

Piano sanitario nazionale 2001 - 2003

Dalla Sanità alla Salute

(testo approvato, in via preliminare, dal Consiglio dei Ministri il 7 febbraio 2001)

INDICE

I. IL QUADRO DI RIFERIMENTO

IL CONTESTO E I DETERMINANTI DI SALUTE

LA VISIONE DEL FUTURO

1. La rivoluzione genetica
2. La rivoluzione trapiantologia
3. La rivoluzione etica
4. La rivoluzione immaginologica

REALIZZAZIONI DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000

1. Progetti obiettivo, linee guida e provvedimenti normativi nazionali
2. Provvedimenti regionali
3. Il quadro legislativo di riferimento

II. LE STRATEGIE PER LA SALUTE

INTRODUZIONE

OBIETTIVI DI SALUTE

1. Migliorare il contesto ambientale:
 - a. Clima
 - b. Aria
 - c. Acqua
 - d. Alimenti
 - e. Radiazioni
 - f. Rifiuti
2. Promuovere comportamenti e stili di vita per la salute:
 - a. Alimentazione e nutrizione
 - b. Fumo
 - c. Alcol
 - d. Attività fisica
3. Prevenire, diagnosticare e trattare le principali cause di patologia:

- b. Tumori
- c. Malattie infettive e AIDS
- d. Incidenti e malattie professionali
- e. Incidenti stradali e domestici
- f. Diabete e malattie metaboliche
- g. Asma bronchiale e malattie allergiche
- h. Malattie reumatiche ed osteoarticolari
- i. Malattie croniche
- j. Malattie rare

4. Ridurre le disuguaglianze e rafforzare la tutela dei soggetti deboli:

- a. Disuguaglianze sociosanitarie
- b. Fattori di disuguaglianza nella salute delle donne
- c. Infanzia e adolescenza
- d. Le persone anziane
- e. Disabilità e riabilitazione
- f. Malati al termine della vita
- g. Tossicodipendenze
- h. Salute mentale
- i. Sanità penitenziaria
- j. Stranieri immigrati
- k. L'impegno verso i Paesi in via di sviluppo

III. RICERCA, FORMAZIONE, MIGLIORAMENTO E INNOVAZIONE

RILANCIARE LA RICERCA

INVESTIRE NELLA FORMAZIONE

ASSICURARE IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ

SVILUPPARE AZIONI INNOVATIVE

- 1. Il sangue
- 2. I trapianti
- 3. La politica del farmaco

LA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA

IV. PROGRAMMAZIONE IN UN SISTEMA DECENTRATO DI RESPONSABILITÀ

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE NEL FEDERALISMO

2. La tempestività nell'erogazione delle prestazioni: il problema delle liste d'attesa
3. Decentramento istituzionale e coordinamento
4. Il monitoraggio delle regioni

INDIRIZZI E DECISIONI STRATEGICHE

1. Le azioni di Governo
2. L'assistenza ospedaliera e l'ospedale del futuro
3. L'assistenza distrettuale

GESTIONE STRATEGICA DELLE RISORSE

1. Le risorse umane
2. Le risorse strutturali e tecnologiche

I IL QUADRO DI RIFERIMENTO

IL CONTESTO E I DETERMINANTI DI SALUTE

La sanità pubblica in Italia si caratterizza per la ricchezza delle iniziative e per i risultati di salute riconosciuti in sede internazionale. Il rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla salute mondiale nell'anno 2000, dedicato all'analisi dei sistemi sanitari, evidenzia che non si tratta di esiti momentanei e congiunturali, ma di un andamento che negli anni si è andato consolidando e qualificando. Questo non significa che non siano possibili ulteriori miglioramenti ed il Piano sanitario nazionale 2001-2003 vuole garantire una forte spinta per la qualificazione dell'assistenza, per l'utilizzo più razionale delle risorse, per una maggiore omogeneità nella erogazione dei livelli di assistenza, per una maggiore capacità di interpretare i bisogni sociali e di assicurare idonee risposte. Le azioni del Piano sono rivolte a migliorare la comunicazione con i cittadini e a verificare l'efficacia dei servizi, tenendo conto che non sempre la qualità percepita corrisponde all'impegno che il Servizio sanitario nazionale esprime per soddisfare la domanda sociale.

RISULTATI PER ULTERIORI TRAGUARDI

Vanno affrontate le forti sperequazioni territoriali che ancora caratterizzano il sistema di offerta e che costituiscono un problema a cui federalismo e sussidiarietà, cioè maggiore responsabilizzazione delle regioni e degli enti locali e migliore capacità di collaborazione, potranno garantire risposte più efficaci.

SPEREQUAZIONI TERRITORIALI

Le disomogeneità territoriali sono gravate dalla permanenza di disuguaglianze nell'accesso ai servizi, che penalizzano soprattutto i soggetti deboli. Per il programmatore regionale e per gli enti locali rappresentano altrettante carenze e ingiustizie da superare nel prossimo triennio.

In questi ultimi anni lo scenario italiano si è caratterizzato per la presenza di forti flussi migratori interni e da altri paesi, per segnali di crisi nella capacità riproduttiva, per un invecchiamento progressivo della popolazione, dovuto al calo delle nascite, alla riduzione della mortalità oltre che all'allungamento della speranza di vita.

SPERANZA DI VITA

Le mutazioni strutturali nella popolazione hanno investito in modo diretto la famiglia con ripercussioni negli indici di carico assistenziale, soprattutto per quanto riguarda le età di mezzo, chiamate a prendersi cura dei figli e dei genitori anziani bisognosi di assistenza.

PERSONA, FAMIGLIA E TERRITORIO

La domanda di salute si lega alle modificazioni della dislocazione residenziale, caratterizzate da una maggiore dispersione nel territorio, da una diminuzione della popolazione nei grandi centri, dalla crescita

trasporti, con conseguente aumento dell'inquinamento urbano, dei tempi di trasferimento, dei disagi e del tasso di incidenti.

Il settore pubblico è investito da profonde trasformazioni determinate dal passaggio di competenze dal livello centrale alle regioni e agli enti locali, in una logica di sussidiarietà, di federalismo, di solidarietà istituzionale e comunitaria. Queste trasformazioni sono state facilitate e incrementate dalla crescita della economia sociale e da una maggiore capacità di iniziativa dei soggetti privati non profit e profit che, con la loro presenza, stanno arricchendo la produzione di beni pubblici, nella logica del patto di solidarietà per la salute, che è stata una delle idee guida del Psn 1998-2000.

**FEDERALISMO E
SOLIDARIETÀ**

Una società più ricca di risorse umane, finanziarie, strutturali, solidaristiche è anche chiamata ad esprimere maggiore capacità di risposta alle aspettative crescenti, segnate dalla spinta alla localizzazione dei servizi e ad una maggiore capacità di distribuire le risposte su scala territoriale, residenziale, intermedia e domiciliare.

UN'OFFERTA DISTRIBUITA

In questo quadro diventa concretamente praticabile il passaggio dalla sanità alla salute. Sanità e salute non sono sinonimi e non va ignorata la profonda differenza che lega tra loro i due termini. I risultati della ricerca dimostrano sempre con sempre maggiore evidenza che i determinanti più potenti della salute devono essere cercati nelle condizioni sociali, economiche e culturali di una popolazione. Tutto ciò comporta, ovviamente, importanti implicazioni riguardo all'indirizzo che dovrebbero assumere gli investimenti per la salute, oltre che per la sanità, attraverso forme di allocazione delle risorse che conducano al maggiore incremento possibile dello stato di salute ed al migliore "guadagno in salute" per l'intera popolazione.

**DALLA SANITÀ ALLA
SALUTE**

Finora, nel campo della prevenzione, l'approccio più comune è stato quello orientato ai fattori di rischio individuali, teso alla ricerca delle cause comportamentali e biomediche della malattia. Tale approccio però, nell'ultimo decennio, viene considerato sempre meno adeguato. Gran parte della morbosità e della mortalità evitabile è attribuibile alla complessa interazione esistente tra comportamenti personali e organizzazioni sociali. Gli stili di vita (abitudini e comportamenti alimentari, tempo libero, uso di sostanze come alcol e tabacco, esercizio fisico) non sono, infatti, frutto esclusivo di scelte responsabili e consapevoli, ma dipendono anche da processi di influenza sociale e da abitudini consolidate, spesso apprese in età evolutiva.

**STILI DI VITA PER LA
SALUTE**

Bisogna quindi investire nella qualificazione del capitale sociale, presente nelle reti di relazione, nell'associazionismo di impegno sociale, nell'auto e mutuo aiuto, nella solidarietà e nel volontariato. I tre valori fondamentali di Health 21 (documento strategico della Regione Europea dell'OMS che, basandosi sulla valutazione epidemiologica dello stato di salute in Europa, definisce 21 obiettivi di

HEALTH 21

umano, equità nella salute e solidarietà interna e tra paesi, partecipazione responsabile dei cittadini e dei gruppi sociali per un continuo sviluppo della salute.

La sostenibilità scientifica, economica, sociale, politica del passaggio dalla sanità alla salute dipende da quattro linee di azione:

- gli investimenti multisettoriali sui determinanti della salute;
- i programmi finalizzati di promozione della salute e di educazione diffusa;
- la qualificazione della assistenza sanitaria di base nel distretto, integrando i diversi centri di responsabilità sanitaria e sociale;
- i processi partecipativi di promozione della salute, con particolare riferimento alla scuola, al lavoro, agli spazi di vita e di incontro tra persone e gruppi sociali.

Il Psn 1998-2000 ha dato una grande spinta in questa direzione, investendo nei valori di fondo a cui si ispira il nostro sistema sanitario e cioè: universalità, eguaglianza, accessibilità, condivisione del rischio finanziario. A questi valori il nuovo piano aggiunge ulteriori motivazioni, basate sulla responsabilizzazione delle regioni e degli enti locali, resa possibile dal d.lgs. 19 giugno 1999 n. 229, dalle norme sul federalismo e sul decentramento amministrativo, oltre che dalla autonomia regionale nella gestione delle risorse necessarie per garantire i livelli essenziali di assistenza. **VALORI CONDIVISI IN NUOVI SCENARI...**

Su queste basi, di maggiore responsabilizzazione istituzionale e sociale, si può rafforzare il patto di solidarietà per la salute, soprattutto nelle scelte che incidono negli stili di vita, nelle abitudini alimentari, nella riduzione dei fattori patogeni, nell'educazione delle nuove generazioni e nella solidarietà tra generazioni. La politica per la salute riconosce che le attività di molte istituzioni e gruppi organizzati, oltre al sistema sanitario, possono avere un importante impatto sulla salute della comunità. Di conseguenza ogni azione che voglia essere efficace per migliorare la salute, deve vedere agire queste organizzazioni e questi gruppi in un sistema di alleanze. Afferma l'OMS: "La promozione della salute mira ad identificare e a lavorare su e attraverso quelle combinazioni di fattori che conducono al maggiore guadagno in salute in una popolazione nella sua interezza, riducendo al minimo il divario esistente tra l'esperienza di salute dei diversi gruppi". Una vera politica per la salute è quella che rende difficili (e costose) per gli individui le scelte dannose alla salute e facili quelle vantaggiose. **...DI POLITICA PER LA SALUTE**

LA VISIONE DEL FUTURO

Il Psn 2001-2003 si caratterizza per due attenzioni strategiche. La prima è finalizzata a dare efficace attuazione al processo riformatore avviato con la revisione del Servizio sanitario nazionale (d.lgs. n. 229/1999) e nel progressivo decentramento delle competenze dallo stato alle regioni. La seconda è finalizzata alle sfide del futuro che trovano espressione in **QUATTRO SFIDE**

LA RIVOLUZIONE GENETICA

L'evoluzione delle conoscenze teoriche e delle tecnologie applicate alla genetica solleva problemi ed opportunità che non hanno precedenti nella storia dell'uomo. Infatti, se la rivoluzione della fisica e delle altre scienze hanno permesso all'uomo di modificare la natura e l'ambiente che lo circonda, la rivoluzione genetica apre la possibilità che egli intervenga sulla propria natura ed identità biologica. In conseguenza di ciò è inevitabile che vi siano attese e timori e che questi aumentino quanto più l'opinione pubblica prenderà coscienza delle potenzialità della genetica nel modificare la vita del singolo e della società.

**POTENZIALITÀ
INESPLORATE**

L'annuncio della decodificazione del genoma dell'uomo ha dato grande risalto massmediologico a conoscenze da tempo presenti nella comunità scientifica, che però hanno assunto un rilievo del tutto particolare, in forza del loro valore simbolico.

**LA DECODIFICAZIONE DEL
GENOMA**

Le persone hanno visto come possibile la realizzazione di attese un tempo impensabili con i mezzi della medicina tradizionale. Questo, se da una parte può dare grande impulso alla ricerca e alla sperimentazione su terreni nuovi e inesplorati, dall'altra pone problemi di priorità e di allocazione strategica delle risorse.

Il sequenziamento del genoma (era genomica) rappresenta una prima tappa che porterà rapidamente al completamento del "catalogo" di tutti i geni che costituiscono il patrimonio ereditario della specie umana. La sfida successiva (era postgenomica) sarà quella di capire il funzionamento del singolo gene e dell'intero genoma, nella sua variabile complessità, al fine di attuare strategie terapeutiche per le malattie umane di cui appaia evidente la determinazione genetica. Mutazioni e/o variazioni del genoma sono alla base non solo delle patologie comunemente note come "ereditarie", ma anche delle malattie complesse quali diabete, ipertensione, trombosi, tumori, allergie, la cui insorgenza è dipendente dall'interazione tra fattori ambientali e genetici.

UN'ERA POSTGENOMICA

Nel secolo che si è appena aperto, la genetica costituirà una delle discipline fondamentali, il cui sviluppo coinvolgerà non solo la medicina, ma molti aspetti della vita stessa dell'uomo. I cambiamenti saranno epocali: governi, industrie farmaceutiche e biotecnologiche, erogatori, profit e non profit, di finanziamenti per la ricerca e la stessa società si stanno mobilitando per affrontare questa trasformazione. È chiaro a tutti che o si riesce a far parte dei paesi che contribuiscono all'avanzamento delle conoscenze, delle biotecnologie e delle loro applicazioni o si sarà costretti ad acquistare tecnologie e restare culturalmente e industrialmente più poveri.

**LE RICADUTE NEI DIVERSI
SETTORI**

Le ricadute delle conoscenze sul genoma interesseranno sempre più i diversi settori della patologia umana e offriranno strumenti più raffinati per la diagnosi, per la terapia e per la prevenzione. La identificazione dei geni e della loro funzione (normale e patologica)

avere a disposizione un numero sempre crescente di test genetici diagnostici, predittivi e di suscettibilità. Si cercherà di conoscere il profilo genetico individuale, la relativa probabilità di ammalarsi ed il rischio procreativo; la prevenzione non sarà più indirizzata a popolazioni selezionate, ma alle necessità del singolo.

Analogamente, lo sviluppo della farmacogenetica cambierà l'approccio terapeutico delle malattie in quanto la somministrazione di un farmaco sarà mirata e resa specifica sulla base della costituzione genetica individuale. Si parla, infatti, con sempre maggiore insistenza della possibilità di realizzare i cosiddetti "farmaci personalizzati". Inoltre le industrie farmaceutiche stanno indirizzando la sperimentazione verso la messa a punto di nuove classi di composti capaci di interferire su specifiche funzioni delle proteine e sulle loro interazioni.

FARMACOGENETICA

Se il genoma e la sua decodificazione sono patrimonio dell'umanità è altrettanto vero che le scoperte e le applicazioni che ne derivano stanno diventando oggetto di brevetti e di commercio. Infatti gli imponenti investimenti già profusi e quelli che saranno ancora richiesti non possono non sottostare alle leggi del mercato come non possono essere sostenuti da una singola industria o da un singolo stato. Pertanto, mentre da una parte si stanno sempre più attivando collaborazioni internazionali (pubbliche e private) per sviluppare progetti di ricerca e per la messa a punto di tecnologie innovative, dall'altra è necessario che la società civile prenda coscienza della rivoluzione in atto e si adoperi affinché i risultati, in base al principio dell'equità, siano a disposizione di tutti coloro che ne abbiano necessità.

Le applicazioni della genetica sollevano anche problematiche etiche e legislative del tutto peculiari e delicate poiché coinvolgono l'identità stessa della persona: deve essere garantita la tutela della "privacy" non solo del singolo, ma del nucleo familiare; deve essere rispettato il diritto al sapere o al non sapere; devono essere tutelati il minore ed il feto; i governi, i datori di lavoro, le assicurazioni, non devono venire in possesso dei dati genetici personali. La rapida evoluzione delle conoscenze presuppone che non solo i genetisti ed i sanitari siano costantemente aggiornati per poter svolgere con professionalità il proprio lavoro, ma anche che il cittadino sia puntualmente informato per poter contribuire responsabilmente alle scelte che lo riguardano.

QUESTIONI ETICHE

La velocità con cui la "rivoluzione genetica" sta progredendo aumenta il divario tra i risultati disponibili e la loro applicazione nella pratica clinica. In Italia esistono laboratori di genetica, servizi clinici e di consulenza, ma non sono inseriti in un programma organico e non sono distribuiti uniformemente sul territorio nazionale. Inoltre non sono previsti accreditamenti specifici né regolamentazioni che garantiscano le prestazioni ed il controllo di qualità dei risultati.

PROBLEMI DA AFFRONTARE

LA RIVOLUZIONE TRAPIANTOLOGICA

I progressi futuri della medicina dei trapianti sono legati al

PROSPETTIVE

- prolungare l'emivita degli organi trapiantati mediante l'introduzione di nuove molecole immunosoppressive o l'uso della terapia genica;
- trovare una soluzione alla carenza mondiale di organi da trapiantare.

In quest'ambito, si intravedono almeno due possibilità per aumentare il numero di organi disponibili per offrire una soluzione terapeutica a tutti i malati con insufficienza d'organo terminale.

Il primo approccio è rappresentato dallo xenotrapianto o trapianto nell'uomo di organi, tessuti o cellule di un individuo di un'altra specie. Il maiale è oggi ritenuto la specie donatrice ideale dalla maggior parte degli studiosi del settore in quanto offre numerosi vantaggi. Presenta diverse somiglianze anatomiche e fisiologiche con l'uomo, i suoi organi raggiungono velocemente misure compatibili con quelle di un essere umano adulto, ha gravidanze multiple e di breve durata ed ha costi di allevamento ragionevoli.

XENOTRAPIANTI

Fino a pochi anni fa organi di maiali trapiantati in un primate venivano distrutti nel giro di pochi minuti o ore per opera di un processo immunitario violento chiamato rigetto iperacuto. Recenti progressi della ingegneria biomolecolare hanno consentito di ottenere animali geneticamente modificati tali da essere biologicamente più compatibili con l'uomo e potenzialmente utilizzabili per lo xenotrapianto.

ORGANI TRANSGENICI

Esistono oggi maiali transgenici i cui organi esprimono proteine regolatrici della cascata del complemento umano note con le sigle DAF, MCP e CD59 e che sono in grado di resistere al rigetto iperacuto. Diversi studi hanno dimostrato che, con l'aiuto di nuovi farmaci immunosoppressori, questi organi transgenici permettono la sopravvivenza di primati xenotrapiantati fino a 3 mesi. Non sono emerse incompatibilità fisiologiche maggiori tra il maiale ed il primate, confermando la validità della scelta del maiale quale possibile futura fonte di organi per l'uomo.

È noto che, con accorgimenti particolari, è possibile allevare animali donatori privi della maggioranza dei patogeni potenziali. Studi recenti hanno tuttavia dimostrato l'esistenza di sequenze retrovirali nel genoma di maiale capaci di infettare, *in vitro*, cellule umane ed, *in vivo*, topi affetti da severa immunodeficienza. Le serie preoccupazioni suscitate da questi risultati sono state in gran parte fugate dai risultati di due studi importanti (uno dei quali multicentrico) che non hanno rilevato alcuna infezione da retrovirus porcino in più di 160 malati esposti a tessuto di maiale sotto forma di trapianto di cute o cellule pancreatiche o di perfusione extracorporea di fegato, rene o milza. Molti di questi malati assumevano farmaci immunosoppressori ed alcuni erano stati esposti al trattamento con tessuto di maiale 12 anni prima dello studio.

Questi dati confortanti sono alla base della approvazione degli studi clinici di xenotrapianto attualmente in corso negli Stati Uniti nel trattamento, tra l'altro, di malati affetti da morbo di Parkinson.

un piccolo numero di pazienti, volti esclusivamente a verificare gli aspetti di sicurezza dello xenotrapianto, potranno valutare con certezza il rischio reale di insorgenza di zoonosi legate allo xenotrapianto.

La seconda possibilità per aumentare il numero di tessuti disponibili per i trapianti è offerta dalla terapia cellulare. Lo scopo di questo approccio terapeutico è quello di restaurare la funzione biologica di un organo mediante il trapianto di cellule con proprietà e funzioni biologiche note. Una volta trapiantate, queste cellule potrebbero rilasciare un prodotto terapeutico per via sistemica (come l'insulina nel diabete) o in una sede specifica (come la dopamina nel caso del morbo di Parkinson) o avere una funzione di riparazione nella sede di applicazione (come per esempio i cheratinociti e i fibroblasti nel trattamento di una ustione). Le cellule utilizzate possono avere una origine autologa, allogenica, xenogenica o derivare da linee cellulari immortalizzate o tumorali. Ad eccezione delle cellule autologhe, le cellule trapiantate sono soggette a reazioni di rigetto. Le linee cellulari inoltre presentano possibili problemi di biosicurezza legati soprattutto al loro potenziale tumorigeno. Per entrambi questi problemi, la soluzione proposta è l'incapsulamento delle cellule in vista di una futura applicazione clinica.

TERAPIA CELLULARE

Un'altra difficoltà presentata dalla terapia cellulare è che essa richiede grandi quantità di cellule differenziate specifiche che sono difficili da ottenere visto che, ad eccezione delle linee cellulari immortali, l'attività replicativa *in vitro* di cellule differenziate è spesso limitata o assente. Al contrario, è noto che le cellule staminali hanno una grande capacità di differenziazione e proliferazione *in vitro* e permetterebbero, almeno in teoria, di superare l'ostacolo creato dall'elevato numero di cellule necessarie per restaurare la funzione di un organo. Grandi progressi in questo settore sono stati ottenuti grazie alle recenti acquisizioni nelle tecniche di isolamento e colture di cellule staminali fetali o adulte. Tuttavia non sono ancora state chiarite le tappe necessarie al controllo della loro espansione e differenziazione nel tipo cellulare desiderato per scopi terapeutici. Una delle prime applicazioni in questo campo sarà la generazione di neuroni dopaminergici per il trattamento del morbo di Parkinson o di isole pancreatiche per i malati diabetici.

CELLULE STAMINALI

Recentemente, sia nel Regno Unito che negli USA, si è riaperto il dibattito intorno al possibile utilizzo di cellule staminali embrionali a fini di ricerca in ambito terapeutico. Per quanto riguarda il nostro Paese, un'apposita Commissione ministeriale, istituita con lo scopo di studiare l'uso di cellule staminali per finalità terapeutiche, oltre a ribadire l'interesse per quelle derivanti da tessuti fetali o adulti, ha prospettato un'interessantissima ipotesi di ricerca fondata sulla possibilità di ottenere cellule staminali totipotenti, dopo trasferimento nucleare di un nucleo di cellula somatica adulta in un oocita enucleato (TNSA), senza mai passare attraverso una qualsiasi fase di sviluppo embrionale. Se quest'ipotesi si rivelasse percorribile, verrebbero

in questo delicato settore e si aprirebbe una stagione nuova ed estremamente promettente per la ricerca scientifica italiana.

In futuro l'espressione più evoluta della terapia cellulare sarà rappresentata dall'ingegneria tissutale che, combinando l'uso di cellule staminali con quello di una matrice polimerica biodegradabile, permetterà la produzione di organi artificiali completi. In ogni caso, nonostante le grandi potenzialità offerte dalle cellule staminali, la ricerca in questo campo è ancora agli inizi.

INGEGNERIA TISSUTALE

LA RIVOLUZIONE ETICA

I progressi e i cambiamenti nell'ambito della medicina e della sanità rappresentano sempre più anche una sfida etica, chiamando in causa valori e principi che sostengono le decisioni da prendere su problemi assai complessi.

ISTANZE ETICHE

L'istanza di una riflessione etica adeguata, in termini di continuità e sviluppo rispetto alle nuove questioni, è ormai ampiamente diffusa e ne sono espressione nel nostro Paese la costituzione del Comitato Nazionale per la Bioetica (nel 1990), le linee guida del 18.03.1998 sui Comitati etici per la sperimentazione dei medicinali, numerose iniziative locali e nazionali di commissioni di studio su tematiche etiche nel campo biomedico e sanitario.

Tutti gli operatori sanitari sono coinvolti e sono sollecitati a interagire con i diversi fenomeni culturali, sociali, giuridici che maturano nella società, sviluppando un più articolato approccio interdisciplinare e rivedendo con sempre maggiore frequenza i rispettivi codici deontologici.

CULTURE A CONFRONTO

Nella riflessione etica si esprimono prospettive filosofiche e religiose diverse, ma si riconoscono anche valori condivisi che hanno accompagnato lo sviluppo della sanità e che in tempi più recenti hanno trovato conferma e approfondimento in documenti internazionali e nazionali di grande rilevanza (come ad esempio: la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, dell'ONU; la Dichiarazione di Helsinki sulla Sperimentazione sull'Uomo del WMA; la Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina adottata dal Consiglio d'Europa nel 1996; i Documenti del Comitato nazionale per la Bioetica italiano).

Tra gli ambiti che sono particolarmente interessati dallo sviluppo della riflessione etica va segnalato quello dell'informazione al paziente per un consenso sempre più consapevole e libero ai possibili trattamenti sanitari. Ciò si colloca in linea con la necessità di promuovere un'informazione diffusa e completa ai cittadini in materia sanitaria, per una maggior partecipazione e autonoma decisione tra le diverse opzioni diagnostiche e terapeutiche disponibili. Emerge, perciò, l'esigenza di riconoscere maggior dignità e autonomia ad ogni cittadino/paziente, sviluppando un "nuovo" rapporto medico-paziente che superi la concezione paternalistica e si rivolga ad una relazione di

**L'INFORMAZIONE ALLE
PERSONE**

assunzione reciproca di responsabilità per la cura della salute e la stessa prevenzione.

Altra realtà che abbisogna di una più articolata riflessione etica è rappresentata dalla fase terminale della vita, con la crescente necessità di valutare i trattamenti sanitari disponibili in termini proporzionati al bene del paziente, evitando forme di accanimento terapeutico o di eutanasia.

L'INIZIO E LA FINE DELLA VITA

Sempre nell'ambito, seppur non esclusivo, della fase terminale dell'esistenza umana, non si può poi dimenticare il grande tema della sofferenza e del dolore fisico, non più da considerarsi in questi casi un semplice sintomo quanto una patologia a se stante. In tal senso la terapia del dolore e le cure palliative hanno aperto itinerari terapeutici nuovi per quelle persone che, sebbene "inguaribili", sono pazienti dei quali la medicina e la sanità si devono "prendere cura" e "farsi carico" nel senso più globale del termine; un corretto approccio al problema è oggi possibile dalle "norme per agevolare l'impiego dei farmaci oppiacei nella terapia del dolore", definitivamente approvate dal Parlamento il 24 gennaio 2001, che hanno superato i criteri eccessivamente restrittivi e burocratici delle disposizioni originarie contenute nella disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope.

Anche l'inizio della vita umana è oggetto di nuove conoscenze e di nuove possibilità di intervento, come le tecniche di procreazione medicalmente assistita, che richiedono una riflessione etica capace di elaborare criteri per una loro valutazione e regolamentazione.

La necessità di proseguire la ricerca nella sperimentazione sull'uomo richiede che questo avvenga con metodi scientifici affidabili, nel rispetto dei diritti dei soggetti coinvolti e con un'attenta valutazione dei benefici e dei rischi per i singoli e per la collettività. Ciò ha portato ad elaborare delle linee guida etiche ormai chiare e condivise, affidate ai comitati etici locali per la sperimentazione e per la loro applicazione in riferimento ai protocolli di studio.

LA SPERIMENTAZIONE SULL'UOMO

Di fronte ai vari e complessi problemi che coinvolgono la biomedicina, accanto a questi comitati, si sente sempre più l'esigenza di istituire nuovi comitati etici clinici o ospedalieri che rispondano al bisogno di un confronto interdisciplinare, aperto alle varie istanze culturali della società e promotore del dialogo tra mondo scientifico, assistenziale, umanistico. Lo sviluppo di comitati etici clinici nelle istituzioni sanitarie può essere elemento prezioso per un coinvolgimento ampio delle varie componenti sociali nell'affrontare i problemi etici, sia a livello clinico, sia a livello di linee guida e orientamenti operativi di più ampio respiro. È necessario che il Ministero della sanità, d'intesa con il Comitato Nazionale per la Bioetica, promuova in tal senso iniziative formative per gli operatori sanitari.

IL CONFRONTO INTERDISCIPLINARE

Tra le sfide che si pongono con sempre maggiore urgenza sul piano etico va ricordata quella della limitatezza delle risorse umane,

LE RISORSE E L'INNOVAZIONE

per la loro gestione secondo equità.

Nuove frontiere, come il potenziamento e le prospettive di innovazione nel campo dei trapianti di organo, nonché tutti gli sviluppi nel campo della genetica, in termini di diagnostica e terapia, rappresentano ambiti in cui la riflessione etica è provocata per favorire il dialogo tra scienza, valori morali e società civile, in modo da promuovere una medicina e una sanità capaci di mettere a disposizione dei singoli e della collettività nuovi interventi per prevenire e/o curare molte malattie.

LA RIVOLUZIONE IMMAGINOLOGICA

Agli albori di questo nuovo secolo non vi è dubbio che la scienza delle immagini risulta essere una delle branche della medicina a più elevato progresso tecnologico e che, nel contempo, lascia intravedere le maggiori potenzialità di sviluppo futuro. La diagnostica per immagini, ormai ben al di là della tradizionale radiologia e proprio in funzione delle plurime fonti energetiche che attualmente utilizza, risulta essere di particolare rilevanza per i percorsi diagnostici ed importante presupposto per un coerente ed idoneo approccio terapeutico e per il successivo follow-up.

**DIAGNOSTICA PER
IMMAGINI**

Nell'ambito della radiologia convenzionale la possibilità di un'acquisizione digitale consentirà, oltre ad una costante e progressiva riduzione della dose di esposizione, il trasferimento nei vari reparti delle immagini *on-line*. Sarà quindi possibile realizzare la cosiddetta radiologia "*film-less*", come già attuata in alcune realtà ospedaliere, con una più facile ed economica gestione dell'archivio e con un'immediata disponibilità dei referti e dell'iconografia per i successivi confronti.

IMMAGINI DIGITALI

Per quanto riguarda l'ecografia, l'evoluzione tecnologica con la miniaturizzazione delle sonde, ha reso possibile lo sviluppo dell'ecoendoscopia, consentendo una precisa definizione delle pareti dell'esofago, dello stomaco-duodeno, del retto e rilevando quindi le iniziali alterazioni, soprattutto di natura neoplastica, che possono interessare questi segmenti del canale alimentare. Il color-doppler ed il power-doppler, nonché l'utilizzo dei più moderni mezzi di contrasto che implementano significativamente il segnale ecografico, contribuiscono a rendere questa tecnica diagnostica sempre più efficiente, attendibile e di largo impiego clinico.

ECOGRAFIA

La tomografia computerizzata (TC) ha fatto, negli ultimi anni, un sostanziale salto di qualità, con l'acquisizione della tecnica spirale, che ha comportato un notevole incremento diagnostico ed una sensibile abbreviazione dei tempi di esame. Le aree anatomiche e le situazioni patologiche studiate con TC elicoidale vengono esplorate in modo volumetrico completo, consentendo quindi anche stupefacenti ricostruzioni tridimensionali dei reperti, estremamente utili non solo

**TOMOGRAFIA
COMPUTERIZZATA**

mirata strategia terapeutica.

I più moderni e avanzati software permettono inoltre di navigare all'interno del corpo umano in modo così definito da potersi contrapporre alle indagini endoscopiche: si parla infatti, attualmente, di "endoscopia virtuale" dell'albero tracheo-bronchiale, del colon e così via. Sono inoltre in via di sperimentazione i laser-TC, basati su un pennello di luce laser utilizzato per formare una immagine ricostruita con gli stessi schemi dalla TC.

ENDOSCOPIA VIRTUALE

Ultimi, ma non certo per importanza, gli sviluppi della risonanza magnetica (RM), che già oggi ha superato ampiamente l'aspetto puramente morfologico dell'imaging, per passare alla RM funzionale, con identificazione delle aree motorie cerebrali, delle alterazioni della diffusione e della perfusione, fondamentali per il riconoscimento precoce delle lesioni ischemiche, della dinamica del flusso liquorale e delle sue modificazioni.

RISONANZA MAGNETICA

Studi di RM funzionale sono già avviati anche nell'ambito della patologia cardio-vascolare, mentre sempre più elaborati ed innovativi sono i contributi diagnostici della spettroscopia. Se a ciò si aggiungono anche gli elevati contributi terapeutici, alternativi alla chirurgia, oggigiorno offerti dalle molteplici procedure di radiologia interventistica, peraltro ancora limitate a pochi centri universitari ed ospedalieri, si può facilmente comprendere come sia indispensabile provvedere, per l'immediato futuro, ad una riorganizzazione della radiologia, anche alla luce dei contributi informativi che derivano dalla digitalizzazione.

FUNZIONI TERAPEUTICHE

È comunque soprattutto nel settore dell'oncologia che si evidenzia il ruolo fondamentale e indispensabile dell'atto diagnostico. Riconoscere ed identificare una neoplasia, studiarla, verificare nel tempo gli effetti della terapia, qualunque essa sia, cogliere il più tempestivamente possibile l'insorgenza della recidiva, documentare la progressione della malattia, sono i compiti fondamentali della diagnostica per immagini. Vi è quindi necessità di rafforzare ovunque adeguatamente queste tecniche, non solo dal punto di vista delle attrezzature, spesso obsolete e non più idonee a soddisfare le esigenze diagnostiche, ma anche degli organici, frequentemente inferiori alle reali necessità dei vari ospedali.

**PROSPETTIVE IN
ONCOLOGIA**

REALIZZAZIONI DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998-2000

PROGETTI OBIETTIVO, LINEE GUIDA E PROVVEDIMENTI NORMATIVI NAZIONALI

Come previsto nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, il Ministero della sanità ha adottato progetti obiettivo, linee guida, nonché provvedimenti normativi volti al conseguimento degli obiettivi di piano.

MONITORAGGIO E VERIFICA

Le linee guida già adottate con provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sono le seguenti:

LE LINEE GUIDA EMANATE

- Linee guida per le attività di riabilitazione (7 maggio 1998);
- Linee guida per l'oncoematologia pediatrica (18 giugno 1999);
- Linee guida per il controllo del morbo di Hansen (18 giugno 1999);
- Linee guida per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a chemioterapici antitumorali in ambiente sanitario (5 agosto 1999);

Quelle, invece, per le quali non è ancora terminato l'iter:

- Linee guida per una sana alimentazione italiana;
- Linee guida per i dipartimenti di prevenzione delle Aziende USL.

Per quanto riguarda i progetti-obiettivo, quelli già definiti da un punto di vista normativo sono:

I PROGETTI OBIETTIVO

- Progetto obiettivo per la tutela della salute mentale (DPR 10 novembre 1999);
- Progetto obiettivo AIDS (DPR 8 marzo 2000);
- Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario (d.m. 21 aprile 2000);
- Progetto obiettivo materno-infantile (d.m. 24 aprile 2000).

Sarà posto in tempi brevi all'esame del Consiglio Superiore di Sanità il progetto obiettivo per l'alimentazione e la nutrizione, mentre i progetti obiettivo sulle tossicodipendenze e sulla salute degli immigrati sono ancora in fase di elaborazione. Il Progetto obiettivo anziani è all'esame della Conferenza Stato-Regioni.

Altri provvedimenti normativi nazionali sono stati emanati o sono in via di emanazione: sono stati definiti il Piano nazionale sangue e plasma 1999-2000 (d.m. 1 marzo 2000) ed il Piano nazionale vaccini (18 giugno 1999), mentre è all'esame della Conferenza Stato-Regioni il Piano oncologico nazionale.

GLI ALTRI PROVVEDIMENTI

Per raggiungere l'Obiettivo II del Piano sanitario nazionale 1998-2000 "Contrastare le principali patologie", il Ministero della sanità ha promosso un progetto di educazione sanitaria volto principalmente alla diffusione di schede informative sulle principali malattie infettive ed alla produzione di materiale educativo interattivo orientato ai bambini in età scolare ed ha intrapreso uno studio sulla mortalità evitabile per le malattie infettive. Il Ministero ha inoltre emanato il d.m. 28 maggio 1999, n. 329 "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti" ex d.lgs. n. 124/1998, mentre è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni.

CONTRASTARE LE
PRINCIPALI PATOLOGIE

Per il raggiungimento dell'Obiettivo III, "Migliorare il contesto ambientale", sono stati emanati:

MIGLIORARE IL CONTESTO
AMBIENTALE

- Il d.m. 27 marzo 1998 "Mobilità sostenibile nelle aree urbane";
- Il d.m. 20 gennaio 1999, n. 76 "Regolamento recante norme per l'installazione dei dispositivi di recupero dei vapori di benzina presso i distributori";
- Il d.m. 21 aprile 1999, n. 163 "Limiti alla circolazione stradale per problemi di inquinamento ambientale";
- Il d.m. 19 maggio 2000 "Limiti massimi di residui di sostanze attive dei prodotti fitosanitari tollerati nei prodotti destinati all'alimentazione";
- Il d.lgs. 26 maggio 2000, n. 187 "Attuazione della direttiva 97/43/EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche";
- Il d.lgs. 26 maggio 2000, n. 241 "Attuazione della direttiva 96/29/EURATOM in materia di protezione sanitaria della popolazione e dei lavoratori contro i rischi derivanti dalle radiazioni ionizzanti";
- Il d.m. 26 giugno 2000, n. 219 "Regolamento recante la disciplina per la gestione dei rifiuti sanitari, ai sensi dell'articolo 45 del d.lgs. 5 febbraio 1997, n. 22".

Sono in fase di definizione i decreti ministeriali recanti i regolamenti per il recupero dei rifiuti non pericolosi (ex artt. 31 e 33, d.lgs. 22/1997) e pericolosi, mentre, per le radiazioni non ionizzanti, è allo studio un decreto per la determinazione dei limiti di esposizione. Sono inoltre in fase istruttoria i Piani d'azione Salute e Ambiente (N.E.H.A.P.) ed è in fase attuativa il Piano per la Qualità dell'aria negli ambienti confinati (indoor).

Per l'Obiettivo IV, "Rafforzare la tutela dei soggetti deboli", sono stati emanati i seguenti provvedimenti:

RAFFORZARE LA TUTELA
DEI SOGGETTI DEBOLI

- d.m. 28 settembre 1999 "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative";
- DPCM 20 gennaio 2000 "Atto di indirizzo e coordinamento

Per l'Obiettivo V, "Portare la sanità italiana in Europa", in particolare per quanto concerne la problematica dei trapianti, è stato istituito con la legge 1 aprile 1999, n. 91, il Centro Nazionale Trapianti ed è stata attivata la Consulta Nazionale per i Trapianti.

Per l'innovazione tecnologica, l'emanazione del d.m. 15 settembre 1999, "Grandi città", fissa i criteri per la predisposizione di progetti da realizzare a livello delle grandi aree urbane, nell'ambito degli obiettivi di carattere generale previsti dall'art. 71 della legge n. 448/1998. La commissione appositamente costituita ha terminato i suoi lavori nel dicembre 2000.

Per migliorare il Sistema Informativo Sanitario, il Ministero della sanità sta intraprendendo le seguenti azioni:

- sviluppare sistemi orientati al risultato finale del Ssn;
- potenziare i sistemi informativi a livello locale e sviluppare connessioni di rete nonché sviluppare le azioni di cooperazione internazionale in materia di tutela sanitaria;
- integrare i diversi sistemi informativi sanitari fra loro e con i sistemi informativi della Pubblica Amministrazione, nonché migliorare i protocolli di raccolta e di elaborazione dati.

È inoltre da ricordare il d.m. n. 380/2000 "Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati".

Il Ministero della sanità ha emanato una circolare, d'intesa con Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, per l'attuazione degli artt. 34 e 34bis della legge 662/1996, che disciplinano l'accesso ai fondi vincolati del Fondo sanitario nazionale per gli obiettivi del Piano sanitario nazionale 1998-2000.

Inoltre, sempre in attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000, l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali ha prodotto i seguenti documenti:

- Programma Nazionale per le Linee Guida (novembre 1999);
- Rapido accesso alla diagnosi per il paziente con sospetta patologia oncologica (aprile 2000);
- Indicazioni per l'uso appropriato della coronarografia e degli interventi di rivascolarizzazione coronarica (ottobre 2000).

Di seguito si riporta una tabella riassuntiva (Tabella 1), suddivisa per obiettivi di salute, linee guida, progetti obiettivo e provvedimenti normativi nazionali adottati o in via di adozione.

Tabella 1

OBIETTIVI	OBIETTIVI SPECIFICI	LINEE GUIDA ADOTTATE	PROGETTI OBIETTIVO	PROVVEDIMENTI NORMATIVI NAZIONALI
Promuovere comportamenti e stili di vita	Alimentazione	In allegato al "P.O. per l'alimentazione e la nutrizione" "Linee guida per una sana alimentazione italiana"	"P.O. per l'alimentazione e la nutrizione", in fase di definizione	
	Fumo			
	Alcol			<ul style="list-style-type: none"> Accordo Stato-Regioni 21.01.99 per la riorganizzazione del sistema assistenza ai tossicodipendenti Progetti per alcol dipendenza correlata
	Attività fisica			
Contrastare le principali patologie	Malattie cardio e cerebrovascolari	In allegato al "P.O. per l'alimentazione e la nutrizione" "Linee guida per una sana alimentazione italiana"	"P.O. per l'alimentazione e la nutrizione", in fase di definizione	
	Tumori	In allegato al "P.O. per l'alimentazione e la nutrizione" "Linee guida per una sana alimentazione italiana"	"P.O. per l'alimentazione e la nutrizione", in fase di definizione	"Piano oncologico nazionale", all'esame Conf. Stato-Regioni
	Malattie infettive	<ul style="list-style-type: none"> Prov. Conf. Stato-Regioni 18.06.1999 "Linee guida per il controllo del morbo di Hansen" "Linee guida per il Dipartimento di Prevenzione delle Aziende USL", all'esame Conf. Stato-Regioni 	DPR 8 marzo 2000 "P.O. AIDS"	<ul style="list-style-type: none"> Prov. Conf. Stato-Regioni 18.06.1999 "Piano Nazionale vaccini" Min. San. "Progetto di educazione sanitaria"
	Incidenti e malattie professionali			
	Altre patologie di particolare rilievo sociale	In allegato al "P.O. per l'alimentazione e la nutrizione" "Linee guida per una sana alimentazione italiana"	"P.O. per l'alimentazione e la nutrizione", in fase di definizione	<ul style="list-style-type: none"> D.M. 28.05.1999 "Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti" ex D.Lgs. 29.04.1998, n.124 Reg. Istituzione Rete Malattie rare, approvato Conf. Stato-Regioni
Migliorare il contesto ambientale	Aria	<ul style="list-style-type: none"> "Linee guida per il Dipartimento di Prevenzione delle Aziende USL", all'esame Conf. Stato-Regioni Piano di prevenzione per la tutela e la promozione della salute: "Qualità dell'aria negli ambienti confinati (indoor)" D.M. 21.04.1999 "Limiti alla circolazione stradale per problemi di inquinamento ambientale" 		<ul style="list-style-type: none"> D.M. 27.03.1998 "Mobilità sostenibile nelle aree urbane" D.M. 20.01.1999 "Regolamento recante norme per l'installazione dei dispositivi di recupero dei vapori di benzina presso i distributori"
	Acqua	<ul style="list-style-type: none"> "Linee guida per il Dipartimento di Prevenzione delle Aziende USL" all'esame Conf. Stato-Regioni Rapporto annuale 1999 "Acque di balneazione" 		
	Alimenti	<ul style="list-style-type: none"> In allegato al "P.O. per l'alimentazione e la nutrizione" "Linee guida per una sana alimentazione italiana" "Linee guida per il Dipartimento di Prevenzione delle Aziende USL" all'esame Conf. Stato-Regioni 	"P.O. per l'alimentazione e la nutrizione", in fase di definizione	D.M. 19.05.2000 "Limiti massimi di residui di sostanze attive dei prodotti fitosanitari tollerati nei prodotti destinati all'alimentazione"
	Radiazioni	"Linee guida per il Dipartimento di Prevenzione delle Aziende USL" all'esame Conf. Stato-Regioni		<ul style="list-style-type: none"> D. L. gs. 26.05.2000, n.187 "Attuazione della direttiva 97/43/Euratom in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche" D.Lgs. 26.05.2000, n. 241 "Norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione sanitaria della popolazione e dei lavoratori contro i rischi derivanti dalle radiazioni ionizzanti"
	Rifiuti	<ul style="list-style-type: none"> "Linee guida per il Dipartimento di Prevenzione delle Aziende USL" all'esame Conf. Stato-Regioni decreto interministeriale (Ambiente-Sanità) 26.06.2000, n. 219 "Reg. disciplina per la gestione dei rifiuti sanitari, ex d.lgs. n. 22/1997" 		
Rafforzare la tutela dei soggetti deboli	Garanzie di assistenza per i deboli	D.M. 21.04.2000 "P.O. per la tutela della salute in ambito penitenziario"		
	Stranieri immigrati	P.O. salute immigrati: è in fase istruttoria		
	Tossicodipendenze	P.O. tossicodipendenze: è in fase istruttoria		
	Salute mentale		D.P.R. 10.11.1999 "Tutela della salute mentale 1998-2000"	
	Fasi della vita e salute	Prov. Conf. Stato-Regioni 18.06.1999 "Linee guida per l'oncoematologia pediatrica"	<ul style="list-style-type: none"> d.m. 24.04.2000 "P.O. materno infantile" "P.O. Anziani", all'esame della Conferenza Stato-Regioni d.m. 20.07.2000 "Protocollo trattamento farmac. Alzheimer" Progetto di ricerca sulle demenze 2000-2002 	<ul style="list-style-type: none"> D.P.C.M. 20.01.2000 "Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative" D.M. 28.09.1999 "Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative"
Portare la sanità italiana in Europa	Trapianti d'organo			<ul style="list-style-type: none"> L. 01.04.1999, n. 91 "Istituzione del Centro Nazionale trapianti" Attivazione della "Consulta nazionale trapianti"
	Riabilitazione	Prov. Conf. Stato-Regioni 07.05.1998 "Linee guida per le attività di riabilitazione"		
	Innovazione tecnologica	Prov. Conf. Stato-Regioni 05.08.1999 "Linee guida per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a chemioterapici antitumorali in ambiente sanitario"		D.M. 18.09.1999 "Grandi città"
	Sorveglianza delle patologie rare			
	Autosufficienza del sangue e degli emoderivati			D.M. 01.03.2000 "Piano nazionale sangue e plasma 1999-2000"
	Sanità pubblica veterinaria	"Linee guida per il Dipartimento di Prevenzione delle Aziende USL", all'esame della Conf. Stato-Regioni		
Sistema informativo sanitario				Interventi di potenziamento del Sistema informativo sanitario, attivati dal Min san.
	Qualità			Atto di indirizzo e coord. in materia di accreditamento istituzionale, esame Conferenza Stato-Regioni
Strategie per il cambiamento	Ampliamento ambito di tutela			All'esame Conferenza Stato-Regioni i provv. sui Fondi Integrativi del Ssn <ul style="list-style-type: none"> Regolamento disciplina Fondi

PROVVEDIMENTI REGIONALI

I Piani sanitari regionali adottati in attuazione del Psn 1998-2000

Sono 10 i piani sanitari emanati in attuazione del Psn 1998-2000, dalle Regioni Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Sicilia e dalle Province autonome di Trento e di Bolzano. Altre regioni hanno predisposto documenti programmatici che non hanno ancora concluso l'iter di approvazione.

Se non sono ancora molte le regioni dotate di uno strumento programmatico complessivo, è da rilevare che, a seguito dell'emanazione del Psn 1998-2000, la programmazione regionale ha trovato un nuovo slancio. Temi che in precedenza erano trascurati o trattati in modo marginale sono oggi affrontati come prioritari, quali la promozione della salute, la soddisfazione dell'utente e l'accessibilità dei servizi, la qualità, il volontariato.

Sono, inoltre, seguiti modelli diversi di programmazione rispetto al passato, in particolare privilegiando il metodo della concertazione, della definizione di patti territoriali che coinvolgono i diversi soggetti che concorrono alla promozione della salute, nonché la definizione di piani sanitari regionali di tipo strategico, che avviano un ampio percorso programmatico che si completa con i piani attuativi locali e con gli atti pianificatori distrettuali.

NUOVO IMPULSO ALLA PROGRAMMAZIONE

L'analisi dei piani sanitari regionali ha avuto l'obiettivo di verificare la loro conformità agli obiettivi e alle linee di indirizzo del Piano sanitario nazionale (come richiesto dalla stessa legislazione attuale e precisamente dall'art. 1, comma 14, del d.lgs. n. 502/92 e successive modificazioni) e ha reso confrontabili le priorità definite dalle regioni.

VERIFICHE E CONFRONTI

Tabella 2: i piani sanitari regionali

Regioni e Province autonome	Piani adottati nel 1997	Piani adottati ex Psn 1998-2000	Piani in corso di elaborazione	
			<i>Già approvati in Giunta</i>	<i>In fase di definizione</i>
PIEMONTE	PSR 1997-1999			
VALLE D'AOSTA	PSSR 1997-1999			PSSR 2001-2003
LOMBARDIA				PSR 1999-2001
BOLZANO		PSP 2000-2002 *		
TRENTO		PSP 2000-2002		
VENETO	PSSR 1996-98 e P.O.			
FRIULI V. GIULIA		PSR 2000-2002 *		
LIGURIA		PSR 1999-2001		
EMILIA ROMAGNA		PSR 1999-2001		
TOSCANA		PSR 1999-2001		
UMBRIA		PSR 1999-01 e P.O.		
MARCHE		PSR 1998-2000		
LAZIO				PSR 2000-2002
ABRUZZO		PSR 1999-2001		
MOLISE	PSR 1997-1999			
CAMPANIA				PSR 1999-2001
PUGLIA			PSR 1998-2000	
BASILICATA	PSR 1997-1999			
CALABRIA				PSR 2000-2002
SICILIA		PSR 2000-2002		
SARDEGNA				PSR 1999-2001

Tutti i piani sanitari emanati in attuazione del Psn 1998-2000 indicano traguardi di salute da conseguire, quali indicatori di risultato di lungo periodo o tracciano un percorso programmatico per definirli. Diverso risulta il grado di approfondimento degli stessi, sia in relazione alle difficoltà di conoscere lo stato di salute della popolazione residente, sia per quanto concerne il ruolo ed il contributo di ciascun piano in ordine a queste tematiche.

Il Piano sanitario 2000 – 2002 della Provincia autonoma di Bolzano indica obiettivi di salute che in larga parte coincidono con quelli nazionali, con alcune differenze (ad esempio si aggiunge, nell'ambito dell'obiettivo "contrastare le principali patologie", la lotta contro i suicidi; mentre nell'obiettivo "tutela dei soggetti deboli" non risulta presente la tutela dei soggetti immigrati); gli obiettivi sono supportati da un'ampia analisi descrittiva dello stato di salute della popolazione, che emerge soprattutto dalla relazione sanitaria dell'anno 1998. Per ogni obiettivo di salute sono individuate le linee strategiche e organizzative necessarie per conseguire tali risultati, affidando alle aziende sanitarie la definizione puntuale delle stesse.

**PROVINCIA AUTONOMA DI
BOLZANO**

Il Piano 2000 – 2002 della Provincia autonoma di Trento riprende tutti gli obiettivi di salute previsti dal Psn 1998-2000 e ne aggiunge altri (rumore, nel macro obiettivo "ambiente per la salute"; malattia di Alzheimer e altre demenze, nel macro obiettivo "tutela dei soggetti deboli"; detenuti, nello stesso macro obiettivo sulla tutela dei soggetti deboli). Gli obiettivi sono sostenuti da un'ampia analisi epidemiologica descrittiva dello stato di salute della popolazione, con un diverso grado di approfondimento in relazione ai singoli obiettivi. Seguendo una metodologia di programmazione analoga a quella del Psn 1998-2000, il piano identifica, per ciascun obiettivo di salute, le azioni generali per l'attuazione. La pianificazione operativa è attribuita all'autonomia dell'unica azienda per i servizi sanitari della Provincia.

**PROVINCIA AUTONOMA DI
TRENTO**

Il Piano sanitario 2000-2002 della Regione Friuli Venezia Giulia assume i principi guida del Psn 1998-2000 e stabilisce gli obiettivi di salute per il triennio. L'attenzione è posta sulla diminuzione della mortalità e della incidenza delle disabilità per infortuni stradali e infortuni lavorativi; nonché su alcune patologie, quali: tumori, broncopneumopatie croniche ostruttive, disturbi psichici, diabete, fratture di femore. Sono indicati obiettivi di promozione di comportamenti e stili di vita per la salute con riferimento a fumo, alcol, dieta e attività fisica; obiettivi di promozione del contesto ambientale.

FRIULI VENEZIA GIULIA

Al sistema degli obiettivi sono collegate specifiche indicazioni per le aziende sanitarie, tra cui la previsione che il raggiungimento degli obiettivi prefissati costituisce elemento di valutazione delle attività dei direttori generali, che vengono poi implementate nelle "Linee di gestione del Servizio sanitario regionale".

Il Piano sanitario 1999-2001 della Regione Liguria riprende tutti gli obiettivi di salute ed i principi ispiratori del Psn 1998-2000. Si aggiunge un obiettivo: “garantire la sicurezza e la qualità dell’assistenza sanitaria ai turisti”. Per ogni obiettivo di salute sono indicate le azioni prioritarie da promuovere; i valori di riferimento di tali obiettivi saranno indicati nella relazione sullo stato sanitario. Si intende approfondire l’analisi epidemiologica che supporta la definizione degli obiettivi di salute, con l’attivazione dell’osservatorio epidemiologico regionale.

LIGURIA

Nell’ambito degli obiettivi di salute, il piano attribuisce un notevole rilievo agli aspetti della tutela dei soggetti deboli ed in particolare al “progetto anziani”, sia in relazione alla rilevanza del problema nella regione sia in relazione all’obiettivo generale di potenziare l’intera rete dei servizi territoriali e di prevenzione.

Il Piano sanitario 1999-2001 della Regione Emilia Romagna ed i primi documenti di attuazione costituiscono uno sviluppo regionale delle linee di azione indicate nel Psn 1998-2000. Costruisce un processo programmatico ad ampia partecipazione di tutti i soggetti coinvolti dentro e fuori il sistema sanitario, per definire gli obiettivi specifici in sede locale, tramite i Piani di salute, definiti anche “patti locali di solidarietà per la salute”.

EMILIA ROMAGNA

I piani per la salute si traducono in progetti operativi nell’ambito delle aree di intervento sanitario considerate prioritarie, definite “zone di azione per la salute” - ZAS -. Queste sono identificate in relazione alla distribuzione di un problema di salute rilevante e della rete di relazioni istituite tra soggetti pubblici e privati, piuttosto che sulla base di demarcazione di confini amministrativi. Per il triennio 1999-2001, la Regione intende avviare la costituzione di 8-10 ZAS individuate da gruppi intersettoriali nell’ambito delle seguenti tematiche: alimentazione, incidenti stradali, città anziane, città giovani, zone socialmente degradate.

Il Piano sanitario 1999-2001 della Regione Toscana assume come propri gli obiettivi di salute del Psn 1998-2000 ed ha una connotazione specifica sul tema della qualità. Gli obiettivi di salute trovano esplicitazione tramite azioni mirate, che si svolgono come programmi o progetti fattibili e concreti, spesso con specificazione delle risorse disponibili.

TOSCANA

In allegato al Piano è contenuta la sintesi di una indagine epidemiologica sullo stato di salute della popolazione, svolta con riferimento agli aspetti evidenziati dal Psn 1998-2000. Si tratta di un “quadro epidemiologico ragionato” dove si prevede di implementare i flussi informativi ed il potenziale conoscitivo degli stessi. Sulla base di tale quadro la Regione fornisce indicazioni programmatiche alle aziende sanitarie per lo svolgimento degli interventi finalizzati alla realizzazione degli obiettivi di salute.

Il Piano sanitario della Regione Umbria fa propri gli obiettivi di salute indicati dal Piano sanitario nazionale e distingue, all’interno di essi,

UMBRIA

vita, la riduzione della mortalità evitabile, la riduzione della disabilità ed obiettivi definiti “di qualità sociale”, che si riferiscono alla promozione di una maggiore consapevolezza dei determinanti di salute, buon uso delle risorse pubbliche e private, conseguimento dell’universalità, equità, solidarietà di fronte alla salute e conseguimento di comportamenti ispirati all’etica della responsabilità. Gli aspetti di definizione di traguardi di salute sono, poi, ripresi nei progetti obiettivo approvati successivamente al Piano.

Il Piano sanitario 1998-2000 della Regione Marche persegue obiettivi di equità ed eticità delle prestazioni sanitarie, promuovendo una politica di miglioramento continuo della qualità dell’assistenza sanitaria, in termini di qualità tecnica, qualità dell’organizzazione e qualità percepita. **MARCHE**

La definizione puntuale di tali obiettivi e dei valori di riferimento è affidata alla relazione sullo stato di salute della popolazione. Nel Piano vengono trattati, in singoli progetti, la tutela dell’anziano e in generale dei soggetti deboli, come altri aspetti rientranti negli obiettivi di salute del Psn.

Il Piano sanitario 1999-2001 della Regione Abruzzo riprende gli obiettivi di salute del Psn 1998-2000, con alcune indicazioni sulle condizioni di salute della popolazione e prevedendo l’approfondimento delle stesse in seguito alla completa attivazione dell’osservatorio epidemiologico. Gli obiettivi di salute trovano un primo sviluppo nell’ambito dei progetti obiettivo e delle azioni prioritarie indicate nel piano. **ABRUZZO**

Il Piano sanitario 2000-2002 della Regione Sicilia riprende i cinque macro obiettivi di salute previsti dal Psn 1998-2000, i settori ivi previsti e gli obiettivi specifici. Si aggiungono alcuni piani mirati all’interno dell’obiettivo “tutela della salute dei lavoratori”, quali il “progetto rumore” e la “sicurezza in agricoltura”. Si prevede l’approfondimento dell’analisi di contesto in seguito all’attivazione dell’osservatorio epidemiologico regionale. **SICILIA**

Il patto di solidarietà per la salute

In generale i piani sanitari regionali rilevano la necessità di un approccio intersettoriale alla salute, nella considerazione che i determinanti della salute si estendono ben oltre il tradizionale campo di intervento del settore sanitario. Si attribuisce, pertanto, rilevanza strategica alla definizione di intese ed accordi di programma, con particolare riferimento al coinvolgimento degli enti locali per la realizzazione di interventi sociosanitari integrati, ma anche (come evidenziato più fortemente in alcune regioni) con le diverse forme di organizzazione della società civile, con il volontariato, con le famiglie, nonché con il mondo dell’imprenditoria. Non tutti i piani sanitari

salute nell'ampia accezione assunta dal Psn 1998-2000; spesso viene intesa con riferimento principale, o talora esclusivo, alla necessità di potenziare gli aspetti di integrazione sociosanitaria. In altri casi si ricercano intese con la pluralità dei soggetti coinvolti nei diversi aspetti che riguardano la tutela della salute, con particolare riferimento alla promozione della salute.

Il Piano della Provincia autonoma di Bolzano rileva la necessità di potenziare l'integrazione sociosanitaria e definisce gli strumenti di concertazione. Persegue, prioritariamente, lo sviluppo di una rete integrata di servizi territoriali.

**PROVINCIA AUTONOMA
DI BOLZANO**

Il piano della Provincia autonoma di Trento ribadisce in più parti la necessità di un approccio intersettoriale alla salute, coinvolgente tutti i soggetti interessati, anche esterni all'ambito sanitario, che possono contribuire al raggiungimento degli obiettivi e indica, in ogni progetto di tutela della salute, i diversi settori interessati al problema.

**PROVINCIA AUTONOMA
DI TRENTO**

Il Piano sanitario della Regione Friuli Venezia Giulia pone tra gli obiettivi strategici del triennio lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria, in particolare nell'area distrettuale; attribuisce, inoltre, valenza strategica alla cooperazione tra pubblico e privato, anche attraverso la creazione di società miste tra aziende sanitarie, enti locali, ed altri soggetti, in particolare al fine dello sviluppo del sistema dell'aziendalizzazione.

FRIULI VENEZIA GIULIA

Il Piano sanitario della Regione Liguria attribuisce all'integrazione sociosanitaria una rilevanza centrale. Si prevedono modalità di programmazione concertata (con coincidenza tra zona sociale e distretto sanitario), specifiche azioni per la formazione, con particolare riferimento agli operatori di base delle aree ad alta integrazione e, nell'ambito universitario, con previsione di tirocini in servizi che praticano l'integrazione; si prevede l'istituzione della "unità operativa dei servizi sociali professionali" e l'emanazione di ulteriori indirizzi regionali per promuovere l'integrazione all'interno dei progetti obiettivo.

LIGURIA

Il Piano sanitario della Regione Emilia Romagna individua la priorità di programmazione di intervento verso i determinanti sociali e strutturali della salute. Considerata la natura intrinsecamente intersettoriale degli interventi di promozione della salute, si impegna a riconoscere il ruolo essenziale della collaborazione con tutti i soggetti interessati, interni ed esterni al sistema sanitario, come premessa indispensabile per l'avvio di una diversa "sanità pubblica". La partecipazione degli enti locali, delle organizzazioni di volontariato, dei privati e degli altri attori interessati, è prevista sia nella definizione degli obiettivi specifici, tramite il piano di salute, sia nella pianificazione operativa, a livello regionale, aziendale, distrettuale.

EMILIA ROMAGNA

Il Piano sanitario della Regione Toscana prevede, per ogni progetto, il

TOSCANA

e sociali. Rileva la centralità dell'integrazione sociosanitaria e conferma il ruolo della zona, che nella Regione ha una connotazione specifica: è un'articolazione dell'azienda di livello sovradistrettuale, ove vengono assunte le decisioni programmatiche, organizzative ed operative per la gestione dei servizi sanitari territoriali, nonché per assicurare che i servizi sanitari territoriali operino e si sviluppino in modo strettamente integrato con i servizi di assistenza sociale. Il distretto diviene, in questo modello, una articolazione della zona, con la funzione di attivare il percorso assistenziale e realizzare operativamente l'integrazione sociosanitaria.

Il Piano propone l'attivazione, nel corso del 1999, di tavoli di consultazione – rispettivamente – intraregionali, con gli enti locali e la scuola, per verificare la possibilità di negoziare politiche che presentino benefici reciproci a partire dagli obiettivi di salute del Piano. A titolo esemplificativo, il Piano indica alcuni temi, tra cui la programmazione urbanistica ed ambientale regionale e comunale, con riferimento al progetto “Città sane” dell'OMS; la programmazione regionale e comunale per il sociale (integrazione sociosanitaria); settori di raccordo con il Piano regionale di sviluppo (con previsione di azioni congiunte in diversi campi, tra cui il sistema sanitario e quello educativo; le politiche fiscali che incentivino la salute, scoraggiando l'uso di prodotti dannosi e stimolando l'uso di alimenti sani e l'adozione di stili di vita salubri; l'uso di fonti di energia pulita).

UMBRIA

Nel Piano sanitario della Regione Marche si rileva che “la rete dei servizi territoriali deve assumere il ruolo di luogo in cui avviene la massima integrazione tra tutti i fattori che concorrono alla promozione e alla tutela della salute”. Assume rilievo centrale l'integrazione sociosanitaria, che il piano sviluppa con particolare riferimento ai distretti. Sono previsti i servizi integrati territoriali (SIT), dedicati alle patologie di rilevanza sociale che si rivolgano almeno alle seguenti aree di problemi: patologie croniche; tutela materno infantile; tutela dell'handicap; tutela della salute delle attività sportive.

MARCHE

Il Piano sanitario della Regione Abruzzo prevede, in attuazione del Psn 1998-2000, la stipula di un patto di solidarietà per la salute, concernente i diversi soggetti interessati dentro e fuori il sistema sanitario (cittadini, operatori, altri settori di intervento, comunità locali, volontariato, erogatori, mondo della comunicazione). Il Piano sviluppa principalmente gli aspetti dell'integrazione sociosanitaria, con indicazioni generali per l'attuazione (accordi di programma di cui alla legge n. 142/1990; piano di zona dei servizi sociali elaborato con il concorso delle aziende USL, realizzazione di specifiche azioni per l'integrazione, sulla base delle norme regionali).

ABRUZZO

Il Piano sanitario della Regione Sicilia indica l'integrazione sociosanitaria come priorità e stabilisce le linee direttrici generali perché essa si realizzi nell'ambito del distretto. L'intersettorialità degli interventi non appare, tuttavia, la linea direttrice per la costruzione del

SICILIA

presenti ambiti di intervento non unicamente sanitari, come quelli connessi all'ambiente. È prevista l'istituzione della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria regionale.

IL QUADRO LEGISLATIVO DI RIFERIMENTO

I recenti cambiamenti del Servizio sanitario nazionale si stanno muovendo lungo alcune linee di azione, tracciate, in particolare, nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 (il patto di solidarietà per la salute), nell'attuazione del federalismo fiscale (d.lgs. n. 56/2000), dal patto di stabilità, dal d.lgs. n. 229/1999 di riforma sanitaria, dall'atto di indirizzo sull'integrazione sociosanitaria, dalla riforma dei servizi sociali (legge n. 328/2000, di recente approvazione).

La delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale ha garantito sostanziale continuità al processo di riforma avviato nel 1978 con la legge n. 833 e i successivi decreti legislativi n. 502/1992 e n. 517/1993. Ha fatto propria la logica di un processo di trasformazione graduale, fortemente radicato sui principi e i valori della dignità della persona, della solidarietà, della eguaglianza dei cittadini, della promozione dei diritti dei soggetti deboli, della partecipazione alle scelte e della valutazione dei risultati di salute.

Questi valori sono oggi interpretati dal Psn 2001-2003 in un quadro di maggiore responsabilizzazione delle regioni e degli enti locali e con un forte impegno di solidarietà istituzionale e sociale.

Punti qualificanti delle trasformazioni sono: la valorizzazione del Servizio sanitario nazionale, la programmazione sanitaria (nazionale, regionale e locale), l'impegno a garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza, la regionalizzazione e la aziendalizzazione, il potenziamento del ruolo dei comuni nella programmazione e valutazione dei risultati di salute, l'accreditamento, il potenziamento dei distretti, l'integrazione sociosanitaria, lo sviluppo di nuove competenze direzionali.

Il passaggio da politiche sanitarie a politiche per la salute è la chiave interpretativa per comprendere i cambiamenti in atto che valorizzano i diversi centri di responsabilità, collegando le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, in una logica di continuità assistenziale, qualificando i rapporti tra i diversi soggetti pubblici e privati, promuovendo le diverse responsabilità pubbliche e private nelle comunità locali.

Con l'approvazione del d.lgs. n. 229/1999 si è aperta una nuova stagione per il Servizio sanitario nazionale, fortemente impegnato nella ricerca della qualità, di una maggiore trasparenza nei percorsi, in un utilizzo efficiente ed efficace delle risorse.

Già il Psn 1998-2000 aveva definito in modo nuovo le priorità, gli obiettivi di salute, la caratterizzazione dei livelli essenziali di assistenza, le questioni strategiche rappresentate dai traguardi europei, dall'innovazione tecnologica, dalla sicurezza, dallo sviluppo delle risorse umane, dall'integrazione sociosanitaria, dallo sviluppo dell'assistenza distrettuale, dall'appropriatezza, dalla ricerca.

alle potenzialità messe a disposizione dalla legislazione recente. In particolare il principale fattore di continuità e di innovazione è la valorizzazione e lo sviluppo dei sistemi sanitari regionali, in un quadro di trasformazione solidale e federalista dello stato sociale.

Per questo gli sforzi vanno concentrati nella ricerca di soluzioni efficaci per integrare le responsabilità regionali con quelle degli enti locali, dando ulteriore impulso ai processi di aziendalizzazione, potenziando l'integrazione sociosanitaria e qualificando l'offerta, cioè dando maggiori garanzie alle persone, alle famiglie e alle comunità locali.

II LE STRATEGIE PER LA SALUTE

INTRODUZIONE

La stagione dei diritti umani e sociali è stata avviata condividendo i valori etici della “Dichiarazione Universale dei Diritti Umani” (Onu, 1948). Su quelle premesse i sistemi sanitari pubblici, soprattutto in Europa, si sono sviluppati con comuni strategie economiche e gestionali, pur partendo da diverse concezioni di welfare, investendo per garantire alla popolazione equità, universalità e sostenibilità dei sistemi, in un logica di promozione della salute e del benessere.

La nuova visione si basa sulla integrazione delle politiche sanitarie, economiche, sociali, ambientali e produttive che, congiuntamente, possono meglio garantire i risultati attesi di salute, prevenire e ridurre le disuguaglianze che rappresentano uno dei problemi di interesse mondiale su cui i diversi paesi si stanno misurando per condividere soluzioni affidabili.

Il presente Piano propone una strategia organica che a partire da un sistema sanitario altamente integrato, collabora con altri settori, apparentemente distinti, ma che per il loro impatto sulle condizioni di vita influenzano talora in modo determinante la salute delle persone e assumono particolare rilievo nella definizione delle priorità non solo di politica sanitaria, ma anche di politica sociale, del lavoro, della casa, dell’istruzione, dell’ambiente, dei trasporti. Tale strategia complessiva permette un maggiore controllo dei determinanti sanitari, sociali, economici e ambientali, favorendo il miglioramento delle misure di prevenzione e di promozione della salute, che rappresentano i cardini della politica sanitaria dei diversi paesi.

Gli obiettivi di salute di seguito indicati nascono dall’analisi epidemiologica della popolazione italiana e tengono conto dei risultati dei precedenti Piani sanitari nazionali (1994-1996 e 1998-2000). Essi sono documentati nella Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2000 e nel Rapporto “Salute in Italia nel 21° secolo” predisposti dal Ministero della sanità. Tengono inoltre conto degli obiettivi fissati dall’Unione Europea (“nuovo programma d’azione comunitario nel settore della sanità” 2001-2006) e dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (“Health 21 - Salute per tutti nel XXI secolo”). Tengono infine conto dei principi sanciti dalla “Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea” approvata nel recente vertice di Nizza (dicembre 2000).

Per ogni obiettivo sono di seguito presentati i dati attuali, i risultati attesi e le azioni per conseguirli nel triennio, tenendo conto che, in certi casi, la definizione degli obiettivi è basata su parametri di breve-medio periodo anche se la natura dei problemi da affrontare richiederebbe una programmazione di più ampio respiro.

OBIETTIVI DI SALUTE

MIGLIORARE IL CONTESTO AMBIENTALE

Clima

Esiste una connessione diretta tra condizioni climatiche e stato di salute. Gli indici di conforto o di disagio climatico dipendono in generale dalla temperatura dell'ambiente, dal contenuto di vapore d'acqua e dalla intensità del vento. Tali indici vengono usati a volte per definire le zone climatiche dal punto di vista medico-sanitario.

IL PROBLEMA

Il clima di una zona risulta fortemente modificato dalla presenza di una città: tutti i parametri che caratterizzano il clima risultano alterati. La temperatura è modificata dall'isola urbana di calore e risulta tanto più elevata quanto più grande è la città. Anche l'incidenza delle radiazioni solari è modificata a causa dell'effetto schermante degli aerosol, presenti in grandi quantità nell'aria delle città. Infine, a causa dell'alta concentrazione della popolazione è molto più facile il contagio ed il diffondersi di epidemie.

Come è ben noto, il problema sul quale maggiormente si concentra l'attenzione dei climatologi è la previsione del cambiamento climatico che potrebbe prodursi a causa del potenziamento antropico dell'effetto serra.

Un impatto notevole potrebbero avere le onde di calore, che, a causa dell'aumento della temperatura, potrebbero manifestarsi in modo più frequente e più intenso, causando un aumento della morbilità e mortalità specie nelle persone in età avanzata e/o affette da cardiopatie. È bene accertata, anche in assenza di studi epidemiologici ad hoc, la correlazione tra brusche variazioni di temperatura e situazioni di malessere generalizzato con impatto particolare su persone affette da cardiopatie. A titolo di esempio, uno studio degli anni '80 sulle onde di calore nel Mediterraneo, riporta che in occasione dell'evento occorso tra il 13 luglio ed il 2 agosto del 1983 solo a Roma sono state registrate 450 morti in eccesso rispetto alla media del periodo considerato.

Altri effetti potrebbero derivare dall'aumento della radiazione solare UV-B, in arrivo sulla superficie terrestre a causa sia del cambiamento climatico sia della deplezione dell'ozono stratosferico. La radiazione solare è responsabile, specie per la componente UV, di diverse affezioni cutanee, che vanno dall'eritema al cancro della pelle. Gli studi eseguiti indicano una maggiore incidenza di queste malattie nelle regioni dove più elevata è l'incidenza della radiazione UV. Un'altra malattia, collegabile a questo tipo di radiazione, è la cataratta che si manifesta in genere in età avanzata, ma che, come risulta da alcuni studi condotti in varie regioni del mondo, sembra essere favorita dalla esposizione alla radiazione solare; la radiazione UV-B può indurre reazioni fotochimiche in atmosfera con formazione di composti organici, dannosi per la salute, e di ozono troposferico (smog fotochimico), la cui nocività è ben documentata.

derivare seri danni alla produzione agricola con conseguente diminuzione delle disponibilità di alimenti ed aumento delle malattie legate alla malnutrizione.

Occorre, in questa prospettiva una intensificazione delle ricerche e degli studi di settore. In particolare, in relazione al cambiamento previsto, il Panel Intergovernativo sui Cambiamenti Climatici - costituito da due Agenzie delle Nazioni Unite - fissa alcuni indirizzi di attività da promuovere nei prossimi anni:

GLI OBIETTIVI

- effettuare ricerche sull'effetto del riscaldamento globale e sui trends stagionali delle maggiori cause di malattia e mortalità;
- valutare l'incidenza delle prevalenti cause di morte nei paesi industrializzati e in via di sviluppo;
- effettuare ricerche sull'effetto del riscaldamento globale, sulle onde termiche (calde e fredde) e valutare la capacità di adattamento specialmente tra le fasce di popolazione particolarmente vulnerabile come gli anziani;
- effettuare ricerche sull'impatto del riscaldamento globale sull'inquinamento dell'aria, delle acque e del terreno e indagini sulla incidenza di morbilità e mortalità delle popolazioni esposte a singoli episodi o cronicamente;
- studiare l'effetto del riscaldamento globale sul ciclo dell'acqua e sulle precipitazioni e valutare le risorse idriche disponibili per usi igienici, irrigui e potabili;
- studiare l'effetto del riscaldamento globale sui processi di trasporto di virus e batteri (vector borne diseases) e stimare l'incidenza di queste malattie;
- monitorare la radiazione UV-B in relazione alla deplezione dell'ozono per determinare la dose assorbita ed effettuare studi epidemiologici per valutare la crescita dell'incidenza dei casi di cataratta, affezioni cutanee e cancro della pelle;
- valutare il rischio di riduzione di risposta immunitaria ai vaccini ed alle malattie infettive a causa dell'aumento della radiazione UV-B.

LE AZIONI

Dati climatici continui, omogenei, attendibili e rappresentativi non sempre sono disponibili ed anche gli studi epidemiologici sono del tutto insufficienti per stabilire correlazioni che possano essere interpretate in termini di connessione causale tra fattore climatico e patologia. Infatti, stabilire una correlazione tra un dato andamento del clima e un tipo di malattie non significa affatto aver individuato un rapporto causa-effetto, poiché la malattia può dipendere da altri fattori ed il clima può semplicemente favorirne l'insorgere. Un esempio tipico è rappresentato dalle epidemie di influenza che si registrano nel nostro Paese agli inizi della stagione fredda.

Aria

importante fattore di rischio per la salute. Sulla base dei più recenti studi epidemiologici, l'inquinamento atmosferico nelle grandi aree urbane del Paese ha un impatto sanitario rilevante in termini di mortalità generale, ricoveri ospedalieri per cause cardiovascolari e respiratorie e prevalenza di malattie respiratorie in età pediatrica.

Stime recenti, inoltre, attribuiscono all'inquinamento atmosferico di tipo urbano un ruolo significativo nell'etiologia del cancro del polmone.

Anche la qualità dell'aria negli ambienti confinati ha importanti ripercussioni per la salute se si considera che in Italia, come negli altri paesi industrializzati, la popolazione trascorre una parte rilevante del tempo in luoghi chiusi (abitazioni, luoghi di lavoro, mezzi di trasporto). Il rischio espositivo risulta di maggiore gravità per i gruppi più suscettibili quali i bambini, gli anziani e le persone già affette da patologie croniche. In particolare, l'esposizione a fumo di tabacco è associata ad un maggior rischio di tumore polmonare, aumenta il rischio di malattie cardiovascolari ed è responsabile di una quota rilevante delle malattie respiratorie dell'infanzia, inclusa l'asma bronchiale.

Il gas radon, principale sorgente dell'esposizione della popolazione a radiazioni ionizzanti, è un cancerogeno a cui si attribuisce un numero rilevante di tumori polmonari nel Paese. Molti materiali da costruzione e 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.

Inoltre, il clima caldo-umido presente nelle 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" (Sick Building Syndrome).

Gli obiettivi fissati per il triennio:

GLI OBIETTIVI

- miglioramento della qualità dell'aria nelle aree urbane ed in prossimità dei complessi industriali;
- prevenzione degli effetti sulla salute e riduzione della prevalenza e/o incidenza delle malattie correlate all'inquinamento;
- riduzione dell'esposizione della popolazione al fumo passivo;
- incentivazione della costruzione e della ristrutturazione di edifici e di ambienti igienicamente sani.

Per il raggiungimento degli obiettivi, occorre intraprendere le seguenti azioni:

LE AZIONI

- adottare un piano nazionale per il monitoraggio degli inquinanti urbani, per lo studio del loro impatto sulla salute e per la valutazione dell'efficacia delle politiche e delle strategie preventive proposte;
- adottare misure restrittive del traffico veicolare privato nelle

energetiche alternative;

- applicare e sviluppare tecnologie per la riduzione di emissioni industriali, veicolari, domestiche;
- incentivare la riconversione dei sistemi di riscaldamento domestico, al fine di utilizzare combustibili meno inquinanti;
- effettuare interventi di bonifica dell'amianto, già previsti dalla legge n. 257/1992;
- adottare provvedimenti restrittivi del fumo negli ambienti di vita e di lavoro ed avviare campagne di sensibilizzazione sulla rilevanza sanitaria dell'esposizione al fumo passivo;
- predisporre un programma nazionale di azione per il radon per limitare l'esposizione negli ambienti di lavoro e negli ambienti di vita, anche attraverso la raccolta standardizzata dei dati.

Acqua

Oltre il 90% della popolazione italiana riceve l'acqua potabile tramite acquedotto. L'approvvigionamento viene effettuato in gran parte tramite Enti pubblici. Gli acquedotti sono circa 13.000 di cui 1.600 con bacino di utenza superiore a 5.000 abitanti.

IL PROBLEMA

Circa l'80% delle acque distribuite è sotterranea e circa il 20% è superficiale. In Italia, come in tutti gli altri Paesi ad alto standard igienico, sono scomparse le epidemie idriche da patologie di tradizionali patogeni primari, quali Salmonella, Shigella e Vibrio, ma attraverso l'acqua potabile e gli alimenti la popolazione è esposta a residui di antiparassitari con possibilità di effetti a lungo termine sulla salute.

La presenza di nitrati nell'ambiente e quindi nelle acque è legata all'uso estensivo di fertilizzanti azotati per l'agricoltura, ai rifiuti azotati provenienti dagli allevamenti di animali e agli scarichi fognari urbani.

In Italia oltre l'80% delle acque distribuite dagli acquedotti vengono disinfettate utilizzando come agenti disinfettanti, prevalentemente, il cloro gassoso, l'ipoclorito di sodio ed il biossido di cloro. Pertanto, una grande percentuale della popolazione italiana, stimabile in oltre 40 milioni di persone, è potenzialmente esposta ai sottoprodotti della disinfezione, seppure a bassi livelli. L'associazione fra consumo di acqua clorata e generici effetti negativi sulla salute non può per ora considerarsi provata, ma rappresenta un'ipotesi sostenuta da un insieme di indizi di un certo rilievo.

Complessivamente in Italia circa l'80% del carico inquinante di origine urbana viene raccolto nei sistemi fognari: di questo, circa il 62% viene avviato agli impianti di depurazione mentre circa il 18% viene rilasciato nei corpi idrici senza alcun trattamento. Il rimanente 20% deriva da insediamenti civili senza fognatura (piccoli centri, nuclei isolati), ma anche da periferie urbane con fenomeni di urbanizzazione .

SCARICHI LIQUIDI E LORO TRATTAMENTO

Gli studi epidemiologici, svolti per verificare il rischio correlato alle

aumentato per gastroenteriti ed infezioni micotiche della cute e delle mucose associato ad inquinamento biologico delle acque di balneazione.

Obiettivi del presente Piano sono:

GLI OBIETTIVI

- garanzia della disponibilità di acqua potabile e riduzione dell'inquinamento delle acque di falda, dei fiumi, laghi e mari da processi di contaminazione urbana ed industriale;
- intensificazione dell'attività di sorveglianza e di controllo dei contaminanti chimici, fisici e biologici delle acque di superficie e di falda;
- prevenzione della contaminazione microbiologica delle acque potabili;
- miglioramento progressivo della qualità ambientale e delle acque di balneazione in relazione alle misure di prevenzione e tutela della salute pubblica.

Le azioni da intraprendere sono:

LE AZIONI

- incrementare la disponibilità di acqua potabile per abitante, laddove carente, e aumentare la percentuale di popolazione servita da acquedotto;
- incrementare le attività di tutela delle acque. Azioni preventive possono riguardare, oltre un adeguato trattamento delle acque all'entrata in rete, anche una gestione volta ad evitare i fenomeni di ristagno di acqua nelle condotte e la rilevazione di segnali d'attenzione, quali concentrazioni elevate di microrganismi eterotrofi e presenza discontinua di coliformi;
- verificare il rispetto delle quantità massime di residui di sostanze attive dei prodotti fitosanitari nelle acque destinate a consumo umano;
- ridurre l'esposizione da clorazione dell'acqua, con il miglioramento delle tecnologie acquedottistiche e l'ottimizzazione della gestione;
- incrementare l'avviamento alla depurazione dei carichi inquinanti depurabili;
- trattare tutti gli scarichi, urbani e non, ed incrementare un'adeguata progettazione ed implementazione degli impianti di depurazione;
- censire gli scarichi, in modo regolare e continuativo.

Alimenti

Il regime alimentare e gli alimenti che lo costituiscono influiscono sullo stato di salute non solo in relazione alla rispondenza sul piano nutrizionale agli standard raccomandati, ma anche ai requisiti globali di qualità.

IL PROBLEMA

La ricerca della qualità in ogni settore della filiera agroalimentare può contribuire in maniera determinante al miglioramento delle caratteristiche di igienicità dei prodotti alimentari. La salubrità degli alimenti è condizionata infatti da numerosi fattori che investono le

cottura e assunzione dei cibi da parte del consumatore); se uno qualunque dei passaggi sopra elencati non si svolge in modo corretto, aumentano le probabilità di rischi per la salute. Effetti negativi possono manifestarsi a distanza di anni a seguito della presenza negli alimenti di contaminanti o, entro breve termine, se si tratta di una contaminazione microbica che può determinare episodi di tossinfezione alimentare.

Costituiscono obiettivi del presente Piano:

GLI OBIETTIVI

- attenzione costante all'igiene della produzione degli alimenti di origine animale, attraverso interventi di tipo diversificato in relazione a differenti situazioni riscontrabili sul territorio nazionale e alle specifiche normative di settore;
- miglioramento dei processi e delle modalità di commercializzazione dei prodotti agricoli che abbiano un impatto sull'ambiente, attraverso una serie combinata di interventi. Obiettivi specifici sono: la modernizzazione delle strutture produttive, la riduzione dei costi attraverso l'introduzione di nuove tecnologie e l'aumento delle risorse per l'ambiente tramite la produzione biologica.

In Italia il sistema di gestione e di monitoraggio della sicurezza alimentare garantisce l'applicazione del complesso delle norme dell'Unione Europea ed introduce, nell'ambito degli spazi definiti dal principio della sussidiarietà, alcuni elementi di ulteriore controllo e sicurezza degli alimenti. L'obiettivo è quello di incrementare nel tempo l'operatività e l'efficienza di tale sistema al fine di adeguare il livello di sicurezza alimentare e di protezione del consumatore agli indirizzi forniti dal Libro bianco della Commissione Europea.

Per la promozione dei migliori standard di qualità igienica, appare opportuno pervenire ad una piena armonizzazione delle attività di controllo delle autorità sanitarie con l'attività preventiva derivante dall'autocontrollo svolta sull'intera filiera alimentare, dal produttore al consumatore finale.

Le azioni da perseguire sono:

LE AZIONI

- migliorare l'attività relativa allo scambio rapido di informazioni sulla sicurezza alimentare, attraverso il sistema di allerta nazionale e comunitario, con particolare riferimento ai prodotti alimentari di importazione;
- monitorare la qualità igienico-sanitaria degli alimenti somministrati in ambito di ristorazione pubblica e collettiva;
- verificare l'attività di autocontrollo da effettuare su tutta la filiera alimentare;
- attivare sistemi di sorveglianza delle tossinfezioni alimentari con adeguate indagini epidemiologiche dopo ogni episodio;
- formare gli operatori che provvedono alla manipolazione o alla preparazione degli alimenti, soprattutto nell'ambito delle comunità;

- definire protocolli operativi destinati al monitoraggio dei nuovi alimenti.

Radiazioni

La normativa vigente, sviluppata negli ultimi anni, è stata adeguata alle conoscenze scientifiche attuali, in linea con gli obiettivi del precedente Psn; è tuttavia ancora presente una carenza di informazioni sia tra gli operatori del settore che tra la popolazione. È quindi necessario diffondere una corretta conoscenza delle tematiche e dei problemi posti dalle radiazioni (ivi comprese le radiazioni ultraviolette, la cui cancerogenicità è accertata), per consentire un utilizzo consapevole delle nuove tecnologie.

IL PROBLEMA

Le problematiche inerenti alle radiazioni non ionizzanti, non sono meno rilevanti e sono molto sentite dalla popolazione, anche se sono ancora sotto giudizio l'esistenza e la rilevanza sanitaria degli effetti a lungo termine delle radiazioni elettromagnetiche ad alta frequenza.

Gli obiettivi del Piano sono:

GLI OBIETTIVI

- miglioramento del livello di protezione della popolazione e dei lavoratori dall'esposizione a radioisotopi, in particolare il radon, presenti nelle matrici ambientali, negli alimenti, nelle acque;
- riduzione delle esposizioni a radiazioni ionizzanti conseguenti a pratiche sanitarie;
- riduzione delle esposizioni della popolazione e dei lavoratori a radiazioni non ionizzanti;
- smaltimento in sicurezza dei rifiuti radioattivi.

Le azioni da perseguire nel triennio sono:

LE AZIONI

- potenziare e coordinare la rete di rilevazione regionale della radioattività; acquisire, elaborare, valutare, utilizzare e diffondere i dati rilevati;
- coordinare le azioni di vigilanza intraprese dagli organismi nazionali competenti in materia;
- predisporre le informazioni preventive e le schede operative per l'emergenza radiologica da fornire alla popolazione;
- valutare e risolvere i problemi connessi allo smaltimento in sicurezza dei rifiuti radioattivi;
- condurre campagne di educazione sanitaria volte alla prevenzione degli effetti dannosi delle radiazioni ultraviolette.

Rifiuti

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

IL PROBLEMA

Il rischio per la salute si manifesta quando risultano assenti o inadeguati i processi di raccolta, trasporto, stoccaggio, trattamento o smaltimento finale, nonché quando lo smaltimento avviene senza il rispetto di norme sanitarie rigorose.

Gli obiettivi per il prossimo triennio sono:

GLI OBIETTIVI

- adozione di un regime di raccolta e di smaltimento dei rifiuti urbani ed industriali che minimizzi i rischi per la salute dell'uomo ed elimini i danni ambientali;
- riduzione della produzione di rifiuti;
- incentivazione della gestione ecocompatibile dei rifiuti.

Le azioni da intraprendere:

LE AZIONI

- riciclare e reimpiegare i rifiuti, regolamentandone il trasporto e ottimizzandone lo smaltimento finale;
- promuovere azioni di risanamento delle discariche e di bonifica ambientale;
- incrementare le attività di monitoraggio e di tutela ambientale relative all'individuazione delle discariche abusive;
- favorire lo sviluppo e l'applicazione di tecnologie e prodotti puliti per il trattamento dei rifiuti.

PROMUOVERE COMPORAMENTI E STILI DI VITA PER LA SALUTE

Dati nazionali e regionali

Gli ultimi anni hanno visto un considerevole sviluppo di sistemi informativi e studi dedicati al tema salute, così che oggi è resa disponibile una mole di dati, certamente ancora incompleta per una corretta programmazione, ma notevolmente maggiore di quella disponibile per il precedente Psn.

Compito del Psn non è quello di offrire un quadro completo dei dati disponibili, compito demandato alla Relazione sullo stato di salute del Paese, ma di riportare quelli che consentano di inquadrare i problemi ed eventualmente misurare le differenze attese.

La disaggregazione di dati per ambito territoriale, con 21 fra regioni e province autonome ed un'ampia variabilità delle popolazioni, necessariamente amplifica l'errore delle stime, così che differenze apparenti spesso non sono statisticamente significative. D'altra parte lo stato di salute ed i suoi fattori di rischio non differiscono significativamente tra regioni limitrofe.

Per questi motivi in talune presentazioni si troveranno regioni aggregate per macro aree.

Su richiesta del Ministero della sanità, l'ISTAT ha ampliato il campione della periodica indagine multiscopo sugli italiani in modo da avere dati rappresentativi per ciascuna regione, includendo, inoltre,

del proprio stato di salute.

Nei capitoli che seguono sono riportate le percentuali di persone che hanno dichiarato un proprio comportamento a rischio o una patologia cronica. Questi dati sono riportati anche in cartine geografiche per regione.

Poiché ogni intervistato ha dichiarato una o più condizioni morbose, il numero di eventi non corrisponde al numero di individui.

Dato il carattere preliminare delle informazioni disponibili quanto riportato non pretende di essere una stima puntuale, ma uno stimolo informativo.

Alimentazione e nutrizione

Lo sviluppo politico e socio-economico assicura oggi una abbondante quantità di cibo. La speranza di vita continua a crescere in tutti gli Stati dell'Unione Europea, anche in relazione a questa disponibilità.

IL PROBLEMA

Nonostante ciò, le conoscenze scientifiche attuali riconoscono che l'incidenza di molte patologie croniche è legata alla dieta e, più in generale, agli stili di vita e che alimentazione e nutrizione costituiscono uno tra i più importanti determinanti di salute.

Nella seconda metà di quest'ultimo secolo, nel mondo occidentale, l'obesità è drasticamente aumentata.

Dall'indagine multiscopo ISTAT risulta che poco meno del 50% dei maschi di diciotto anni ed una percentuale analoga di donne non soffrono di obesità, mentre quasi il 40% dei maschi ed il 35% delle donne soffrono di obesità di primo grado con differenze geografiche lievi nei maschi (38% Italia Nord-occidentale, 44% Italia meridionale) e tra le donne (30% Italia Nord-occidentale e 39% Italia meridionale); meno del 10% della popolazione adulta controlla il peso almeno una volta a settimana.

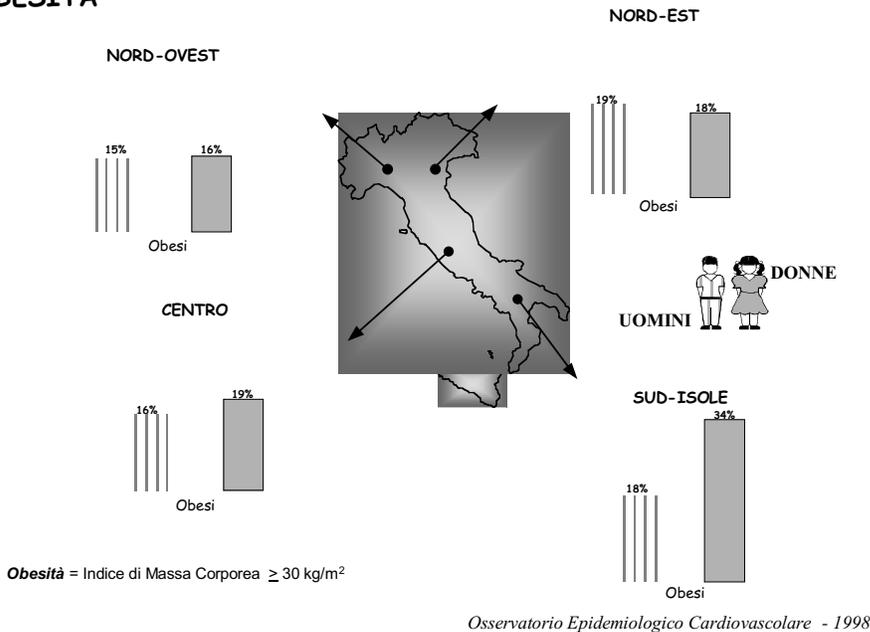
Un confronto con analoghi dati del 1994 mostra un aumento degli obesi, specialmente nella classe di età tra i 40 e i 50 anni.

I dati sono confermati dalla rete degli Osservatori epidemiologici cardiovascolari presenti in 44 centri in tutto il Paese.

La figura 1 mostra la prevalenza dell'obesità per area geografica.

Figura 1

OBESITA'



Il BMI (Body Mass Index) è correlato linearmente con la mortalità in entrambi i sessi.

In particolare si stima che il sovrappeso, l'obesità e la inattività fisica siano implicati nella aumentata incidenza di:

- alcuni tipi di neoplasie (carcinoma mammario e carcinoma dell'endometrio nelle donne; carcinoma del colon negli uomini);
- diabete mellito tipo 2 negli anziani di entrambi i sessi;
- malattie cardiovascolari (cardiopatia ischemica coronarica);
- artrosi e osteoporosi e loro conseguenze, comprese le fratture di femore negli anziani;
- litiasi biliare;
- sindrome delle apnee notturne;

e nella spiegazione di almeno un terzo delle morti premature dovute alle malattie cardiovascolari (CVD).

I fattori dietetici sono anche legati all'incidenza della carie dentaria, alla deficienza di ferro e ai disordini dovuti alla deficienza dello iodio.

Le malattie connesse alla alimentazione sono diffuse in gran parte della popolazione e non soltanto in gruppi ad alto rischio. La strategia ottimale deve dunque riguardare l'intera popolazione, piuttosto che focalizzare l'attenzione soltanto su coloro che già sono ammalati o sono a rischio.

Inoltre, l'approccio dietetico da solo fornisce risultati soltanto nel breve-medio termine, ma non nel lungo periodo.

Nel nostro Paese uno dei problemi da affrontare riguarda i disordini alimentari, in quanto sovrappeso ed obesità derivano dallo squilibrio

quotidiana: il ruolo dell'educazione alimentare diventa perciò di primaria importanza nel far riscoprire l'arte di alimentarsi bene al fine di mantenere un soddisfacente stato di salute.

Gli obiettivi che il presente Piano si propone di raggiungere sono:

GLI OBIETTIVI

- riduzione del sovrappeso e dell'obesità;
- riduzione dell'obesità nei bambini.

Questi obiettivi non sono perseguibili in modo misurabile in tempi brevi; perché siano visibili differenze significative nella proporzione di popolazione di obesi, sono necessarie modifiche culturali sui tempi medio lunghi (5-10 anni).

In termini nutrizionali le raccomandazioni principali per la popolazione sono le seguenti:

- l'introito energetico totale deve essere tale da mantenere il BMI pari a 21-22 kg/m²;
- la percentuale di energia derivante da grassi deve essere inferiore al 30%, quella da grassi saturi di origine animale deve essere inferiore al 10%;
- la percentuale di energia derivante da carboidrati deve essere superiore al 55%, quella derivante da zuccheri semplici deve essere inferiore al 10%;
- la percentuale di energia derivante da proteine deve essere compresa tra il 10 e il 15%.

L'aspetto positivo di esprimere le azioni in termini di nutrienti è che esse possono essere attuate tramite una ampia scelta di profili alimentari, coerenti con la consuetudine della popolazione e che tengano conto dei fattori culturali e socio-economici.

Inoltre le raccomandazioni nutrizionali vengono completate dalle seguenti ulteriori indicazioni:

- il consumo di frutta e verdura deve essere di oltre 400 grammi al giorno;
- il consumo di fibre alimentari deve essere maggiore di 25 grammi al giorno;
- il consumo di sale (sodio) deve essere minore di 6 grammi al giorno;
- il consumo di alcol deve essere inferiore ai 2 bicchieri di vino al giorno per le donne ed inferiore a 3 bicchieri per gli uomini;
- il livello di attività fisica raccomandato è pari a 60-80 minuti di cammino al giorno;
- il periodo di allattamento al seno deve essere di almeno 6 mesi;
- il consumo di latte e formaggio deve essere favorito nel periodo infantile ed adolescenziale;
- deve essere aumentato il consumo di pesce e ridotto quello di carni rosse.

In termini di gruppi di alimenti, le Linee Guida per una sana alimentazione italiana dell'Istituto nazionale per la ricerca su

- 1-2 porzioni al giorno di latte e derivati (latte, yogurt, formaggio fresco o stagionato);
- 1-2 porzioni di carne o pesce o uova o legumi;
- 2-4 porzioni di cereali e tuberi (pane, prodotti da forno, pasta, riso, patate);
- 3-5 porzioni di ortaggi e frutta per l'azione antiossidante;
- 1-3 condimenti intesi come 10 grammi di olio, burro o margarina.

Le azioni da intraprendere sono:

- incoraggiare lo sviluppo, la realizzazione e la valutazione di strategie rivolte ad una nutrizione sana e ad un incremento della attività motoria dei cittadini, sulla base di azioni che siano compatibili con i bisogni e le attitudini culturali della popolazione;
- individuare strategie per la nutrizione e per lo sviluppo della attività motoria che siano specifiche per ogni gruppo di popolazione, specialmente per i gruppi deboli e per i gruppi difficilmente raggiungibili;
- condurre programmi di intervento educativo sulla popolazione obesa in trattamento che prevedano una ristrutturazione cognitiva e comportamentale tesa a modificare le abitudini alimentari e ad indurre uno stile di vita più attivo;
- in ambito sanitario: formare gli operatori sanitari per aumentare la loro conoscenza e la loro capacità di promuovere iniziative locali, investire perché gli operatori sanitari partecipino ai programmi dedicati al controllo ed alla modifica dei determinanti di salute;
- per quanto riguarda la scuola: inserire nei percorsi formativi nozioni relative alla nutrizione e alla attività motoria, integrare le mense scolastiche nel processo educativo, formare gli insegnanti, incentivare la scelta di alimenti sani, favorendo il coinvolgimento della famiglia e della comunità nel processo educativo per la nutrizione e l'attività fisica;
- nei luoghi di lavoro: incoraggiare ed aiutare i lavoratori e le loro organizzazioni nello sviluppo di interventi di educazione alimentare, favorendo la partecipazione dei lavoratori;
- per l'industria agro-alimentare: invitare a segnalare i vantaggi per la salute dei nuovi prodotti, ad esempio quelli a basso contenuto di grassi, indicandone le differenze rispetto agli alimenti tradizionali, in modo da attirare l'attenzione del pubblico;
- per il settore commerciale: incoraggiare la tendenza verso profili alimentari più salutari attraverso la struttura dei prezzi, la preparazione dei prodotti, le iniziative di etichettatura e la collaborazione con il mondo sanitario;
- incoraggiare, al fine di favorire scelte corrette da parte del pubblico, l'etichettatura nutrizionale di tutti gli alimenti, che dichiarino, in particolare, il contenuto di grassi totali - con le

LE AZIONI

Fumo

Il fenomeno del tabagismo è molto complesso per i suoi risvolti economici, psicologici, sociali e sanitari. **IL PROBLEMA**

Gli effetti nefasti del fumo delle sigarette sulla salute sono ormai ben documentati e non richiedono ulteriori argomentazioni. Il fumo, a causa della nicotina, crea dipendenza e il tabagismo è una malattia e come tale deve essere affrontato.

Il fumo attivo rimane la principale causa prevenibile di morbosità e mortalità nel nostro Paese, come in tutto il mondo occidentale.

Oggi, nel mondo, il tabacco uccide una persona ogni otto secondi; quattro milioni di persone ogni anno muoiono a causa del fumo.

È attribuibile al fumo il 90% delle morti per tumore polmonare, i due terzi delle morti per broncopneumopatia cronica e un quarto delle morti per malattie cardiovascolari. I rischi aumentano in modo proporzionale al crescere del numero di sigarette fumate ma appaiono parzialmente reversibili nel tempo: a 15 anni dall'interruzione dell'abitudine al fumo i rischi di morte degli ex-fumatori si avvicinano a quelli dei non fumatori.

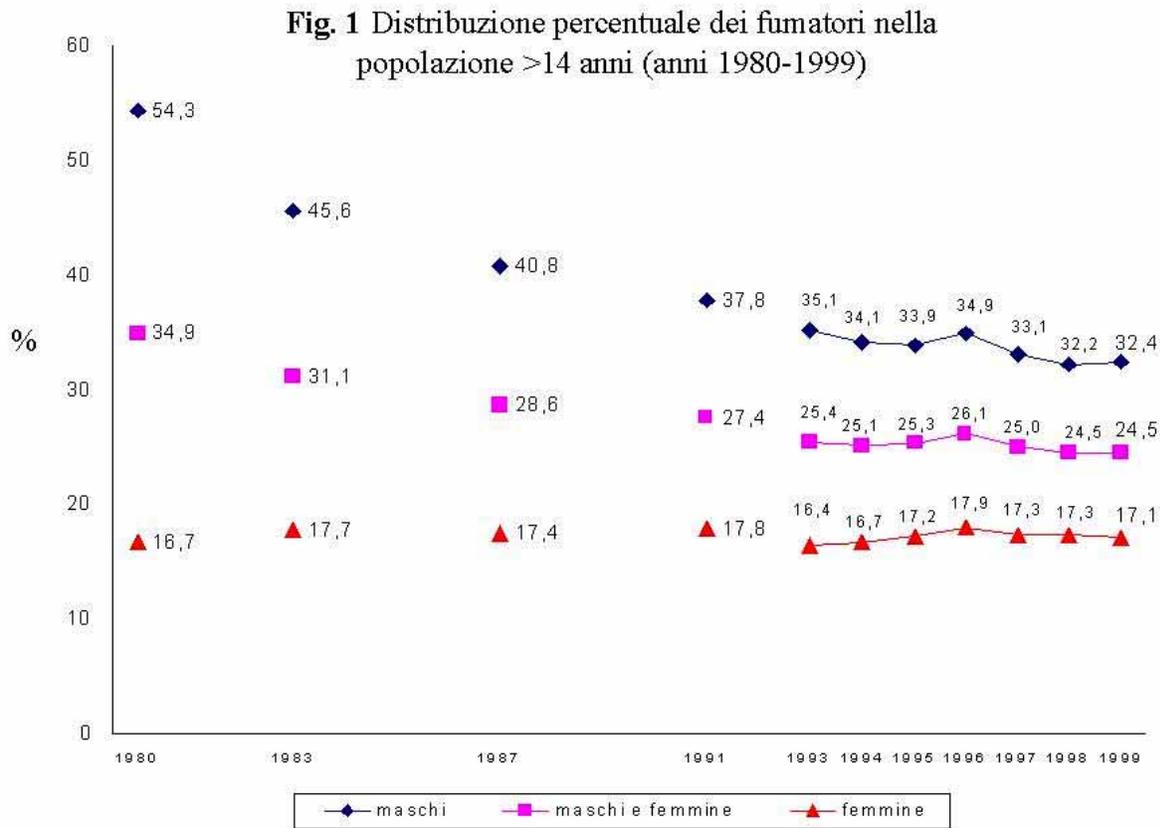
Chi fuma ha una probabilità tre volte superiore di essere colpito da infarto rispetto a chi non fuma e dieci volte superiore di morire di cancro ai polmoni.

Anche l'esposizione passiva al fumo di sigaretta costituisce un importante fattore di rischio; è stato osservato un aumento della frequenza di tumori polmonari, dell'infarto del miocardio e delle malattie delle vie respiratorie nei soggetti esposti a fumo passivo.

È inoltre ancora troppo elevata la percentuale di donne fumatrici specie quelle in età fertile e in gravidanza, con conseguente rischio per la salute del nascituro. Il fumo delle madri in gravidanza è infatti causa di riduzione del peso alla nascita, di gravi conseguenze per lo sviluppo della funzione respiratoria nonché di una quota significativa delle cosiddette "morti in culla".

In Italia, secondo dati ISTAT (Rapporto annuale 1999 - indagine multiscopo sulle famiglie), la prevalenza dei fumatori è del 24,5% nella popolazione maggiore di 14 anni (32,4% negli uomini e 17,3% nelle donne). È diminuito (Fig. 1) dal 1980 al 1999 il numero dei fumatori maschi, mentre è rimasta pressoché invariata la percentuale di donne fumatrici.

È inoltre interessante notare che negli ultimi 6 anni non si sono avute diminuzioni significative del numero dei fumatori.



Fonte: elaborazione ISS - Osservatorio su fuma, alcol e droga su dati ISTAT

Gli obiettivi del Piano sono:

- riduzione della quantità giornaliera di sigarette fumate;
- incremento degli interventi di prevenzione e dei trattamenti di disassuefazione;
- riduzione della prevalenza di fumatori di età superiore ai 14 anni al 15% per gli uomini ed al 10% per le donne;
- riduzione, fino a zero, della frequenza delle donne che fumano durante la gravidanza;
- riduzione della prevalenza dei fumatori fra gli adolescenti.

GLI OBIETTIVI

Azioni da intraprendere sono:

- promuovere campagne per aumentare la percezione individuale dei rischi da fumo;
- attuare interventi di educazione sanitaria, con particolare riferimento alla popolazione in età scolare, selezionando rigorosamente gli interventi di cui sia nota l'efficacia;
- sostenere azioni volte a favorire la disassuefazione dal fumo, coinvolgendo tutti gli operatori del Servizio sanitario nazionale;
- diffondere le evidenze scientifiche basate sull'efficacia delle strategie di prevenzione e degli interventi di cessazione dal fumo. Si ricorda come tra gli interventi preventivi con forte evidenza d'efficacia vi siano: il counseling del proprio medico o di altro

LE AZIONI

- disassuefazione dell'abitudine al fumo;
- promuovere iniziative volte alla limitazione del consumo di tabacco fra i minori di 16 anni;
- promuovere il rispetto del divieto di fumo nei locali pubblici e negli ambienti di lavoro;
- promuovere il divieto di fumo in gravidanza.

Alcol

La riduzione dei danni sanitari e sociali causati dall'alcol è, attualmente, una delle più importanti azioni di salute pubblica che gran parte degli Stati Europei si preparano a realizzare per migliorare la qualità della vita dei propri cittadini. **IL PROBLEMA**

Numerose evidenze italiane dimostrano che gli individui, ed i giovani in particolare, che consumano alcol risultano oggi più frequentemente inclini al fumo o all'abuso di droghe rispetto ai coetanei astemi; ciò porta ad un notevole aumento della probabilità di essere esposti a rischi o danni addizionali o addirittura esponenziali per comportamenti legati all'inconsapevolezza o all'inesperienza. L'uso di alcol agisce come "droga d'accesso" o "ponte" per gli individui più giovani, rappresentando una delle possibili modalità di approccio e di promozione, attuali e diffuse, ad altre sostanze illegali le cui conseguenze spesso si estendono ben oltre la salute e l'esistenza di chi beve.

Tale fenomeno è ben rappresentato dal numero degli utenti alcolodipendenti registrati in Italia nel 1998 dal Ministero della sanità presso i servizi o gruppi di lavoro per l'alcolodipendenza: 26.708 utenti alcolodipendenti (20.567 maschi, 6.141 femmine) di cui il 75,6% in età compresa tra i 30 e i 59 anni ed il 9 % circa compreso in età giovanili (19-29 anni). Tra gli alcolodipendenti il 15,9% fa anche uso di sostanze stupefacenti e il 7,2% di farmaci psicotropi.

Gli obiettivi per il triennio sono:

GLI OBIETTIVI

- riduzione del 20% della prevalenza di individui, uomini e donne, che consumano rispettivamente più di 40 gr. e 20 gr. di alcol al giorno;
- riduzione del 30% della percentuale di coloro che consumano bevande alcoliche al di fuori dai pasti;
- riduzione del 30% della prevalenza di uomini che bevono più di 1 litro di vino al giorno e di donne che bevono più di un litro di birra al giorno o loro alcolequivalenti;
- ritardo dell'età di avvio al consumo di alcolici da parte dei giovani;
- riduzione della prevalenza degli adolescenti, maschi e femmine, che consumano bevande alcoliche, con particolare riguardo a coloro che eccedono quantità moderate o che consumano fuori pasto.

Le azioni da intraprendere:

LE AZIONI

- comunità attraverso l'educazione pubblica o i mass media;
- organizzare campagne con i mass media per supportare le politiche che combattono i danni causati dall'alcol.
 - controllare la disponibilità di alcol durante i maggiori eventi pubblici e proibirla durante le attività di svago rivolte ai minorenni o durante eventi sportivi; promuovere politiche sull'alcol nei luoghi di lavoro basate sull'educazione, sulla prevenzione e sull'identificazione precoce e il trattamento degli alcolisti;
 - rafforzare le attuali misure in tema di alcol e guida;
 - promuovere una forte visibilità dell'uso del test dell'alcoemia su base casuale;
 - rivedere gli attuali limiti di alcoemia consentiti per la guida considerando la possibilità di abbassarli a 0,5 mg% e adottando il limite vicino allo zero per i neo patentati e per gli autisti di veicoli di trasporto;
 - limitare la pubblicità di bevande alcoliche e sorvegliare l'applicazione del codice pubblicitario nelle aree dove la pubblicità è permessa, per evitare l'enfatizzazione degli effetti dell'alcol e la presenza di giovani nella pubblicità di bevande alcoliche;
 - assicurare un approccio coordinato che coinvolga i servizi sociali, le organizzazioni del sistema giudiziario e i gruppi di volontariato, oltre ai servizi sanitari;
 - formare gli operatori dell'assistenza primaria sull'identificazione del bere a rischio o dannoso e sui relativi interventi brevi;
 - finalizzare risorse per l'adozione di strategie che incrementino accessibilità ed economicità degli interventi basati sull'assistenza primaria;
 - valorizzare e favorire la collaborazione con le reti di volontariato, quali i gruppi di auto-aiuto, le associazioni di operatori sanitari, i rappresentanti della società civile e le organizzazioni di consumatori.

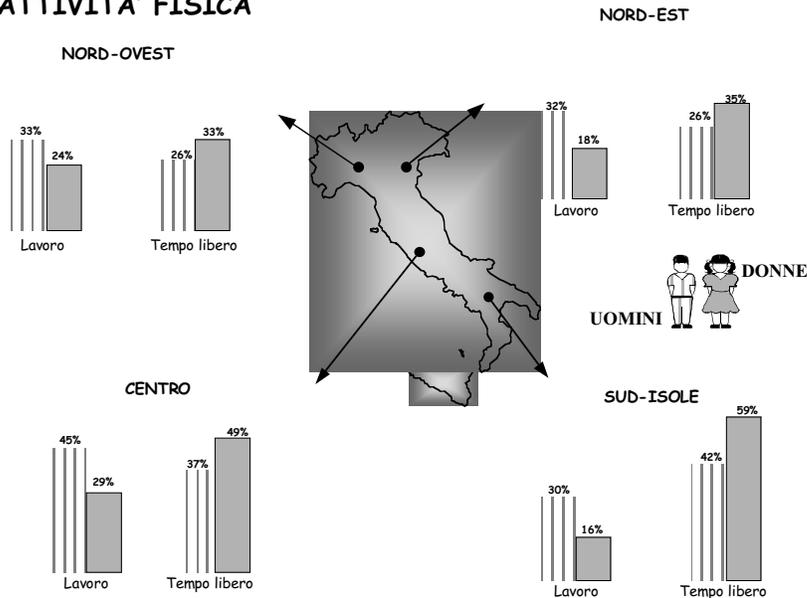
Attività fisica

Nell'ambito dell'adozione di stili di vita sani, l'attività fisica riveste un ruolo fondamentale. **IL PROBLEMA**

La figura 3 presenta la prevalenza di inattività fisica in macro aree italiane come registrata dall'Osservatorio Cardiovascolare Italiano.

Figura 3

INATTIVITA' FISICA



Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare - 1998

Il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare è stato ampiamente dimostrato soprattutto nei confronti delle patologie cardio e cerebrovascolari, di quelle osteoarticolari (in particolare l'osteoporosi), metaboliche (diabete), della performance fisica e della qualità di vita degli anziani. L'esercizio fisico regolare aiuta a controllare il peso corporeo, migliora la pressione arteriosa, riduce la frequenza cardiaca ed aumenta il benessere psicofisico.

La prevalenza di inattività fisica lavorativa nella fascia di età 35-74 anni è del 35% negli uomini e del 21% nelle donne.

La prevalenza di inattività fisica nel tempo libero nella fascia di età 35-74 anni è del 33% negli uomini e del 45% nelle donne.

Il dato trova conferma nell'indagine multiscopo ISTAT che dimostra che circa un terzo delle persone con più di 6 anni pratica una qualsiasi attività fisica e meno del 15% pratica uno sport in modo continuativo.

Obiettivi del presente Piano sono:

- l'incremento dell'attività fisica nella vita di ogni giorno per favorire il raggiungimento e il mantenimento del peso corporeo ideale e per migliorare la funzione cardiorespiratoria;
- l'incremento del livello di attività fisica nella vita di ogni giorno, al fine di migliorare lo stato di salute psico-fisico di tutti i soggetti, sia sani che affetti da patologie di tipo cronico-degenerativo.

GLI OBIETTIVI

Le azioni da intraprendere sono:

- coordinare lo sviluppo di iniziative, da attivare con il coinvolgimento delle organizzazioni del settore, per la promozione dell'attività fisica tra i più giovani. Un'attività fisica regolare significa praticare sport moderato per almeno 30

LE AZIONI

- incrementare e favorire l'attività fisica anche promovendo la realizzazione di infrastrutture sportive ed, in particolare, di quelle di base, quali percorsi attrezzati, piste ciclabili ed itinerari escursionistici;
- favorire l'attività fisica degli anziani facilitandone l'accesso agli impianti sportivi.

La tendenza ad un'attività fisico-sportiva nella popolazione sana o affetta da patologia cardiovascolare congenita o acquisita, richiede da parte del medico sempre maggiori conoscenze sia di fisiologia che di fisiopatologia e nello stesso tempo l'utilizzo di apparecchiature diagnostiche caratterizzate da affidabilità, innocuità ed alto contenuto tecnologico.

LA MEDICINA DELLO SPORT

La medicina dello sport dovrà quindi svilupparsi su campi di applicazione e di ricerca riguardanti:

- a) la valutazione di categorie "a rischio" per l'attività sportiva; nei soggetti affetti da cardiopatie congenite o acquisite, ipertensione, diabete, malattie respiratorie, sindromi alleliche, l'attività sportiva non è controindicata anzi può essere considerata un utile presidio "terapeutico". Dovranno essere disponibili mezzi di valutazione medico-strumentale in grado di permettere a questi soggetti di svolgere attività sportiva nel modo più sicuro.
- b) la valutazione degli effetti dell'attività fisica prolungata nei giovani in fase di accrescimento, negli anziani e nei soggetti obesi per prevenire eventuali effetti collaterali.
- c) la messa a punto di nuovi protocolli di valutazione medico-sportiva;
- d) la valutazione degli effetti dell'attività sportiva in funzione delle differenze di sesso.
- e) la valutazione dello stato di forma di atleti; per cogliere eventuali segni di sovrallenamento o cattivo allenamento, condizioni dannose.
- f) lo studio degli effetti dei farmaci usati nella medicina dello sport e la lotta al doping attraverso la ricerca e l'informazione nelle scuole e negli ambienti sportivi.

PREVENIRE, DIAGNOSTICARE E TRATTARE LE PRINCIPALI CAUSE DI PATOLOGIE

L'obiettivo III del presente Psn si propone di contrastare, attraverso interventi di prevenzione primaria e/o secondaria, le principali patologie che colpiscono la popolazione italiana e provocano il maggior carico di disabilità e di morte.

I criteri adottati per l'individuazione delle aree cruciali di intervento sono:

1. l'importanza della patologia, in termini di mortalità prematura, di malattia e/o disabilità evitabile;
2. la disponibilità di interventi efficaci di prevenzione primaria o di

3. la necessità di interventi finalizzati alla protezione di fasce deboli.
Per le aree di intervento selezionate vanno previsti interventi di:

- **prevenzione primaria;**
- **diagnosi precoce;**
- **trattamento efficace.**

Miglioramenti nell'assistenza sanitaria potranno sensibilmente contribuire al raggiungimento degli obiettivi di riduzione della mortalità e della disabilità nonché di aumento della qualità della vita.

Malattie cardio e cerebrovascolari

Le malattie cardiovascolari sono responsabili del 43% dei decessi registrati in Italia nel 1997, di cui il 31% per le malattie ischemiche del cuore e il 28% per gli accidenti cerebrovascolari.

IL PROBLEMA

Statistiche di mortalità dell'ISTAT del 1997 forniscono i seguenti tassi di mortalità (per 10.000, età 45-74 anni) e variazione dal 1993.

MORTALITÀ

Tabella 3

	Tasso per 10.000	Variazione %
Malattie ischemiche del cuore: uomini	19	-17
Malattie ischemiche del cuore: donne	6	-20
Malattie cerebrovascolari: uomini	8	-14
Malattie cerebrovascolari: donne	5	-28

Particolare attenzione meritano le differenze registrate nell'incidenza e nella mortalità in relazione alle diverse aree geografiche.

I trend di mortalità dal 1980 al 1996 per malattie cardiovascolari, malattie ischemiche del cuore e accidenti cerebrovascolari per le fasce di età comprese tra i 35 e i 64 anni e tra i 65 ed i 99 anni, distribuiti per Nord-Est, Nord-Ovest, Centro e Sud-Isole, sono riportati nelle figure allegate.

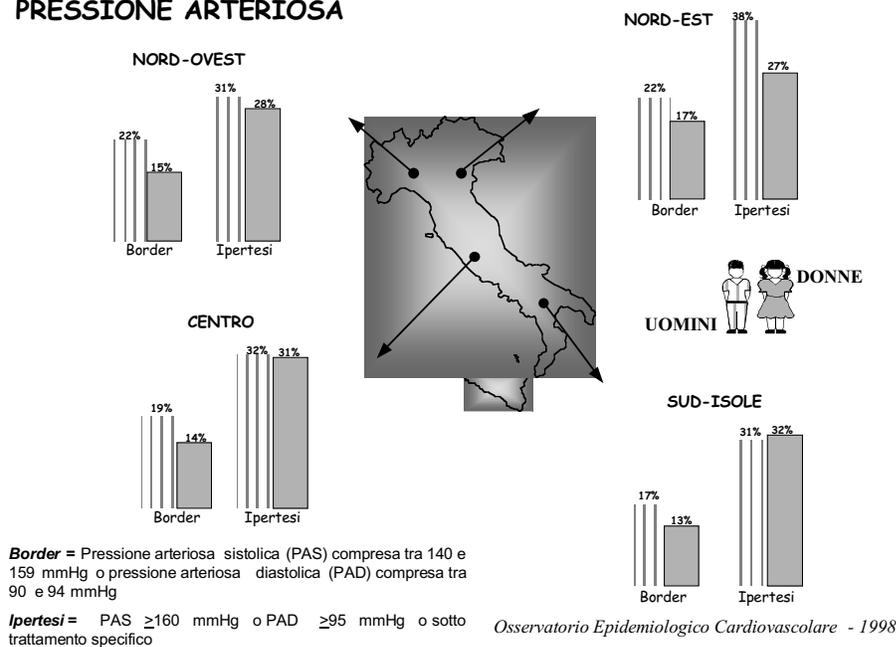
I principali fattori di rischio modificabili riconosciuti a livello individuale e collettivo per le malattie ischemiche del cuore e per gli accidenti cerebrovascolari sono: l'abitudine al fumo di tabacco, la ridotta attività fisica, gli elevati livelli di colesterolemia e di pressione arteriosa ed il diabete mellito.

FATTORI DI RISCHIO

Sono riportati nei grafici allegati, la mediana e il valore al 25° e al 75° percentile in campioni di popolazione in età compresa tra i 35 e i 74 anni, esaminati nel 1998 nell'ambito dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare e le prevalenze di alcune condizioni a rischio.

Figura 4

PRESSIONE ARTERIOSA



La malattia cardiovascolare riconosce una eziologia multifattoriale e la presenza contemporanea di due o più fattori moltiplica il rischio di andare incontro alla malattia ischemica del cuore e agli accidenti cerebrovascolari.

I fattori di rischio modificabili possono essere influenzati attraverso la modificazione delle abitudini alimentari e dello stile di vita. Quando la riduzione derivata da una attenta modificazione degli stili di vita non è sufficiente a raggiungere i livelli desiderabili, è necessario ricorrere ad un adeguato trattamento farmacologico dell'ipertensione arteriosa e dell'ipercolesterolemia.

Sono obiettivi per il prossimo triennio:

- mantenimento della colesterolemia inferiore a 200 mg/dl;
- mantenimento della pressione arteriosa sistolica inferiore a 140 mmHg;
- mantenimento della pressione arteriosa diastolica inferiore a 90 mm Hg;
- eliminazione dell'abitudine al fumo;
- riduzione del sovrappeso corporeo e dell'obesità attraverso una adeguata attività fisica ed un'alimentazione sana e bilanciata.

GLI OBIETTIVI

Nei pazienti con sintomi conclamati di malattia cardiovascolare dovrebbero essere intraprese tutte le azioni necessarie a modificare gli stili di vita (fumo, alimentazione, attività fisica) e a ridurre o a controllare gli altri fattori di rischio (ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e diabete).

Inoltre, ai fini di una efficace prevenzione secondaria degli eventi coronarici, sono raccomandabili:

giornaliera di almeno 75 mg, che riduce il rischio di eventi vascolari gravi;

2. i beta-bloccanti, nei pazienti dopo infarto miocardico acuto, che riducono il rischio di mortalità per tutte le cause di mortalità coronarica, di reinfarto miocardico non fatale (MI) e di morte improvvisa;
3. gli ACE inibitori, nei pazienti con sintomi o segni di insufficienza cardiaca al momento dell'infarto miocardico, che riducono la mortalità per insufficienza cardiaca;
4. le statine che riducono il rischio di mortalità e morbosità cardiovascolare senza evidenza di un aumento nella mortalità non cardiovascolare.

Per quanto riguarda la prevenzione secondaria degli eventi cerebrovascolari si ricorda che:

1. i fattori di rischio modificabili per lo stroke includono la pressione arteriosa, il fumo, l'inattività fisica, il diabete mellito e la fibrillazione atriale;
2. i soggetti che hanno subito un accidente cerebrovascolare sono a rischio più elevato per lo sviluppo di danno cognitivo e capacità di movimento;
3. se non esiste controindicazione il dosaggio di aspirina, a 75 mg al giorno, è efficace.

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 la quota di pazienti affetti da infarto miocardico acuto che muore a breve distanza dall'esordio dei sintomi, prima di giungere all'osservazione di un medico.

I dati raccolti nell'ambito del Progetto internazionale MONICA (MONItoring Cardiovascular disease) cui l'Italia partecipa, indicano che nella fascia di età compresa tra i 35 ed i 64 anni:

1. circa il 40% dei pazienti colpiti da eventi coronarici muore entro 28 giorni dall'inizio dell'attacco;
2. negli uomini la letalità nella prima ora è del 20%, nelle prime 24 ore è del 32%, nei primi 28 giorni è del 40%; nella prima ora la letalità intraospedaliera è del 3%, quella extraospedaliera è del 17%; nelle prime 24 ore la letalità intraospedaliera è del 5%, quella extraospedaliera è del 27%;
3. nelle donne la letalità nella prima ora è del 15%, nelle prime 24 ore è del 36%, nei primi 28 giorni è del 45%; nella prima ora la letalità intraospedaliera è del 5%, quella extraospedaliera è del 11%; nelle prime 24 ore la letalità intraospedaliera è del 13%, quella extraospedaliera è del 23%.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati alla riduzione della letalità e della disabilità per malattie cerebrovascolari, è dimostrato che il ricovero precoce presso unità dedicate (Stroke Unit) determina una riduzione assoluta del rischio morte/dipendenza del 5,6%, cioè ogni

La numerosità e la gravità degli ictus (ogni anno 110.000 cittadini sono colpiti da ictus e 230.000 sono quelli con esiti di ictus pregressi) rende indispensabile riorganizzare operativamente e promuovere culturalmente l'attenzione all'ictus cerebrale come emergenza medica curabile.

Nella prima ora, due sono quindi gli interventi che possono essere efficacemente intrapresi: **LE AZIONI**

- ridurre il tempo per il ricovero a 30 minuti per coloro che presentano dolore precordiale, in modo che la maggior parte dei pazienti colpiti da eventi coronarici possa essere sottoposto a terapia con trombolitici (il trattamento deve essere effettuato entro le prime 6 ore dall'inizio dei sintomi). A tal fine è necessario migliorare il collegamento funzionale tra presidi ospedalieri, centri e servizi specialistici in grado di affrontare l'urgenza cardiologica nel modo più completo e tempestivo;
- migliorare il trattamento dei fattori di rischio in modo che si verifichino casi meno gravi e si riduca di un ulteriore 5% il numero dei decessi per malattie cardiovascolari e almeno si mantengano stabili gli attuali livelli di mortalità per patologie cerebrovascolari.

Per quanto riguarda l'ictus è da favorire il precoce ricovero, possibilmente in unità specializzate, dei pazienti con sospetto ictus onde facilitare il tempestivo ricorso a terapie mirate come la rivascolarizzazione farmacologica o chirurgica delle forme ischemiche e gli opportuni interventi neurochirurgici nelle forme emorragiche. E' altresì necessario stimolare il precoce inizio di un'adeguata prevenzione secondaria.

I tumori

Nel 1997 i decessi per tumore sono stati 157.000, il 28% della mortalità complessiva. **IL PROBLEMA**

I tassi di mortalità negli uomini sono in diminuzione, particolarmente nelle regioni del Nord e del Centro già a partire dalla fine degli anni '80 (Figure 1,3,4). Nel corso degli anni '90 si è osservata anche una diminuzione dei tassi di mortalità nella popolazione femminile (Figura 1). Il maggior numero assoluto di decessi è attribuibile ai tumori polmonari, seguono quelli del colon-retto, dello stomaco e della mammella. Nove sono le sedi d'insorgenza di tumore che comportano più di 5.000 decessi all'anno (Figura 2). **MORTALITÀ**

Nel 1997 si sono verificati 91.000 decessi per cancro nei maschi e 66.000 decessi nelle femmine (fonte Istituto Superiore di Sanità) e, sempre nello stesso anno, per 1.000 abitanti i tassi complessivi di mortalità per cancro sono stati 3,27 nei maschi e 2,22 nelle femmine (fonte Istituto Superiore di Sanità). Il cancro è inoltre la prima causa di anni di vita perduti.

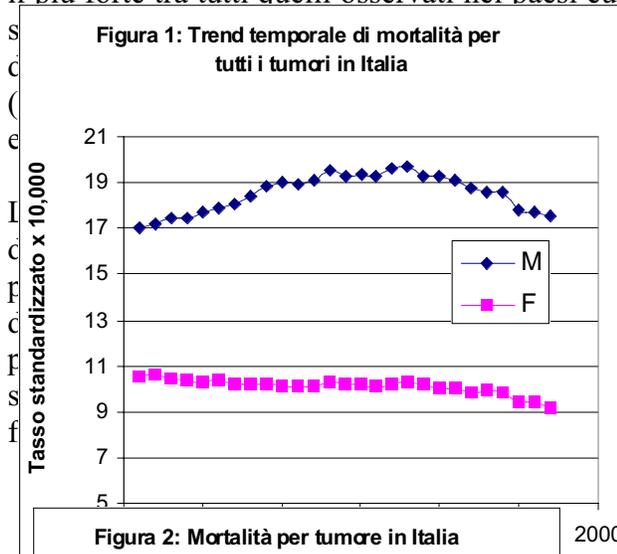
Si stima che in Italia siano diagnosticati circa 270.000 nuovi casi di **INCIDENZA**

ancora in aumento, soprattutto per la proporzione crescente di anziani, la frazione della popolazione che presenta un maggior rischio di sviluppare patologie tumorali. I tassi di incidenza, aggiustati per età, sono stimati stabili. Nei dati dei Registri Tumore italiani, il tumore dei polmoni è quello con il massimo livello di incidenza, seguono i tumori della mammella, del colon-retto e dello stomaco (Figure 5,6).

La distribuzione 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.

La sopravvivenza 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

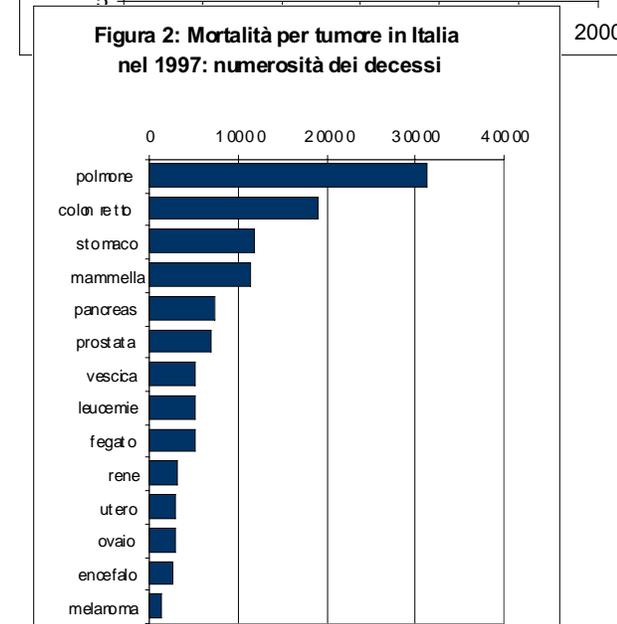
SOPRAVVIVENZA

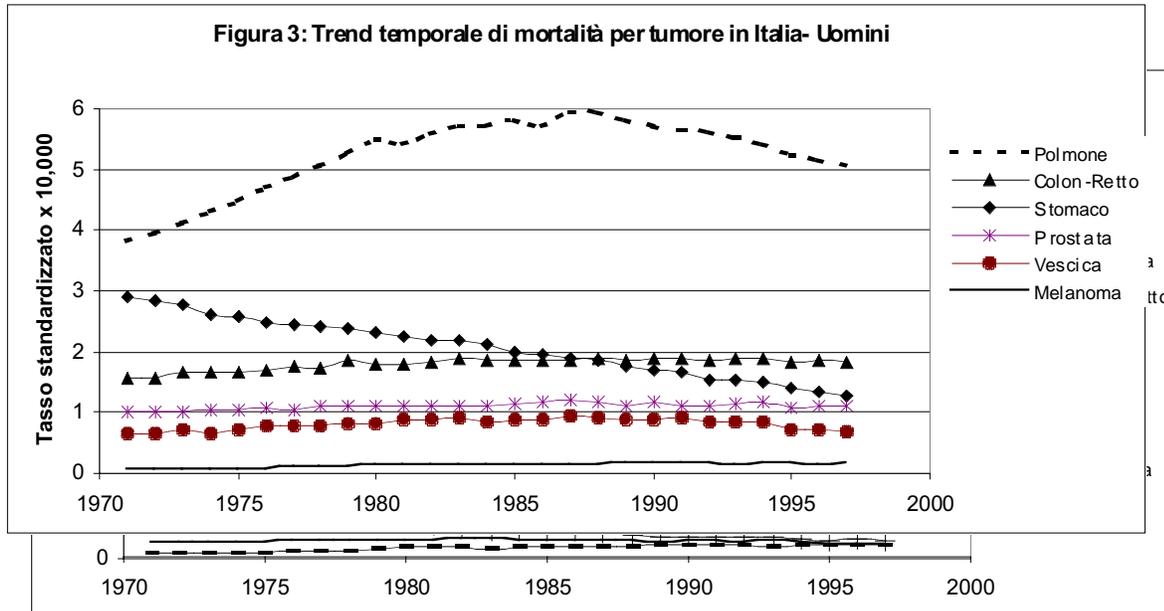


disponibile (pazienti complessivamente del 39% e superiori alla media

umento. Tra i pazienti in proporzione di coloro che uomini e del 38% nelle %, rispettivamente, nel tra sessi è dovuta difici della popolazione

GUARIGIONE





Si stima che il 2.8% della popolazione italiana (quasi 1.500.000 di persone) abbia avuto nel corso della sua vita una diagnosi di cancro. Più di 600.000 di questi pazienti, per i quali la malattia si è verificata negli ultimi 5 anni, sono in fase di trattamento o di follow-up per il rischio di recidive.

PREVALENZA

Le donne che hanno avuto una diagnosi di tumore della mammella rappresentano da sole circa i due quinti della prevalenza complessiva (Figura 8).

Gli andamenti relativi all'incidenza e sopravvivenza dei tumori e la crescita dell'attesa di vita convergono nell'allargare la quota di casi prevalenti nella popolazione. Sono quindi evidenti le implicazioni che la patologia oncologica, nelle sue varie fasi, comporta per il Servizio sanitario e per la società.

I tumori costituiscono una classe di malattie eterogenea rispetto alle cause, al decorso ed agli esiti. Alcune modalità di intervento sono però generali e possono quindi essere presentate in questa introduzione.

POSSIBILITÀ DI INTERVENTO ED OBIETTIVI

Il fumo, il consumo di alcol e le abitudini alimentari scorrette sono fattori di rischio riconosciuti, con peso eziologico variabile, per molte categorie di tumori ed anche per altre malattie croniche. L'intervento verso questi fattori, cui sono dedicati specifici capitoli del presente Piano sanitario, è quindi di fondamentale importanza. Una dieta corretta può essere attivamente incentivata nel settore delle collettività (mense aziendali e scolastiche, ospedali, ricoveri per malati cronici). È evidente che i risultati di tali interventi, anche se efficaci, saranno per lo più a lungo termine e non potranno essere osservati nel corso del periodo di validità del Piano. Per alcuni tumori (polmoni, pleura, vescica, seni paranasali, sarcomi, leucemie e linfomi) un ruolo non trascurabile hanno le esposizioni in ambiente di lavoro, caratterizzate

PREVENZIONE PRIMARIA

Una diagnosi precoce, che consenta la rimozione del tumore prima della diffusione nell'organismo di cellule metastatiche, sarebbe in via di principio, almeno per i tumori solidi, risolutiva. 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.

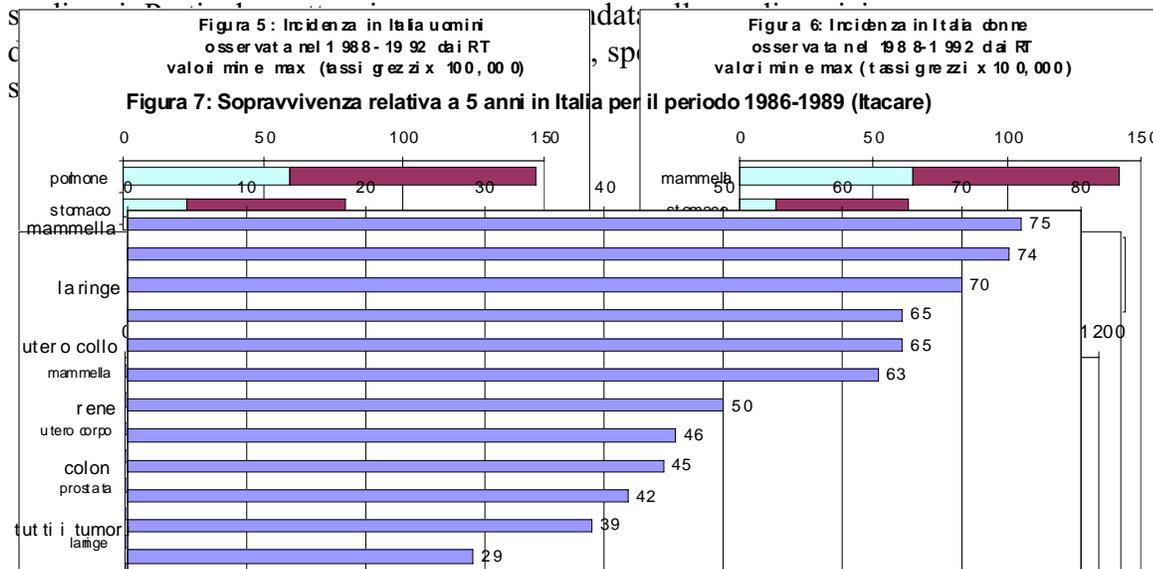
DIAGNOSI PRECOCE

Indicazioni per uno screening nella popolazione asintomatica sussistono se: a) ne è dimostrata l'efficacia e b) le strutture sanitarie sono sufficientemente organizzate per una corretta esecuzione dello screening, per una tempestiva gestione dei soggetti positivi e per il monitoraggio della qualità delle procedure di diagnosi e cura. Ad oggi, l'efficacia è accertata solo per lo screening mammografico e per quello citologico della cervice uterina, mentre una sufficiente evidenza sta emergendo per lo screening dei tumori del colon-retto. È necessario inoltre promuovere lo strumento dell'accreditamento e della certificazione a garanzia della qualità delle prestazioni effettuate, anche al di fuori dei programmi di screening organizzati.

SCREENING

Gli studi di sopravvivenza su base di popolazione mostrano che spesso la diffusione e le possibilità di accesso alle terapie ottimali non sono le stesse per tutti i pazienti e variano, anche in modo sostanziale, sul territorio nazionale. È nota l'insufficiente presenza e la diseguale distribuzione territoriale di strutture per la radioterapia nel Sud ed in alcune aree del Centro Italia. Si raccomanda l'attivazione di Forze Operative Nazionali, sull'esempio di quella già istituita in passato per il tumore della mammella, costituite da gruppi di esperti che preparino ed aggiornino periodicamente linee guida per la diagnosi ed il trattamento sintetizzando i risultati degli studi clinici e delle metanalisi

TERAPIE



L'augmentata incidenza e la miglior sopravvivenza delle malattie tumorali hanno, come inevitabile conseguenza, il progressivo e importante aumento di pazienti che entrano in fase terminale e che necessitano quindi di adeguata e completa assistenza palliativa. Si calcola che vi siano ogni anno in Italia circa 144.000 nuovi pazienti affetti da tumore in fase terminale, con una prevalenza di circa 35.000 casi.

CURE PALLIATIVE

Si rimanda all'apposito capitolo (Malati terminali) per la definizione del problema. Si sottolinea però la elevatissima incidenza di terminalità nella patologia tumorale (almeno 2/3 dei pazienti neoplastici affronta una fase terminale della durata media di circa 90 giorni) e la enorme prevalenza di pazienti neoplastici assistiti nei programmi di cure palliative e terapia del dolore. Sono quindi necessari ed urgenti programmi per lo sviluppo della cultura e della formazione in medicina palliativa e terapia del dolore tra gli operatori sanitari.

Le statistiche disponibili indicano che il maggior potenziale guadagno nella lotta contro i tumori può essere ottenuto nelle regioni del Mezzogiorno, dove la sopravvivenza è più bassa. La scarsa diffusione dei registri tumori in tali regioni rende però difficile la corretta formulazione degli obiettivi e la valutazione di eventuali interventi. È quindi prioritario il consolidamento delle attività di almeno tre registri tumori in tale area geografica. La rilevazione dello stadio alla diagnosi e dei trattamenti effettuati deve essere inoltre attivata, almeno su base campionaria, dai registri tumori, allo scopo di valutare la congruenza dei trattamenti alle linee guida e gli effetti degli investimenti. I registri tumori debbono essere messi in grado di fornire tali informazioni, affinché siano efficaci, con la necessaria tempestività.

SORVEGLIANZA

Devono essere promossi specifici programmi di informazione per i malati di cancro e le loro famiglie. Le informazioni devono riguardare la diagnosi, le opzioni terapeutiche, gli effetti collaterali della malattia e della terapia, le prospettive di guarigione e i centri di cura specializzati. Le informazioni dovranno essere chiare, complete, comprensibili e disponibili in ogni fase del trattamento, dalla diagnosi in poi.

INFORMAZIONE

Tumori dello stomaco

Nel 1997 sono stati osservati 12.000 decessi per tumore dello stomaco, mentre il numero di nuovi casi stimati nello stesso anno è stato di circa 17.000. Sia l'incidenza che la mortalità per tale neoplasia sono comunque da diversi decenni in diminuzione. Il tasso di mortalità aggiustato per età è diminuito del 15% nel triennio 1995-1997. La corrispondente diminuzione dell'incidenza è stata di circa il 10%. Questi andamenti sono paralleli a quelli osservati negli altri paesi della Unione Europea, tra i quali comunque l'Italia ha i valori di occorrenza

IL PROBLEMA

non sono perfettamente chiare, il ruolo di una migliore conservazione dei cibi, di un maggiore apporto dietetico di frutta, verdura e prodotti freschi e di migliori condizioni igieniche nella popolazione è ormai riconosciuto. Il trattamento è migliorato, per una diagnosi più precoce e per terapie più efficaci. La sopravvivenza a 5 anni in Italia è passata dal 16% nei pazienti diagnosticati nel 1978-80 al 25% per il 1987-89. Permangono importanti differenze territoriali a svantaggio dei pazienti residenti al Sud. La prevalenza stimata al 1992 era di 78.000 pazienti, di cui circa la metà con meno di 5 anni dalla diagnosi.

Ci si aspetta una ulteriore riduzione dell'incidenza, in linea con quanto osservato negli anni scorsi e negli altri paesi europei. Una deviazione da tale trend dovrà essere tempestivamente segnalata ed analizzata. Occorre ridurre le differenze geografiche di sopravvivenza attraverso le indicazioni contenute nelle linee generali relative alla diagnosi precoce ed alla terapia. Il potenziale vantaggio di mortalità ottenibile, se i tassi di sopravvivenza si allineassero in tutte le aree ai valori massimi riscontrati in Italia, dovrebbe attestarsi tra il 5 ed il 10%.

GLI OBIETTIVI

Tumori del colon e del retto

L'incidenza dei tumori coloretali presenta una marcata e preoccupante tendenza all'aumento. Il numero stimato di nuovi casi/anno va da 38.000 nel 1990 a 50.000 nel 1997-2000. I casi prevalenti, stimati nel 1997, sono circa 200.000, con un aumento di circa 10.000 pazienti ogni anno. Le differenze di sopravvivenza a livello internazionale sono principalmente associate alla percentuale di pazienti suscettibili di terapia chirurgica curativa. La sopravvivenza a 5 anni in Italia è aumentata da 35.6 (anni di diagnosi 1978-80) a 50.1 (anni 1987-89), allineandosi nell'ultimo periodo ai valori medi europei. Questo andamento favorevole si è riflesso sui tassi di mortalità che, nonostante il trend di incidenza crescente, sono rimasti costanti negli ultimi anni negli uomini e sono in diminuzione nelle donne. Tale aumento della sopravvivenza e la conseguente diminuzione della mortalità vanno attribuiti sia ad una diagnosi più tempestiva che ai progressi terapeutici. Le regioni del Sud, che hanno un'incidenza inferiore, presentano anche un basso livello di sopravvivenza; inoltre, l'andamento della mortalità è meno favorevole rispetto al resto dell'Italia: i tassi sono ancora in aumento negli uomini e solo da pochi anni costanti nelle donne.

IL PROBLEMA

I fattori di rischio sono costituiti da un elevato apporto nutrizionale di carni rosse e carboidrati raffinati e da uno stile di vita sedentario. Per essi valgono le indicazioni generali per la prevenzione delle malattie croniche: incoraggiare gli interventi mirati alla modifica dello stile di vita riguardo all'alimentazione ed all'attività fisica. Non ci si deve comunque attendere una sostanziale modifica a breve termine del trend di incidenza.

I FATTORI DI RISCHIO

È invece possibile intervenire sulla mortalità, per mantenere l'attuale trend in diminuzione, attraverso la diagnosi tempestiva e l'adeguatezza

utilizzando diverse metodiche e c'è una discreta evidenza di efficacia nel migliorare la prognosi. Di una serie di popolazioni europee studiate, le aree con miglior sopravvivenza per tumore coloretale nel 1990-91 presentavano una proporzione di pazienti in stadio localizzato (Dukes A e B) vicina al 50%. Tale proporzione può essere un indicatore per valutare i progressi raggiunti nella diagnosi precoce della malattia.

Gli indicatori di sopravvivenza disponibili fanno ritenere questo obiettivo particolarmente necessario nelle regioni meridionali e nelle fasce di età più anziane. La riduzione delle differenze di sopravvivenza tra le diverse aree del Paese può potenzialmente ridurre la mortalità del 16 %. Particolare attenzione deve essere data a sottogruppi a rischio quali gli individui affetti da poliposi del colon e da sindromi eredo-familiari.

Una modesta efficacia dello screening di popolazione con il test del sangue occulto fecale è ormai dimostrata. Lo studio dell'efficacia di uno screening basato sulla retto-sigmoidoscopia è tuttora in corso in Italia ed in altri paesi.

La colonoscopia gratuita ogni cinque anni per la popolazione sopra i 45 anni di età è stata garantita dall'ultima legge finanziaria.

Sarà possibile a breve valutarne sia la fattibilità come screening generalizzato di popolazione che l'incidenza sulle strutture sanitarie.

Tumori del polmone

Dopo molti decenni di aumento, la mortalità e l'incidenza di questa neoplasia sono in diminuzione a partire dalla fine degli anni '80, con un tasso di riduzione di circa il 2% all'anno. Il trend è stato tuttavia meno favorevole nelle regioni del Sud e soprattutto nelle donne, che presentano tassi ancora in aumento o, al più, nell'ultimo triennio, costanti. Nel complesso i polmoni rimangono la sede tumorale con incidenza e mortalità più elevata, con 35.000 nuovi casi e più di 30.000 decessi all'anno. Nonostante la bassa sopravvivenza (10 % , a 5 anni), la prevalenza è elevata: si stima che 60.000 siano gli individui nella popolazione italiana che abbiano avuto un tumore polmonare.

IL PROBLEMA

Nonostante qualche possibilità di migliorare l'applicazione di trattamenti ottimali, l'obiettivo principale rimane la prevenzione primaria, sia nei confronti del tabacco che dell'inquinamento ambientale e nei luoghi di lavoro.

GLI OBIETTIVI

Allo scopo di migliorare la sopravvivenza e la qualità della vita dei pazienti, si dovrà garantire l'accesso dei soggetti con sospetto tumore polmonare a centri qualificati per l'accertamento diagnostico ed il trattamento.

Melanoma

In Italia, incidenza e mortalità per melanoma sono aumentati. La mortalità si è quasi triplicata nel periodo 1970-90 ed è poi rimasta sostanzialmente stabile durante gli anni '90. Si stimano circa 50.000

IL PROBLEMA

sopravvivenza a 5 anni è migliorata: dal 53% nei pazienti con melanoma diagnosticato tra il 1978 e 1981 al 65% per quelli con diagnosi tra il 1986 e il 1989. La prognosi è nettamente migliore per le donne, probabilmente perché insorge in aree cutanee facilmente osservabili e forse per la maggiore attenzione posta dalle donne a lesioni sospette. La sopravvivenza è particolarmente bassa negli uomini con più 65 anni. Inoltre, la sopravvivenza in Italia è inferiore agli altri paesi europei, particolarmente negli uomini. Il valore a 5 anni dalla diagnosi è il peggiore tra i paesi dell'Europa occidentale.

Obiettivo prioritario risulta l'identificazione di soggetti a rischio per i quali l'esposizione a raggi solari va consentita con specifiche precauzioni. Per la popolazione generale è necessario ridurre l'esposizione diretta ai raggi solari ed evitare le ustioni, soprattutto nei bambini.

GLI OBIETTIVI

Il melanoma ha prognosi molto favorevole se diagnosticato in fase precoce. Si può quindi intervenire accrescendo in tal senso la consapevolezza da parte della popolazione e dei medici di medicina generale. Questi ultimi dovrebbero essere in grado di identificare le lesioni sospette da inviare al controllo specialistico.

Tumori della mammella

Dall'inizio degli anni '90 la mortalità per tumore della mammella si sta riducendo di circa il 2% all'anno. In Italia il tasso standardizzato per età è passato da 20 per 100.000 durante gli anni '80, a 18 nel 1997. L'incidenza e la prevalenza del tumore della mammella sono però in aumento, anche a causa dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento della sopravvivenza. Nei prossimi anni il numero di pazienti affetti dalla malattia è destinato ad aumentare, con necessità di adeguare il sistema sanitario ad una domanda crescente di prestazioni diagnostico-terapeutiche. È necessario che questa domanda sia governata da linee guida per il trattamento e per il follow-up clinico. La prevalenza di casi che hanno avuto una diagnosi di tumore della mammella in Italia era di 310.000 nel 1992, pari ad una proporzione di 1.070 su 100.000 donne.

IL PROBLEMA

Vi sono notevoli differenze all'interno dell'Italia, con valori di incidenza doppi nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Centro-Sud. Analogamente, il tasso standardizzato di mortalità variava nel 1997 da 16 (regioni del Sud) a 21 (regioni del Nord-Ovest) per 100.000. In Italia complessivamente la sopravvivenza a 5 anni è aumentata dal 65% all'inizio degli anni 80 al 75% nel 1987-89: il maggior incremento osservato in Europa. Persistevano però importanti differenze di sopravvivenza fra diverse aree italiane, a svantaggio delle regioni del Sud. La sopravvivenza a 5 anni dei pazienti diagnosticati nel triennio 1985-89 era del 64% a Ragusa e dell'86% in Emilia-Romagna. Gli studi di sopravvivenza mostrano che tale divario è dovuto in parte ad una diagnosi più tardiva ed in parte ad un minore accesso al trattamento ottimale.

tipo mediterraneo, riducendo l'introito dietetico di cibi di provenienza animale. È confermato un modesto effetto protettivo dell'allattamento al seno, che costituisce comunque norma generale di corretto comportamento. È infine documentato il rischio associato alla terapia ormonale sostitutiva in menopausa, somministrata per via orale.

Lo strumento fondamentale per la riduzione della mortalità in tempi medio-brevi è lo screening mammografico di popolazione. L'obiettivo del Psn 1998-2000, di estendere lo screening a tutto il territorio nazionale, non è stato raggiunto, anche se la percentuale di donne sottoposte a screening è aumentata fino a raggiungere il 20% delle donne italiane in età eligibile.

Obiettivo del presente Piano è la riduzione delle grosse differenze di sopravvivenza fra Nord e Sud Italia. L'obiettivo è che tutto il Paese si allinei ai risultati ottenuti nelle aree a migliore sopravvivenza (generalmente le regioni del nord-centro). Questo obiettivo deve essere raggiunto in parte con lo screening mammografico, in parte con l'accesso di tutte le pazienti alle terapie ottimali. Il raggiungimento di questo obiettivo comporterebbe una riduzione del 30% della mortalità.

Tumori del collo dell'utero

La mortalità per tumore dell'utero è in marcata riduzione, in Italia, dagli anni '70. Le statistiche di mortalità non permettono di distinguere fra tumore del collo e del corpo dell'utero, che presentano eziologia e prognosi diverse. Il tasso standardizzato per età, troncato a 54 anni, è passato da 4 per 100.000 nel 1975 ad 1 per 100.000 nel 1995.

IL PROBLEMA

Dati disaggregati per le due sottosedi sono resi disponibili dai registri tumori. Nel nord Italia l'incidenza per tumore del collo dell'utero è in leggera diminuzione: nell'area di Varese il tasso grezzo per 100.000 è passato da 14 nel 1978-79 a 10 nel 1990. Questa diminuzione è in atto soprattutto nelle età più anziane, mentre sotto i 55 anni l'incidenza è stabile o in leggero aumento. Anche la prevalenza stimata complessivamente nelle aree coperte da registri tumori, è diminuita, da 41 a 31 per 100.000. Questi andamenti sono dovuti in parte ad una diminuzione dei fattori di rischio (migliori condizioni igienico sanitarie) e in parte allo screening citologico vaginale.

La sopravvivenza media a 5 anni dalla diagnosi è in leggero aumento in Italia: dal 63% per i casi diagnosticati nel 1978-81 al 65% per i casi del 1986-89. Vi sono differenze fra le diverse aree del Paese, 54% a Ragusa, circa 70% in Emilia-Romagna.

Lo screening citologico vaginale delle lesioni preinvasive (pap test) è un esame semplice, dai costi contenuti e di dimostrata efficacia nel ridurre l'incidenza del tumore del collo dell'utero. L'estensione a tutto il territorio nazionale di tale esame costituisce un obiettivo prioritario del presente Piano. Per l'attuazione del programma di screening di popolazione devono essere soddisfatti i criteri stabiliti dal GISCi (Gruppo Italiano Screening del cervicocarcinoma). Obiettivo importante è anche la riduzione delle differenze di sopravvivenza fra il

GLI OBIETTIVI

La riduzione del fumo di sigaretta è una misura efficace per la prevenzione anche di questo tumore.

Tumori della prostata

L'incidenza dei tumori della prostata è in marcato aumento. Il numero stimato di nuovi casi era di 13.000 nel 1995, a seguito di un aumento osservato nelle aree dei registri di circa il 35% nel quinquennio 90-94. I casi prevalenti, stimati nel 1992, erano circa 58.000. È da rilevare che l'aumento di incidenza si evidenzia dalla fine degli anni ottanta, dopo la diffusione del test PSA (Prostate Specific Antigen), dell'agobiopsia prostatica e degli interventi chirurgici per adenoma prostatico (diagnosi incidentale di lesioni maligne).

IL PROBLEMA

Le differenze di sopravvivenza, sia temporali che geografiche, a livello internazionale, sono associate alla diffusione di tecniche che anticipano e incrementano le nuove diagnosi. La sopravvivenza a 5 anni in Italia è aumentata dal 38 % (casi diagnosticati nel 1978-81) al 46% (1986-89) ed è inferiore alla media europea. I tassi di mortalità si sono mantenuti costanti. L'aumento della sopravvivenza e l'aumento dei tassi di incidenza potrebbero essere attribuiti ad una maggiore attenzione ai sintomi e/o ad una anticipazione diagnostica, non essendosi evidenziati negli ultimi due decenni importanti innovazioni terapeutiche. La diffusione del PSA, esame caratterizzato da una non soddisfacente sensibilità e specificità, è stato responsabile di parte dell'aumento dell'incidenza e di buona parte dell'aumento della sopravvivenza.

La sopravvivenza è bassa negli anziani: a cinque anni è del 43% nei pazienti con età compresa tra 75 e 84 anni e solo del 30 % per i pazienti con più di 85 anni, mentre per i pazienti più giovani è di poco superiore al 50%. Va infine segnalato che, come per la maggior parte delle più importanti neoplasie, sia la sopravvivenza (a 5 anni mediamente del 33%, dati 1986-89) che l'incidenza sono inferiori al Sud (l'incidenza è la metà di quella rilevata al Nord). Nel Sud sia l'incidenza che la sopravvivenza per tumore della prostata sono costanti, mentre la mortalità è in lieve aumento.

Prevenzione primaria. Fattore di rischio è lo stile alimentare di tipo occidentale (carboidrati raffinati e cibi di origine animale). Valgono le indicazioni generali relative all'alimentazione.

GLI OBIETTIVI

Diagnosi precoce e screening. Anche in mancanza di evidenze di efficacia, ci si attende nei prossimi anni un consistente aumento del numero di casi incidenti diagnosticati con PSA ed ecografia prostatica transrettale. La valutazione di efficacia di uno screening di popolazione è ancora in corso di studio in vari paesi utilizzando, in varie combinazioni, PSA ed ecografia prostatica.

Poiché molti tumori prostatici individuati dal test PSA in soggetti asintomatici non sono fatali, è opportuno potenziare la ricerca sulla caratterizzazione della malignità, allo scopo di identificare i casi "sensibili" alla diagnosi precoce e di prevenire gli effetti collaterali delle terapie su casi iniziali

maggior domanda di prestazioni conseguente al previsto aumento di incidenza e prevalenza. Dovranno essere controllati i rischi ed il possibile peggioramento della qualità di vita associati al trattamento, anche se di tipo conservativo. Un potenziale beneficio, che potrebbe portare ad una riduzione della mortalità, è dato dalla diffusione di terapie palliative e, quando possibile, di terapie curative per la popolazione anziana.

Sorveglianza. Occorre monitorare incidenza, sopravvivenza e mortalità del cancro prostatico per evidenziare un possibile aumento di rischio della popolazione e per valutare i reali benefici della cura.

Tumori della vescica

Dalla metà degli anni '80 la mortalità per cancro della vescica è in riduzione sia negli uomini che nelle donne. Il trend è presente in tutte le aree del Paese, ma è più marcato al nord, tanto che le differenze, si stanno progressivamente annullando. I tassi sono 5-6 volte più alti negli uomini che nelle donne. Al contrario della mortalità, l'incidenza, che è una fra le più elevate al mondo, è ancora in aumento. Le differenze internazionali di incidenza e sopravvivenza sono comunque poco indicative in quanto dipendono anche dai criteri di registrazione. In Italia, la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi era del 60% per i casi diagnosticati nel periodo 1978-81 e del 63% per i casi diagnosticati negli anni 1986-89. La prognosi è più favorevole per i pazienti diagnosticati nelle aree del centro-nord. La quota di casi prevalenti è circa 3 persone su 1.000; di questi circa 1/3 sono persone che si sono ammalate nei cinque anni precedenti.

IL PROBLEMA

È nota l'importanza del tabacco come importante fattore eziologico, insieme al ruolo di cancerogeni chimici che trovano impiego nell'industria chimica, della gomma e del cuoio. È atteso che continui il trend favorevole di riduzione della mortalità attivo nell'ultimo decennio. Una contrazione dell'incidenza, ancora in crescita, può essere raggiunta con un'azione drastica mirata al contenimento dell'esposizione al tabacco e alla progressiva eliminazione dei cancerogeni dal sistema produttivo. L'esposizione professionale spiega circa il 10-20% dei tumori vescicali, mentre il fumo di tabacco ne spiega una quota variabile, che per gli uomini può raggiungere il 70% dei casi.

GLI OBIETTIVI

Malattie infettive e AIDS

L'attesa sconfitta delle malattie infettive, sostenuta da antibiotici e vaccini e conseguenza del complessivo miglioramento socio economico, non è giunta e anzi nuove minacce infettive incombono e sempre più gli agenti microbici mostrano la loro straordinaria capacità di adattamento ecologico, eludendo le barriere costruite dall'uomo.

La moderna tecnologia sanitaria ha favorito la sopravvivenza di soggetti deboli, quindi più suscettibili all'aggressione infettiva, ma ha

IL PROBLEMA

popolazioni di agenti dimoranti nelle strutture sanitarie.

Inoltre la globalizzazione incalzante rende attuali rischi infettivi che erano stati sempre confinati ad aree geografiche remote.

Infine la stessa organizzazione sociale costruisce rischi nuovi proprio per la sua massificazione: la sicurezza di ciò che mangiamo, di quello che beviamo, l'aggregazione umana delle città, pongono in continuazione nuovi compiti, cui, non infrequentemente, la ricerca non offre con tempestività risposte adeguate.

È in questo contesto che l'Unione Europea ha sviluppato, negli ultimi anni, una normativa impegnativa per il controllo delle malattie infettive, insieme a sistemi dedicati di sorveglianza e di allarme.

La storia moderna ci dimostra, tuttavia, come sia possibile conseguire importanti successi contro le infezioni, tanto che questo settore è quello ove la prevenzione appalesa i suoi frutti in tempo breve ed in grandi quantità.

Il nostro Paese ancora convive con una patologia infettiva già controllata dal resto d'Europa, con la patologia infettiva moderna, con il suo corredo di iatrogenesi e di farmacoresistenza.

La centralità geografica dell'Italia e i frequenti spostamenti e viaggi dei cittadini certamente rendono molto acuto il problema della migrazione di malattie infettive.

Se da un lato, dobbiamo ancora soddisfare gli obiettivi OMS per il controllo di malattie prevenibili da vaccinazione (morbillo, rosolia, pertosse, parotite, influenza), dall'altro bisogna rinforzare la sorveglianza epidemiologica sia verso la circolazione interna di agenti patogeni (infezioni ospedaliere, tossinfezioni alimentari, agenti farmacoresistenti) sia verso l'importazione di agenti infrequenti nel nostro territorio (TBC, malaria ed altre patologie tropicali).

Sono obiettivi per il prossimo triennio:

GLI OBIETTIVI

- adeguamento alle esigenze informative del Network Europeo, inclusa la messa a punto di procedure rapide d'allerta per le emergenze infettive:
 - messa a punto di procedure e comportamenti successivi, per un sistema d'allarme epidemico rapido;
 - miglioramento dell'accertamento eziologico delle malattie batteriche invasive;
 - miglioramento delle capacità di accertamento eziologico delle malattie infettive, incluse quelle tropicali;
 - miglioramento dell'accertamento eziologico e delle modalità di trasmissione di focolai epidemici, inclusi quelli di verosimile natura alimentare;
- razionalizzazione e monitoraggio, per quanto riguarda l'uso degli antibiotici nella popolazione;
- verifica della messa in opera e dell'impatto delle procedure di controllo delle infezioni ospedaliere, a livello regionale e locale;
- per quanto riguarda le malattie prevenibili da vaccino, gli obiettivi del Psn 1998-2000 rimangono integralmente validi per il triennio

come si vede nella tabella successiva.

Tabella 5

Coperture vaccinali nella fascia di età 12-24 mesi; 1998

Poliomielite, DT, HBV (3 dosi)	95%
Pertosse (3 dosi)	88%
MPR (1 dose)	56%
Hib (3 dosi o 1 dopo 12 mesi di età)	19%

Alla fine del 1999 è stato approvato il Piano Nazionale Vaccini (PNV) che rende omogenea sul territorio nazionale l'offerta attiva di prevenzione vaccinale; elemento fondamentale è il 1° calendario vaccinale italiano che, superando la differenza ormai desueta tra vaccinazione obbligatoria e facoltativa, offre un indirizzo operativo equo ed omogeneo.

Nel marzo 1999 l'Italia ha presentato all'OMS la propria certificazione di assenza del virus Polio in conformità con il piano mondiale di eliminazione.

Posto che gli obiettivi di salute e quelli operativi di copertura vaccinale restano immutati rispetto al Psn precedente, occorre focalizzare l'attenzione sul miglioramento della qualità di vita nella sicurezza anti-infettiva. In particolare:

1. rinforzare l'attività di prevenzione contro il morbillo, elemento target di un nuovo piano di eliminazione OMS; entro il 2003, oltre all'offerta primaria di vaccinazione antimorbillo, dovranno essere attivate strategie supplementari ed appropriate attività di sorveglianza che includano la diagnosi di laboratorio, per giungere ad eliminare il morbillo autoctono entro il 2007;
2. ridurre l'incidenza della rosolia congenita al di sotto di 0,01 casi/1.000 nati vivi per anno;
3. rinforzare l'offerta attiva vaccinale per l'influenza agli anziani ed alle persone a rischio, considerando anche la possibilità della prevenzione vaccinale delle infezioni invasive da pneumococco;
4. adozioni graduali di vaccinazione contro le infezioni invasive da pneumococco nel bambino e contro la varicella;
5. eliminazione di qualsiasi rischio di poliomielite post vaccinale adottando soltanto la vaccinazione con IPV.
6. implementare il sistema nazionale di sorveglianza degli effetti collaterali delle vaccinazioni.

Le azioni sono:

LE AZIONI

- migliorare, a livello nazionale, tempestività, sensibilità e specificità dei sistemi di sorveglianza, ricorrendo anche alla conferma di laboratorio dei casi (in particolare per il morbillo per cui è previsto un obiettivo di eliminazione);
- implementare, a livello nazionale, i sistemi di sorveglianza mirati per la rosolia congenita, anche ricorrendo a sistemi di rilevazione delle infezioni acquisite in gravidanza;
- dotarsi, in previsione di un'eventuale pandemia influenzale, di piani pandemici regionali;
- migliorare la rilevazione degli eventi associabili a vaccinazione;
- misurare l'impatto dei programmi di vaccinazione in termini di riduzione di frequenza delle malattie prevenibili o delle loro conseguenze;
- effettuare una sistematica indagine epidemiologica sui focolai infettivi;
- ridurre l'incidenza delle tossinfezioni alimentari;
- monitorare, a cadenza almeno semestrale, l'andamento delle coperture vaccinali routinarie a 12 e 24 mesi di età e la copertura vaccinale annuale anti-influenzale negli ultra 64 anni;
- promuovere la gestione informatizzata delle anagrafi vaccinali, dei dati di sorveglianza delle malattie infettive e degli eventi avversi a vaccino, in formati tra loro compatibili;
- garantire la qualità dei servizi vaccinali e monitorare il livello di soddisfazione degli utenti;
- consolidare i sistemi di sorveglianza routinari delle malattie infettive;
- aggiornare le linee di indirizzo per quanto riguarda screening tubercolinici, terapia preventiva, prevenzione vaccinale della malattia tubercolare; intensificare il monitoraggio dell'incidenza, delle recidive e dell'efficacia del trattamento della malattia tubercolare; allargare la rete dei centri che eseguono il controllo del risultato della malattia tubercolare;
- potenziare i sistemi di sorveglianza e controllo delle infezioni nosocomiali;
- effettuare interventi di educazione sanitaria e di informazione rivolti alla popolazione generale, per promuovere una maggiore consapevolezza riguardo ai comportamenti e agli stili di vita appropriati per la prevenzione delle infezioni trasmesse per via parenterale e sessuale;
- effettuare interventi di educazione sanitaria e di informazione rivolti alla popolazione generale per promuovere una maggiore consapevolezza riguardo ai comportamenti e agli stili di vita più appropriati per la prevenzione delle infezioni trasmesse per mezzo degli alimenti.

AIDS

IL PROBLEMA

In Italia, il numero cumulativo di casi di AIDS segnalati dall'inizio dell'epidemia ha superato quota 47.000 (per la precisione 47.229 casi, che salgono a 47.444 se si aggiusta per il ritardo della notifica). Come in altri paesi industrializzati, a partire da metà del 1996 si è osservato un decremento nel numero di nuovi casi di AIDS. L'apparente declino non deve trarre in inganno, essendo dovuto in massima parte all'effetto delle terapie anti-retrovirali combinate, che hanno determinato un allungamento del tempo di incubazione. L'effetto di popolazione dei nuovi trattamenti, sino ad ora, è stimabile in un allungamento di almeno 5 anni del tempo di incubazione e della sopravvivenza totale. Stimiamo che durante lo scorso anno si siano verificati circa 2.000 nuovi casi (poco meno della metà di quelli notificati nel 1995, l'anno del picco della curva dei casi di AIDS) e 800 decessi. La sopravvivenza dopo la diagnosi di AIDS è aumentata, e si stima che siano circa 14.000 le persone affette da AIDS attualmente viventi. Le variazioni geografiche rimangono le stesse riscontrate sin dalla prima fase dell'epidemia, con incidenze più elevate al nord (Lombardia, Liguria, Emilia Romagna) ed in alcune aree del centro (Roma e Lazio) rispetto alla gran parte del sud della penisola.

Il rapporto fra casi di AIDS cumulativi e persone infettate è di circa 1:3, per cui si stima che il numero cumulativo di sieropositivi sia superiore a 130.000. Di questi, circa 100.000 (ivi inclusi i circa 14.000 affetti da AIDS) sono attualmente viventi. Questi dati dimostrano che il serbatoio di infezione è tuttora ampio; anzi, l'allungamento della sopravvivenza delle persone infette può determinare un leggero aumento della prevalenza di infezione.

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 3 anni e, a differenza di quanto accadeva tra la fine degli anni '80 e l'inizio degli anni '90, non tende più alla diminuzione. Questa osservazione ribadisce l'importanza di non trarre conclusioni affrettate in base alla diminuita incidenza di AIDS conclamato e ribadisce la necessità di monitorare l'andamento delle nuove infezioni.

Si stanno modificando le caratteristiche delle persone colpite. Innanzitutto, si osserva una diminuzione delle diagnosi di infezione nei tossicodipendenti, che può derivare sia da una diminuzione del numero di persone che usano sostanze stupefacenti per via endovenosa che da una diminuita circolazione virale conseguente al cambio dei comportamenti associati all'uso di droga. Non diminuiscono invece le infezioni trasmesse per via sessuale. A ciò consegue un aumento dell'età media alla diagnosi di infezione.

Un problema particolare è quello dell'AIDS in carcere: dei 50.000 detenuti in Italia (di cui 47.000 uomini e 3.000 donne), distribuiti in 200 istituti di pena, 2.500 sono sieropositivi e 15.000 sono tossicodipendenti, quindi ad alto rischio di contrarre questa malattia.

In base alla nuova disciplina (Legge n. 231/1999) riguardante le situazioni di incompatibilità tra la condizione di AIDS conclamata o di grave deficienza immunitaria e il regime carcerario, si ritiene che in

HIV, ritenuti compatibili con lo stato di detenzione, gli interventi di prevenzione, di diagnosi, di cura e di riabilitazione stabiliti dal Servizio sanitario nazionale, garantendo loro facilità di accesso ai nuovi farmaci antivirali.

Sempre in base alla citata legge, i pazienti in carcere con la malattia già in fase acuta, devono essere ricoverati nelle unità operative di malattie infettive accreditate dopo aver ottenuto dalle autorità competenti adeguati dispositivi di piantonamento.

Sono obiettivi del presente Piano:

GLI OBIETTIVI

- riduzione dell'incidenza delle infezioni da HIV;
- miglioramento della qualità della vita delle persone infette da HIV.

Le azioni per il prossimo triennio sono:

LE AZIONI

- continuare gli interventi di prevenzione e/o informazione, nella loro più ampia articolazione (informazione, educazione alla salute, formazione, aggiornamento professionale). In particolare, si prevede di continuare le iniziative informativo-educative già avviate e di richiamare l'attenzione non solo della popolazione generale e dei gruppi di popolazione a rischio noto;
- adeguare le strutture di ricovero, sulla base dei dati epidemiologici attualmente disponibili, potenziando le attività di day-hospital, ambulatoriali e domiciliari, ferma restando l'esigenza di adeguare la rete di strutture di ricovero di malattie infettive, anche in relazione alla diffusione delle altre malattie infettive;
- accelerare le procedure per lo svolgimento delle attività di sperimentazione e l'approvazione delle delibazioni all'uso dei farmaci, ridefinendo in particolare l'uso e i limiti di applicazione delle delibazioni stesse e la necessità di procedere ad un aggiornamento delle linee-guida per l'utilizzazione dei farmaci anti-retrovirali;
- favorire le attività del volontariato, la tutela dei diritti delle persone con infezione da HIV, il superamento dei problemi connessi alla diffusione dell'infezione da HIV nelle carceri, la cura degli aspetti psicologici e psichiatrici dell'infezione da HIV/AIDS.

Incidenti e malattie professionali

Infotuni lavorativi

Il fenomeno infortunistico mostra, in Italia, un costante quadro di gravità sia in termini di numero di eventi che di effetti conseguenti.

IL PROBLEMA

Gli infortuni avvenuti e denunciati nel 1999 superano di poco il milione, di cui 1.309 mortali, con un incremento dell'1.2% rispetto al 1998. L'incremento più significativo riguarda i settori dell'industria e dei servizi. I costi complessivi sono stimati intorno al 3% del pil.

di strategie per il controllo del fenomeno infortunistico.

Obiettivo generale del Psn 2001-2003 è la riduzione della frequenza degli infortuni sul lavoro, in particolare in quei settori che sono contrassegnati da un maggior numero di eventi e da una maggiore gravità degli effetti. GLI OBIETTIVI

Uno degli aspetti più critici nell'analisi dell'infortunio risiede nell'esatta valutazione dei fattori che hanno contribuito a determinare l'evento. LE AZIONI

Non si dispone di informazioni che indichino il ruolo dei diversi fattori che hanno concorso al determinarsi dell'evento e, attualmente, non esiste un sistema di sorveglianza nazionale in grado di esplicitare le cause degli infortuni sul lavoro, soprattutto quando si sia in presenza di una molteplicità di fattori concomitanti.

Altro momento fondamentale nel determinismo dell'incidente risiede nella mancata o insufficiente prevenzione tecnologica.

Le azioni da privilegiare sono:

- costruire un sistema nazionale di sorveglianza sugli infortuni sul lavoro finalizzato allo studio ed alla conoscenza delle cause;
- migliorare la qualità e gli aspetti di sicurezza delle attrezzature utilizzate, attraverso l'adozione di Sistemi di Qualità;
- rafforzare le attività di prevenzione e vigilanza dei processi e delle procedure di lavoro;
- promuovere iniziative per l'informazione e la formazione dei soggetti coinvolti nel processo e del personale addetto alle azioni di vigilanza;
- migliorare i processi di verifica della qualità e dell'efficacia delle azioni di prevenzione.

Secondo dati statunitensi, il 52% degli incidenti sul lavoro possono essere attribuiti a sonnolenza e alla tendenza all'addormentamento (35% alla guida di un veicolo; 13% "cadute"; 5% incidenti legati ai mezzi di trasporto aerei o marittimi).

Particolarmente esposti al rischio di questi incidenti sono i lavoratori turnisti.

Le cause possono essere fisiologiche (ritmo circadiano, privazione del sonno) o legate all'assunzione di alcol o di farmaci. La sindrome può essere, inoltre, sintomo di patologie del sonno (forte russamento, sindrome delle apnee ostruttive nel sonno, narcolessia).

Interventi preventivi possono essere:

- campagne educazionali, rivolte soprattutto ai giovani ed ai lavoratori;
- sensibilizzazione dell'opinione pubblica;
- sensibilizzazione dei datori di lavoro sui rischi della sonnolenza, soprattutto nei lavoratori turnisti;
- identificazione dei soggetti a rischio da parte del medico di medicina generale.

Patologie da 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 l'introduzione di nuovi modelli organizzativi ed operativi.

IL PROBLEMA

Nel settore della sicurezza e della salute occupazionale ciò sta determinando l'introduzione di nuovi rischi e inducendo una progressiva modificazione dei modelli tradizionali di esposizione al rischio. Conseguentemente l'attuale quadro della patologia professionale vede la coesistenza di classiche malattie professionali specifiche, che riconoscono una causa lavorativa ben determinata e di malattie a genesi multifattoriale, che costituiscono causa di morbilità o mortalità anche nella popolazione generale.

Secondo i dati INAIL, le malattie professionali maggiormente indennizzate sono, in ordine decrescente, nell'industria le ipoacusie da rumore, le malattie cutanee, le pneumoconiosi; in agricoltura l'asma bronchiale e le alveoliti allergiche.

Tuttavia, accanto a queste patologie tradizionali, si stanno diffondendo tra i lavoratori alcune nuove patologie definite come "nuove epidemie" e identificabili con:

- 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 cancerogeni e sul sistema riproduttivo);
- patologie da agenti fisici (campi elettromagnetici);

Inoltre la mutata organizzazione del lavoro (telelavoro), la comparsa di nuove tipologie di lavoro flessibile (lavori atipici, lavoro interinale) e le diverse caratteristiche della forza lavoro (invecchiamento della popolazione lavorativa, presenza di lavoratori extracomunitari non regolarmente assunti) costituiscono nuovi fattori di rischio.

È obiettivo del presente Piano la diminuzione del numero delle malattie professionali e delle patologie correlate al lavoro.

GLI OBIETTIVI

Le azioni previste per il triennio sono:

LE AZIONI

- applicare pienamente la normativa di prevenzione e sicurezza;
- sviluppare un'apposita normativa per settori specifici;
- costruire una rete di sorveglianza epidemiologica occupazionale e definire i flussi informativi;
- informare e formare i lavoratori;
- formare gli addetti alla vigilanza e al controllo;
- rafforzare le attività di prevenzione e vigilanza;
- sviluppare indagini sulle patologie correlate al lavoro;

Tumori occupazionali

In Italia ogni anno si verificano oltre 250.000 casi di tumore maligno. Una stima, ritenuta da molti studiosi conservativa, riconosce che una quota del 4% di tutti i tumori sia di origine professionale e quindi più di 10.000 casi l'anno sarebbero da attribuire alle esposizioni a cancerogeni in ambiente di lavoro.

IL PROBLEMA

Attualmente solo per poche centinaia di casi l'anno vengono attivate procedure di riconoscimento dell'etiologia professionale e di bonifica dell'ambiente di lavoro.

Uno dei punti critici nell'individuazione dei tumori di origine lavorativa risiede nella mancata attivazione di sistemi informativi.

Obiettivi principali del Psn sono il miglioramento del riconoscimento dei tumori di origine professionale e l'individuazione di misure di tutela e di prevenzione degli esposti.

GLI OBIETTIVI

Le principali azioni da intraprendere riguardano:

LE AZIONI

- la creazione di un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno relativo alla cancerogenesi professionale basato sull'appaiamento dei dati provenienti dai sistemi informativi territoriali di rilevazione della patologia e dai sistemi informativi degli Enti previdenziali e amministrativi;
- la piena applicazione della normativa specifica di settore, con particolare attenzione allo sviluppo e all'implementazione di soluzioni tecniche per la sostituzione e l'eliminazione delle sostanze cancerogene e la sperimentazione di tecnologie alternative;
- l'informazione e la formazione dei lavoratori esposti a rischio;
- la piena realizzazione degli archivi degli esposti al rischio, così come previsto dalla normativa vigente;
- la sensibilizzazione delle strutture del Servizio sanitario nazionale al riconoscimento di tumori di origine lavorativa.

Incidenti stradali e domestici

Incidenti stradali

Le statistiche di mortalità dell'ISTAT del 1996 riferiscono i seguenti tassi di mortalità (per 100.000 abitanti) per incidenti stradali:

IL PROBLEMA

Tutte le età:	uomini	20.8
	donne	6.2

15-24 anni:	uomini	35.9
	donne	8.5

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, gli incidenti stradali sono certamente un'emergenza sanitaria che va affrontata in modo radicale. D'altra parte, rispetto al Psn 1998-2000 qualche passo in avanti lo si è fatto,

l'estensione dell'obbligo d'uso del casco anche ai maggiorenni in ciclomotore e l'impegno delle diverse amministrazioni nel far sì che la legge fosse rispettata, hanno contribuito a determinare un crollo del verificarsi del trauma cranico in questa categoria di utenti (medianamente - 66.0%, che proiettato all'anno comporta una riduzione di 170 morti, 350 invalidi gravi, 8500 ricoverati, con un beneficio sociosanitario di circa 500 miliardi). L'attenzione del Governo a questo problema ha portato il 29 marzo del 2000 all'emanazione di un decreto interministeriale (Decreto dei Lavori Pubblici di concerto con Interno, Trasporti, Pubblica Istruzione e Sanità) sugli "Indirizzi generali e linee guida di attuazione del Piano Nazionale della Sicurezza Stradale" che fornisce indicazioni preziose per muoversi ed operare su un problema fortemente trasversale. Il fenomeno, tuttavia, 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).

Costituiscono obiettivi del presente Piano:

GLI OBIETTIVI

- la riduzione almeno del 20% della mortalità derivante dagli incidenti stradali, in particolare nella fascia di età tra i 15 e i 24 anni, dove detta mortalità è praticamente ancora ferma ai valori degli anni '70;
- la riduzione almeno del 20% dei ricoveri per incidente stradale e delle prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero;
- la riduzione almeno del 10% delle menomazioni gravi permanenti conseguenti a incidenti stradali.

Oltre agli interventi sugli stili di vita, di cui all'obiettivo I del presente Piano, sono identificabili le seguenti azioni prioritarie:

LE AZIONI

- mantenere ai livelli attuali (superiori al 90%) l'utilizzo del casco da parte degli utenti dei veicoli motorizzati a due ruote;
- elevare quanto più possibile l'uso delle cinture di sicurezza;
- contrastare la guida in stato di ebbrezza e sotto l'influsso di sostanze psicotrope;
- contrastare gli stili di guida aggressivi, in particolare per quel che riguarda la velocità elevata.

Per altre azioni importanti, che vanno dall'istituzione di sistemi di sorveglianza allo studio dei fattori di rischio, dalla prevenzione alla valutazione, si rimanda al citato decreto interministeriale.

Incidenti domestici

Il fenomeno degli infortuni domestici mostra un andamento in continua crescita con un numero di casi di circa 4.000.000 per anno.

IL PROBLEMA

Le categorie di soggetti a maggior rischio sono quelle appartenenti alle classi di età comprese tra i 45 ed i 64 anni di età ed i 25 ed i 44 anni di età.

La causa prevalente d'infortunio è rappresentata dalla struttura architettonica della casa (37,4% degli eventi) e la ferita rappresenta la conseguenza traumatica più frequente, seguita dall'ustione. Le conseguenze più gravi sono rappresentate dalle fratture

tassi di mortalità per incidenti non stradali per 100.000 abitanti:

Tutte le età:	uomini	23.0
	donne	26.7
Età 0-5 anni:	uomini	4.2
	donne:	3.2
Età 65 anni e più:	uomini	99.9
	donne	124.6

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.

L'ampiezza del fenomeno degli infortuni in ambiente domestico deve peraltro rendere consapevole la collettività che le mura domestiche rappresentano un ambito di sicurezza solo se sono rispettate condizioni di corretto utilizzo degli spazi e degli oggetti.

Su questo problema è stato fatto un decisivo passo in avanti con l'approvazione della legge 3 dicembre 1999, n. 493, relativa alle "Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici". Questa legge, infatti, riconosce non solo il carattere "lavorativo" dell'attività che prevalentemente la donna svolge in casa, ma istituisce il "Sistema di sorveglianza nazionale sugli infortuni negli ambienti di civile abitazione", che permetterà sia di conoscere più in dettaglio il fenomeno, sia di valutare correttamente l'efficacia delle azioni di prevenzione promosse.

Particolare attenzione deve essere dedicata agli incidenti che coinvolgono gli anziani, soprattutto quelli istituzionalizzati.

Costituisce obiettivo del Piano la riduzione del numero degli infortuni domestici. In particolare, dovrà diminuire l'entità del fenomeno nelle categorie più a rischio, gli anziani di età superiore ai 65 anni.

GLI OBIETTIVI

Le azioni previste per il triennio sono:

- incentivare le misure di sicurezza domestica strutturale, impiantistica e di attrezzature;
- predisporre programmi intersettoriali volti a favorire l'adattamento degli spazi domestici alle condizioni di disabilità e di ridotta funzionalità dei soggetti a rischio;
- sviluppare campagne d'informazione e di sensibilizzazione nei confronti dei rischi presenti negli spazi domestici, rivolte particolarmente alle categorie a rischio;
- costruire un sistema di sorveglianza epidemiologica del fenomeno infortunistico e individuare criteri di misura e di registrazione degli infortuni domestici.

LE AZIONI

Diabete e malattie metaboliche

Le malattie metaboliche rappresentano una causa primaria di morbilità e mortalità nel nostro Paese. In particolare il diabete costituisce la principale causa di cecità, insufficienza renale cronica, cardiopatia ischemica e amputazioni degli arti inferiori. L'incidenza del diabete di tipo 2 è in aumento in tutto il mondo occidentale, così come si va riducendo sempre più l'età della diagnosi della malattia. Anche l'incidenza del diabete di tipo 1 è in aumento in alcune zone, segnatamente la Sardegna.

Il diabete è tuttavia solo un aspetto, anche se spesso il più grave, della cosiddetta "sindrome metabolica", cui vanno riferite anche l'obesità, le dislipidemie e l'ipertensione arteriosa: in altre parole i principali fattori di rischio responsabili dell'aterosclerosi e delle patologie cardiovascolari ad essa secondarie, problema sanitario di primaria importanza e gravità anche nel nostro Paese. L'indagine multiscopo ISTAT stima che almeno due milioni di italiani dichiarano di soffrire di diabete (tabella a fianco),

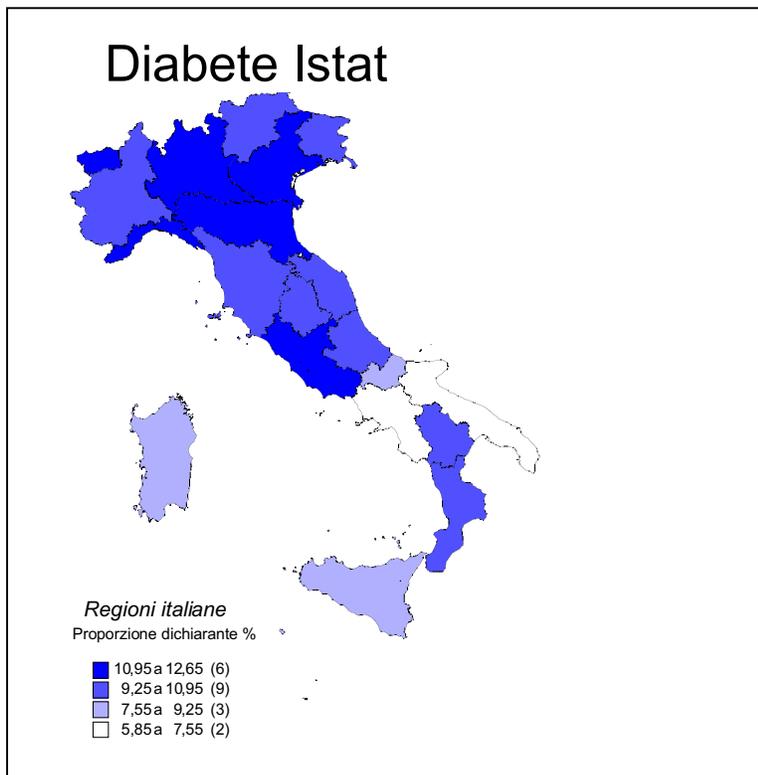
IL PROBLEMA

Indagine multiscopo Istat 99-2000 : dati preliminari sui primi due trimestri : persone che dichiarano di soffrire di Diabete : Percentuali e stima estesa alla popolazione in migliaia con limiti di confidenza al 95%

Percentuali
minimo
massimo
PIEMONTE
3,3
115
166
VALLE D'AOSTA
2,2
2
4
LOMBARDIA
3,2
245
334
TRENTINO-ALTO ADIGE
2,8
19
32
VENETO
3,7
139
188
FRIULI-VENEZIA GIULIA
2,7
25
37
LIGURIA
2,5
33
49
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1
90
129
LAZIO
3,4
100
140
ABRUZZO
3,1
60
80
MARCHE
3,1
50
70
EMILIA-ROMAGNA
3,5
118
156
TOSCANA
3,1

26
37
MARCHE
3,5
42
60
LAZIO
3,4
146
207
ABRUZZI
3,9
42
58
MOLISE
4,1
11
16
CAMPANIA
4,8
243
306
PUGLIA
4,7
167
212
BASILICATA
3,5
16
26
CALABRIA
4,6
81
108
SICILIA
4,1
175
242
SARDEGNA
3,5
50
66
ITALIA
3,6
1.975
2139

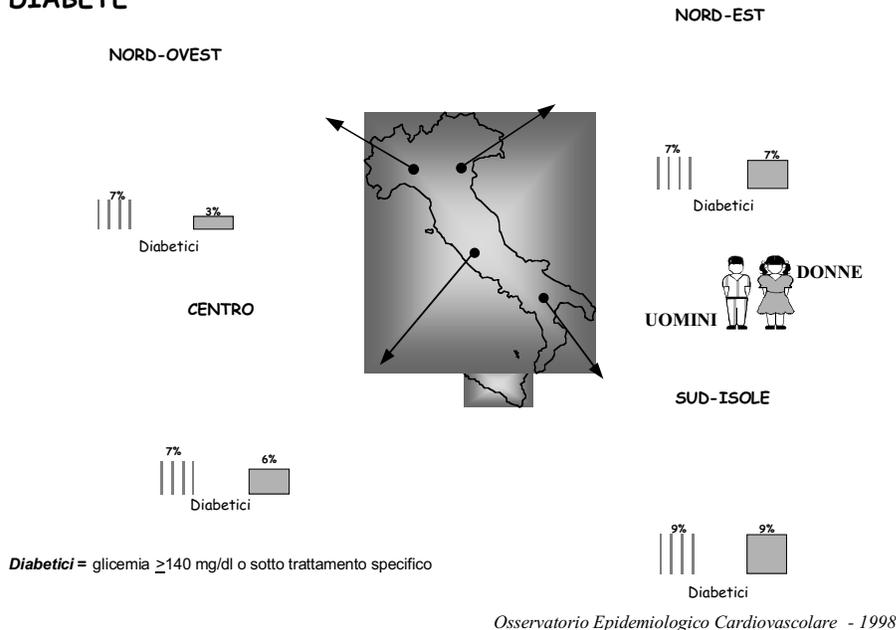
con notevoli differenze



questo dato è coerente con la rilevazione della rete di osservatori cardiovascolari riportata nella figura 6 che rappresenta la distribuzione della glicemia e la proporzione di diabetici nel campione studiato.

Figura 6

DIABETE



Sono obiettivi del Piano:

- il contrasto della malattia, attraverso programmi di prevenzione e di ricerca dei meccanismi patogenetici che ne sono alla base;
- il contrasto delle complicanze della malattia, attraverso interventi atti a ridurre i fattori di rischio ad essa legati responsabili del danno d'organo, a identificare i soggetti a rischio, per meglio orientare tali interventi e a comprenderne la genesi in modo tale da poter adeguatamente affrontare la patologia sul piano terapeutico;
- il miglioramento della qualità di vita dei pazienti, attraverso programmi di educazione ed informazione sanitaria ed interventi mirati ad alleviare l'impatto di queste condizioni morbose nell'esercizio delle normali attività quotidiane.
-

GLI OBIETTIVI

Le azioni sono:

- favorire l'accesso ai servizi diagnostici degli individui a rischio per anamnesi familiare;
- incrementare l'arruolamento dei diabetici in appropriati programmi di trattamento e di prevenzione delle complicanze;
- migliorare le prestazioni attraverso apposite linee guida per gli operatori sanitari;
- implementare programmi di informazione dei pazienti coinvolgendo il volontariato sociale.

LE AZIONI