

la valutazione delle esperienze formative; decide e indica i requisiti per l'accreditamento delle società scientifiche e dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative, verificandone la relativa sussistenza.

In un secondo tempo, le Regioni provvedono alla pianificazione e organizzazione dei programmi di loro competenza e interesse per la formazione continua, individuano obiettivi formativi di importanza e utilità nazionale, elaborandone quelli a specifico interesse regionale, di cui invieranno una dettagliata relazione annuale alla Commissione nazionale per un esatto monitoraggio sia di quanto svolto sia di quanto ancora mancante al fine di indicare le informazioni utili a correggere le eventuali carenze.

La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce, per tutti gli operatori professionali, requisito indispensabile sine qua non per svolgere attività professionale.

I contratti collettivi nazionali di lavoro dipendente individuano specifici elementi di penalizzazione, anche di natura economica, per il personale che, nel triennio, non consegue il minimo dei crediti formativi, in mancanza dei quali non è, inoltre, possibile raggiungere le funzioni dirigenziali di secondo livello. Per le strutture private, tale adempimento da parte dei dipendenti costituisce un requisito essenziale per ottenere o mantenere l'accreditamento del Servizio sanitario nazionale. Informazioni più dettagliate sono incluse nel "Manuale utente", messo in rete sul sito del Ministero della sanità. Le società scientifiche, soprattutto quelle con maggiore tradizione ed esperienza nell'organizzazione di attività formative, reclamano un accreditamento di diritto, sulla base del proprio curriculum.

Richiedono cioè il passaggio dall'accreditamento del singolo evento formativo a quello del provider. In questo panorama si inserisce l'università la quale, in regime di monopolio per quanto riguarda la formazione di base, si muove con meno disinvoltura nella formazione continua, pur avendo sia le competenze professionali sia le conoscenze sia le metodologie e le capacità di formazione.

Con l'obiettivo di realizzare nella formazione dei professionisti una virtuosa continuità della formazione di base con quella continua, sarebbe fortemente auspicabile che le università stringessero un legame di cooperazione con le società scientifiche e gli enti che si propongono come provider, per rispondere a una domanda che è molto diversa da quella tradizionalmente soddisfatta e che impone una revisione di contenuti e di metodologie formative. Si sono inoltre moltiplicate le opportunità di formazione a distanza, favorite dall'enorme espansione di Internet. Un professionista può partecipare ad attività di suo interesse senza spostarsi per raggiungere la sede dell'evento formativo. L'offerta on line è variegata e si estende da offerte più tradizionali ad attività che si avvalgono dell'interazione del soggetto cui sono dirette.

Sono disponibili in Internet una serie di banche dati specializzate in ricerche bibliografiche, come Medline, siti di riviste scientifiche consultabili direttamente da qualsiasi utente e atti di convegni. Questa offerta rientra, però, solo nell'aggiornamento professionale e, oltre a suscitare il problema della reperibilità e della scelta dell'informazione, soprattutto per utenti poco esperti (questione che coinvolge tutte le offerte di Internet), non assicura un cambiamento nel comportamento del professionista. Più favorevoli in questo senso sono le proposte interattive, dove il professionista si trova a partecipare a videoconferenze, a interloquire con pazienti virtuali, a far parte di gruppi di discussione tramite chat line, o a cimentarsi nella risoluzione di casi clinici o nell'interpretazione di esami diagnostici.

RISORSE STRUTTURALI

PREVENZIONE

Con il decreto legislativo 502/1992, le regioni avevano ricevuto il mandato di disciplinare l'istituzione e l'organizzazione, presso ogni azienda sanitaria locale (ASL), di un Dipartimento di prevenzione (DP), cui attribuire funzioni preventive e di sanità pubblica.

Il decreto legislativo 229/1999 ha ulteriormente precisato le caratteristiche del DP, individuato quale "struttura operativa dell'azienda unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva", perseguendo strategie di promozione della salute, prevenzione degli stati morbosi, miglioramento della qualità della vita, attraverso la conoscenza e la gestione dei rischi per la salute e la sicurezza, la definizione degli obiettivi e la programmazione delle azioni, la verifica dei risultati in termini di efficacia ed efficienza.

Il decreto legislativo 229/1999 ha inoltre ridefinito le funzioni del DP, la sua organizzazione con autonomia gestionale e contabile e i momenti di coordinamento interno (con i distretti, gli ospedali e gli altri dipartimenti aziendali) ed esterno (con l'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente, ARPA, gli istituti zooprofilattici sperimentali e con altri soggetti istituzionali).

Per valutare lo stato di attuazione della normativa relativa alla costituzione dei DP, le ASL sono state invitate a rispondere a un questionario prodotto dalla Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario istituita presso il Senato della Repubblica.

Al 31 luglio 2000 aveva risposto circa il 99 per cento delle ASL (195 su 197), mentre - a un'indagine analoga condotta nel 1998 dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali - aveva risposto l'82,7 per cento delle ASL.

Le informazioni raccolte mediante il questionario riguardavano le seguenti tematiche: attivazione del DP;

- organizzazione del DP (per funzioni e competenze);
- area sanitaria di appartenenza del direttore del DP;
- disponibilità e ammontare del budget assegnato al DP;
- istituzione del Servizio per l'igiene degli alimenti e la nutrizione (SIAN);
- istituzione dello Sportello unico dipartimentale;
- sistema informativo aziendale e necessità informative del DP;
- piano formativo aziendale e previsione di specifica attività di formazione per il DP.

I dati raccolti mediante il questionario evidenziano ancora notevoli differenze, anche territoriali, nel processo di istituzione e messa a punto del DP, che risulta essere stato compiuto nel 95,4 per cento delle ASL dell'Italia del Nord, nel 100 per cento delle ASL dell'Italia centrale e nell'82,4 per cento delle ASL dell'Italia meridionale e insulare.

Le attività del DP, sulla base delle risposte fornite dalle ASL, sono organizzate per funzioni nel 37,9 per cento dei casi, ma permangono ancora, nel 31,3 per cento delle ASL, modelli organizzativi che tendono a mantenere livelli autonomi di competenza.

Per quanto riguarda l'autonomia gestionale e organizzativa del DP, l'indagine ha messo in evidenza che solo poco più della metà dei DP ha ricevuto l'assegnazione di uno specifico budget, mentre nel 74 per cento dei casi i fondi previsti per le attività di prevenzione non

Tabella 53. Presenza del Dipartimento di prevenzione nelle ASL Italiane

regione	ASL esistenti	ASL rilevate	ASL che hanno attivato il DP	% di ASL che hanno istituito il DP
Piemonte	22	22	22	100,0
Valle d'Aosta	1	1	1	100,0
Lombardia	15	14	14	93,3
Provincia autonoma Bolzano	4	4	1	25,0
Provincia autonoma Trento	1	1	1	100,0
Veneto	21	21	21	100,0
Friuli Venezia Giulia	6	6	6	100,0
Liguria	5	5	4	80,0
Emilia Romagna	13	13	13	100,0
Nord	87	87	83	88,7
Toscana	12	12	12	100,0
Umbria	4	4	4	100,0
Marche	13	13	13	100,0
Lazio	12	12	12	100,0
Centro	41	41	41	100,0
Abruzzo	6	6	6	100,0
Molise	4	4	4	100,0
Campania	13	13	13	100,0
Puglia	12	12	12	100,0
Basilicata	5	5	5	100,0
Calabria	11	10	10	100,0
Sicilia	9	9	1	11,1
Sardegna	8	8	6	75,0
Sud e isole	68	67	57	85,1
totale	197	195	181	91,2

nota: nella Provincia autonoma di Bolzano è stato istituito un unico Dipartimento interaziendale

sono stati assegnati integralmente al DP. La percentuale delle ASL in cui è stato istituito il SIAN è del 78 per cento; valore che si differenzia notevolmente per area geografica: al Nord e al Centro il dato si attesta tra l'80 e l'82 per cento, mentre al Sud e nelle Isole scende al 68 per cento. Il questionario inviato alle ASL richiedeva anche informazioni circa l'istituzione dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (ARPA), organo esterno a rilevanza regionale. Sulla base delle informazioni fornite con il questionario, l'ARPA sarebbe stata istituita, anche con funzioni operative, nel 5,9 per cento delle ASL, istituita ma senza funzioni operative nel 28,2 per cento delle ASL e non istituita affatto nel 12,9 per cento delle ASL che hanno risposto.

Il dato appare in contraddizione con la realtà almeno per quello che riguarda 8 regioni (Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Lazio, Molise, Campania, Puglia e Calabria) sia per

quanto riguarda l'operatività che la stessa formale istituzione dell'ARPA. Nel complesso la situazione, per quanto riguarda la costituzione dei DP, può essere giudicata positivamente; tuttavia, alcuni indicatori segnalano la distanza ancora esistente tra il livello raggiunto dal processo formale di istituzione e quello dell'effettiva attivazione degli strumenti operativi e gestionali. Si evidenziano, in particolare, alcune elementi critici quali l'insufficiente realizzazione del sistema informativo dipartimentale, previsto solo nel 54,3 per cento delle ASL, e la scarsità delle iniziative volte al miglioramento dei rapporti con i cittadini, mediante semplificazione delle procedure e indicazione di percorsi facilitati: in questo senso è necessario promuovere l'istituzione dello Sportello unico dipartimentale, non ancora realizzato nell'80 per cento dei casi. Va poi rilevata la difficoltà dei rapporti tra DP e ARPA, evidenziata anche dalla discrepanza delle risposte fornite dalle ASL circa istituzione e capacità operativa di queste ultime, che richiederebbe probabilmente uno specifico approfondimento dei reali livelli di operatività e di raccordo funzionale tra gli organi deputati alla prevenzione sanitaria e quelli deputati alla protezione ambientale.

Sanità pubblica veterinaria

Assicurare un adeguato livello di salute e di benessere agli animali costituisce uno strumento importante di prevenzione anche per la salute umana. Lo stretto rapporto tra l'uomo e gli animali che si realizza direttamente attraverso la convivenza domestica con essi o indirettamente attraverso il consumo e l'utilizzo di prodotti di origine animale può essere infatti causa della trasmissione all'uomo di malattie a carattere zoonotico.

D'altra parte, gli animali possono costituire una fonte di reddito e dunque la prevenzione delle malattie del bestiame rappresenta direttamente un interesse economico della società. La sanità pubblica veterinaria nell'ambito del Dipartimento di prevenzione delle aziende sanitarie locali si colloca su tre aree operative:

- area A - profilassi pianificate delle malattie infettive del bestiame e polizia veterinaria;
- area B - igiene della produzione e della commercializzazione degli alimenti di origine animale;
- area C - benessere animale e igiene delle produzioni animali.

Per rendere possibili i controlli nelle suddette aree sono impiegati circa 5.000 veterinari.

Area A. Nell'ambito di questa area vengono condotti interventi secondo piani nazionali predisposti dal Ministero della sanità in collaborazione con le regioni per l'eradicazione di malattie infettive enzootiche come la tubercolosi dei bovini, la brucellosi dei bovini e degli ovicapri e la leucosi bovina, di particolare gravità in rapporto alla trasmissibilità all'uomo o al danno zootecnico che ne deriva.

I piani di intervento prevedono l'individuazione degli animali infetti attraverso prove diagnostiche ufficiali e la loro eliminazione attraverso la macellazione, per arrivare alla definitiva scomparsa della malattia dall'allevamento, che acquisisce così la qualifica di allevamento "ufficialmente indenne". Tale qualifica viene anche attribuita dal Ministero della sanità, in presenza di determinate condizioni specificate nelle normative di riferimento, a territori di province o intere regioni.

In termini di dati consuntivi nazionali, l'attività dei servizi veterinari nel corso dell'ultimo decennio (1989/1999) ha portato notevoli risultati in questo campo, sia in termini di percentuali di allevamenti controllati sia in termini di diminuzione del tasso di infezione delle

malattie citate. Esse risultano peraltro ancora presenti solo in determinate zone d'Italia. In dettaglio, per la tubercolosi sono state dichiarate ufficialmente indenni 62 province e 9 intere regioni, per la brucellosi bovina 58 province e 6 intere regioni, per la brucellosi ovicaprina 25 province e 2 intere regioni, per la leucosi bovina 19 province e 2 regioni. Per quest'ultima malattia è da sottolineare che, benché il piano di risanamento sia stato reso obbligatorio solo a partire dal luglio 1996, attualmente (dati riferiti all'anno 1999) l'infezione interessa solo lo 0,6 per cento degli allevamenti controllati e i dati parziali relativi all'anno 2000, nonché le proiezioni elaborate, indicano vicino il traguardo dell'eradicazione della malattia dal territorio nazionale.

Qualora si manifestino casi di malattie infettive a carattere epizootico - recenti sono i casi di peste aviaria e di malattia di Newcastle nel pollame e di blue tongue negli ovicapri - scattano invece i provvedimenti di polizia veterinaria, che comportano l'isolamento dell'allevamento colpito e l'individuazione di un'area infetta e di un'area di protezione nelle quali rimane vietata la movimentazione degli animali.

Per gli animali malati, e talvolta per quelli infetti, può essere disposto l'abbattimento, mentre per talune malattie può essere giustificato anche l'abbattimento degli altri animali presenti nell'allevamento. Tali provvedimenti possono essere revocati solo qualora dall'ultimo caso di morte o dall'ultimo abbattimento, dopo un periodo proporzionato e comunque superiore al tempo di incubazione della malattia, non si siano più manifestati nuovi casi.

Particolarmente gravi per il settore avicolo sono risultate le epidemie di peste aviaria e di malattia di Newcastle. La prima si è manifestata a partire dalla seconda metà del 1999 e fino alla metà del 2000, con 427 focolai individuati in totale e circa 12 milioni di volatili abbattuti. Ancora nel 2000 si sono verificati 257 casi di malattia di Newcastle.

L'allevamento ovino sardo, di grande importanza socioeconomica per l'isola e vanto nazionale, è stato invece interessato dall'epidemia di blue tongue, malattia infettiva trasmessa da insetti vettori e finora considerata esotica per l'Italia, che ha fatto registrare 5.962 focolai accertati con l'abbattimento di circa 180.000 capi. L'epidemia ha inoltre colpito, anche se in modo più limitato, la Sicilia e la Calabria. L'indagine epidemiologica ed entomologica è stata tempestivamente attivata e proseguirà anche durante il 2001.

Gli interventi da attuare in determinate specie e categorie di animali vivi, al fine di evitare infezioni e intossicazioni alimentari, sono definiti dal DPR 497/98 del 30 novembre 1998, in cui sono individuate le misure minime valide su tutto il territorio comunitario per la sorveglianza e il controllo della salmonella nei gruppi di riproduttori della specie *Gallus gallus* (animali produttori di uova da cova), finalizzate alla protezione del consumatore nei confronti di *Salmonella enteritidis* e *Salmonella typhimurium*.

Gli interventi, fin dall'inizio della filiera produttiva dell'industria avicola, si prefiggono lo scopo di ridurre la presenza di tali agenti patogeni nei gruppi di pollame commerciali (da carne e per la produzione di uova da consumo) e quindi negli alimenti.

Un flusso informativo circa il riscontro di agenti zoonotici è posto in essere dalla succitata direttiva 92/117/CE al fine di permettere all'Unione Europea un'adeguata individuazione degli interventi prioritari nella protezione del consumatore.

L'Unione Europea ha chiaramente sottolineato l'importanza della diffusione di criteri igienico-sanitari per la corretta conduzione delle pratiche di allevamento (elements good animal husbandry practices, GAHP) nella direttiva 90/539/CE del 15 ottobre 1990, trasposta nell'ordinamento giuridico italiano con DPR 587/1993 del 3 marzo 1993, individuando pre-

cisi parametri strutturali e modalità di funzionamento degli stabilimenti avicoli per gli scambi intracomunitari di pollame e uova da cova.

Area B. Le attività svolte in questa area riguardano il controllo degli alimenti di origine animale. Tale controllo viene espletato negli stabilimenti di produzione delle carni e dei prodotti a base di carne, dei prodotti della pesca e dei molluschi, del latte, dei prodotti a base di latte e degli ovoprodotti. Nel complesso si tratta di circa 10.000 impianti il cui controllo viene assicurato da veterinari ufficiali della ASL attraverso visite periodiche e la verifica delle procedure di autocontrollo messe in atto dall'azienda, nonché attraverso controlli sui prodotti, anche mediante campionamenti e analisi di laboratorio.

Rientrano nelle attività svolte nell'ambito dell'area B i controlli effettuati nei macelli dai veterinari ufficiali, che assicurano la loro presenza durante tutta l'attività di macellazione con sistematiche visite ante mortem degli animali e ispezione post mortem delle relative carni, al fine di individuare patologie dell'animale che possano renderlo non idoneo al consumo alimentare e quindi escluderlo dalla vendita. Inoltre procedono ad analisi di laboratorio:

- nei casi previsti dalla legge, come l'esame trichinoscopico e il test rapido per l'encefalopatia spongiforme bovina (BSE);
- in attuazione di piani di controllo nazionali, come il piano per la ricerca dei residui dei farmaci, delle sostanze contaminanti e delle sostanze ad azione anabolizzante impiegate fraudolentemente;
- in ogni altro caso ritenuto necessario.

Le attività di controllo si estendono anche alla fase di commercializzazione, mediante vigilanza sugli esercizi di vendita e sulla somministrazione dei prodotti alimentari.

Disomogeneità nell'applicazione delle disposizioni normative è emersa in particolare nelle verifiche comunitarie condotte nei settori in cui l'attività autorizzativa era già stata attribuita alle regioni, come per esempio nel settore del latte e dei prodotti a base di latte, nel quale, anche in presenza di atti di indirizzo ministeriali, ciascuna regione ha seguito propri criteri applicativi.

Area C. Il controllo e la sorveglianza sui sistemi di allevamento degli animali di interesse zootecnico, sia di tipo estensivo sia di tipo intensivo, costituiscono un elemento indispensabile al fine di poter garantire la qualità e la salubrità degli alimenti di origine animale.

L'area C si occupa di:

- benessere animale, con controlli sul randagismo, di sperimentazione su animali, nonché delle condizioni di trasporto del bestiame;
- igiene zootecnica, attraverso verifiche negli allevamenti ed esercitando il controllo su talune produzioni animali di stalla, quali la mungitura e la raccolta del latte crudo, la deposizione, raccolta, calibratura e imballaggio delle uova;
- anagrafe del bestiame;
- controllo della produzione dei mangimi e dell'alimentazione animale;
- controlli sulla commercializzazione e sull'impiego del farmaco veterinario;
- controllo degli stabilimenti di trattamento degli scarti di origine animale ad alto e a basso rischio;
- controllo degli organi e delle ghiandole animali destinate alla produzione di farmaci operapici;
- controllo delle produzioni non alimentari di origine animale come pelli, cuoio, piume, corno, ossa, grassi eccetera

La vigilanza sugli allevamenti è svolta sia al fine di garantire il mantenimento dello stato sanitario degli animali (profilassi e polizia veterinaria delle malattie infettive e delle infestazioni del bestiame) sia al fine di assicurare che le metodologie di allevamento utilizzate siano conformi alle corrette pratiche in materia di igiene degli allevamenti, alimentazione degli animali e protezione e benessere degli animali.

Normative in merito alle corrette pratiche di allevamento sono state elaborate fin dal 1985, anno in cui con la Convenzione europea per la protezione degli animali negli allevamenti, ratificata con legge 14 ottobre 1985 n. 623, sono stati stabiliti i criteri generali per la detenzione degli animali negli allevamenti.

Disposizioni più dettagliate sono state successivamente emanate, sia in ambito comunitario sia in ambito nazionale, in merito alle tecniche di allevamento delle specie animali che più sono soggette ai vincoli imposti dalle moderne tecnologie e dai sistemi manageriali (in particolare, protezione delle galline in batteria, protezione dei suini, protezione dei vitelli).

Tali disposizioni rivolgono particolare attenzione a:

- idoneità dei materiali utilizzati per i locali adibiti alla stabulazione e al ricovero degli animali;
- controllo della temperatura, dell'umidità relativa, della circolazione e qualità dell'aria nei locali di allevamento;
- idoneità degli impianti meccanici utilizzati negli allevamenti;
- presenza di sistemi di allarme al fine di segnalare eventuali malfuzionamenti degli impianti meccanici;
- adeguatezza delle condizioni di illuminazione, naturale o artificiale, presenti nei locali di allevamento;
- frequenza dei controlli giornalieri necessari al fine di verificare il buono stato di salute e di benessere degli animali;
- superfici minime disponibili per ogni animale all'interno dei ricoveri;
- libertà di movimento degli animali;
- pulizia e disinfezione delle strutture presenti nell'allevamento;
- frequenza della somministrazione degli alimenti;
- qualità degli alimenti somministrati agli animali;
- misure da intraprendere in caso di malattia degli animali ed eventuale necessità di interventi veterinari;
- promozione delle attitudini etologiche e delle esigenze comportamentali degli animali.

I servizi veterinari del Servizio sanitario nazionale verificano, mediante adeguate ispezioni, che negli allevamenti presenti nel territorio italiano si abbia una corretta applicazione di tali disposizioni rivolte al mantenimento dell'idoneo stato di benessere degli animali e a garantire le corrette condizioni di igiene delle produzioni. Relativamente alle più importanti specie animali allevate (suini e vitelli), dati sulla vigilanza effettuata dalle ASL sono raccolti e aggregati a livello regionale e centrale, al fine di permettere una valutazione globale sull'intera attività svolta a livello nazionale. Al fine di tutelare le esigenze etologiche degli animali, nonché per garantire un migliore impatto ambientale, sono state sostenute dal Ministero della sanità iniziative volte a una riconversione degli attuali sistemi intensivi zootecnici in metodologie di allevamento estensive o più convenzionali. Si ricordano:

- l'adozione di sistemi alternativi e il bando delle gabbie in batteria nell'allevamento delle galline ovaiole (direttiva 1999/74/CE);

- la proposta per la costituzione di un fondo nazionale per incentivare la riconversione degli allevamenti intensivi in allevamenti estensivi o biologici e lo sviluppo del benessere animale (legge finanziaria 2001, legge 488/98).

Carattere di emergenza dell'encefalopatia spongiforme bovina. Questa emergenza, che ha coinvolto tutte e tre le aree della sanità pubblica veterinaria, ha suscitato grandi preoccupazione nell'opinione pubblica e grande eco nei mezzi di informazione. Si riferisce pertanto di seguito sulle misure sanitarie adottate in relazione all'emergenza di BSE.

I vertici del Servizio veterinario nazionale seguono ormai da anni con la massima attenzione l'evolversi della situazione relativa alla BSE sia in sede nazionale e comunitaria sia in sede internazionale, attraverso la presenza negli organismi di gestione e tecnici dell'Office International des Epizooties. Il Dipartimento alimenti, nutrizione e sanità pubblica veterinaria, fin dall'inizio del 2000, ha approvato il piano di sorveglianza epidemiologica della BSE (decreto ministeriale 7 gennaio 2000).

A partire della decisione 2000/784/CE del 5 giugno 2000, che richiedeva l'introduzione di test rapidi per la diagnosi di BSE, è stato chiesto al Centro di riferimento nazionale di iniziare una sperimentazione per rendere validi e armonizzare i test rapidi negli istituti zooprofilattici sperimentali e, contemporaneamente, una parallela attività di formazione.

Nel luglio 2000 è stato approvato il piano presentato dal Centro di riferimento nazionale, che indicava la necessità di effettuare prove comparative dei test rapidi, coinvolgendo il solo Istituto della Lombardia ed Emilia Romagna di Brescia.

Il risultato di questa sperimentazione è stata l'effettuazione di test rapidi su 1.466 campioni prelevati da bovini appartenenti a categorie cosiddette a rischio BSE (animali morti in stalla o macellati d'urgenza) nel periodo tra settembre e dicembre 2000.

Sono state effettuate inoltre riunioni con le regioni e i centri nazionali di riferimento della BSE di Torino e di epidemiologia di Teramo per armonizzare le procedure di realizzazione del piano di sorveglianza. È anche grazie a queste azioni propedeutiche che oggi si è in grado di far fronte alla domanda di esami rapidi per la BSE in Italia.

Dal mese di novembre 2000 l'attività del Ministero della sanità e in particolare del DANSPV, in relazione alla BSE, è andata aumentando in modo esponenziale. Oltre a tutte le attività legate alla preparazione degli strumenti legislativi e alle riunioni svolte in sede comunitaria, dal 25 novembre, data della prima riunione con gli istituti zooprofilattici sperimentali e le regioni, è iniziata l'attività di riprogrammazione del sistema di sorveglianza e controllo della BSE, scaturito nell'emanazione del decreto legge 21 novembre 2000 n. 335, che dispone, tra l'altro, l'obbligo di effettuazione dei test rapidi anti-BSE su tutti i bovini macellati in età superiore a 24 mesi. Una successiva disposizione comunitaria ha poi elevato tale età ai 30 mesi. Con l'ordinanza del Ministro della sanità del 17 novembre 2000 è stata vietata la somministrazione agli erbivori di mangimi contenenti proteine derivanti da tessuti animali e vietata la somministrazione a tutte le specie animali (suini, polli, pesci eccetera) di alimenti ottenuti da rifiuti di origine animale ad alto rischio (cadaveri e materiale patologico).

Nei confronti della Francia, con ordinanze telegrafiche del 17 novembre 2000, è stato imposto:

- il divieto di introduzione di animali della specie bovina di età superiore ai 18 mesi, nonché di ovuli e di embrioni della medesima specie;
- l'obbligo di macellazione e successivo controllo con test rapido per la BSE per tutti i capi bovini originari o provenienti dalla Francia che abbiano superato il 24° mese di età.

Considerata l'ipotesi eziopatogenetica della malattia, che la vuole collegata al consumo da parte dei bovini di farine animali infette, particolare attenzione è stata data al settore della alimentazione animale.

Tre sono le tappe legislative più significative in tale campo:

ordinanza ministeriale del 28 luglio 1994 (emanata in attuazione di un provvedimento comunitario) con la quale è stata vietata la somministrazione ai ruminanti di mangimi contenenti proteine di mammiferi;

- ordinanza (autonoma) ministeriale del 17 novembre 2000, con la quale è stata vietata la somministrazione, agli erbivori, di tutte le proteine derivate da tessuti animali;
- decisione della commissione n. 766/2000 che vieta la somministrazione di proteine animali trasformate a tutti gli animali di allevamento destinati alla produzione di alimenti (con esclusione delle farine di pesce destinate ad animali diversi dai ruminanti).

Numerosi sono stati i controlli effettuati dai servizi veterinari, sia negli stabilimenti di produzione sia negli allevamenti, per verificare il rispetto delle prescrizioni suddette (in particolare quelle dell'ordinanza ministeriale del 1994): negli anni 1997, 1998, 1999 e 2000 sono stati esaminati rispettivamente 730, 861, 613 e 1.225 campioni di mangimi.

Le percentuali di positività, riferite al riscontro di frammenti ossei di mammiferi nei campioni esaminati dagli istituti zooprofilattici con metodo microscopico, sono passate dal 14,9 per cento del 1997 al 4,4 per cento del 1999 e al 3,8 per cento del 2000 (dati fino al 13 dicembre 2000).

Bisogna tenere presente che, nulla togliendo all'irregolarità tecnico giuridica, le positività riscontrate non sono in realtà da ascrivere a una presenza significativa di proteine non consentite, bensì a livelli che sono prevalentemente riconducibili a un fenomeno di trascinamento determinato da produzioni precedenti effettuate negli stessi impianti.

ASSISTENZA DISTRETTUALE

Il decreto legislativo 229/1999 prevede come articolazione organizzativa funzionale dell'Azienda USL i distretti sanitari di base; l'individuazione dell'unità distrettuale all'interno dell'azienda sanitaria locale è funzionale all'obiettivo di coordinamento e integrazione di tutte le attività di assistenza sanitaria di carattere extra ospedaliero. I distretti organizzano i servizi di assistenza primaria (con l'integrazione dei medici di famiglia, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale ecc.), ambulatoriale e domiciliare; provvedono al sostegno alle famiglie, agli anziani, ai soggetti malati di AIDS e gestiscono le attività sanitarie e sociosanitarie delegate loro dai Comuni, coordinandosi con l'assistenza ospedaliera.

Assistenza di base. L'assistenza distrettuale proponendosi di coordinare ed integrare tutti i percorsi di accesso ai servizi sanitari da parte del cittadino, si avvale in primis dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, convenzionati con il Servizio sanitario nazionale (SSN).

Essi valutando il reale bisogno sanitario del cittadino, regolano l'accesso agli altri servizi offerti dal SSN. Il contratto dei medici di medicina generale e di pediatria prevede, salvo eccezioni, che ciascun medico di medicina di base assista al massimo 1.500 pazienti adulti (dai 13 anni in su) e ciascun pediatra 800 bambini (con età inferiore a 14 anni). Esistono comunque realtà territoriali in cui, per carenza di medici pediatri o per libera scelta dei

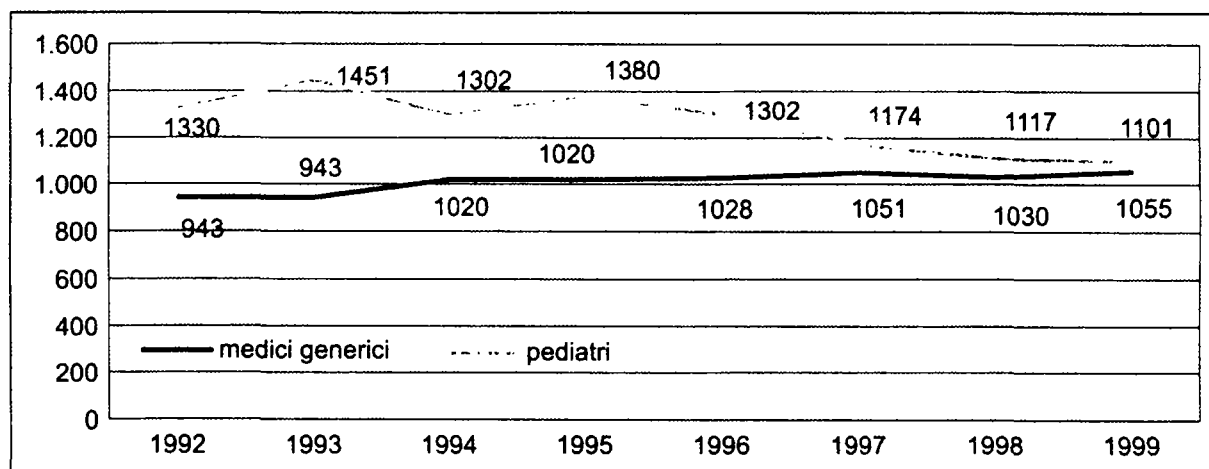


Figura 54. Rapporto tra residenti e medici di base
Fonte: Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario

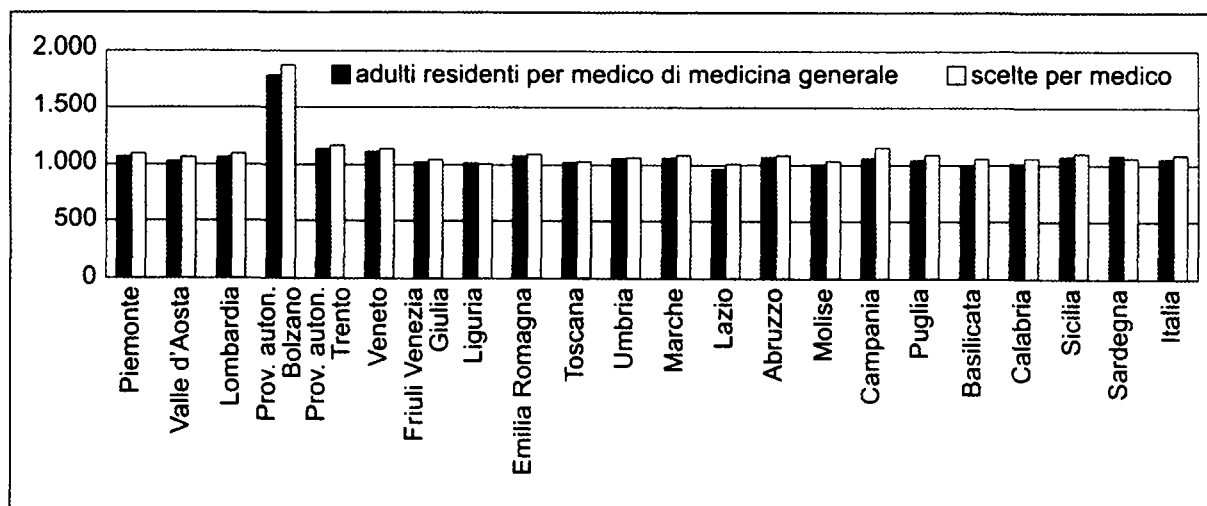


Figura 55. Distribuzione del numero di scelte di adulti residenti per medico di medicina generale, anno 1999
Fonte: Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario

genitori, è consentito che i bambini siano assistiti da medici di medicina generale. In media a livello nazionale ogni medico di base ha un carico potenziale di 1.055 adulti residenti, con notevoli differenziazioni a livello regionale. In particolare si evidenzia la Provincia autonoma di Bolzano con 1.782 residenti adulti per medico di base: va però tenuto presente che in detta Provincia autonoma il contratto di convenzione con il SSN dei medici di base stabiliva quale massimale di scelte 2.500 assistiti e solo recentemente è stato ridotto a 2.000 scelte per medico. Nel Lazio, invece, si registra il valore minimo di 963 residenti adulti per medico di medicina generale; nelle regioni del Sud si registrano lievi oscillazioni attorno al valore nazionale.

Il carico medio potenziale per pediatra è a livello nazionale di 1.097 bambini, con una variabilità territoriale anche più elevata rispetto a quella registrata per i medici di medicina generale. Tutte le Regioni comunque sono caratterizzate da una forte carenza di pediatri in convenzione con il SSN: fanno eccezione Liguria ed Emilia Romagna che presentano un nume-

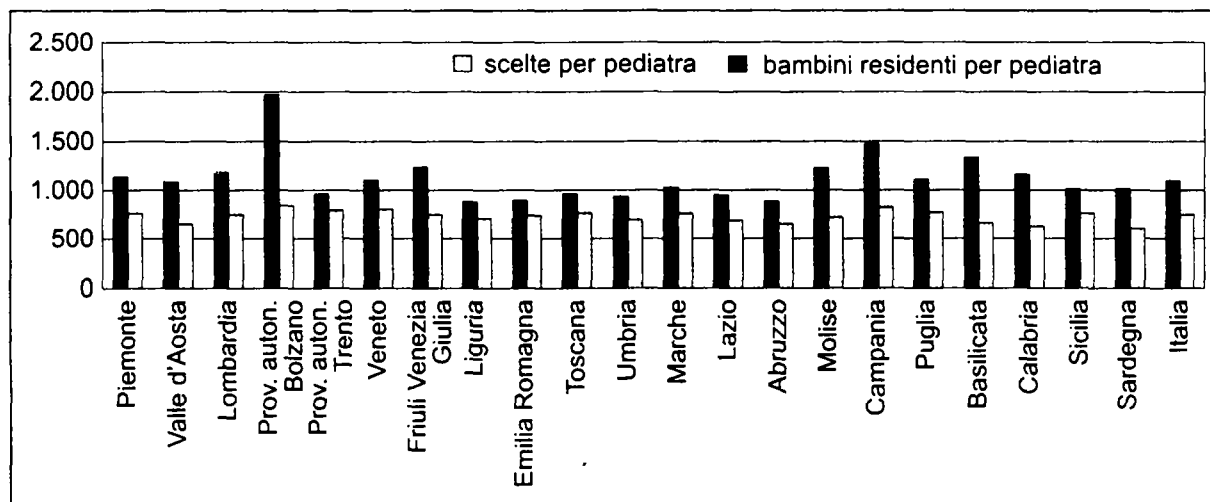


Figura 56. Distribuzione del numero di scelte e bambini residenti per pediatra, anno 1999
Fonte: Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario

ro di bambini per pediatra di poco superiore al massimale stabilito nel contratto di convenzione. Nell'esaminare lo scostamento del carico potenziale dal valore nazionale, spicca, anche in questo caso, il dato della Provincia autonoma di Bolzano con un valore pari al 79 per cento (1.970 bambini per pediatra); nel contratto di convenzione dei pediatri con il Servizio sanitario provinciale, comunque, è stato fissato a 1.000 il massimale di bambini assistiti per pediatra. In tutte le Regioni meridionali il carico potenziale di bambini per pediatra è superiore al valore nazionale ad eccezione della Sicilia e della Sardegna. Notevole è lo scostamento positivo rilevato nella regione Campania (+34 per cento) e nella regione Basilicata (+22 per cento) (si vedano a proposito le figure 54-55, e con particolare riferimento alle scelte dei pediatri si veda la figura 56).

Dall'analisi temporale degli ultimi otto anni si osserva una crescente disponibilità di pediatri a fronte di una diminuzione del carico di assistibili per medico generico; ciò ha contribuito ad eliminare progressivamente quegli squilibri derivanti dalla quota di popolazione infantile seguita da medici generici a causa della carenza di pediatri.

A fronte del carico potenziale dei medici di base (di medicina generale e pediatri), è possibile valutare il carico assistenziale effettivo, dato dal numero degli iscritti al SSN (coloro che hanno scelto presso la ASL di competenza il proprio medico di base) per ciascun medico. In tutte le Regioni tale indicatore evidenzia che il numero di scelte per medico di medicina generale è maggiore della popolazione adulta residente, mentre il numero di scelte per pediatra è sempre inferiore al numero dei bambini residenti.

Complessivamente il numero totale delle scelte è prossimo al numero complessivo dei residenti. Da ciò si deduce dunque che per molti bambini è stata scelta l'assistenza erogata dal medico di medicina generale anziché pediatrica. Il numero medio di scelte per medico pediatra è inoltre in tutte le Regioni inferiore al massimale stabilito nel contratto di convenzione, pur essendo la popolazione in età pediatrica molto superiore a detto massimale: in Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Campania per oltre il 60 per cento dei bambini non è stato scelto un medico pediatra. In Umbria il 13 per cento degli assistiti dalla medicina di base non è residente.

Il servizio di guardia medica garantisce la continuità assistenziale per l'intero arco della gior-

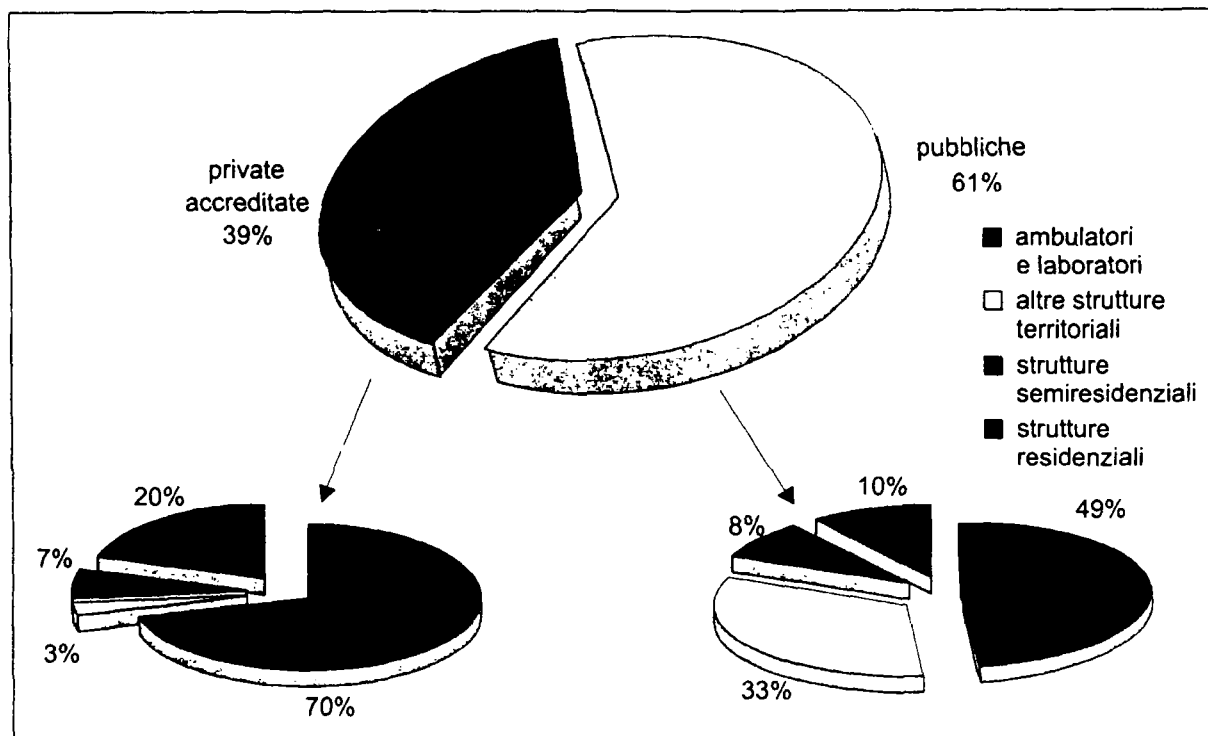


Figura 57. Strutture territoriali pubbliche e private accreditate, anno 1999

Fonte: Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario

nata e per tutti i giorni della settimana: essa si realizza assicurando interventi domiciliari e territoriali per le urgenze notturne, festive e prefestive. L'attività di guardia medica è organizzata nell'ambito della programmazione regionale per rispondere alle diverse esigenze legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche. Nel 1999 sono stati rilevati in Italia circa 3.000 punti di guardia medica, in media più di 5 ogni 100.000 abitanti, tali valori non si discostano significativamente da quelli registrati nell'anni precedenti. A livello territoriale si registra una realtà notevolmente diversificata sia per quanto riguarda la densità dei punti di guardia medica rispetto alla popolazione sia per quanto concerne il numero di medici titolari ogni 100.000 abitanti.

Nelle regioni meridionali, in particolare in Molise, Basilicata e Calabria, si rileva una maggiore presenza di punti di guardia medica e un rapporto più elevato fra medici addetti e popolazione. A parte la Valle d'Aosta che presenta un numero elevato di punti di guardia medica (oltre 7,5 ogni 100.000 abitanti) per quasi tutte le regioni dell'Italia Nord-Centrale si registrano valori inferiori alla media nazionale. Tali differenze territoriali sono da ricondurre a diversi fattori come, ad esempio, la diversa distribuzione territoriale delle strutture ospedaliere che risultano essere numericamente inferiori al Centro-Sud rispetto al resto dell'Italia, in rapporto ai rispettivi bacini di utenza, oppure l'incidenza dei flussi turistici che interessano l'intero paese e che, anche in questo caso, sono diversamente distribuiti.

Assistenza territoriale. Le strutture sanitarie non ospedaliere sono strutture in cui si erogano prestazioni specialistiche come l'attività clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale; le strutture territoriali quali i centri di dialisi ad assistenza limitata, gli stabilimenti idrotermali, i centri di salute mentale, i consultori materno infantili; le strutture semiresidenziali come ad esempio i centri diurni psichiatrici; strutture residenziali quali le residen-

Tabella 54. Aumento percentuale delle strutture pubbliche e private accreditate dal 1997 al 1999

	strutture pubbliche	strutture private accreditate
ambulatori e laboratori	65,9	30,9
altre strutture territoriali	25,7	26,0
strutture semiresidenziali	71,1	317,7
strutture residenziali	38,4	154,1

ze sanitarie assistenziali (RSA), le case protette eccetera. Il 61 per cento delle strutture territoriali è gestito direttamente dalle Aziende USL mentre il restante 39 per cento è privato accreditato, in particolare per l'attività svolta dai laboratori ed ambulatori. Nel 1999 sono stati censiti 13.710 ambulatori e laboratori di cui il 52 per cento pubblici: la percentuale di tali strutture è comunque molto variabile a livello territoriale, in generale nelle regioni centro-meridionali si ha una prevalenza di strutture private accreditate, ad eccezione della Basilicata caratterizzata da un'alta percentuale di ambulatori e laboratori pubblici (si veda la figura 57 e la tabella 54). Nel triennio 1997-1999 tutte le strutture territoriali sono incrementate passando da circa 16.000 strutture a quasi 24.000; nell'ambito pubblico i maggiori incrementi si sono registrati per le strutture semiresidenziali e per gli ambulatori e laboratori mentre nell'ambito privato sono più che triplicate le strutture semiresidenziali.

L'assistenza domiciliare integrata si esplica quando, per motivi di organizzazione sanitaria o per ragioni sociali, si ritenga necessaria un'assistenza alternativa al ricovero. Infatti l'assistenza domiciliare integrata (ADI) è svolta assicurando al domicilio del paziente le prestazioni:

- di medicina generale;
- di medicina specialistica;
- infermieristica domiciliare e di riabilitazione;
- di aiuto domestico da parte dei familiari o del competente servizio delle Aziende;
- di assistenza sociale.

In generale le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a malati terminali, incidenti vascolari acuti, gravi fratture agli anziani, forme psicotiche acute gravi, riabilitazione di vasculopatici, malattie acute temporaneamente invalidanti dell'anziano e dimissioni protette da strutture ospedaliere. Nel corso del 1999 sono stati assistiti al proprio domicilio circa 236.000 pazienti di questi il 79 per cento è rappresentato da anziani. Mediamente per caso trattato sono state erogate circa 19 ore di assistenza, in gran parte erogate da personale infermieristico. Il trend, per questa tipologia di assistenza, risulta positivo rispetto al 1997.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Le attività di assistenza ospedaliera garantiscono i ricoveri presso gli ospedali pubblici e privati accreditati per tutti quei trattamenti sanitari relativi a patologie che non possono essere trattate in regime ambulatoriale o a domicilio. Si può accedere alle prestazioni ospedaliere mediante ricovero d'urgenza e d'emergenza, ricovero programmato anche a ciclo diurno.

no, ospedalizzazione domiciliare e trattamento sanitario obbligatorio. Il trattamento urgente viene disposto dal medico di guardia al pronto soccorso; l'ospedale assicura sempre il ricovero di urgenza, riservando i posti letto necessari sulla base delle affluenze medie.

L'emergenza e l'urgenza territoriale sono attivate chiamando il numero 118, ove disponibile. Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, le prestazioni comprendono:

- prestazioni sanitarie (visita medica, procedure diagnostiche, interventi chirurgici eccetera);
- prestazioni alberghiere (vitto e alloggio);
- attività di informazione rivolta al paziente e ai propri familiari.

Organizzazione e struttura degli ospedali. La legge finanziaria del 1991 e successivamente l'art. 4 del DL 502/1992 hanno avviato un processo di ristrutturazione della rete ospedaliera che promuovesse una razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse mantenendo, allo stesso tempo, buoni livelli di qualità dei servizi offerti. Tale processo si esplica operando trasformazioni di destinazione, accorpamenti e disattivazioni per consentire il raggiungimento dei seguenti parametri:

- utilizzazione media annua dei posti letto a tasso non inferiore al 75 per cento;
- dotazione complessiva di 5,5 posti letto per 1.000 abitanti, di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza.
- riconversione degli ospedali con uno standard minimo inferiore ai 120 posti letto.

La riorganizzazione ospedaliera si traduce, da un lato nella trasformazione degli ospedali dotati di particolari requisiti in Aziende ospedaliere, dall'altro nella adozione del modello dipartimentale degli ospedali a gestione diretta della Azienda USL. Il DL 229/1999 ha ridefinito i requisiti necessari affinché un presidio ospedaliero possa essere costituito in azienda ospedaliera dalla Regione; essi sono i seguenti:

- organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura;
- disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo;
- presenza di almeno di tre unità operative di alta specialità;
- dipartimento di emergenza di secondo livello;
- ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale;
- attività di ricovero di degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, per pazienti residenti in altre regioni, superiore di almeno il 10 per cento rispetto al valore medio regionale, escluse le aziende di Sicilia e Sardegna;
- indice di complessità della casistica dei ricoveri in degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, superiore ad almeno il 20 per cento del valore medio regionale;
- disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione di prestazioni sanitarie.

L'organizzazione secondo il modello dipartimentale dei presidi ospedalieri non costituiti in azienda ospedaliera raggruppa in ciascun dipartimento varie unità operative omogenee, affini o complementari sotto il profilo clinico-assistenziale, didattico e di ricerca, tra loro indipendenti ma dotati di propria autonomia e responsabilità.

Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), sia con personalità giuridica privata sia pubblica, sono strutture che svolgono un ruolo essenziale all'interno del SSN, in

Tabella 55. Numero delle strutture di ricovero in base alla loro tipologia

tipo di struttura di ricovero	numero di strutture
aziende ospedaliere	98
ospedali a gestione diretta	601
policlinici universitari	10
Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico	49
strutture equiparate	55
case di cura private accreditate	535
totale	1.348
fonte: Ministero della sanità, Sistema informativo sanitario	

quanto coniugano istituzionalmente attività di ricerca (sperimentale e clinica) e prestazioni assistenziali di elevata qualità in quasi tutti i settori di intervento individuati dal Piano sanitario nazionale. Oltre alle aziende ospedaliere, ai presidi ospedalieri gestiti direttamente dall'azienda ASL e agli IRCCS, il SSN si avvale anche di strutture con natura giuridica privata ma comunque equiparate agli ospedali pubblici (Ospedali classificati o assimilati, Istituti presidio della ASL, Enti di ricerca) e di case di cura private accreditate. (tabella 55).

Le 98 aziende ospedaliere risultanti alla fine del 1999 sono dislocate in tutto il territorio nazionale, a eccezione di Valle d'Aosta, Province autonome di Bolzano e Trento, Abruzzo e Molise, dove non vi sono ancora aziende ospedaliere.

Le strutture ospedaliere pubbliche italiane non presentano una elevata dimensione dal punto di vista della dotazione di posti letto, infatti esse non raggiungono, in media i 300 posti letto e solo il 30 per cento degli ospedali ha più di 500 posti letto (figura 58).

Le aziende ospedaliere e i policlinici universitari, per la loro natura, hanno una maggiore dimensione (circa 840 posti letto), mentre gli ospedali a gestione diretta non raggiungono, in media, i 200 posti letto, gli IRCCS e gli ospedali classificati, invece, dispongono mediamente di quasi 250 posti letto (figura 59). Nel 1999 il SSN disponeva di circa 283.200 posti

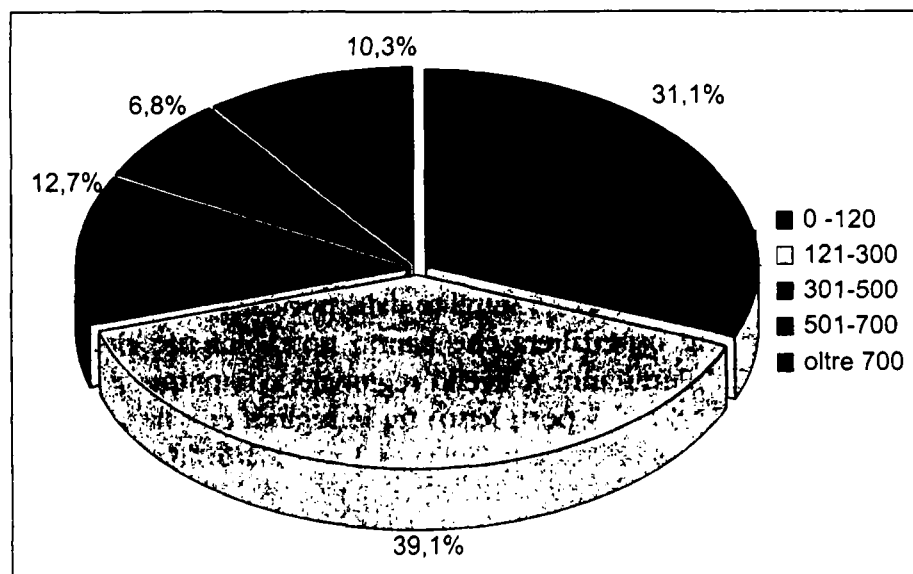


Figura 58.
Ospedali per classi
di ampiezza
dei posti letto.
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario

Figura 59.
Distribuzione
dei posti letto
per tipo di struttura
ospedaliera.
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario

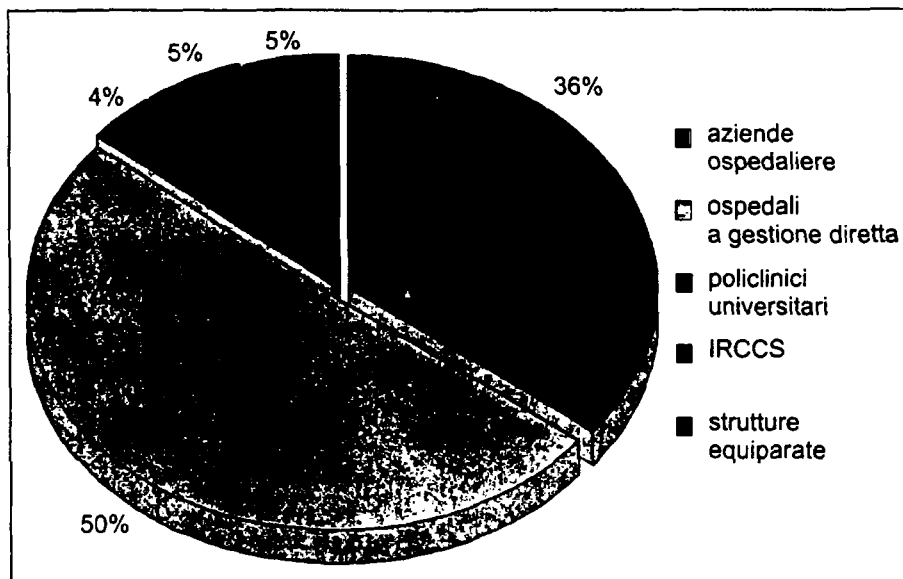
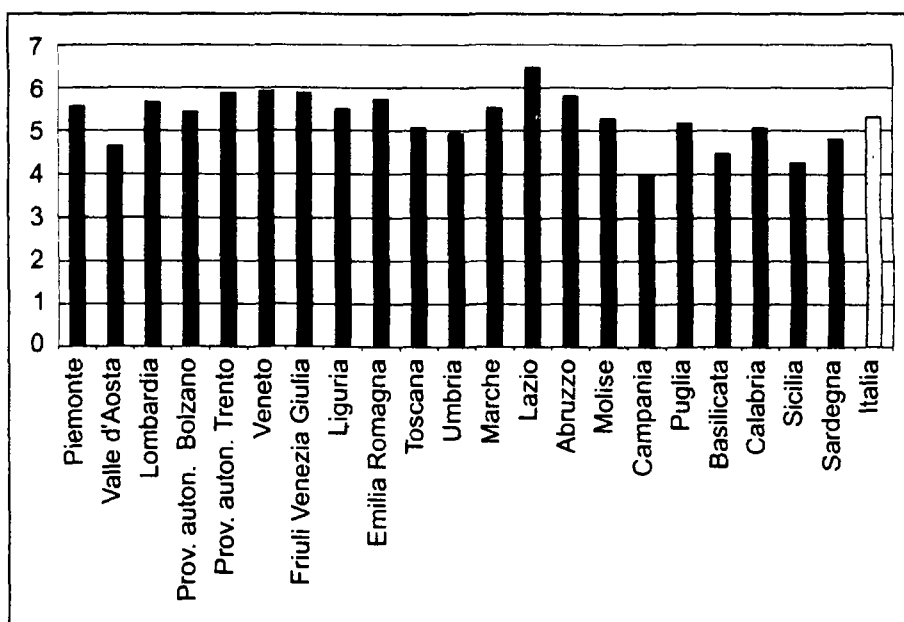


Figura 60.
Posti letto pubblici
e privati accreditati
per 1.000 abitanti.
Fonte: Ministero
della sanità,
Sistema informativo
sanitario



letto per degenze ordinarie di cui il 18,4 per cento costituito da posti letto privati accreditati, e di circa 23.300 posti letto di day hospital, il 5 per cento di questi privati accreditati. La metà dei posti letto è relativa a ospedali a gestione diretta mentre il 36 per cento appartiene alle aziende ospedaliere. A livello nazionale sono disponibili 5,3 posti letto ogni 1.000 abitanti, tale valore molto vicino al parametro di 5,5 stabilito dalla normativa, è frutto delle politiche di razionalizzazione della rete ospedaliera che hanno notevolmente ridotto il numero di posti letto nel corso degli ultimi anni. A livello regionale, comunque esistono realtà disomogenee: si evidenziano il Lazio (6,5 posti letto) fra le regioni con la maggiore densità di posti letto, la Campania (4,0 posti letto) e la Sicilia (4,3 posti letto) fra le regioni con la minor disponibilità di posti letto (figura 60).

Tuttavia, a livello nazionale, il parametro di riferimento di un letto ogni 1.000 abitanti destinato alla riabilitazione e lungodegenza è ancora lontano dall'essere raggiunto, tale indicato-