattie respiratorie (WHO-ECEH, 2000). I dati raccolti su numerosi inquinanti (monossido di carbonio, biossido di azoto, biossido di zolfo, ozono, benzene e polveri sospese) sono stati impiegati per misurare il trend dell'inquinamento negli anni, mentre per la stima dell'impatto sulla salute l'OMS si è avvalsa delle concentrazioni di PM10. Le concentrazioni medie di PM10 misurate nelle città oggetto di studio sono superiori all'attuale obiettivo di qualità dell'aria, che è pari a $40 \mu\text{g}/\text{m}^3$, 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 µg/m³. È stato stimato che riducendo il PM10 ad una media di 30 µg/m³ si potrebbero prevenire circa 3.500 morti all'anno nelle 8 città studiate. Inoltre, riducendo le concentrazioni medie di PM10 a 30 µg/m³, migliaia di ricoveri per cause respiratorie e cardiovascolari, e decine di migliaia di casi di bronchite acuta e asma fra i bambini al di sotto dei quindici anni, potrebbero essere evitati. In aggiunta all'onere legato al ricovero e cura dei casi di malattia legati all'inquinamento, il numero stimato di giorni di attività compromessa a causa di disturbi respiratori (per persone di età superiore ai venti anni) è di oltre 2,7 milioni, cioè il 14,3% del totale.

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

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

Un'indagine campionaria nazionale ha stimato un valore medio nelle abitazioni italiane (e scuole) di 70-75 Bq/mc, più alta che negli USA (46 Bq/mc) e in Germania (50 Bq/mc). Valori di 200 e 100 Bq/mc erano raggiunti rispettivamente nel 4% e nell'1% delle abitazioni. Si stima che alle esposizioni a radon in Italia siano attribuibili 1.500-6.000 casi annui di cancro polmonare. Le evidenze di effetti cancerogeni su altri organi bersaglio sono contraddittorie e non consentono alcuna stima.

Oltre a ciò, in Italia sono stimati in:

oltre 200.000 i casi prevalenti di asma bronchiale in bambini e adolescenti, causati da allergeni (acari, muffe, forfore animali) e da esposizione a fumo di tabacco ambientale;

oltre 50.000 i casi incidenti di infezioni acute delle vie aeree (principalmente da fumo di tabacco ambientale);

circa un migliaio gli infarti del miocardio da fumo di tabacco ambientale;

oltre 200 i decessi per intossicazione acuta da CO.

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

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

In particolare, è importante:

ridurre l'inquinamento atmosferico da fonti mobili, utilizzando strumenti legislativi e fiscali, migliorando le caratteristiche tecniche dei motori dei veicoli e la qualità dei carburanti;

ridurre l'inquinamento atmosferico da fonti fisse, identificando le fonti inquinanti, migliorando i processi tecnici e cambiando i combustibili.

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

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

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

Tabella 1

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.

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. 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.

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'escalazione 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 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 convergenza, ovvero attivare preventivamente le funzioni specifiche e modellarle

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.

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. 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.

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 periodica verifica di conformità da parte di organismi accreditati, al cui superamento consegue il rilascio di un marchio, denominato "Bollino Blu": questo certifica il rispetto dei requisiti di sicurezza alimentare e di igiene sanciti dall'accordo, nonché l'attivazione della Carta dei Servizi nel cui contesto rientra l'informazione puntuale 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 prevenzione, 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 garantire un sistema 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, e 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. All'Autorità europea, 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 Europea cura in particolare 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 nei campi della sicurezza degli alimenti, della salute e del benessere degli animali;

realizzi 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, attui concretamente un programma di formazione straordinario per favorire la realizzazione di sistemi di gestione ed assicurazione della qualità nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e assumere comportamenti che assicurino omogeneità di prestazioni su tutto il territorio nazionale. In particolare deve essere assicurato l'accreditamento dei servizi di Sanità pubblica secondo norme di assicurazione della qualità riconosciute a livello internazionale.

L'accreditamento è indispensabile per poter continuare nel medio-lungo termine le attività di certificazione, indispensabili per la libera circolazione degli animali e degli alimenti in ambito internazionale. Le attività di formazione devono, inoltre, essere indirizzate all'introduzione e utilizzazione della sorveglianza epidemiologica e dell'analisi del rischio.

Nel settore della sicurezza alimentare, più che in molti altri settori, 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.

In particolare:

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".

Gli obiettivi strategici:

attivare i programmi specifici per la protezione della maternità e migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica nel periodo perinatale;
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;
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;
elaborare Linee Guida e percorsi diagnostico terapeutici condivisi anche in ambito locale 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;
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;
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, perchè la loro prevalenza mostra un trend in aumento e perchè 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.

Le aree critiche che si rilevano nella tutela della salute mentale, al momento attuale, sono:

la disomogenea distribuzione dei Servizi sul territorio nazionale, con particolare riferimento ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura ospedalieri, ai Centri Diurni ed alle Strutture Residenziali per attività riabilitative, insieme ad una mancanza di coordinamento fra i servizi sociali e sanitari per l'età evolutiva, i servizi per gli adulti ed i servizi per i soggetti anziani;

la mancanza di un numero adeguato di Strutture residenziali per le condizioni psichiatriche che prevedono una più elevata intensità e durata dell'intervento riabilitativo;

la carenza di sistemi informativi nazionali e regionali per il monitoraggio quali-quantitativo delle prestazioni erogate e dei bisogni di salute della popolazione;

la scarsa diffusione delle conoscenze scientifiche in materia di interventi basati su prove di efficacia e la relativa adozione di Linee Guida da parte dei servizi, nonché di parametri per l'accreditamento delle strutture assistenziali pubbliche e private;

la presenza di pregiudizi ed atteggiamenti di esclusione sociale nella popolazione;

la scarsa attenzione alla prevenzione primaria e secondaria, ai problemi della salute mentale in età evolutiva e nell'età "di confine", che si concretizza in un'offerta di servizi insufficiente ed alla quale è utile rispondere anche con il contributo, almeno in fase sperimentale, di strutture accreditate del privato sociale ed imprenditoriale;

la carente gestione delle condizioni di comorbidità tra disturbi psichiatrici e disturbi da abuso di sostanze, e tra disturbi psichiatrici e patologie organiche;

la scarsa attenzione alla presenza di disturbi mentali nelle carceri. Tale evidenza segnala l'importanza della sperimentazione in corso in alcune Regioni sulla base di quanto previsto dal Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, e dal relativo progetto obiettivo, anche ai fini della valutazione della rispondenza del modello organizzativo ivi delineato.

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 di:

1) 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.

Inoltre è necessario pianificare azioni volte a:

ridurre le disomogeneità nella distribuzione dei servizi all'interno del territorio nazionale superando le discrepanze esistenti tra il nord e il sud del Paese ed all'interno delle singole realtà regionali;

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

ricorso esclusivo alla terapia farmacologica di lunga durata;
attivare il monitoraggio delle informazioni e della comunicazione dei mass media e delle campagne della stampa quotidiana.

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.

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.

È 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 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;
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.

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.